



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIOSANITARIO

Autor: David López Royo
Director: Dr. D. Jorge Uroz Olivares

Madrid
Julio 2014

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	11
INTRODUCCIÓN:	15
1.- Parte Teórica/justificativa.....	15
2.- Parte Justificativa del Desarrollo del Trabajo.	21
2.1.- MODELO DE ATENCIÓN –INTERVENCIÓN- POLIVALENTE SOCIO SANITARIO (HIPÓTESIS).	23
CAPITULO I: FUNDAMENTACIÓN Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	27
1.1. Objetivo General de la investigación:.....	29
1.2. La Investigación conlleva una fundamentación: Analítica-descriptiva, Analítica-comparativa y Analítica-relacional.	30
1.2.1. Fuentes de la Investigación y justificación de las fuentes:	30
1.2.1.1. Comunidades Autónomas relacionadas con la Legislación seleccionada.....	30
1.2.1.2. L.A.D. (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia).....	34
1.2.1.3. Artículos de Prensa Generalista desde la entrada en vigor de la L.A.D. (1 de enero de 2007) hasta junio de 2013.....	35
1.2.1.4. Conocer qué dicen los programas electorales en las elecciones generales celebradas desde 1.982 hasta 2011 de los partidos políticos con representación en las Comunidades Autónomas de referencia.	37
1.3.- Conclusión: Propuesta del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario.....	38
CAPÍTULO II: CONTEXTUALIZACIÓN ECONÓMICA Y APROXIMACIÓN A LA REALIDAD SOCIAL.....	39
II.1.- ¿Crisis Económica o Cambio de Ciclo Socioeconómico? ¿Puede influir esta respuesta en la Acción Social?.....	43
II.2.- ¿Qué marco económico debe de sostener el Modelo Polivalente Sociosanitario de Atención a la Dependencia en una sociedad desarrolla o/y sociedad del Bienestar?.....	46
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO DEL MODELO DE INTERVENCIÓN SOCIO SANITARIO	69
III.1.- “AVANZAR” EN ACCIÓN SOCIAL: Una meta a la que llegar con ganas de trabajar conjuntamente.	73
III.2.- ¿DE DÓNDE PARTIMOS?.....	78
III.2.1.- ¿DE DÓNDE PARTIMOS? Primera constatación.....	79

III.2.2.-	¿DE DÓNDE PARTIMOS? Segunda constatación.....	84
1.	“Evolucionar” en materia de Servicios Sociales (ACCIÓN SOCIAL).....	96
2.	“Adaptación” en materia de Servicios Sociales (ACCIÓN SOCIAL)	101
3.	“Comprensión” en materia de servicios sociales (ACCIÓN SOCIAL).....	111
4.	“Gestión-Administración” en materia de Servicios Sociales (ACCIÓN SOCIAL).....	117
5.	“COMPATIBILIDAD” en materia de Servicios Sociales (ACCIÓN SOCIAL) ..	125
III.3.-	“LA “REVOLUCIÓN” DE LA DEPENDENCIA: RECOMPONER LA FRAGMENTACIÓN Y LA DISPERSIÓN DE LA ACCIÓN SOCIAL	132
III.3.1.-	Puntos de Apoyo al Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.....	133
CAPÍTULO IV: INVESTIGACIÓN.....		153
IV.1.-	DESARROLLO DEL PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer la realidad legislativa existente y su aplicación en las CC.AA. de referencia y la interrelación con la L.A.D.	153
IV.1.1.-	Ley 12/2008 de 5 de Diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco.	155
IV.1.2.-	Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.....	172
IV.1.3.-	Consideraciones a tener en cuenta en el análisis realizado de la Ley 12/2008 (Comunidad Autónoma del País Vasco) y de la Ley 5/2009 (Comunidad Autónoma de Aragón).....	189
IV.1.4.-	Ley 11 /2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.....	197
IV.1.5.-	Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía y Ley 6/1999 de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores, en sus apartados Título III, Título IV y Título V.	216
IV.1.6.-	Consideraciones a tener en cuenta en el análisis realizado de la Ley 2/1988 (Comunidad Autónoma de Andalucía) y de la Ley 11/2003 (Comunidad Autónoma de Madrid)	231
IV.1.7.-	Conclusiones y Relación con la L.A.D.....	243
IV.1.7.1.	Ocho puntos a tener en cuenta:	243
IV.1.7.2.	¿Qué respuestas podemos dar a dos preguntas planteadas en el segundo capítulo?.....	245
IV.1.7.3.	¿La L.A.D. un punto de referencia para un plan de trabajo conjunto?	247

IV.2.-	SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer el desarrollo de los Servicios Sociales y su relación con la L.A.D.....	269
IV.2.1.-	Análisis del desarrollo de la L.A.D. después de su promulgación: ¿qué variables interdependientes se podrían señalar?.....	269
IV.2.1.1.	Variable interdependiente: “financiera”.	269
IV.2.1.2.	Variable interdependiente: “corresponsabilidad”	274
IV.2.1.3.	Variable interdependiente: “innovación”	280
IV.2.1.4.	Variable interdependiente: “trabajo en equipo”.	286
IV.2.1.5.	Variable interdependiente: “generosidad social -sociosanitaria”	292
IV.3.-	TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer qué dicen o señalan los medios de comunicación generalista (Agencias y Prensa Escrita) sobre la Dependencia.....	298
IV.3.1.-	Análisis de Artículos de Prensa con respecto a la Ley de Dependencia en:	298
	COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA.....	299
	COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGÓN	304
	COMUNIDAD AUTONOMA DE MADRID	305
	COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO	308
	GOBIERNO CENTRAL.....	310
	ORGANIZACIONES (Partidos, Sindicatos, Patronal, Asociaciones, etc...)	313
IV.3.2.-	Análisis de Artículos de Prensa con respecto a la Ley de Dependencia (Gráficos):.....	317
IV.3.3.-	Conclusiones del Análisis de los Artículos de Prensa con respecto a la Ley de Dependencia:	344
IV.4.-	CUARTO OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer lo que dicen o señalan los Programas Electorales de los Partidos Políticos (PSOE, PP, IU, PNV y UPyD) de las elecciones generales desde el año 1982.....	349
IV.4.1.-	AÑO 1982	350
IV.4.1.1.	PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar). Fuente: Programa electoral. Págs. 22-32.....	350
IV.4.1.2.	ALIANZA POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 99-102.....	353
IV.4.1.3.	APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE Y ALIANZA POPULAR.....	354
IV.4.2.-	AÑO 1986	357
IV.4.2.1.	PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 59-88.....	357

IV.4.2.2. COALICIÓN POPULAR (aspectos a resaltar). Fuente: Programa electoral. Págs. 52-57.....	358
IV.4.2.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 32-33.....	359
IV.4.2.4. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE, COALICIÓN POPULAR E IZQUIERDA UNIDA.	360
IV.4.3.- AÑO 1989	363
IV.4.3.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 25-29.....	363
IV.4.3.2. PARTIDO POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 11-33.....	364
IV.4.3.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 39-69.....	366
IV.4.3.4. Aproximaciones y diferencias de los programas del PSOE, PARTIDO POPULAR E IZQUIERDA UNIDA.	368
IV.4.4.- AÑO 1993	371
IV.4.4.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 47-83.....	371
IV.4.4.2. PARTIDO POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 43-79.....	373
IV.4.4.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Punto IV: Políticas de Bienestar Social.....	375
IV.4.4.4. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE, PARTIDO POPULAR E IZQUIERDA UNIDA.....	377
IV.4.5.- AÑO 1996	380
IV.4.5.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 20-91.....	380
IV.4.5.2. PARTIDO POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 163-212.....	383
IV.4.5.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar). Fuente: Programa electoral. Págs. 214-367.....	386
IV.4.5.4. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE, PARTIDO POPULAR E IZQUIERDA UNIDA.....	387
IV.4.6.- AÑO 2000	389
IV.4.6.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 2-54.....	389

IV.4.6.2. PARTIDO POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 111-160.....	392
IV.4.6.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 135-188.....	395
IV.4.6.4. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE, PARTIDO POPULAR E IZQUIERDA UNIDA.....	396
IV.4.7.- AÑO 2004	398
IV.4.7.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 69-99.....	398
IV.4.7.2. PARTIDO POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 97-211.....	400
IV.4.7.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 13-26.....	402
IV.4.7.4. PNV (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 1-40.....	404
IV.4.7.5. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE, PARTIDO POPULAR, IZQUIERDA UNIDA Y PNV.....	404
IV.4.8.- AÑO 2008	407
IV.4.8.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 49-104.....	407
IV.4.8.2. PARTIDO POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 103-326.....	409
IV.4.8.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 20-37.....	412
IV.4.8.4. PNV (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 20-36.....	413
IV.4.8.5. UPyD (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 19-21.....	415
IV.4.8.6. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE, PARTIDO POPULAR, IZQUIERDA UNIDA, PNV y UPyD.	416
IV.4.9.- AÑO 2011	419
IV.4.9.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 10-109.....	419
IV.4.9.2. PARTIDO POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 98-131.....	421
IV.4.9.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs.6-20/ 35- 52.	423
IV.4.9.4. PNV (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 6-35.....	424

IV.4.9.5. UPyD (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 8-31.....	425
IV.4.9.6. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE, PARTIDO POPULAR, IZQUIERDA UNIDA, PNV y UPyD.	426
IV.4.10.- Cuadros de términos clave a raíz de los programas electorales del PSOE, PARTIDO POPULAR, IZQUIERDA UNIDA, PNV y UPyD que nos puedan ayudar a construir EL Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.....	428
CAPITULO V: CONCLUSIÓN: PROPUESTA DEL MODELO DE ATENCIÓN -INTERVENCIÓN-	
POLIVALENTE SOCIO SANITARIO.....	433
V.1.- ¿POR QUÉ SE PROPONE EL MODELO?	433
V.2.- ¿EN QUÉ CONSISTE EL MODELO?.....	437
V.2.1.- Consideraciones generales a las que está sujeto el Modelo.....	437
V.2.2.- Los fundamentos del modelo.	439
V.2.3.- Los puntos síntesis que resumen el Modelo del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.....	446
V.3.- PROPUESTA DE APLICACIÓN PRÁCTICA-OPERATIVA EN LA ZONA DEL BAJO ARAGÓN (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN).....	448
V.3.1.- ¿Por qué he elegido este espacio geográfico?	448
V.3.2.- Aplicación Práctica:	450
V.4.- Argumentación del Soporte Jurídico-Legislativo para realizar la experiencia piloto en la Zona del Bajo Aragón (Comunidad Autónoma de Aragón)	460
BIBLIOGRAFÍA.	467
PÁGINAS WEB.....	483
ESQUEMAS DEL MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO.	487
FIGURAS	491
GRÁFICAS.....	495
ANEXOS.....	499
ANEXO I: ENTREVISTA A DOÑA MATILDE FERNÁNDEZ (EXMINISTRA DE SERVICIOS SOCIALES). SEPTIEMBRE DE 2013.....	501
ANEXO II: CRITERIOS E IDEAS PARA QUE EXISTA MENOS DESEMPLEO: "LA SOLIDARIDAD SOCIAL ANTE LA FALTA DE TRABAJO	505
INTRODUCCION:	505
CAPITULO I: "Acercarnos al problema: El binomio JUSTICIA-INJUSTICIA"	508
APARTADO" A": NUESTRA VISION DEL HOMBRE:.....	509
APARTADO "B": LA LUCHA POR SALIR DEL DESEQUILIBRIO SOCIAL.....	513

CAPITULO II:	"El proyecto de una sociedad frustrada: El trabajador entre el capitalismo y el socialismo".....	524
APARTADO "C":	¿QUE SUPONE ESTAR ENTRE DOS CUERDAS"?	526
APARTADO "D":	LA HISTORIA CERCANA DEL DRAMA SOCIAL.....	527
CAPITULO III:	"El mundo del trabajo apoyado en la perspectiva de Carlos Marx".....	533
CAPITULO IV:	"Hacia la solidaridad de la sociedad"	538
ANEXO III:	ESTUDIO SOCIOLÓGICO SOBRE LA SITUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LA ZONA DEL BAJO ARAGÓN. 2005.....	569
1.	INTRODUCCIÓN:.....	573
2.	INDICADORES DEMOGRÁFICOS: Demografía de Aragón	577
3.	ANÁLISIS DE LA DISCAPACIDAD EN ARAGÓN	589
4.	RECURSOS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	606
5.	CONCLUSIONES	652
6.	PROPUESTAS	658
7.	METODOLOGÍA	662
ANEXOS		664
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....		683
ANEXO IV:	TABLA DE VARIABLES E IDEAS FUERZA	687

AGRADECIMIENTOS

Cuando se concluye un trabajo comienza otro proceso quizá, tan interesante y apasionante, como el haber logrado escribir un tesis doctoral.

Se concluye una Tesis y comienza el reto de que ésta no quede en las estanterías, sino que verdaderamente ayude a reflexionar sobre aspectos o realidades que necesitan de proyectos prácticos para que lo propuesto pueda tener efectividad en la ayuda a resolver situaciones concretas.

Todo esto implica esfuerzo, constancia, tenacidad, entrega, generosidad, sacrificio; en definitiva trabajo.

Para mí hubiera sido imposible trabajar en esta tesis doctoral sin el apoyo constante, afectuoso y cariñoso de mi mujer, Mercedes, y de mis hijos, David y Cristian. A ellos les debo que exista hoy esta Tesis. Ellos han sabido darme los ánimos y la fortaleza necesaria - porque también se han sacrificado- para que hoy puedan tener entre sus manos este texto.

Su acompañamiento en estos años ha sido esencial. Sin su esfuerzo y generosidad no podría gozar de la alegría que tengo de haber realizado una tesis que propone un Modelo de Intervención Polivalente Sociosanitario. Modelo que rompe esquemas y que va más allá de lo que hasta el momento existe en el espacio sociosanitario. Ellos han estado a mi lado y han sabido animarme cuando, alguna vez, cundía en mi interior el desánimo; ellos han mostrado en todo momento una gran comprensión hacia lo que suponía dedicar tiempo y tiempo a la realización de la tesis.

Junto a ellos también me han apoyado el Hermano Víctor Martín (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios) y con él los Hermanos de la Orden. La comprensión y disponibilidad de los Hermanos de San Juan Dios para proporcionarme un espacio adecuado para poder escribir ha sido esencial para avanzar en esta Tesis Doctoral. Los Hermanos de la Comunidad de Gijón han sido el soporte familiar durante las semanas que con ellos he pasado como uno más de la familia, brindándome su casa para reflexionar y poder poner por escrito tantas páginas de esta tesis.

Agradezco a Félix Serrano, amigo de mi familia, todos los consejos y apoyos que me ha dado para poder organizar la gran cantidad de material, del que había hecho acopio, para la realización de la tesis. Junto a él agradezco a sus padres (Felisa y Manuel) su amistad y cariño; ellos, también, han estado pendientes de mi trabajo doctoral, y en momentos puntuales, pero muy importantes, me han ayudado a sacar tiempo para escribir esta tesis.

Agradecer a la que fuera Ministra de Asuntos Sociales, D^a Matilde Fernández por todo lo sugerido con respecto al cuerpo de esta Tesis; a D^a Rosa Posada (Exconsejera de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid); a D^a Concepción Lostau (Exdirectora General de la Comunidad de Madrid), ellas me enseñaron mucho sobre Acción Social; a D. Rubén Bejarano y a D. Alberto Reyero (Diputados de la Asamblea de Madrid) por los ratos de conversación tenidos en estos últimos meses respecto a lo que yo planteo en esta Tesis. Me han aportado sugerencias muy interesantes.

Un recuerdo especial a todas las personas que he encontrado en mi camino profesional, en Cáritas Española, en el Grupo Eulen, con ellos aprendí y me desarrollé en la comprensión y gestión del camino sociosanitario; también a D. Luis Lezama, él es un referente de lo que significa ser constante y comprometido con las causas justas; y al Grupo Morera y Vallejo por enseñarme lo que es un Empresa que cree en el capital humano y en el desarrollo de la misma desde la economía social de mercado preocupándose por generar puestos de trabajo; una empresa que mucho tiene que ver con lo reflexionado en el primer capítulo.

No sería justo no recordar y agradecer a Jorge Uroz que, como profesor y director, ha estado apoyando y dirigiendo este trabajo con dedicación y con ilusión, transmitiéndome siempre una orientación justa en la realización de la tesis. Desde esta perspectiva un reconocimiento especial al profesor Miguel Juárez, él siempre me animó a alcanzar el objetivo de presentar esa Tesis, su afecto siempre lo he tenido en cuenta en este proyecto.

Junto a mi mujer y a mis hijos, no olvido el apoyo obtenido por mis padres y familia.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN:

1.- Parte Teórica/justificativa.

En los últimos 30 años las distintas Administraciones Públicas han procurado articular un sistema de prestaciones sociales que ayuden a las personas con problemas a tener un nivel de calidad de vida adecuado; pero queda por resolver el problema de la dependencia.

Es verdad que estamos en lo se puede denominar “situación crítica” del Estado de Bienestar en lo referente a la atención, cada vez más demandada por parte de la sociedad, a personas con problemas de dependencia.

Esto en buena medida surge porque la sociedad española se ha desarrollado social y económicamente. Parece una contradicción; pero gracias al desarrollo se ha aumentado la esperanza de vida y por tanto el nivel de demanda. Esto quedó reflejado en el Informe 2002 del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales:

“El siglo XX ha vivido una revolución de la longevidad que explica el proceso de envejecimiento. Si la vejez universal ha sido un proceso o una adquisición reciente, se puede decir que los octogenarios son prácticamente un descubrimiento del último cuarto de siglo XX. La llegada de un colectivo importante de cada generación a edades en las que su vulnerabilidad física y social aumenta de forma drástica, habría que generar en la sociedad española un debate abierto sobre las necesidades sociosanitarias generadas por una edad, no nueva para los individuos, pero sí novedosa para la sociedad”. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.2002. 29)

De hecho en la presentación del LIBRO BLANCO DE LA DEPENDENCIA el que fuera ministro Trabajo y Asuntos Sociales, Don Jesús Caldera Sánchez-Capitán, en la primera legislatura del Presidente José Luis Rodríguez Zapatero dijo lo siguiente:

“Nos encontramos ante el reto de atender a las personas que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad al precisar apoyos para poder ejercer sus derechos de ciudadanía, para poder acceder a los bienes sociales y para recibir una atención sin la que no pueden desarrollar las actividades más esenciales de la vida diaria. Estamos convencidos de que la sociedad y los poderes públicos tienen la obligación de prestar esos apoyos para descargar así a tantas familias, y en especial a tantas mujeres, de una parte del ingente trabajo que ahora realizan en solitario y con grandes sacrificios. Porque, hoy por hoy, la situación de muchas de las personas en situación de dependencia arroja al analizarla un gran déficit de bienestar que nos concierne a todos” (Libro Blanco de la Dependencia. 2004:3)

Se hace necesario en nuestra sociedad desarrollada superar la posible exclusión social ya que si no se logra superar la misma estaremos lejos de aplicar una JUSTICIA SOCIAL a las personas que tienen dependencia. La discapacidad debe ser cubierta desde un concepto de derecho subjetivo. Por esta razón los Servicios Sociales deben basarse en este principio con el fin de avanzar en una cobertura universal de los mismos (Libro Blanco de la Dependencia.2004)

Mi planteamiento es que la atención a la dependencia tiene que suponer en una sociedad desarrollada un punto fundamental en el Bienestar Social. Hablando de los pilares que sostienen la sociedad española hay que añadir además de la educación, la sanidad y las pensiones, la atención a la dependencia. Esto significa que se puede argumentar que esta dimensión es “el cuarto pilar”. En esta dirección también se pronuncia Amparo Valcarce, “al decir que completar el cuarto pilar del Estado de Bienestar, acercarnos a los niveles de cobertura de prestaciones de los países de nuestro entorno europeo, supone evitar el deslizamiento de los servicios sociales hacia un modelo de tipo asistencial, cuya protección resulta fragmentaria, parcial e insuficiente. Supone también no dejar fuera de la protección del Estado a las amplias clases medias de nuestro país. Además, evita que la provisión de cuidados recaiga fundamentalmente en las mujeres, cuyo trabajo continúa así siendo invisible y no remunerado” (Libro Blanco de la Dependencia. 2004:3)

La sociedad española está tomando conciencia de que es preciso dar respuesta a las necesidades que la dependencia origina en las personas, de hecho EL LIBRO BLANCO DE LA DEPENDENCIA fue un punto de llegada y un nuevo punto de partida.

De **llegada** porque recoge la experiencia en la estructuración de los Servicios Sociales que las distintas CCAA fueron desarrollando una vez que aprobaron las respectivas leyes de Servicios Sociales y de “partida” porque tendrá que articular un proceso que desarrolle el cuarto pilar del Estado de Bienestar.

En el camino realizado para alcanzar el “punto de llegada” han existido muchas iniciativas que, si bien pudieran parecer lejanas en el tiempo, supusieron experiencias muy necesarias para ir articulando los apoyos necesarios para el material que hoy tenemos sistematizado en forma de “LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA” (1 de enero de 2007)

Entre estas iniciativas se pueden reconocer las siguientes:

1. Constitución de 1978
2. Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas de primera y segunda generación
3. Ley Reguladora de Bases del Régimen Local (1985)
4. Plan Concertado
5. EL Plan Gerontológico Nacional;

6. LO QUE SUPUSIERON LOS JORNADAS POR UNA VEJEZ ACTIVA en los años 1994 y 1995.
7. Leyes relacionadas con la discapacidad y minusvalías (Ley 13/1982 de Integración social de los minusválidos; Real Decreto 556/1989 de medidas mínimas de accesibilidad de los edificios; Ley 15/ 1995 sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad; Ley 52/2003 de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad de las personas con discapacidad; Ley 62/2003 de medidas fiscales, administrativas y de orden social.
8. Carta Social Europea. Turín 1961
9. LA PUESTA EN MARCHA DE LA RED EUROPEA SOBRE LA MARGINACIÓN DE PERSONAS MAYORES EN NÚCLEOS URBANOS en el año 1996 a nivel Europeo, impulsada por David López Royo, desde Cáritas Española. Su punto culminante se concretó en la realización del trabajo de investigación bajo el título: “PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD Y LA CONSTRUCCIÓN DE UNA EUROPA SOCIAL”. Este trabajo fue presentado a la Comisión de Asuntos Sociales del Parlamento Europeo en 1997.

Habrà tiempo, en el desarrollo de esta Tesis Doctoral, de hacer referencias específicas a estas realidades para “ir descubriendo” lo que muchas personas han podido aportar con sus reflexiones e investigaciones a lo que se podría denominar: **principios del marco teórico de la lucha contra la exclusión social en la perspectiva de la dependencia.**

La lucha contra la exclusión en el campo de la dependencia bien pudiera expresarse en lo que Pilar Rodríguez y Juan Sitges dicen: “¿Está en riesgo el servicio de ayuda a domicilio (SAD), tal como se dice desde algunos lugares?, ¿pueden las familias seguir asumiendo el peso de los cuidados que hoy afrontan?, ¿las prestaciones de la LAPAD son adecuadas?, ¿qué necesitamos saber, revisar e implementar para favorecer la permanencia en el domicilio de las personas que requieren apoyos? En los países de nuestro entorno y también en España existe una seria preocupación sobre cómo responder a cuestiones semejantes a éstas. Se trata de conjugar que el suministro de recursos se adapte a las necesidades de atención de las personas que tienen una situación de fragilidad o dependencia, que cumplan criterios de calidad, que sean sostenibles económicamente y que, además, se ajusten realmente a lo que ellas y sus familias desean”¹

Aspectos que siguen siendo de gran actualidad por cuanto suponen las líneas básicas de atención a la dependencia.

Con lo anterior he pretendido señalar o significar que trabajar por establecer un modelo de intervención, desde el ámbito social y sanitario, pero en clave social, que luche a favor de atender a las personas dependientes, y por tanto en contra de la exclusión

¹ <http://www.fundacionpilares.org/docs/jornadasbienencasanosotrosmayores>. Julio de 2013.

social de los mismos, supone un reto de gran magnitud tanto a nivel político, social, económico y, como no, académico.

Teniendo este reto como punto de partida he pretendido involucrarme en un proyecto que responda de manera polivalente a la Dependencia de Personas Mayores y/o Personas con Discapacidades diferentes.

Se trata de proponer el desarrollo de un modelo de intervención social que no excluya sino que interaccione y complemente el servicio social y sanitario a las personas dependientes.

Los retos siempre nacen de las personas. Personas inquietas que, intentando estar atentas a la realidad, perciben que, todavía, es preciso implicarse como ciudadanos para solucionar los problemas de la sociedad. El reto conlleva tener que trabajar para aportar ideas que se transformen en proyectos.

Gustavo Piera en su libro *La Travesía* lo explicita de la siguiente manera:

“La travesía, como ese viaje adelante que es la vida, exige un aprendizaje constante. Y son las lecciones del camino las que encierran las claves para alcanzar el objetivo, para cambiar intenciones por acciones, alejando la tentación de retroceder hacia el puerto de Partida” (PIERA, Gustavo 2006:13)

La Atención a la dependencia es un reto. Nos pide a la sociedad que estemos atentos y que ideemos sistemas y modelos que puedan dar respuesta a los distintos problemas que la dependencia plantea a nuestra sociedad. Esto conlleva implicación por parte de todos los actores que formamos parte de la sociedad.

En España hemos avanzado de manera notable en materia de servicios sociales desde que en la década de los 80 se aprobaron las diversas Leyes de SERVICIOS SOCIALES en las respectivas Comunidades Autónomas. Un libro que recoge excelentemente este recorrido desde que se aprobó la Constitución Española hasta año 2000, es libro: *Los Servicios Sociales en las Comunidades Autónomas*. (GUITÉRREZ ROSA, Antonio; GARCÉS FERRER, Jordi y otros.2000)

Es evidente el interés por parte de las Administraciones Públicas de dar respuesta a la problemática que en las mismas pudiera surgir en materia de servicios sociales. Son muchos los problemas a los que tienen que dar soluciones las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos.

La no exclusión en el ámbito de la dependencia constituye hoy día uno de los mayores retos que la Administración General del Estado tiene, y por extensión las Administraciones Autonómicas y Locales.

Lo que es palpable es que nos encontramos en un sistema que, si bien ha intentado dar una respuesta progresiva a los diversos colectivos que pudieran verse afectados por

problemas de dependencia², demanda nuevos proyectos que ayuden a las personas con problemas de dependencia.

Aquí, de nuevo, nos encontramos con el punto problemático: la financiación. Un artículo de FEANTSA sobre Mecanismos y Programas de Prevención de la Exclusión Social recoge excelentemente la dualidad existente para financiar este tipo de programas o proyectos, y el de la dependencia entra en esta categoría dual:

“En España la Asistencia y los Servicios Sociales están constituidos por un doble sistema:

- La Asistencia social es competencia de las Comunidades Autónomas.
- La legislación básica y la Seguridad Social son competencia de la administración central

Un momento decisivo para el sistema de la Seguridad Social es el Pacto de Toledo, en 1995, a partir del cual se separan las vías de financiación de las prestaciones contributivas y de las no-contributivas. Estas últimas hacen referencia a la atención universal sanitaria, servicios sociales, pensiones no contributivas, y prestaciones de asistencia social, y se financiarán a partir de la fiscalidad general, lo que refuerza el carácter universal, redistributivo y progresivo de éstas prestaciones”.

Por otro lado las competencias en Asistencia social pasan a ser de las Comunidades Autónomas con la promulgación de los primeros Estatutos de Autonomía, que establecen los Sistemas Regionales de Servicios Sociales de acceso universal a los ciudadanos. “Posteriormente, en 1987, un acuerdo entre las diferentes administraciones significa la aparición de los Planes Concertados para el desarrollo de las Prestaciones Básicas de los Servicios Sociales de las Corporaciones Locales” (CASTAÑE, Josep; MESTRE, Javier.2004:1)

Sobre el punto económico trataremos en el desarrollo de este trabajo. Es de vital importancia en los tiempos que corren y, desde mi humilde opinión, el posicionarse ante un nuevo marco económico, basado éste en los principios de la Economía del Bien Común y Economía Social de Mercado. **No estamos simplemente en una situación de crisis económica, estamos en un nuevo ciclo social.**

Evidentemente este problema tendrá que ser resuelto mediante el consenso de los diversos agentes sociales; pero sobre todo con una visión solidaria por parte de los representantes políticos en los diversos foros: Congreso, Senado, Parlamentos Autonómicos, Corporaciones Provinciales y Locales.

Por tanto, La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, es el punto de llegada; pero, también, según lo señalado

² Cfr. Ley 13/1982 de integración social de los minusválidos; Ley 15/1995 sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad; Ley 51/2003 de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad de las personas con discapacidad.

anteriormente un punto de partida ya que tenemos que intentar dar una respuesta integral y, sobre todo, trabajada en conjunto, que supere la limitación estrictamente territorial que marca cada Comunidad Autónoma. Se trata, también, de superar las barreras que muchas veces se dan entre los Servicios Sociales de Base y los Especializados, al mismo tiempo que tenemos que trabajar en correlación o interacción con otros Sistemas y Programas que amparan el Estado de Bienestar (Sanidad, Educación, Empleo, Vivienda, etc...)hay que hacer, por tanto, un abordaje intersectorial. “Es obvio que la necesidad de atención a esta población trasciende hoy el ámbito de actuación específico de cada uno de los Órganos prestadores de servicios, ya que la multiplicidad de servicios requeridos y la necesidad de asegurar la continuidad de los cuidados, aconseja un abordaje integral de la situación”.(OLIVER POZO, José María.2006:34)

Desde nuestra consideración, hay que hablar y profundizar sobre la relación existente entre dos áreas básicas que tienen que trabajar coordinadamente en la aplicación de proyectos y propuestas que respondan a una intervención interprofesional e interrelacionada: El área social y el área sanitaria. Hay que caminar en el desarrollo de la aplicación de la Ley de la Dependencia para lograr la integración SOCIOSANITARIA.

Este marco plantea grandes retos por cuanto significa proponer dinámicas de trabajo basadas en la colaboración estrecha entre las Administraciones Públicas -entes locales, provinciales, autonómicos y la administración general del Estado-; pero, además, entre Departamentos, sobre todo los dependientes del Área Social y del Área Sanitaria. Obviamente esto plantea un OBJETIVO, y es el que presenta esta Tesis Doctoral:

Establecer las bases necesarias para articular y proponer un Modelo de Atención – Intervención- Polivalente Sociosanitario que posibilite respuestas operativas a la atención a la dependencia, ayudando a superar las barreras, si las hubiera, generadas por las competencias existentes en esta materia en las CC.AA.

Desde nuestra perspectiva ***el modelo de atención -intervención- polivalente sociosanitario*** tiene que tener un alto grado de polivalencia, dado que desde este punto de partida debe de ayudar a conciliar la dualidad existente, y colaborar en poder superar las dudas que se generan en la propia L.A.D; “una mirada inicial a la L.A.D. nos sugiere también dudas, alguna de ellas de especial importancia, como es el caso de su propia arquitectura jurídica: ¿formula claramente los derechos subjetivos? Y al hilo de esta cuestión: ¿el modelo de financiación que establece, es adecuado para garantizar derechos subjetivos? Son cuestiones fundamentales que, a nuestro entender, no quedan precisadas como sería deseable. Aún existe otra cuestión que nos preocupa de manera especial: ¿Se definen adecuadamente las competencias y responsabilidades en la aplicación y gestión de este nuevo marco de derechos? Nos referimos a la implicación de las diversas áreas y, en particular, al papel de los Servicios Sociales, que no parece haber encontrado en el texto el tratamiento adecuado; y también a la cuestión institucional, con una especial

preocupación por el escaso protagonismo que se da a las Corporaciones Locales, a pesar de sus competencias y prácticas en esta materia” (GARCIA HERRERO, Gustavo.2006: 4)

Sirva esta introducción para percatarnos que nuestra propuesta de modelo de atención -intervención social, además de aspirar a ser un referente en la gestión de servicios de atención a la dependencia debe de contener un porcentaje muy elevado de espíritu conciliador. Significa lo anterior, entre otros temas importantes por los momentos históricos que estamos viviendo de desempleo, que se trata de un modelo que generará puestos de trabajo y esto, siempre, es una riqueza que ayuda a integrar a la sociedad de manera positiva.

“Como los santos constructores: tender puentes, unir a gente diversa, fomentar nuevas ideas. Un arquitecto no sólo diseña el plano del edificio. También elige los materiales más convenientes” (CUBEIRO, Juan Carlos.2001:102)

2.- Parte Justificativa del Desarrollo del Trabajo.

Esta tesis propone como punto de partida ofrecer un Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario en la atención a personas mayores y discapacitadas, que llamo:

“MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIOSANITARIO”

Mi Hipótesis es que este modelo viene a intentar solucionar la realidad fragmentada y dispersa de la atención social y sanitaria de las personas dependientes.

Intentaré a lo largo de esta Tesis convertir la HIPOTESIS en TESIS y que ésta sea un punto de partida para poder articular un cambio en la **acción social**, en aras de poder ayudar a mantener un Estado de Bienestar acorde a los tiempos económicos y sociales que estamos viviendo.

Es un Modelo que busca, ante todo, dar un servicio de calidad integral a las personas que formamos parte de la realidad social de España. Respeta totalmente el marco institucional-relacional que marca la Constitución (1978) en la estructuración del Estado, invitándonos a tener visión de miras y capacidad estratégica en cuanto a que el Modelo busca la dimensión solidaria de aquellos que formamos parte del Estado Español; porque **los dependientes**, mayores y personas con discapacidad diversa están en todos los territorios que forman parte del Estado Español.

No podemos negar lo que somos; pero tampoco podemos marginarnos entre nosotros mismos.

La verdadera *fuerza* radica en la visión estratégica de articular una coordinación acertada y coherente en la manera de realizar un servicio, yo hablaría de misión a la sociedad; es decir a las personas que formamos parte de la misma.

La política democrática enaltece a las sociedades que la desarrollan; la política partidista nos destruye y nos aleja del Bienestar Social.

Hay que reconocer que el socialismo, en su primera etapa política del periodo democrático actual, ejerció la responsabilidad de POLÍTICA DEMOCRÁTICA. Fue sensible a la realidad y quiso, ante todo, potenciar una sociedad del BIENESTAR basada en modelos de ACCIÓN SOCIAL probados en otras sociedades democráticas. Conviene no olvidar esta dimensión porque la memoria política y social, muchas veces, es olvidadiza y sin este compromiso socialista hoy, seguramente, tendríamos otro dibujo de las políticas sociales en referencia al objetivo de esta Tesis. El socialismo español supo recoger la sensibilidad social de los partidos socialdemócratas y cristianodemócratas de los países de Europa que, después de la Segunda Guerra Mundial, decidieron aplicar políticas sociales basadas en el principio de **solidaridad y subsidiariedad**.

Fue un gobierno socialista el primero en impulsar la creación del Ministerio de Asuntos Sociales, un marco de acción que revolucionaría la propia ACCIÓN SOCIAL del Estado.³

Tengo que señalar que el MODELO DE ATENCIÓN –INTERVENCIÓN- POLIVALENTE SOCIOSANITARIO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA PARA LAS PERSONAS DE REFERENCIA viene **avalado** por mi experiencia profesional como:

- Responsable del Programa de Mayores de Cáritas Española.
- Director de Cooperación Internacional de Cáritas Española, desde donde se apoyaban proyectos de Acción Social en varios países del mundo.
- Jefe de Servicio (Director de la Zona Centro) del Área de Servicios Sociales del Grupo Eulen.
- Profesor de Sociología y de Sociología de la Empresa en la Licenciatura y Grado de ADE-DERECHO de la Universidad Pontificia Comillas. ICAI-ICADE.
- Desde el año 2011 como Coordinador del Área de Organización y Gestión de Centros de la Comisión Interprovincial de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

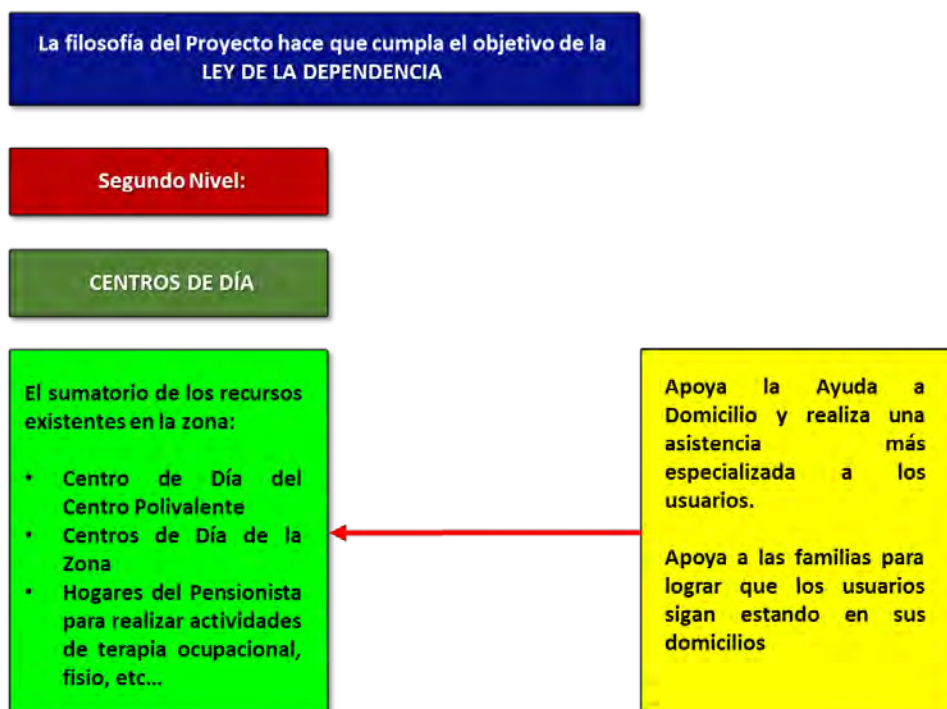
He pasado por el Tercer Sector, por la Iniciativa Privada con ánimo de lucro y he vuelto a la Iniciativa Privada sin ánimo de lucro. He de decir que todas las experiencias han sido enriquecedoras y positivas.

³ Anexo número 1: Opinión de la primera Ministra de Asuntos Sociales, Doña Matilde Fernández en este proyecto de Primer Ministerio de Asuntos Sociales.

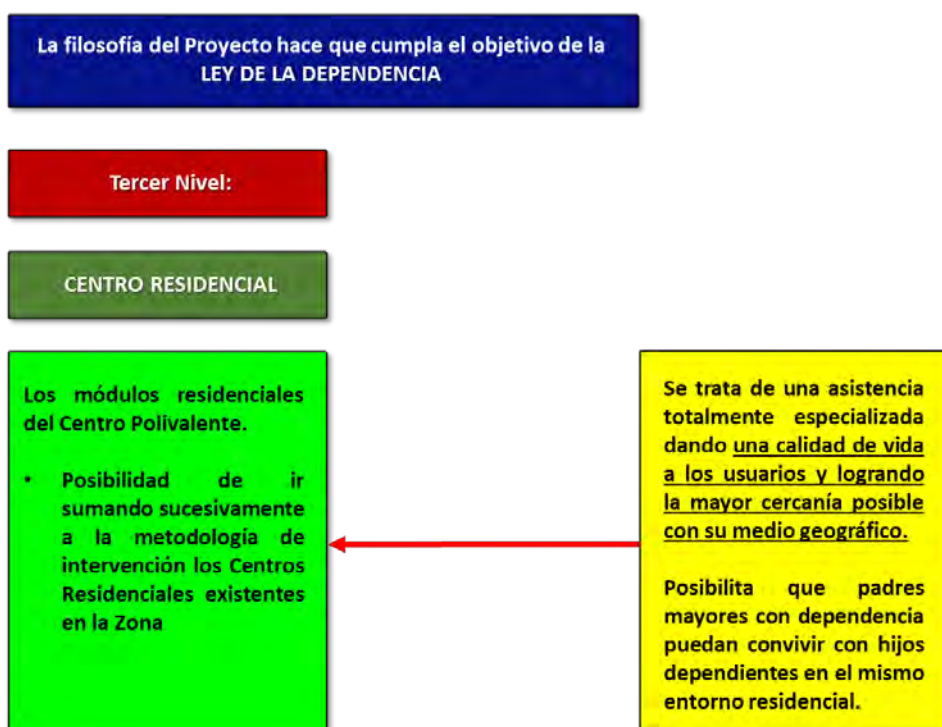
2.1.- MODELO DE ATENCIÓN –INTERVENCIÓN- POLIVALENTE SOCIO SANITARIO (HIPÓTESIS).



Esquema número 1: Planeamiento General del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Socio sanitario. Primer Nivel. Elaboración propia.



Esquema número 2: Filosofía del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario. Aprovechar los recursos existentes. Interaccionar los Servicios Sociales de Base con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria Segundo Nivel. Elaboración propia.



Esquema número 3: Filosofía del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario. Aprovechar los recursos existentes. Interrelacionar los Recursos Especializados con el nivel dos transformando los Especializados en Centros Polivalentes de Atención a la Dependencia. Tercer Nivel. Elaboración propia.



Esquema número 4: Filosofía del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario. Integración de los Servicios Sociales y Sanitarios . Cuarto Nivel. Elaboración propia.



Esquema número 5: Resumen Operativo del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario. Integración de los Servicios Sociales y Sanitarios. Quinto Nivel. Elaboración propia.



Los esquemas anteriores nos ayudan a comprender las grandes posibilidades que nos ofrece la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (L.A.D.) de diseñar herramientas de gestión **-intervención social-** que ayuden a integrar servicios y recursos, consiguiendo de esta manera una mayor optimización de todas las variables que participen en el Proyecto.

Obviamente, este **modelo** es una **Hipótesis**. Será, al hilo de las conclusiones que se irán haciendo en los diferentes capítulos, **cuando este modelo de intervención sociosanitario (Proyecto Polivalente)** pueda tener la justificación adecuada, coherente y técnica, **y pueda ser propuesto como modelo a aplicar en el desarrollo sociosanitario en la atención a la dependencia desde la integración de las áreas social y sanitaria.**

Quiero señalar el inicio del planteamiento del Modelo en el primer esquema: "Planteamiento General". ⁴ Este hecho marca "per se" la filosofía del modelo amparándose en un marco socioeconómico diferente al que tenemos actualmente (Capítulo II).

La investigación corresponderá al Capítulo IV, ya que el Capítulo III (MARCO TEÓRICO) servirá para hacer una reflexión teórica que pueda apoyar la conveniencia de desarrollar el MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO. El Capítulo V explicará la propuesta del modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

⁴ Cfr. Esquema número 1

CAPITULO I:

FUNDAMENTACIÓN Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El marco Teórico en la propuesta de un modelo de atención polivalente sociosanitario es consecuencia del dinamismo de la legislación desarrollada desde el periodo inaugurado por la Constitución de 1978. Por esta razón he analizado la legislación existente en materia de Servicios Sociales en las Comunidades Autónomas que han servido de referencia para la investigación.

Asimismo he valorado el trabajo reflexivo y científico realizado por especialistas y profesionales en relación a los Servicios Sociales y, consecuentemente, he buscado la interacción que pudiera existir con la legislación analizada en esta tesis. Con este trabajo he pretendido construir una *justificación teórica* que nos debería ayudar a entender por qué hay que caminar en dirección de la polivalencia desde la valoración de las reflexiones realizadas en esta materia a lo largo del desarrollo de los Servicios Sociales y Sanitarios desde el inicio de la Democracia.

El Modelo que propongo precisa de un marco económico que afiance su existencia. Para ello precisamos un marco económico que ampare la Sociedad de Bienestar. El actual, debe revisarse y al mismo tiempo debemos de plantearnos cuál puede ser el más pertinente para hacer posible que el Estado Social de Derecho siga siendo una sociedad que genera calidad de vida; en definitiva, que potencia el bienestar de las personas y lo tiene que hacer en un mundo globalizado.

1.1. Objetivo General de la investigación:

“Establecer las bases necesarias para articular y proponer un Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario que posibilite respuestas operativas a la atención a la dependencia, ayudando a superar las barreras, si las hubiera, generadas por las competencias existentes en esta materia en las CC.AA tomadas como referencia: Andalucía, Aragón, Madrid y País Vasco”

Para lo anterior me apoyaré en la Legislación existente y vigente en materia de Servicios Sociales en las Comunidades de Autónomas de referencia, en lo que dice la Ley de Dependencia, en lo que señalan los medios de comunicación generalista sobre el tema de referencia y lo que señalan los partidos políticos (PSOE, PP, IU, PNV Y UPyD) en los diversos programas electorales desde las elecciones de 1982.

Pretendo demostrar que el Proyecto de Atención Sociosanitario, desde la polivalencia, tiene razón de ser, y al mismo tiempo si éste aporta valor a la atención de las personas dependientes. En definitiva:

- si es generador de esperanza, y
- si ayuda a superar las amenazas.

1.2. La Investigación conlleva una fundamentación: Analítica-descriptiva, Analítica-comparativa y Analítica-relacional.

Esta fundamentación la he seleccionado porque mi objetivo es solucionar problemas prácticos, como es el caso del desarrollo aplicativo de la legislación en materia de Servicios Sociales y de Atención a la Dependencia. Estos “problemas prácticos” surgen de la propia realidad social potenciada por el Estado de las Autonomías y por la falta de una Ley de Servicios Sociales, de carácter general nada más promulgarse la Constitución de 1978, que sirviera para el desarrollo de los Servicios Sociales.

Es importante, por tanto, describir, comparar y relacionar.

Desde esta triple dimensión he optado por analizar las siguientes fuentes:

- La legislación Autonómica de cuatro Comunidades Autónomas.
- La L.A.D. (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia)
- Artículos de prensa (prensa generalista) sobre el tratamiento de la aplicación de la L.A.D.
- Programas Políticos de las elecciones generales desde el año 1982 hasta el año 2011: PSOE, PP (Alianza Popular, Coalición Popular, PP), IU, PNV, UPyD.

1.2.1. Fuentes de la Investigación y justificación de las fuentes:

1.2.1.1. Comunidades Autónomas relacionadas con la Legislación seleccionada.

La investigación se plantea a partir del análisis de las Leyes de Servicios Sociales de cuatro Comunidades Autónomas en razón a la siguiente argumentación:

1. Valorar la evolución de la legislación en materia de servicios sociales, en relación con la dimensión de atención a la dependencia, desde una perspectiva sociosanitaria teniendo en cuenta una serie de características como son:

- 1.1. Comunidades Autónomas con situaciones económicas diversas desde que se aprobara la Constitución de 1978.

- 1.2. Comunidades Autónomas con índices y valores demográficos distribuidos de manera diferente debido al porcentaje total de los habitantes de dichas Comunidades Autónomas.
- 1.3. Atendiendo al punto anterior, que tuvieran tipologías de población, en cuanto al número de habitantes, de diferente tamaño y con distancias en kilómetros diversas.
- 1.4. Desde esta perspectiva que se dieran diversos modelos de ciudades y pueblos (núcleos poblacionales); así como modelos rurales de diversa índole; marcados éstos por la propia orografía del terreno y por la red de comunicaciones existente.
- 1.5. Comunidades Autónomas que partían de una “herencia” de recursos, en materia social, distinta por motivos históricos.
- 1.6. Que a nivel legislativo tuvieran una progresión escalonada en cuanto a que hubiera dos Comunidades Autónomas que hubieran promulgado sus leyes antes de la realización del PLAN CONCERTADO (1988) y en paralelo al inicio del Plan Concertado.
 - 1.6.1. País Vasco 1982. Ley 6 de 20 de mayo.
 - 1.6.2. Comunidad de Madrid 1984. Ley 11 de 6 de junio.
 - 1.6.3. Comunidad de Aragón 1987. Ley 4 de 18 de octubre.
 - 1.6.4. Comunidad de Andalucía 1988. Ley 2 de 4 de abril.
- 1.7. Que además cumplieran las leyes elegidas con varias características:
 - 1.7.1. Que dos de las elegidas, antes de Promulgarse la L.A.D., hubieran sido modificadas o ampliadas, recogiendo en las mismas, artículos específicos relacionados con la dimensión sociosanitaria y de dependencia, y que no tuvieran ninguna otra Ley después de la aprobación de la L.A.D. hasta el año 2012.
 - 1.7.1.1. Comunidad de Andalucía 1999. Ley 6 de 7 de julio (Ley de Atención y protección a las Personas Mayores en Andalucía)
 - 1.7.1.2. Comunidad de Madrid 2003. Ley 12 de 27 de marzo.
 - 1.7.2. Que dos de las seleccionadas tuvieran leyes en el ámbito social promulgadas después de la entrada en vigor de la L.A.D. y que, además, hubieran aprobado leyes “nuevas” –de segunda generación- de servicios sociales antes de que fuera aprobada la L.A.D.

- 1.7.2.1. Comunidad del País Vasco 1996. Ley 5 de 18 de octubre.
 - 1.7.2.2. Comunidad de Aragón 2002. Ley 6 de 15 de abril.
 - 1.7.2.3. Comunidad del País Vasco 2008. Ley 12 de 5 de diciembre.
 - 1.7.2.4. Comunidad de Aragón 2009. Ley 5 de 30 de junio.
2. El punto anterior recoge las diversas características que representan a la totalidad de la realidad del Estado de las Autonomías.
3. La propia elección de estas Comunidades Autónomas y el análisis evolutivo de la legislación, teniendo siempre en cuenta la última ley promulgada por cada Comunidad Autónoma seleccionada, nos ayuda a entender que la Investigación planteada es de carácter analítico-descriptivo. En función de este planteamiento tengo que señalar lo siguiente:
 - 3.1. Se quiere conocer cómo las leyes existentes en materia social y de dependencia pueden tener relación entre las mismas, y cómo éstas van “marcando” el diseño de los servicios necesarios para cumplir con los objetivos marcados en esta materia por la propia Constitución y por los Estatutos de Autonomía.
 - 3.2. Queremos conocer las características y principios que puedan generar fragmentación y dispersión entre las Comunidades Autónomas que forman el Estado Español ya que, si se da esta constatación, se nos advierte que nos estamos alejando de la propia esencia de la Constitución de 1978 en cuanto al concepto de Estado de Bienestar; y lo que es más grave del valor subjetivo y universal de la atención.
 - 3.3. Queremos, también, conceptualizar aquellos principios que pueden ayudarnos a superar el problema de la dispersión y fragmentación. Estos principios los he dividido en “VARIABLES” e “IDEAS FUERZA”.
 - 3.3.1. Las he llamado “variables” porque se trata de principios que pueden definirse en “conceptos” a los que se puede aplicar un valor cuantitativo para poder medir la incidencia del mismo en la sociedad. Esto se puede hacer definiendo el concepto y dando un valor numérico que permita cuantificar la incidencia de este principio en la sociedad.

He agrupado estas variables con el objetivo de relacionarlas con los principios económicos y de gestión propuestos en los capítulos II y III.

3.3.1.1. Estas “variables” las he relacionado, de manera conceptual, entre las leyes estudiadas y valoradas buscando la proximidad.

3.3.2. Las he llamado “ideas fuerza” porque se trata de características comunes entre las leyes analizadas. Éstas reforzarán la fundamentación jurídica del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario; por tanto se pone en evidencia que tenemos muchos puntos en común para construir un Proyecto Conjunto.

He concretado una serie de “ideas fuerza” para relacionarlas con los principios económicos y de gestión propuestos en los capítulos II y III.

De esta manera he interrelacionado “variables” e “ideas fuerza” con economía y gestión, dos dimensiones, que no se pueden obviar en la aplicación de los recursos existentes. Esta interrelación es la que se ve reforzada por el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario que propongo.

4. Objetivo Específico:

4.1. **DEFINICIÓN:** Conocer el desarrollo legislativo en materia de Servicios Sociales y analizar sus semejanzas o/y diferencias.

4.2. **JUSTIFICACIÓN:** Se trata de acercarnos a cuatro Comunidades Autónomas (MADRID, ARAGÓN, PAIS VASCO, ANDALUCIA) y conocer la interrelación de sus respectivas legislaciones con la Ley de Autonomía Personal.

4.3. **¿POR QUÉ NOS AYUDARÁ ESTE OBJETIVO ESPECÍFICO EN NUESTRO TRABAJO DE PRESENTAR UN POSIBLE MODELO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIO DE CARÁCTER POLIVALENTE?** Este estudio de Investigación de Correlación nos posibilitará conocer el desarrollo funcional de las Leyes. Esta reflexión podrá ayudarnos a

configurar una base teórica sobre el “valor aplicativo” de la Ley de la Dependencia en beneficio de la sociedad ampliando la dimensión teórica argumentada en el Segundo Capítulo de esta Tesis Doctoral.

1.2.1.2. L.A.D. (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia)

1. Dado que el objetivo de la Tesis es presentar un Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario tenía que relacionar esta Ley con todo lo investigado en el punto anterior.
2. Esta Ley, desde mi punto de vista, y por el planteamiento y desarrollo preliminar en su elaboración, tiene el suficiente peso social para ayudar a articular una mejor planificación de la atención a personas dependientes posibilitando la interrelación entre el área de los servicios sociales y el área de sanidad de las diferentes Comunidades Autónomas, y éstas entre sí por medio de la mediación y coordinación de la Administración General del Estado.
3. Al igual que en el proceso seguido en el análisis de las Leyes Autonómicas se han extraído “variables” e “ideas fuerza”, con el objetivo de que las mismas nos ayuden a buscar la interacción entre la legislación vigente y, a su vez, se pueda hallar la correlación con la dimensión económica y con la operatividad de la gestión, ya que esta interacción es necesaria para tener servicios que puedan adecuarse a la realidad social que nos está tocando vivir.
4. Teniendo en cuenta el punto anterior he conceptualizado cinco variables que he fijado como interdependientes. Son interdependientes porque forman parte del Modelo de Intervención Polivalente Sociosanitario a partir de las características comunes halladas en el análisis de la L.A.D y de las Leyes Autonómicas en interacción con lo reflexionado en los Capítulos II y III.

Así, estas variables que hemos denominado:

- ✓ financiera,
- ✓ corresponsabilidad,
- ✓ innovación,
- ✓ trabajo en equipo y
- ✓ generosidad social-sociosanitaria; me ayudarán a clarificar el objetivo que me he propuesto con el Modelo.

Son variables conceptuales que, también, pueden definirse dándoles un valor numérico que pueda ayudarnos a realizar una valoración cuantitativa de la incidencia que podrían tener para los políticos, técnicos, profesionales y población en general, en la configuración del Modelo de Intervención Polivalente Sociosanitario.

5. Objetivo Específico:

5.1. **DEFINICIÓN:** Conocer el desarrollo de los Servicios Sociales y su relación con la L.A.D.

5.2. **JUSTIFICACIÓN:** Se trata de poder analizar la manera de cómo se está procediendo en el desarrollo aplicativo de la Ley de la Dependencia, intentando conocer qué variables de carácter interdependiente se dan en esta relación. Variables que “marcan” el desarrollo de la L.A.D en relación con el Modelo.

5.3. **¿POR QUÉ NOS AYUDARÁ ESTE OBJETIVO ESPECÍFICO EN NUESTRO TRABAJO DE PRESENTAR UN POSIBLE MODELO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIO DE CARÁCTER POLIVALENT?:** Este estudio de Investigación de Correlación nos proporcionará las claves a tener en cuenta en la organización operativa de los servicios que se prestan desde el marco de la dependencia, y la responsabilidad real en el desarrollo de los mismos de las Administraciones Públicas.

1.2.1.3. Artículos de Prensa Generalista desde la entrada en vigor de la L.A.D. (1 de enero de 2007) hasta junio de 2013.

1. He creído oportuno en este proceso de investigación analizar la prensa generalista, no especializada, con el fin de conocer la importancia que ésta daba a la L.A.D. y a su aplicación.
2. Saber lo que dicen los Medios de Comunicación Generalista sobre un tema tan importante como es la atención a la dependencia por cuanto está relacionada con el cuarto pilar del Estado Social de Derecho merecía la pena conocer el tratamiento que se le dispensa.
3. Hay que tener muy en cuenta que, las publicaciones especializadas solo las leen o las tienen en cuenta los profesionales y técnicos en la materia, y que el conjunto general de la población la información la obtiene, con más facilidad y

en buena medida, por la prensa generalista. Independientemente del hábito o no de lectura que la población pueda tener, me pareció interesante ya que daba un valor añadido a la investigación el conocer el tratamiento de la prensa generalista. La constatación que se podría obtener de la misma nos podía indicar perfectamente el verdadero valor pedagógico e informativo que se le da al cuarto eje del Estado Social de Derecho por estos medios de comunicación.

4. Se han analizado 1.000 fuentes, de éstas me he fijado en 240. Este análisis se ha hecho por años, especificado por Comunidades Autónomas, por Administración General del Estado –Gobierno Central- y por Otros Grupos (asociaciones, sindicatos y partidos políticos).
5. Cuando lo ideológico prima más que el logro del Bien Común o/y el servicio a la sociedad nos alejamos de poder construir un Proyecto Conjunto. La prensa generalista es un buen termómetro para saber el interés político de los responsables políticos y otros agentes sociales más allá de la existencia de leyes. Asimismo vemos, también, la vocación pedagógica de los medios de comunicación, se puede conocer si ayudan a construir o más bien se quedan en los titulares que ofrecen los políticos.
6. Objetivo Específico:
 - 6.1. **DEFINICIÓN:** Conocer la importancia y tratamiento que dan los medios de comunicación generalista a la Ley de la Dependencia.
 - 6.2. **JUSTIFICACIÓN:** Trataré de analizar qué medios generalistas hacen referencia a el cuarto pilar del Estado Social de Derecho: la dependencia, y con qué temática de fondo para que nos podamos percatar si realmente se da la suficiente importancia a esta Ley.
 - 6.3. **¿POR QUÉ NOS AYUDARÁ ESTE OBJETIVO ESPECÍFICO EN NUESTRO TRABAJO DE PRESENTAR UN POSIBLE MODELO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA DE CARÁCTER POLIVALENTE?** Este parte de la Investigación nos ayudará a adentrarnos en la importancia que los medios de comunicación generalista dan a esta Ley y a su aplicación; ya que, desde esta perspectiva, se podrá analizar el interés de la sociedad por un punto que es considerado el cuarto pilar del Estado de Bienestar.

1.2.1.4. Conocer qué dicen los programas electorales en las elecciones generales celebradas desde 1.982 hasta 2011 de los partidos políticos con representación en las Comunidades Autónomas de referencia.

1. Se analizarán las partes correspondientes a las áreas de servicios sociales y sanidad de los programas electorales en todas las elecciones generales celebradas desde el año 1.982 de los siguientes partidos: PSOE; PP (Alianza Popular, Coalición Popular, PP); IU; PNV y UPyD.
2. He decidido analizar los correspondientes a las elecciones generales porque los programas para las elecciones autonómicas, en los temas relacionados con el objetivo de la tesis, tenían prácticamente el mismo contenido.
3. De cada análisis procuraré sacar una serie de puntos que llamaré “aspectos a resaltar”; éstos tratarán de fijar los puntos en común existentes entre los diversos programas electorales. El objetivo es buscar la proximidad, y todo aquello que nos puede unir, más allá de los principios ideológicos y estratégicos de los Partidos Políticos, ayudando a construir el Modelo de Intervención Sociosanitario interrelacionando estos “aspectos a resaltar” con todas las conclusiones obtenidas a lo largo de los dos puntos anteriores de la Investigación.
4. Objetivo Específico:
 - 4.1. **DEFINICIÓN:** Conocer los planteamientos políticos de, al menos cinco partidos (PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL, PARTIDO POPULAR, IZQUIERDA UNIDA, PARTIDO NACIONALISTA VASCO Y UNIÓN PROGRESO Y DEMOCRACIA) en las áreas de salud, servicios sociales y atención a la dependencia/sociosanitaria.
 - 4.2. **JUSTIFICACIÓN:** Se trata de acercarnos a estos cinco partidos políticos y poder analizar sus propuestas políticas en el desarrollo de sus compromisos electorales en relación a la visión que tienen del concepto del Estado de Bienestar en las áreas señaladas en el párrafo anterior.
 - 4.3. **¿POR QUÉ NOS AYUDARÁ ESTE OBJETIVO ESPECÍFICO EN NUESTRO TRABAJO DE PRESENTAR UN POSIBLE MODELO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE CARÁCTER POLIVALENTE?:** Esta parte de la investigación nos ayudará a adentrarnos en la importancia que los partidos políticos dan a las áreas de salud, servicios sociales, atención a

la dependencia /sociosanitario y cómo sus propuestas han ido configurando y estructurando la sanidad y los servicios sociales percatándonos de la evolución existente al respecto.

1.3.- Conclusión: Propuesta del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario.

1. En éste, voy a tratar, recogiendo lo reflexionado en los Capítulos II y III, y lo fundamentado a través de la investigación (Analítica-descriptiva, Analítica-comparativa y Analítica-relacional) en el Capítulo IV de presentar el Modelo de Intervención Polivalente Sociosanitario; además me apoyaré en una investigación que potencié y ayudé a realizar como coordinador institucional-técnico en el año 2005: ESTUDIO SOBRE LA SITUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LA ZONA DEL BAJO ARAGÓN.
2. El estudio en la zona del Bajo Aragón me ayudará a realizar una aplicación práctica del Modelo, proponiendo la reorganización de los Servicios existentes en la zona.

CAPÍTULO II:

**CONTEXTUALIZACIÓN ECONÓMICA Y
APROXIMACIÓN A LA REALIDAD SOCIAL.**

OBJETIVO DE ESTE CAPÍTULO:

**“SITUAR EL MODELO DE ATENCIÓN
(INTERVENCIÓN) POLIVALENTE
SOCIOSANITARIO EN UN MARCO
ECONÓMICO QUE ESTE INSPIRADO EN LOS
PRINCIPIOS DE JUSTICIA SOCIAL”**

II.1.- ¿Crisis Económica o Cambio de Ciclo Socioeconómico? ¿Puede influir esta respuesta en la Acción Social?

El Modelo de Atención Sociosanitario que propongo no puede evadir la realidad social y económica que estamos viviendo.

Su aplicación y desarrollo debe de contar con este hecho; no hacerlo sería irresponsable. Lo mismo que la actuación de las Políticas Sociales derivadas de la Sociedad del Bienestar y aplicadas por un Estado Social de Derecho deberían tener **muy presente** los tiempos que nos están tocando vivir.

Todo lo ganado en aplicabilidad social desde la Acción Social o desde lo que se ha dado en llamar Servicios Sociales o Asistencia Social quedaría reducido a algo totalmente residual volviendo a etapas a las que no nos gustaría retrotraernos.

Desde luego, hablar de Acción Social nos invita a situarnos en un escenario social y económico que hará posible que ésta pueda suponer un **pilar fundamental** en la organización social de nuestro país.

Vertebremos, de verdad, nuestra Acción Social atendiendo a nuestra realidad de país para aportar ideas y propuestas a la realidad de Europa de la cual formamos parte.

La fragmentación no nos ayudará a mantener una **sociedad de bienestar**, y esperar que la solución venga de la toda poderosa Europa supondrá agotar, con toda probabilidad, todo lo que actualmente disponemos.

Autonomía no puede suponer fragmentación y, desgraciadamente, la mega maquinaria burocrática de Europa, hasta la fecha, nos ha alejado del sueño europeo de ser verdaderamente: LOS ESTADOS UNIDOS DE LA UNIÓN EUROPEA.

Si optamos por la fragmentación que tenemos actualmente en la aplicación operativa de la ACCIÓN SOCIAL en España, todos perderemos. De esto tenemos que ser conscientes. Lo analizaremos en el segundo capítulo de esta Memoria de Tesis Doctoral y, veremos, qué nos aporta lo que se trabaje en el tercer capítulo en este sentido.

Europa es un apoyo, pero tan solo un apoyo, y cada país -por ahora- establece la Acción Social a seguir. Es muy difícil poder sostener que existe una POLÍTICA SOCIAL conjunta en la Unión Europea. Existen acciones; pero esto no quiere decir que exista verdaderamente una estructura sistemática y aplicativa de conjunto en materia de Política Social.

Desde mi punto de vista ni si quiera se puede hablar de que exista un Derecho Social Europeo como “cuerpo jurídico” que obligue a todos los Estados miembros a seguir –en materia de Acción Social- un mismo procedimiento.

Lo que es indudable, y en esto estamos sometidos todos los países de la Unión Europea, evidentemente unos más que otros, es que todos atravesamos una crisis económica. Lo que se conoce como crisis económica es, también, un fenómeno de la globalización. A mí, sin embargo, me parece que hay que hablar de CAMBIO DE CICLO SOCIAL.

Sobre este tema no les gusta hablar a muchos agentes sociales: políticos, empresarios, sindicatos, universidades, etc. ni siquiera nos parece oportuno a los ciudadanos de a pie. Pero, sin lugar a dudas, el sistema económico que tenemos hasta la fecha “hace aguas”.

Se habla, también, de crisis de valores. Efectivamente los valores son o deberían de ser un puntal fundamental en las relaciones sociales; pero cuando llevamos años y años “corriendo por tener y tener” los principios éticos que dan valor a las relaciones quedan reducidos a la mínima expresión.

La globalización nos afecta. No podemos renunciar a ella; pero lo que sí podemos es intentar influir en la misma con principios socioeconómicos diferentes.

Sin duda, para poder sostener una Acción Social aplicada en un Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario tenemos que tener un sistema Político que asuma unas relaciones económicas creíbles y sostenibles.

La necesidad de un sistema Político que asuma unas relaciones económicas creíbles y sostenibles lo vengo trabajando y reflexionando en las asignaturas que imparto en la Universidad.

Hoy, en 2013, estamos adaptándonos a una nueva realidad económica-social. Desde 2008 estamos asistiendo a una situación de crisis económica que está afectando el modelo social que hasta la fecha era imperante en las sociedades desarrolladas. Al mismo tiempo aparecen sociedades emergentes con modelos económicos similares a los que han existido y existen en las sociedades desarrolladas.

No se aciertan a encontrar soluciones que parezcan convencer a quienes forman parte de las sociedades desarrolladas.

Desde mi punto de vista se está dando más que una crisis económica un cambio de modelo social y de sociedad, y esto supone hallar nuevos parámetros teóricos que ayuden a desarrollar una economía –motor esencial para el desarrollo y libertad de las personas- que tenga como objetivo: **UN MERCADO DE ECONOMÍA CON VOCACIÓN SOCIAL.**

Considero que sin esta dimensión será muy difícil salir de la actual situación existente.

La SOCIEDAD tiene un reto: GENERAR Y DESARROLLAR UN NUEVO MARCO ECONÓMICO Y POLÍTICO QUE NO NOS HAGA VOLVER A SITUACIONES ANACRÓNICAS,

HOY ES PRECISO SUPERAR EL LIBERALISMO ECONOMICISTA Y LA TENTACIÓN DE VOLVER AL COMUNISMO-POPULISMO.

Deberíamos tener como referencia a una serie de autores que cito seguidamente:

- *Christian Felber (Economía del Bien Común),*
- *Reinhard Marx (El Capital: Un alegato en favor de la Humanidad),*
- *David López Royo (Una reflexión para que exista menos desempleo),*
- *Juan Carlos Cubeiro (El talentismo),*
- *Manuel Castells (Sociedad de la Información),*
- *Joan Mele (Hacia una nueva realidad económica),*
- *Francisco Álvarez Molina (Una nueva economía es posible),*
- *Luis González-Carvajal Santabárbara (El hombre roto y la necesidad de un nuevo modelo económico).*

Ciertamente que la crisis económica incide directamente en el concepto del Estado de Bienestar. Esto lo estamos viviendo en España desde que se inició lo que se ha dado en llamar “crisis económica” en el 2007.

Llevamos tiempo “mirando al futuro” y, dice el Gobierno actual –el del Partido Popular- que aplicando y tomando medidas como las que se están aplicando podremos salir de la crisis económica en la que estamos inmersos.

Personalmente no soy tan optimista porque creo que, a lo mejor, de manera “tímida” parecerá que estamos en una dirección –nos dirán los políticos- acertada; sin embargo, desde mi consideración, se están perdiendo derechos sociales que tendrán graves consecuencias.

El problema es mucho más de fondo. Es de análisis social, y esto comporta profundizar en lo que ha dejado la crisis en el camino, y si podremos seguir por mucho tiempo manteniendo un sistema económico que, verdaderamente, no da las respuestas que las conciencias liberales nos dicen que se darán con las medidas que se están aplicando, logrando que todos podamos ganar en calidad de vida.

Todo lo que voy señalar en el Tercer Capítulo carecerá de sentido si el sistema económico no se sostiene. Por esta razón voy a dedicar unas páginas a una reflexión que tenga en cuenta lo que he señalado en páginas anteriores y que recojo en el siguiente párrafo:

“Es de vital importancia en los tiempos que corren y, desde mi humilde opinión, el posicionarse ante un nuevo marco económico, basado éste en los principios de la Economía del Bien Común y Economía Social de Mercado. No estamos simplemente en una situación de crisis económica, estamos en un nuevo ciclo social”

II.2.- ¿Qué marco económico debe de sostener el Modelo Polivalente Sociosanitario de Atención a la Dependencia en una sociedad desarrolla o/y sociedad del Bienestar?

Quiero iniciar esta reflexión diciendo que creo en que una nueva economía es posible y considero que la Empresa, como uno de los pilares nucleares de la misma, tiene una gran responsabilidad por hacer que la economía siga siendo una herramienta eficiente y coherente en el desarrollo solidario de la sociedad. Pero, personalmente, creo en la Empresa que tenga, de verdad, una preocupación de mirar francamente por el bienestar de las personas y de las sociedades, y esto hace posible que la Empresa sea comprendida y entendida como una ORGANIZACIÓN que puede colaborar positivamente en la propia organización de la sociedad. Las personas generan PROYECTOS EMPRESARIALES que ayudan al progreso social.

Tan solo de esta manera se podrá dar un cambio económico. Esto supone, lógicamente, una llamada de atención a los Políticos porque su discurso económico también tendrá que ser modificado. Modificar el discurso económico implica en los políticos una transformación de gran calado dado que para muchos de éstos la economía supone “el alma” de la ideología del partido al que pertenecen. Esto ha de cambiar. De otra manera se toparán con una realidad tozuda: la ciudadanía –los ciudadanos de “a pie”- se alejará de los políticos y esto podría ser muy grave. Basta con ver la opinión que se tiene sobre los políticos. Triste panorama si se sigue con esta valoración.

La política es un servicio noble que enaltece a las personas y a las sociedades.

Evidentemente no voy a inventar absolutamente nada al respecto porque lo que voy a argumentar se halla contenido, de una manera más detallada, en el pensamiento y en las obras de los autores que anteriormente he señalado. Pero sí me parece esencial exponer o explicitar mi postura –mi visión- de la economía; por cuanto sin ésta, reconozco, que el sostenimiento de la ACCIÓN SOCIAL y, en concreto del Modelo de Atención –Intervención- Sociosanitario Polivalente, será muy difícil de aplicar.

Creo que el camino hay que buscarlo en la interacción de **la economía social de mercado⁵ y de la economía del bien común⁶. Ambas tendencias se aproximan y se complementan⁷.**

⁵ Cfr: Autores significativos:
Reinhard Marx, Luis González-Carvajal Santabábara

⁶ Cfr: Autor significativo:
Christian Felber

⁷ Cfr: Autores que interaccionan ambas tendencias económicas:
Juan Carlos Cubeiro;Manuel Castells Joan Mele; Francisco Álvarez Molina; David López.

Evidentemente la Doctrina Social de la Iglesia contiene un cuerpo doctrinal muy importante para la aplicación de la Economía Social de Mercado y la Economía del Bien Común.

Ambas teorías económicas ponen en el centro a la persona. Pero a la persona que hay que dotar de dignidad. Sin esta dimensión no es posible que la economía sirva como herramienta eficaz y coherente en la construcción de la sociedad.

Esto es muy importante porque la ACCIÓN SOCIAL, al menos en su discurso teórico-doctrinal, en cuanto a su desarrollo desde la Constitución de 1978 habla de dignificar a la persona. La persona es “el centro de la atención social”. No sirve la beneficencia, lo que sirve es que la persona recupere su dignidad.

La ACCIÓN SOCIAL sobre la que se quiere basar el desarrollo de lo que se ha dado en llamar –existen varios nombres- Servicios Sociales en la realidad político-administrativa del Estado Español, conocido como Estado de las Autonomías, es precisamente el contenido de la Carta Social Europea.⁸ Toda ella es un señalar aspectos que buscan la dignificación de la persona.

¿Pero de **dónde bebe** doctrinal-cultural-social y políticamente esta Carta? Nada más ni nada menos que de la experiencia antropológica-cultural de muchos ciudadanos (trabajadores, sindicalistas, políticos, economistas, legisladores, etc...) afianzados formativamente en el Pensamiento Político Social-Demócrata y Demócrata-Cristiano, ambos pensamientos “impregnados directa e indirectamente de los principios marcados por la Doctrina Social de la Iglesia”.

La Doctrina Social ha impregnado hasta la fecha y, desde luego, lo seguirá realizando. No tenemos más que mirar retrospectivamente a los últimos dos Papas (Juan Pablo II y Benedicto XV), y mirar al presente y ver la influencia del Papa Francisco.⁹

La Doctrina Social tiene muy claro en dónde pone el acento para favorecer un mundo justo, equilibrado, coherente y que proporcione verdaderamente la libertad a las personas. “A diferencia de muchas filosofías seculares del siglo XX, la Iglesia nunca ha tenido la pretensión de presentar una teoría general de la sociedad. Con su mensaje social, lo que ha hecho a lo largo de la historia ha sido denunciar repetidamente en momentos críticos los atentados estructurales contra la dignidad humana y contra la libertad y reclamar justicia para todos. Primero en el siglo XIX, se trató de obtener los derechos de los trabajadores. Durante la primera mitad del siglo XX se añadieron a ello los conflictos con las ideologías totalitarias del fascismo, el nacionalsocialismo y el comunismo. Las catástrofes humanas de las dos guerras mundiales llevaron el tema de la paz al primer plano. La perspectiva global propia de la Iglesia católica como Iglesia

⁸ Cfr. Carta Social Europea. Turín, 18 de octubre de 1961. Consejo de Europa (Estrasburgo)

⁹ Cfr. http://internacional.elpais.com/internacional/2014/02/06/actualidad/1391705171_303709.html. Febrero de 2014.

universal hizo que ésta dirigiera muy pronto su mirada al -tercer mundo- y a los temas de la pobreza y el desarrollo” (MARX, Reinhard. 2011:70)

En el proceso impulsado por Cristian Felber con respecto a la Economía del Bien Común y en concreto en el resumen que se realizó sobre los puntos fuertes de la misma el 30 de julio de 2011, quiero resaltar el primer punto, por entender que el mismo recoge perfectamente el espíritu de la dignificación de las personas desde la variable económica:

“1. La economía del bien común se basa en los mismos valores que hacen florecer nuestras relaciones: Confianza, Cooperación, Aprecio, Democracia, Solidaridad. Según recientes investigaciones científicas conseguir buenas relaciones son la mayor fuente de motivación y felicidad de los seres humanos”¹⁰

Podemos decir que estamos de acuerdo, yo sí lo estoy, en que la Economía Social de Mercado y la Economía del Bien Común buscan ante todo la **dignificación de las personas** y esto está en concordancia con el “espíritu de la Acción Social” que se inaugura con el periodo democrático de la Constitución de 1978 en España.



Figura número 1: Elementos constitutivos que ayudan en la dignificación de las personas. Elaboración Propia.

La Acción Social, en la Democracia existente desde 1978, propone que **la participación** será una variable fundamental en el desarrollo de los servicios derivados de

¹⁰ http://www.economiasolidaria.org/noticias/la_economia_del_bien_comun_Agosto_de_2013.

la propia Acción Social. Servicios Sociales que tienen en cuenta a las personas. Sumamos a la dignidad: PARTICIPACIÓN.

Lo que no cabe duda es que el Gobierno de España buscó el intentar presentar una Ley General de Servicios Sociales que pudiera servir para cohesionar el sistema de los Servicios Sociales en España, un Estado vertebrado a través de las Comunidades Autónomas. “En la consulta que fue pedida por el Gobierno de España a los expertos internacionales con la intención de ayudar a articular una Ley de Servicios Sociales que fuera marco para el Estado de las Autonomías se hablaba de los siguientes puntos:

- ✓ *Participación.*
- ✓ *Desarrollo autoconcentrado.*
- ✓ *Igualdad de oportunidades.*
- ✓ *Solidaridad.*
- ✓ *Personalización* (MARTÍNEZ ROMÁN, María Asunción y otros. 1993:211)

La participación fue un punto esencial en la concepción de los Servicios Sociales, ya que a través de la misma se pueden hacer aportaciones que respondan a las necesidades reales de la población. La Acción Social como impulsora de los Servicios Sociales entiende que la proximidad de los mismos solamente es factible con la implicación directa de los usuarios y de aquellos (profesionales, políticos, expertos, técnicos en distintas materias) que son susceptibles de ser atendidos por los servicios establecidos aportando, desde su experiencia, ideas de mejora. “Así tenemos que la comunidad debe poder integrarse en el estudio y el análisis de sus necesidades, en las soluciones y en el control de la gestión de los recursos económicos e institucionales” (MARTINEZ ROMÁN, María Asunción y otros. 1993: 219)

La Economía del Bien común nos invita a adentrarnos en un proceso en donde la participación es un valor que es necesario potenciar. De hecho, en un resumen realizado por lo que podríamos denominar ESCUELA DE LA ECONOMÍA DEL BIEN COMÚN en su página WEB aparece lo siguiente:

“La economía del bien común no es ni el mejor de los modelos económicos ni el final de una historia, sólo el paso siguiente después de los extremos, comunismo y capitalismo. Se trata de un proceso participativo, de desarrollo abierto que busca sinergia en procesos similares como: economía solidaria, economía social, movimiento de bienes comunes, economía del post-crecimiento, perspectiva cuatro en una o democracia económica. El 5 de octubre de 2011 fueron presentados los resultados de los balances de bien común de las primeras 100 empresas pioner@s en una conferencia de prensa

internacional. Todas las empresas están invitadas a participar en la aplicación del balance del bien común.”¹¹

Nos percatamos que los inicios, de la aplicación de lo que se viene conociendo como Servicios Sociales, y que yo planteo en el marco general de LA ACCIÓN SOCIAL, están “colmados” de una antropología socio-económica muy próxima a los planteamientos de la Economía Social de Mercado y Economía del Bien Común.



Figura número 2: La participación elemento esencial de la Economía del Bien Común y de la Economía Social de Mercado. Elaboración Propia.

Si tenemos en cuenta esta dimensión se tiene que producir una llamada de atención a la sociedad actual, porque las cosas no pueden seguir funcionando como hasta el momento. Todo aquello que vaya en contra de la persona y/ o que afecta negativamente a su dignidad habrá que cuestionarlo. Estamos en una sociedad que basa su riqueza social en la libertad; pero también en el respeto integral a las personas; esto significa que si el respeto se pierde porque son empobrecidas y expulsadas de la sociedad en la que viven,

¹¹ Cfr. www.gemeinwohloekonomie.org. Agosto de 2013.

entrando en procesos de vulnerabilidad social, el sistema hay que revisarlo. Una economía que solo pretende el enriquecimiento personal a costa de los demás, evidentemente tiene que ser cuestionada; para que esto no ocurra aquellos que son “motor” de la misma tendrán que reflexionar sobre su ser y sobre su hacer. Todo esto supone disponer de un sistema social que verdaderamente tenga a la persona como centro del mismo, lo cual implica no ir en contra de su dignidad. Esto nos adentra en la reflexión del modelo económico que debería desarrollarse. Por ejemplo “queda claro, por tanto, que la Iglesia acepta la economía de mercado si ésta se orienta hacia la dignidad humana y el bien común, y si esa orientación queda garantizada por un ordenamiento jurídico fuerte. Sobre cómo puede ser esa economía de mercado a principios del siglo XXI aún puede discutirse mucho, ya que las coordenadas de la economía y de la sociedad han cambiado notablemente en las últimas décadas. Debe hablarse de la globalización económica y de su regulación. Y sobre ese telón de fondo deben volver a plantearse cuestiones como la responsabilidad empresarial, la primacía del trabajo sobre el capital y un sistema fiscal y social justo”. (MARX, Reinhard. 2011:96)

Para construir y desarrollar una ACCION SOCIAL coherente con la dignificación y la participación es preciso hacerlo en un marco económico que reconozca ambos valores como esenciales; sin esto nos estaremos alejando de los fines esenciales que deben de sustentar la propia ACCIÓN SOCIAL.

Hoy nos pasa que estamos **enfrascados en las estructuras de los servicios**. Estructuras que hemos generado en una situación de **bonanza económica** y seguimos pensando que la misma sigue “estando ahí”, latente y que un día volverá a resurgir como se dio en años pasados. Las estructuras no son sostenibles si la economía no hace posible que éstas se mantengan.

En nuestra realidad social estamos “anclados” en el diseño de estructuras que respondan más a visiones, por no utilizar el término partidista, políticas; sin entrar a realizar una autocrítica que nos lleve a analizar lo que tenemos, la sostenibilidad de estas estructuras, la manera de cómo seguir manteniendo el Estado de Bienestar; por decirlo de manera resumida: **“dibujar el futuro”**.

Esto conlleva a tomar un posicionamiento en el planteamiento de la economía. Esta necesidad de **“plantearse” que no es otra evidencia que el cuestionarse para “dibujar un futuro” creíble** precisa de generosidad. Sin generosidad es imposible avanzar. Desde esta perspectiva hablo de que estamos en un CAMBIO DE CICLO SOCIAL Y ECONÓMICO.

En este **“dibujar el futuro” -desde los parámetros de la Economía Social de Mercado y la Economía del Bien Común-** para no olvidar en esta misión que el Estado y la Sociedad Civil son dos piezas del puzzle que nunca deben desaparecer, “recuerdo lo que nuestra Constitución de 1978 dice al respecto. Ese mismo compromiso de la justicia social se percibe en el artículo 9.2, donde establece: 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. La importancia a nuestros efectos de estos artículos no es sólo la proclamación en España de un Estado Social de Derecho, sino la consecuencia que de ello se deriva. Conlleva un Estado intervencionista, comprometido ante las situaciones sociales injustas. Es un Estado de servicios, de bienestar o benefactor, que da lugar a creación de derechos sociales, de medidas de solidaridad social y de criterios de redistribución” (ALEMÁN BRACHO, Carmen. 1995:201-202)

El nuevo CICLO SOCIAL Y ECONÓMICO debe de mantener aquellos principios y valores que han aportado progreso social, se podría hablar de JUSTICIA SOCIAL y de SOLIDARIDAD SOCIAL. Desde mi punto de vista hay que tener muy en cuenta de dónde parten ambas dimensiones, considero que hay que ser concisos y tratar de “redescubrir” la documentación social que Instituciones, como la Iglesia Católica, han sido capaces de elaborar, logrando que este pensamiento tuviera influencia en el desarrollo de las democracias modernas del entorno europeo, al mismo tiempo que también ha influido en países ligados culturalmente a los países de Europa, como es el caso del Continente Americano, “la doctrina Social de la Iglesia defiende la necesidad de un Estado fuerte, que según el principio de solidaridad debe velar por los intereses de todos, y en particular por los de aquellos que no, que todavía no, o que ya no participan en la actividad del mercado ni el proceso productivo. Nadie debe verse excluido de la comunidad solidaria: ni los viejos, no los enfermos, ni los desempleados, ni los niños, ni las familias, ni las generaciones futuras” (MARX, Reinhard. 2011:97)

A la Dignificación de las Personas y a la Participación hay que añadir JUSTICIA SOCIAL / SOLIDARIDAD SOCIAL.

En esta línea, y con el fin de reforzar la reflexión que estoy realizando en cuanto a los principios que deben ayudarnos a “dibujar” una sociedad que vive ante un nuevo CICLO SOCIAL Y ECONÓMICO, me parece muy pertinente insistir en el rol que jugó y sigue jugando la Doctrina Social de la Iglesia, por considerar que el **nuevo ciclo** no debe obviar el pensamiento que ayudó a desarrollar unos Servicios Sociales (ACCIÓN SOCIAL) desde la Justicia Social/Solidaridad Social.

Si hoy disponemos de Servicios Sociales estructurados se debe, en un porcentaje muy elevado, a la “doctrina social y política” que fue calando en las sociedades desarrolladas. Sin este espíritu no hubiera sido posible. Se trató de una doctrina que ayudó a afianzar derechos y obligaciones tanto por parte de los ciudadanos como por parte de los responsables políticos y de los partidos políticos que accedían al Gobierno de los países. Hoy disponemos de un Estado de Bienestar que ha consolidado una Acción Social y, por tanto, un modo de vida que considera que hay que atender a las personas que forman parte de la sociedad de manera integral e integradora. “Los Servicios Sociales son un sector de bienestar social o un instrumento de la política social y, por tanto, constituyen

un medio de hacer efectivo el derecho a vivir en una sociedad más justa, más igualitaria en la que los ciudadanos no se vean discriminados por situaciones que les vengán impuestas por la marginación o la pobreza. Los Servicios Sociales son una vía para tratar de cubrir desajustes, desequilibrios y desigualdades sociales. Los valores básicos de la Constitución exigirían, pues, en su desarrollo material, de un sistema público de servicios sociales” (ALEMÁN BRACHO, Carmen. 1995:202)

Desde luego que el Planteamiento del Nuevo Ciclo Económico y Social en materia de ACCIÓN SOCIAL potencia el derecho subjetivo que las personas –para hallar la dignidad debida- deben de tener. Esto supone que el Estado no abandona a los integrantes del Estado. El Estado es posible porque existen ciudadanos que forman parte del mismo. El derecho subjetivo que debe de acompañar a la ACCIÓN SOCIAL encuentra su justificación en lo que hemos enunciado anteriormente como JUSTICIA SOCIAL/SOLIDARIDAD SOCIAL. Justicia y Solidaridad es una realidad que se debe de promover desde la Responsabilidad del Estado. A esto los políticos no deberían de renunciar nunca; ellos, en las sociedades democráticas, desempeñan el **ejercicio de salvaguardar y hacer realidad los principios precisos para que exista el Estado de Bienestar**. Es por ello necesario que entre todos, que formamos parte de la sociedad, realicemos un “ejercicio de responsabilidad” e intentemos **dibujar un futuro en donde todos podamos vivir como verdaderos ciudadanos sin marginaciones provocadas o fruto de una terrible injusticia social**.



Figura número 3: Los elementos que forman parte del nuevo soporte económico de Acción Social. Elaboración Propia.

El Nuevo Ciclo Económico y Social basado en la Economía Social de Mercado / Economía del Bien Común tiene claro que el objetivo es una sociedad justa. La aplicabilidad de la Acción Social debe hacerse desde el reconocimiento del Derecho Subjetivo que las personas tienen para acceder a los Servicios de la Acción Social.

Esto que se propone tener en cuenta en el Nuevo Ciclo Económico y Social, fue en su día objeto de reflexión y debate. Hoy, si bien queda recogido en todas las Leyes de Servicios Sociales, sigue siendo de gran actualidad. Y lo es por la propia crisis económica que estamos atravesando, lo que hace que si bien se trata de un derecho, inclusive reclamable ante los órganos de justicia competentes, al no estar asegurada la financiación de la Atención a la Dependencia mediante un sistema similar al de la Seguridad Social/Sanidad, ocurre que puedan existir limitaciones reales en cuanto a la aplicación efectiva de este derecho. “Con el sistema de la Seguridad Social aparece por primera vez en nuestro país, a nivel legal, el término Servicios Sociales, como un sistema de prestaciones específico diferenciado de la Asistencia Social, sea la propia de la Seguridad Social que de la Asistencia Social del Estado (ver capítulos V y VI de la Ley General de la Seguridad Social). La Asistencia Social y los Servicios Sociales se conforman como dos sistemas de prestaciones, dentro de la Seguridad Social, complementarios de las prestaciones fundamentales por ellas protegidas. La integración, junto al nivel básico de la Acción Protectora, de unos niveles complementarios (Servicios Sociales, Asistencia Social, mejoras) obedece en alguna medida a la deficiencia técnica o jurídica del nivel central básico de prestaciones. Los Servicios Sociales aparecen así como un mecanismo básico en la integración de la Acción Protectora de la Seguridad Social en las situaciones de necesidad. Podemos, sin embargo, señalar algunas diferencias esenciales entre ambos sistemas, en primer lugar, si la Asistencia Social se dirige a situaciones de especial necesidad no reglamentadas, los Servicios Sociales pretenden dar una mayor eficacia a las prestaciones básicas; y, en segundo lugar, mientras la Asistencia Social es potestativa, limitada a los presupuestos y no exigible administrativamente ni judicialmente, los Servicios Sociales contribuyen un conjunto de prestaciones de derecho estricto, es decir de derechos subjetivos por parte de los beneficiarios. Este es el punto nodal revolucionario que servirá de antecedente técnico-jurídico-ideológico en la historia de la Acción Social española, en aras a la conformación de un sistema de Bienestar Social basado entre otros en los Servicios Sociales”. (CERDEIRA GUTIÉRREZ, Isabel. 1987: 144-145)

Fijémonos lo que nos decía Isabel Cerdeira en 1987. En el 2013 nos hallamos ante un problema de fondo similar con el fin de comprender cómo la legislación puede ayudar o no a seguir avanzando en el desarrollo de un Estado de Bienestar que realmente tenga en el centro a la persona, en nuestro caso a la persona dependiente. Desde mi punto de vista esto supone no olvidar nunca que el objetivo final es la Justicia Social, solamente de esta manera lograremos dignificar a la persona. Hoy hablamos también de Calidad de Vida lo que supone intrínsecamente reconocer la necesidad de articular nuestra sociedad desde

la Justicia Social; “una sociedad justa es, por tanto, un reto muy complejo, sobre todo para aquellos que forman las instituciones y que, mediante las leyes, crean las condiciones marco. Por eso hoy se habla también de justicia política y, en ella se incluye la justicia social....porque –la justicia es el objeto y, por tanto, también la medida intrínseca de toda política- como dice el Papa Benedicto XVI en su primera encíclica Deus caritas est de forma sintética y rotunda” (MARX, Reinhard. 2011:128)

Nos percatamos, a través de esta exposición, que estoy buscando el consenso y la conciliación. Lo nuevo, desde el punto de vista económico, no supone ruptura con el pasado, al contrario, pretende retener aquellas variables que han servido para ayudar a construir el Estado del Bienestar y, dentro del mismo, lo avanzado en materia de Acción Social.

El nuevo marco económico y social no puede dejar de tener presente los errores cometidos y tampoco las oportunidades que se abren para afianzar la Acción Social desde:

1. El ámbito estrictamente económico-político;
2. El ámbito de acción social-servicios sociales-políticas sociales dinamizados todos éstos por los responsables políticos en función de sus principios, digamos ideológicos.

Con intención de dejar claro que conviene apuntalar aquello que nos ayude a construir una Acción Social que tenga en cuenta lo resumido en la figura número 3 y que para ello es pertinente recuperar ideas y propuestas desarrolladas en el Estado Español desde la Constitución de 1978, traigo aquí –si bien lo trataré con mayor detalle en los Capítulos Tercero y Cuarto- una idea sustentada en la lectura del capítulo II del Libro Blanco de la Dependencia (2004): **Régimen jurídico de la protección a la dependencia.**

Desde mi punto de vista, el LIBRO BLANCO DE LA DEPENDENCIA (2004) es en espíritu el verdadero marco teórico, conceptual y sistemático que ha ayudado a que hoy tengamos la Ley de la Dependencia (2006) que entró en vigor el 1 de enero de 2007.

Tenemos un reto. Un gran reto que tan solo puede ser superado con alta visión de miras: Es necesario caminar hacia un marco económico-social distinto al que tenemos actualmente. Evidentemente me estoy refiriendo al marco de la Economía Social de Mercado y Economía del Bien Común.

Desde mi punto de vista esta reflexión es nodal, es el pilar sin el cual, la Ley de la Dependencia puede quedar, como de hecho está quedando en el contexto de crisis económica que estamos viviendo, reducida a su mínima expresión. Yo diría que reclusa en los archivos informáticos. Es una reflexión que para ser comprendida en su totalidad recomiendo leer desde la página 21 a la página 90 del Capítulo II del Libro Blanco de la Dependencia. Uno de los puntos más significativos es al que se hace referencia en los perfiles de personas con dependencia. Este punto es clave por cuanto pretende recoger lo

que se puede llamar -punto de referencia en la atención polivalente-. Nuestro sistema actual tendrá que articular el procedimiento correspondiente para poner de acuerdo a la parte sanitaria y a la parte social en este punto. Sin duda esto es preceptivo para que cualquier modelo de intervención que se pueda derivar de la L.A.D., sea realmente eficaz y coherente. Si nos retrotraemos en el tiempo, previo a este Libro Blanco tenemos el informe 2002 del IMSERSO sobre las personas mayores en España. En este informe, en referencia a la dependencia, se nos indica que ésta tiene relación con la discapacidad; además se asume una nueva clasificación que nos permite abordar el problema de la dependencia de una manera más humana; pero también más técnica de cara a los servicios que habrá que prever una vez se comience a desarrollar la L.A.D. Esta clasificación pone el acento en lo positivo de las situaciones. Habla de funcionamiento en vez de discapacidad, y de participación en vez de minusvalía, además de prestar especial atención a los factores contextuales (ambientales y personales) asociados al estado de salud, y que explican mejor las dimensiones (no dice problemas) del funcionamiento. Estas dimensiones tienen tres niveles o escala de funcionamiento: cuerpo, individuo y sociedad.

Situémonos ante el marco del Nuevo Ciclo Económico-Social que ha de ayudar a lograr el reto al que nos invitaba el Libro Blanco de la Dependencia: Nuestro sistema actual tendrá que articular el procedimiento correspondiente para poner de acuerdo a la parte sanitaria y a la parte social en este punto.

¿Qué errores debe de superar el nuevo Ciclo Económico-Social con el fin de poder asegurar un Estado de Bienestar centrado en los principios de la figura número 3?

Si atendemos a los principios de la Economía del Bien Común sería conveniente resaltar que “nuestro actual sistema económico está generando pobreza, desempleo, ruptura de un sistema equilibrado de reparto, crisis de valores que, en cierta forma, nos lleva a un crisis de identidad y, también, y esto es muy peligroso, de falta de credibilidad en la democracia. Todas estas crisis están relacionadas entre sí, tienen una raíz común, que no es otra que el incentivo central de nuestro sistema económico: la ambición por el beneficio y la competencia. Esta motivación esencial potencia un comportamiento egoísta y desaprensivo, permite que las relaciones entre las personas fracasen y pone en peligro la paz espiritual, social y ecológica”. (FELBER, Christian.2012:25)

Lo cierto es que esto nos sitúa ante una realidad que, desde luego, no es pasajera sino que se está afianzando en nuestra realidad social, haciendo que surjan diferencias; las cuales pasan al estado de fijas, dejando de ser coyunturales. Nos encontramos ante una situación que, de seguir de esta dinámica, podría afectar gravemente, de hecho ya lo está haciendo, al Estado de Bienestar al que se hace referencia, como veremos en el cuarto capítulo cuando analicemos las leyes seleccionadas. “Nos encontramos ante una situación estructural, no coyuntural porque en época de bonanza económica, los indicadores de pobreza se mantuvieron estables, sin disminuir. Si cuando hubo crecimiento económico (periodo 1994 a 2007), no se redujo la pobreza -ni se consolidó la protección social, ni

aumentó la proporción de inversión en gasto social del P.I.B.-, es difícil creer que salir de la crisis desde el crecimiento económico tenga consecuencias relevantes en reducir la desigualdad y la pobreza. Esta constatación nos pone una vez más en la necesidad de pasar del estado de la cuestión a la naturaleza de la cuestión, de la coyuntura a la estructura. La acumulación de desventajas en más de una cuarta parte de la población española conlleva un riesgo de dualización y de falta de cohesión social que se viene constatando antes del inicio de la crisis, de ahí su carácter estructural. Este riesgo se fundamenta en:

- El incremento de la desigualdad (se ensancha la distancia entre los salarios de los trabajadores con remuneraciones más bajas y la media) y de la pobreza en España. Se reduce la renta por persona y se concentra la pobreza en los hogares con sustentadores principales jóvenes y en los hogares con menores.
- En el aumento del desempleo (hasta el 24,63%), su precarización (avanzada antes de la crisis y agudizada con la nueva reforma laboral) y el elevado porcentaje de trabajadores pobres (14,4%).
- En el repliegue progresivo de los sistemas de protección social, incluso antes de la crisis.
- En el desgaste de los mecanismos de protección familiar.
- En las diferencias territoriales (las cuales incluso se reflejan claramente en el propio sistema de protección social”. (Equipo de Estudios de Cáritas.2012:10)

Sin duda, no podemos permanecer impasibles, nos tenemos que interrogar ¿qué está experimentando la sociedad a través de la crisis económica?

Estamos generando modelos de referencia que nos hacen un daño terrible. Parece que los que formamos parte de la sociedad no nos interesa lo que está pasando; sin embargo considero que si no corregimos esta situación, nos haremos un daño de grandes consecuencias a nosotros mismos. Es preciso tomar conciencia y sin miedo trabajar para cambiar la realidad. Esto conllevará tomar decisiones en la manera en cómo establecer controles adecuados o alejados de las posibles tentaciones de ser más que nadie. “Hoy los cínicos, los que no tienen escrúpulos en enriquecerse a costa de los demás, ya no están sentados en palacios reales, sino en lujosos despachos de Nueva York, Londres y otras metrópolis de este mundo. A diferencia de los tiranos de Oriente en la Antigüedad, no necesitan circunscribir sus razias a su propio pueblo, sino que pueden hacer de las suyas en el mundo entero. Para ello no necesitan tampoco costosos ejércitos, como sus predecesores antiguos; les basta con su ordenador portátil, su móvil y el dinero necesario para hacer un par de inversiones y pagar las minutas de sus abogados. Increíble, pero cierto: mientras la comunidad internacional se rompe la cabeza pensando cómo atajar el problema de la deuda de los países en desarrollo, algunos especuladores se han especializado justamente en hacer negocios con esa deuda. Esos fondos especiales se han ganado a pulso su nombre: fondos buitres (vulture funds). Cuando un país tiene dificultades para pagar su deuda, los buitres compran con los llamados –hedge funds– el

crédito inicial a un precio más bajo y luego reclaman el reembolso de la suma total con interés y además los intereses acumulados. Este negocio es tan sencillo y lucrativo como inmoral.....Cuando el reportero de la BBC Grez Palast le preguntó a Donegal Michael Sheehan si no sentía remordimientos por hacer negocio con la miseria de los más pobres entre los pobres, Sheehan contestó sin inmutarse: no es culpa mía. Yo lo único que he hecho ha sido una inversión". (MARX, Reinhard. 2011: 138-139)

Nos podemos percatar que nuestras "magníficas sociedades desarrolladas" están sujetas a estos principios –poco éticos, desde luego- de la economía.

Hoy, ciertamente, estamos obligados a redescubrir el rol de la economía. Tenemos que ser conscientes que si vamos en la dirección equivocada tendremos graves problemas. "Lo que se percibe es una falta de ética en las relaciones económicas, lo cual va en contra del Principio de Justicia Social. Se actúa con negligencia y, muchas veces, a sabiendas que los procedimientos económicos no corresponden con los valores que los Estados Sociales de Derecho deben de potenciar. Valores que están registrados en sus respectivas Constituciones. Además hay que reconocer que esta situación no ha aparecido a partir de la crisis iniciada en el año 2007; esta crisis ha puesto en evidencia lo que se venía fraguando desde hacía años, se puede afirmar que esto se ha venido tristemente consolidando desde la década de los años 90 del siglo pasado. En el sistema económico de mercado, el beneficio es un importante motor para la actuación de los agentes, ¿es moralmente correcto que una persona actúe movida por la búsqueda del máximo beneficio? Personalmente creo que lo importante es que las actuaciones de los individuos contribuyan al bien común; si estas actuaciones se ven recompensadas por el beneficio, éste puede ser interpretado como un incentivo, que en sí no es malo. Lo que parece mucho menos claro es que las actuaciones de los agentes (incentivados por la búsqueda de su propio beneficio) siempre contribuyan a la consecución del bien común. Habrá ocasiones en que esto no sea así (como es el caso del que gana dinero especulando con información privilegiada). Es importante que la legislación trate de que tales situaciones se den lo menos posible. Adam Smith, considerado el padre de la moderna ciencia económica, nos indica (con su famosa mano invisible) que los individuos, al tratar de conseguir su propio beneficio, se esfuerzan por ser más eficientes en su trabajo, utilizan mejor los recursos, se esmeran en complacer a los clientes... Pero esto no es siempre exactamente así. Tal como comenta el profesor William J. Baumol (en una colaboración con Sue Anne Batey Blackman) los mercados perfectos no impiden que las empresas puedan engañar (mediante la adulteración o la información engañosa), impulsándolas incluso a comportamientos poco éticos. Este problema no se soluciona con la buena voluntad de las empresas (sistema en el que ya Adam Smith tenía poca fe), sino con una intervención del estado, que diseñe un marco para que el mercado lleve al bien común. Estos autores tienen fe en el mercado y en sus instrumentos, pero para que esto funcione es necesaria una correcta intervención. Así es preciso incentivar (mediante subsidios) o penalizar el uso de determinados recursos. También hay que establecer las reglas del

juego que lleven a los empresarios hacia actividades productivas, frente a las improductivas (como podría ser la evasión de impuestos). Si nos movemos en un marco mundial, el tema se complica todavía más. Hugo Assmann (brasileño y teólogo de la liberación) comentaba, hace 25 años, que la situación histórica de pobreza de gran parte de la humanidad, ha de ser el punto de partida de cualquier teología cristiana. El Papa Juan Pablo II¹² también se ha ocupado de este tema, y considera necesaria la actuación de organismos internacionales para que la economía mundial se oriente al bien común. Aunque esta problemática excede las pretensiones de este trabajo, comentaré al final alguna idea relacionada con esto. En definitiva, la idea de Smith de que los individuos al buscar su propio beneficio logran el bien común, tiene claras limitaciones. Bastantes pueden ser solucionadas por una inteligente intervención del estado, pero queda mucho por avanzar a nivel internacional. Mientras no digamos lo contrario, supondremos que tales limitaciones están resueltas, pero una recta conciencia ética debe ser consciente de que esto no siempre es así". (GÓMEZ-BEZARES, Fernando.1995:694-695)

Lo que aquí hemos recogido de las orientaciones de la Economía del Bien Común y de la Economía Social de Mercado nos pone ante la evidencia de que tenemos un gran reto de carácter económico y social que potenciar. Las sociedades desarrolladas, las sociedades que han crecido en los últimos 60 años bajo los principios de sociedades del Estado del Bienestar, amparadas en el concepto Estados Sociales de Derecho corremos el gran riesgo de "perder" lo logrado si no corregimos el rumbo económico en el que estamos inmersos.

Considero que las Empresas son una realidad con la que es preciso contar; pero no puedo estar de acuerdo con Empresas que están meramente para especular.

Evidentemente las Empresas deben "jugar el partido" de la competencia porque la competencia hace posible que se regeneren las propias organizaciones; pero debe existir un marco regulador claro, coherente, transparente y, sobre todo ético. Dimensiones que parece que han desaparecido del horizonte. Es suficiente con seguir la información para percatarnos que el camino elegido hasta la fecha no es nada saludable y, además, nos está conduciendo a una situación límite.

La Economía Social de Mercado cree en el tejido empresarial; pero con un "marco social" que alimente lo que podemos denominar eficacia social; es decir control y transparencia.

Las Empresas que están para especular no cogen en la Economía Social de Mercado y tampoco en los parámetros empresariales de la Economía del Bien Común a los que haré referencia más adelante.

Desde la Economía Social de Mercado se nos recuerda que la JUSTICIA SOCIAL nació muy próxima a la Iglesia. "De hecho los Papas han intentado, a través de las Encíclicas, que los cristianos (políticos, profesionales, padres, jóvenes, empresarios, etc..), actuaran en función de los principios que en las mismas se explicaban. También están orientados estos

documentos a las personas de buena voluntad que quisieran tenerlos como referencia. El objetivo estaba claro, intentar que el hombre no perdiera nunca la dignidad. Esto significa que estamos llamados a no olvidar el objetivo hacia el que hay que dirigir la sociedad: SOLIDARIDAD Y JUSTICIA SOCIAL ¹² La noción de justicia social apareció por primera vez a comienzos de los años cuarenta del siglo XIX, y concretamente en uno de los fundadores de la doctrina social de la Iglesia, el jesuita siciliano Luigi Taparelli. Ante los profundos cambios que se producían en la economía y la sociedad de la época, Taparelli vio claro que la justicia no es sólo una categoría para valorar conductas individuales, sino también para calificar las condiciones y las estructuras sociales....Taparelli no es un clérigo cualquiera, sino uno de los precursores más importantes de la Doctrina Social Católica. En la Universidad Pontificia Gregoriana de Roma fue profesor de Vincenzo Gioacchino Pecci, el futuro papa León XIII, que en 1891 publicó la primera encíclica social, *Rerum Novarum*....Taparelli habla sobre la idea de la dignidad inalienable de todo ser humano es también la base en la que se apoya la noción de justicia social: las instituciones y las estructuras sociales deben estar concebidas de tal forma que posibiliten a todos los miembros de un país y de una sociedad llevar una vida digna” (MARX, Reinhard. 2011:152-154)

El nuevo Ciclo Económico y Social nos invita a establecer una sociedad:

1. Transparente
2. Coherente
3. No especulativa
4. Las empresas tienen límites o barreras éticas que no pueden traspasar
5. Las ganancias deben de tener un límite
6. El Derecho debe amparar realmente a todos los ciudadanos
7. Los partidos políticos se deben a la sociedad y esto significa que salvaguardan la dignidad de las Personas, la Participación y la Solidaridad Social
8. Los ciudadanos tenemos responsabilidades y debemos de participar dinámicamente en la construcción de una nueva sociedad
9. No se puede aceptar –en aras de la libertad y del libre mercado- relaciones económicas y de productos de sociedades alejadas de la Justicia Social
10. Organizada desde la generosidad y no desde el particularismo. Nos tenemos que dotar del sistema organizativo que realmente posibilite la madurez social; es decir el compromiso por hacer que los recursos sean bien gestionados y bien optimizados. Esto entra de lleno en el concepto de redistribución equitativo

Una Acción Social para que sea exista realmente precisa del cumplimiento del **decálogo** anterior por parte de la misma sociedad en donde quiere desarrollarse.

¹² El Compendio de la Doctrina Social de la Iglesia elaborado por el Pontificio Consejo de Justicia y Paz a petición del Papa Juan Pablo II es un documento de referencia para “entender” y “comprender” como la Iglesia está comprometida con la Justicia Social y cómo ha intentado que estos principios fueran un soporte teórico y práctico para la construcción de las sociedades.

Este nuevo ciclo Económico y Social nos invita a potenciar y a afianzar una ACCIÓN SOCIAL que supere las limitaciones existentes hasta la fecha.

La Acción Social está configurada por la propia dinámica de las sociedades; por esta razón es cambiante. No podría ser de otra manera.

Si desde la economía resalto que no estamos únicamente en una crisis económica sino que estamos ante el reto de construir un nuevo Ciclo Económico y Social; lo mismo tiene que suceder en la Acción Social.

El profesor Luis González-Carvajal Santabárbara nos anima a introducirnos –desde la economía- en la configuración de una sociedad nueva, basada ésta en la Economía Social de Mercado.

Nos encontramos ante el Sistema Económico. Este término también lo utilizaremos cuando tratemos en el Tercer Capítulo de construir una Teoría de la Acción Social con el fin de que ésta nos ayude a justificar el Modelo de Atención –Intervención-Polivalente Sociosanitario.

Un Sistema pretende reunir a un conjunto de personas para realizar o alcanzar un objetivo. En un Sistema, por tanto, intervienen distintos actores que realizan tareas (servicios) que, en el campo de la economía, generan actividad económica: Se compran y se pagan servicios con el fin de alcanzar el objetivo deseado y cumplir con aquello que nos habíamos propuesto. Evidentemente esto nos dice que se produce una interacción entre todos aquellos que forman parte del SISTEMA. En economía, el Sistema trata de sistematizar, ordenar, organizar, planificar todas las partes que forman parte de la actividad generada por un negocio. Por ejemplo un supermercado pone a disposición de la población una serie de productos, luego viene la persona que quiere adquirir un producto y varios productos en ese supermercado; pero para que esto sea posible el supermercado tiene una estructura para comprar y negociar los productos, tiene una estructura de personal, tiene una estructura financiera, deberá contratar servicios para la limpieza y mantenimiento del local en donde se halla el supermercado y, además, cuenta con la posibilidad de que tenga competencia, es decir otra cadena de supermercados; también deberán de pagar impuestos. Todo esto forma parte del Sistema Económico. Absolutamente, la población de un país y del mundo entero, está implicada con el Sistema Económico de manera directa o indirecta. Todos somos corresponsables, por tanto, del Sistema Económico.

Por ejemplo, si yo compro productos de países siendo consciente que no cumplen con los principios de DIGNIDAD, JUSTICIA SOCIAL Y SOLIDARIDAD SOCIAL, soy responsable de lo que allí está ocurriendo.

Entonces para tranquilizar nuestras conciencias hablamos de Globalización. Sí, esto está muy bien; pero habría que hablar, también, de GLOBALIZAR LA JUSTICIA SOCIAL. Precisamente la Economía Social de Mercado nos introduce en esta dimensión.

Hoy, sin embargo, nos movemos en un sistema capitalista que tiene en cuenta que:

- quienes son dueños de los medios que producen bienes y servicios son personas privadas. Invierten un capital que es propio, privado. Es verdad que las Administraciones Públicas también han generado Empresas Públicas cuyo capital no es estrictamente privado sino que pertenece a las propias Administraciones;
- lo que se produce se pone a disposición por un precio en el mercado que llamamos “libre”. Se genera desde esta perspectiva la oferta y la demanda;
- normalmente los sistemas productivos emplean a personas y éstas “venden” su hacer, es decir su trabajo, a estos sistemas productivos que a su vez pertenecen a personas jurídicas o físicas privadas;
- al final se origina una “riqueza” que está basada en el lucro.

Desde mediados del siglo XIX se han ido sucediendo distintas realidades económicas. Hemos vivido en el Capitalismo Liberal, en la Economía Planificada (Marxismo), durante unos años la sociedad intentó basar su economía en lo que hoy, en buena parte, a mi modo de entender puede ser la base de una ECONOMÍA SOCIAL DE MERCADO y, por fin, se avanzó hasta situarnos en el Capitalismo Economicista.

Lo que es cierto es que los principios de la Economía Social de Mercado encuentran su punto de apoyo en el discurso de John Maynard Keynes. Hay que reconocer que gracias a que su visión fue aceptada por el Gobierno Inglés posterior a la II Guerra Mundial, hoy disfrutamos de un Estado de Bienestar. Estado sobre el que basamos el SISTEMA SOCIAL y en concreto LOS SISTEMAS DE SERVICIOS SOCIALES y, en nuestro caso, por ser punto de referencia en esta Tesis Doctoral, el SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

Por esta razón mi propuesta, al hallarnos en un nuevo ciclo económico y social es recoger aquellos aspectos positivos que trabajó el sistema económico auspiciado por KEYNES y desarrollado por las democracias Europeas y unamos éstos a la visión económica-social de los autores que he señalado en las notas de pie de página números 5,6 y 7 . “Después de la II Guerra Mundial, la invitación keynesiana a llevar adelante políticas redistributivas y medidas de carácter social encontró un terreno abonado porque los países capitalistas necesitaban conjugar el atractivo ejercido por el comunismo sobre los trabajadores occidentales, dado que el régimen surgido de la revolución bolchevique se había convertido en un referente valiosísimo para los movimientos obreros, a quienes prestó desde el principio un gran apoyo moral y posteriormente también material y político. El llamado Informe Beveridge (1942) fue todo un hito. El Lord inglés cuyo apellido dio nombre al Informe, en su calidad de presidente del Comité Interministerial de Seguros Sociales, defendió la necesidad de garantizar a todos los ciudadanos del Reino Unido un

nivel mínimo de bienestar en el campo de la educación, de la sanidad y de la seguridad social que les protegiera desde la cuna hasta la muerte. El Estado de bienestar se propuso sustituir el antiguo si no trabaja, no se come por un nuevo y más solidario si no se puede trabajar, el Estado debe proveer los medios necesarios para la subsistencia". (GONZÁLEZ-CARVAJAL SANTABÁRBARA, Luis. 2010:106)

Las oportunidades que se derivan, desde el plano económico-político, a través del Nuevo Ciclo Económico y Social no pueden desaprovechar en materia de Acción Social el proceso iniciado desde la transición a la Democracia (últimos años del franquismo e inicio del periodo democrático). En referencia a la aproximación de la época para "definir Servicios Sociales podemos resaltar algunas primeras apreciaciones diferenciales: en primer lugar, un principio de universalidad como caracterización de los Servicios Sociales que los transforma en Servicios Públicos, cuyas prestaciones van dirigidas sin excepción a todos los ciudadanos; en segundo lugar, un principio de apertura, implicando en el objetivo de bienestar y desarrollo, a todo un abanico variado e ilimitado de servicios y prestaciones; y en tercer lugar, un principio de ampliación de los niveles de intervención desde el individuo al comunitario, en orden a una mayor eficacia de medios y fines, como instrumentos de adaptación e integración. Se puede hablar de salto cuantitativo y cualitativo respecto a cualquier modelo benéfico o asistencial" (CERDEIRA GUTIÉRREZ, Isabel .1987:150)

Isabel deja claro, en su análisis, lo que abarca la posible definición de los Servicios Sociales. Ésta está, desde mi punto de vista, en sintonía de lo que nos propone la Economía Social de Mercado para salvaguardar los derechos de los ciudadanos. Derechos sociales a los que no podemos renunciar.

El Capítulo 5 del libro EL Capital (MARX, Reinhard.2011) coincide –en el ámbito de lo Social- con el análisis de Isabel Cerdeira.

Si la sociedad cambia debe hacerlo para que todos puedan beneficiarse –desde la Justicia Social- del cambio.

Si miramos a la Acción Social en la realidad del Estado Español se podría empezar a decir: que la Acción Social está perdiendo ¿Dónde queda, por tanto, la Justicia Social?

Si por un lado decimos y señalamos que es necesario construir una sociedad con un sistema sólido de Acción Social; pero por otro –la llamada crisis económica- hace que de sólido y de sostenible el sistema de Acción Social tenga poco ¿qué podemos hacer?

Estas dos últimas preguntas nos llevan de nuevo al punto 1 de este Capítulo; pero con una salvedad, que hemos hecho un recorrido a lo largo del mismo en donde hemos podido aproximarnos a la idea de que otro concepto económico es posible, frente al concepto económico actual de carácter totalmente especulativo. Hay que plantearse, por tanto, otro SISTEMA ECONÓMICO.

Es necesario, por tanto, que retengamos esta constatación: ***otro concepto económico es posible, frente al concepto económico actual de carácter totalmente especulativo.***

Está constatación la sumaremos a la que he reflejado en el ***Esquema número 1: Planeamiento General del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario.***

Este hecho marca per se la filosofía del modelo amparándose en un marco socio económico diferente al que tenemos actualmente.

Es imprescindible volver a pensar, reflexionar, escuchar. Es necesario proponer nuevas formas de Acción Social desde la generosidad social.

¿Qué significa esto en la Acción Social? Ni más ni menos que seamos capaces de organizar unos Servicios Sociales que puedan responder a las necesidades que pueda tener la población, en este caso dependiente, y que se respete lo alcanzado por la sociedad de Bienestar y que se tengan en cuenta los principios marcados por la Economía Social de Mercado y la Economía del Bien Común.

Se trata de conceptos que serán asumidos por las Leyes de Servicios Sociales en aras de cumplir, en nuestro caso, con el mandato Constitucional de generar una sociedad justa para todos los españoles.

Es necesario, por tanto, señalar los siguientes principios como parte constitutiva de la Acción Social.

- Responsabilidad Pública.
- Universalidad.
- Descentralización.
- Normalización.
- Participación.
- Prevención.
- Coordinación. (MARTÍNEZ ROMÁN, María Asunción y otros.1993)

Si miramos la evolución de la Acción Social en el Territorio del Estado Español -el artículo de María Asunción Martínez y otros autores fue escrito hace aproximadamente 20 años- es imprescindible en esta área, como en la económica, volver a pensar, reflexionar y escuchar para poder proponer desde la generosidad social. Pero esto solamente será posible si el sistema económico del que nos dotemos tenga como objetivo apoyar la verdadera implantación de la ACCIÓN SOCIAL, desde el concepto de Derecho Subjetivo/ principio de universalidad.

Lo que las autoras nos señalan en este artículo en relación a las reflexiones sobre los Servicios Sociales en España sigue siendo de gran actualidad y en el fondo está presente la concepción económica de los que gobiernan.

Hoy, de una cosa estamos seguros: El sistema económico actual, o por lo menos como se ha desarrollado en los últimos 20 años, está agotado. Aparecen nuevas voces con nuevas visiones, sobre estas voces nos hemos hecho eco en este capítulo al hablar de Economía Social de Mercado y de Economía del Bien Común. Hoy nuestro Sistema de Acción Social necesita seguir para que se pueda mantener todo lo que se propuso desarrollar a través del Estado de Bienestar. Una sociedad basada en la Justicia Social siempre tendrá futuro y construirá nuevos proyectos ayudando a que exista un equilibrio social necesario para el progreso económico y social. Todas las Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas defienden el principio de universalidad pero realmente no hay un acuerdo generalizado al respecto existiendo diferentes argumentos en torno a esta cuestión e intensificándose este debate en este momento de crisis económica. “Desde el punto de vista ideológico, hay quien define que la finalidad de la política social es la creación de una sociedad más justa y que la atención pública de las necesidades de todos los ciudadanos es la mejor manera de conseguirlo; otros por el contrario, entienden que la política social debe cubrir las lagunas que se generan en el funcionamiento de la sociedad, asumiendo un papel residual a modo de red de seguridad. A nivel práctico, se defiende que los servicios universales son un derroche, al atender a personas que no necesitan el apoyo del Estado para cubrir sus necesidades, restando recursos a los más necesitados. En contra de ese punto de vista creemos que es preferible ofertar servicios universales a los que contribuya económicamente el usuario en función de sus ingresos, ya que la existencia de servicios selectivos genera redes paralelas que no siempre cumplen los mismos estándares de atención, y que además provocan una mayor desigualdad y división social” (MARTÍNEZ ROMÁN, y otros. 1993: 227).

Conjugar los verbos **pensar, reflexionar y escuchar** en el ámbito económico actual nos conduce, sin dudarlo, al espacio de la Economía Social de Mercado. Los parámetros de esta economía se hacen desde lo que Reinhard Marx señala en el Capítulo 5 y al que antes hemos hecho referencia: **REPENSAR LO SOCIAL. POR UNA POLÍTICA REFORMISTA, JUSTA Y SOSTENIBLE.**

De este capítulo traigo dos citas, por parecerme las mismas esenciales, además de gran actualidad. Si lo que se dice en estas citas ha venido a instalarse de manera permanente en nuestra sociedad. De verdad olvidémonos del Estado del Bienestar y olvidado éste, en ¿dónde se apoyará el Estado Social de Derecho? Podrá existir en la teoría de los discursos; pero en la práctica de la vida no tendrá ningún sentido.

Son citas para ayudarnos a pensar, a reflexionar y a escuchar con el fin de poder tomar conciencia de lo que vengo señalando en este Capítulo. Es preciso trabajar por un Cambio Económico y Social. Una nueva realidad que sostenga una ACCIÓN SOCIAL RESPONSABLE Y COHERENTE.

Sumemos Responsabilidad y Coherencia.

La responsabilidad y coherencia implican reconocer lo que está ocurriendo en nuestra sociedad. No se puede obviar lo que se conoce y percibe. Esto hace que la propia sociedad quiera ignorar de manera interesada lo que está ocurriendo. Por esta razón si queremos mantener el Estado Social de Derecho y con él la sociedad del Bienestar para que los Servicios Sociales puedan seguir siendo una realidad tenemos que tener la valentía de abordar los problemas existentes en nuestra sociedad, valorarlos y definir estrategias para la solución de los mismos. “A finales de 2006 hubo en Alemania un debate sobre los llamados perdedores de la modernización, cuyo punto de partida fue un tanto curioso. Alguien lanzó en algún momento al ruedo el concepto de clases subalternas, y la mitad del país se indignó, primero porque entre nosotros hubiese clases subalternas, y segundo porque alguien utilizase una expresión tan despectiva para sacar a la luz pública esa fea realidad...se desató una gran discusión...sobre el fenómeno de la pobreza en nuestra sociedad desarrollada y opulenta” (MARX, Reinhard.2011: 158)

La situación de España en el 2013 no es mejor. El Secretario General de Cáritas en la presentación del informe **DESIGUALDAD Y DERECHOS SOCIALES: Análisis y Perspectivas 2013, dijo lo siguiente:** “La fractura social –ha asegurado el secretario general de Cáritas durante la presentación del Informe-- se ha instalado entre nosotros y con el tiempo cada vez será más difícil que las personas empobrecidas puedan salir de la exclusión”. Es más, este “incremento de la desigualdad ha venido acompañado de una disminución de los recursos de protección social pública en su vertiente redistributiva y asistencial”¹³

Lograr mantener hoy los Servicios Sociales implica –nos implica a todos- el no perder los fundamentos que ayudaron a construir la sociedad del bienestar.

Estamos ante una tesitura importante ¿o cambiamos el modelo económico actual por un modelo económico que tenga como objetivo cierto la JUSTICIA SOCIAL o bien el sistema actual económico cambiara la realidad social de tal manera que se consolidará una brecha de impredecibles consecuencias?¹⁴

¿Nos percatamos que las sociedades –hasta ahora desarrolladas- estamos en una crisis económica sin precedentes? ¿No conviene, por tanto, arriesgarse a un Nuevo Ciclo Económico-Social? Hay que volver a recuperar **viejos ideales** y hacer que éstos, amparados en todo lo logrado hasta el momento, puedan volver a postularse como valores sobre los cuales seguir construyendo la sociedad. “Tras la segunda guerra mundial había en los países desarrollados de Europa Occidental y en Estados Unidos una especie de consenso social según el cual prácticamente todo el mundo en esas sociedades debía poder vivir dignamente... Ese efecto ha ido desapareciendo con la creciente globalización

¹³ http://www.caritas.es/noticias_tags/noticialInfo.aspx?Id=6475. Julio de 2013.

¹⁴ En 1992 terminé de escribir un Ensayo que titulé **Criterios e ideas para que exista menos desempleo: la solidaridad social ante la falta de trabajo**. Se adjunta en el apartado de anexos de esta Memoria de Tesis Doctoral. Anexo número 2. Se trata de una reflexión actual y, que está en sintonía con el pensamiento de los diversos autores citados en este capítulo. Esto me hace afirmar que la crisis económica no viene del 2007 sino que se viene fundamentando en no haber resuelto determinados aspectos que son esenciales para construir una sociedad JUSTA Y SOLIDARIA, y para ello es imprescindible responder a las siguientes preguntas: a) ¿Qué valor le damos a la Injusticia y a la Justicia?, b) ¿Qué visión de hombre tenemos y que sociedad queremos construir?

de la economía mundial. Y la presión que ello produce sobre el mercado laboral ya no la sufren sólo los menos cualificados. De ello habla también el prestigioso economista estadounidense Lester C. Thurow, que ha sido asesor económico de varios presidentes norteamericanos, en su libro El futuro del Capitalismo: El Contrato Social que prevalecía desde la segunda guerra mundial ha expirado. Las subidas anuales de los salarios ya no son automáticas. Los despidos provocados por la coyuntura ya no son provisionales y tampoco se limitan a los obreros de la industria manufacturera. Los empleados y directivos ya no pueden dar por supuesto que tendrán un empleo seguro mientras la empresa obtenga beneficios y su rendimiento sea satisfactorio....Cuando una tarea pueda realizarse por un sueldo menor, la empresa optará, siempre, por la fuerza de trabajo más barata. La destrucción de puestos de trabajo se inició en Estados Unidos. Ahora la ola ya se ha extendido a Europa” (MARX, Reinhard.2011: 161)

Obviamente la apuesta es superar lo que estos dos párrafos nos señalan. El compromiso es profundizar en el desarrollo de una Economía Social de Mercado y en una Economía del Bien Común.

En la presentación del libro **La Economía del Bien Común**, Juan Carlos Cubeiro hace un resumen sobre la economía del bien común que nos ayuda a replantarnos nuestro sistema económico actual para que tenga como objetivo la JUSTICIA SOCIAL Y LA SOLIDARIDAD. “El bien común que Felber preconiza se basa en los valores de las relaciones humanas en su forma más saludable (la confianza, la cooperación, el aprecio, la co-determinación, la solidaridad y la voluntad de compartir), los valores que, juntos, nos hacen mejores y más felices. El paradigma, el modelo mental económico-social, transforma la lucha feroz y el egoísmo avaricioso a la cooperación y al altruismo generoso, la finalidad del beneficio financiero (el fin justifica los medios) a la contribución al bien común (el viaje es el destino)” (FELBER, Christian.2012:10-11)

Concluyo este Segundo Capítulo proponiendo a quienes lean esta Tesis Doctoral a CAMBIAR. Esto implica que las personas tenemos que ser EMPRENDEDORAS. Sin emprendimiento no es posible transformar las sociedades. Además, sin emprendimiento, no pueden surgir nuevas formas de actuar y de hacerse presentes.

El Nuevo Ciclo Económico y Social tiene que estar **lleno** de VOLUNTAD EMPRENDEDORA porque, solamente de esta manera, podremos **sumar los emprendedores** mucho más. Lo que hará que seamos una fuerza dinámica y propositiva que supere a todos aquellos que desean mantener la sociedad tal y como está. Podemos terminar afirmando que la clave para ser un buen emprendedor “es estar conectado con la realidad y dejarse sorprender por ella. Como dice la canción: La vida te da sorpresas, sorpresas te da la vida. La magia está en saber transformar una sorpresa, un asombro, una conmoción, una idea, en un proyecto vital”. (MILLÁN ASÍN, Miguel Ángel. 2013:17).

Nos tenemos que transformar. Esto supone cambiar. Aquí, también, está afectada la ACCIÓN SOCIAL.

Vamos, ahora, a pasar al III Capítulo de esta Tesis Doctoral con el fin de poder analizar el Desarrollo de la Acción Social (Servicios Sociales) en la realidad del Estado Español, fijándonos, evidentemente, en las cuatro Comunidades Autónomas propuestas en la investigación. Este análisis nos servirá o, al menos, nos ayudará a articular un **marco teórico** de la Acción Social. Marco que se ha ido construyendo paralelamente a la aplicación práctica-estructural de la Leyes Autonómicas en materia de Servicios Sociales. Su desarrollo ha generado pensamiento, reflexión, opinión, debate entre profesionales, teóricos (profesores), expertos, economistas, políticos, ciudadanos, empresas, administraciones públicas y todo esto puede ayudar a **establecer** un marco teórico.

CAPÍTULO III:

**MARCO TEÓRICO DEL MODELO DE INTERVENCIÓN
SOCIOSANITARIO**

OBJETIVO DE ESTE CAPÍTULO:

**“DESARROLLAR UNA FUNDAMENTACIÓN
TEÓRICA PARA *EL MODELO DE ATENCIÓN
POLIVALENTE SOCIO SANITARIO*”**

Lo anterior:

- **Es consecuencia del dinamismo de la legislación desarrollada desde el inicio de este periodo democrático.**

Ayudándonos a:

- **A entender el por qué hay que caminar en dirección de la polivalencia, teniendo en cuenta las reflexiones realizadas por especialistas a lo largo del desarrollo de los Servicios Sociales y Sanitarios desde el inicio de la Democracia.**

III.1.-“AVANZAR” EN ACCIÓN SOCIAL: Una meta a la que llegar con ganas de trabajar conjuntamente.

Los que vamos teniendo cierta edad, como es mi caso, nos permite “tener memoria histórica” en lo que este Estado ha avanzado en materia de ACCIÓN SOCIAL (SERVICIOS SOCIALES).

Hemos conocido una etapa de gran evolución social en lo referente a la estructuración de los Servicios Sociales.

Lo anterior ha sido posible gracias al desarrollo económico. De hecho pasamos unos años desde el inicio de la Etapa Constitucional (1978) hasta, aproximadamente, el año 2009 en lo que yo llamaría: **“cumplimiento del sueño de los Servicios Sociales”**. Este sueño ha conllevado que cada Comunidad Autónoma haya “diseñado” unos Servicios Sociales –habiendo desarrollado una Acción Social- en función de su *sueño*; había recursos económicos por tanto se podían generar estructuras que respondieran a diversos criterios.

Es cierto que en el transcurso de estos años han existido crisis económicas –sin duda sale este aspecto en la exposición que iré realizando a lo largo de este capítulo-; pero han sido crisis que no han tenido el calado de la actual crisis económica.

Al mismo tiempo hay que reconocer el esfuerzo de la Administración General del Estado en estos años en ayudar a dar coherencia a la Acción Social en el conjunto del Estado de las Autonomías a través del Plan Concertado y con la promulgación de la LEY DE LA DEPENDENCIA. El testimonio con el que contamos de la Ministra de Asuntos Sociales, Doña Matilde Fernández, lo dice todo al respecto.¹⁵

Lástima que no se pudo tener una Ley de Servicios Sociales que sirviera como pauta general del desarrollo compacto de la Acción Social en el conjunto del Estado Español. Sin duda las Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas fueron positivas; pero, también, hay que reconocer que nos alejaron de un Proyecto más unánime y más compacto a nivel de Estado Español. Hoy nos percatamos que existe una gran fragmentación a todos niveles. La **fragmentación** de todas a todas supone un mayor coste económico; aunque yo defienda un marco económico amparado en la Economía Social de Mercado y en la Economía del Bien Común, éstas a su vez dejan claro que es necesario optimizar los costes existentes, no en recursos humanos, pero sí en los procedimientos organizativos; es decir, en estructuras para ganar en atención, diríamos en nuestro caso, directa. No se puede hablar de Justicia Social si pretendemos obviar la realidad del coste económico, y más cuando éste se refiere a la generación de estructuras repetidas, que para nada ayudan a un servicio de mayor calidad. “Es necesario que, frente a visiones parciales y a la determinación de fronteras, a la división de compartimientos estancos, se

¹⁵ Cfr. Anexo número 1.

potencien visiones integrales y globales que contemplen una perspectiva interdisciplinar y de trabajo en equipo, ya que permite el contraste, evaluación y transmisión de conocimientos” (OVEJAS LARA, María Rosario. 2007:41)

De haber tenido esta Ley de Servicios Sociales para nada hubiera **roto** el camino competencial de las Comunidades Autónomas; al contrario, hubiera ayudado a algo que ha quedado claro en el Capítulo II: LA SOLIDARIDAD SOCIAL y, por tanto, a una JUSTICIA SOCIAL.

Desde mi punto de vista se habría afianzado un Sistema General de Acción Social como el existente con respecto a la Seguridad Social/Sanidad. Hoy día, ante los retos que nos plantea la sociedad para seguir manteniendo, en el marco del Estado Social de Derecho, la sociedad del bienestar, se precisan marcos jurídicos que den estabilidad al propio concepto de bienestar. Ante la crisis económica que estamos **soportando** el tratamiento en el debate político que se hace sobre las pensiones, seguridad social/sanidad, educación es bastante diferente al que se hace en relación con los Servicios Sociales. Es cierto que, sobre este último, todos los políticos dicen que es irrenunciable; pero lo cierto es que, ante la crisis, si no fuera por las Organizaciones Sociales Sin Ánimo de Lucro (Cruz Roja, Cáritas, Mensajeros de la Paz, Banco de Alimentos, inclusive Antena 3 lanzó una campaña a partir de agosto de 2013 para apoyar la alimentación a los niños, etc...) mucha gente estaría totalmente fuera del sistema.

“Si analizamos el comportamiento de la renta per cápita, observamos que las cifras actuales son muy similares a las que existían hace más de diez años, lo que invita a pensar en más de una década perdida.

- La renta de 18.500 euros que en promedio recibieron los españoles en 2012 es inferior en términos de capacidad adquisitiva a la que ya existía en el año 2001.
 - Desde 2007 la renta media ha caído un 4%, mientras que los precios se han incrementado en un 10%. Esto ha dado origen a un deterioro de las rentas de los españoles sin parangón en las últimas décadas.
-
- ✓ La destrucción de empleo y la moderación salarial han sido determinantes en la reducción del nivel de renta de los hogares españoles.
 - ✓ Cabe destacar el efecto negativo sobre la renta disponible que han tenido tanto algunos de los cambios en las prestaciones sociales (reducción de las cuantías de la prestación contributiva de desempleo) como las mayores exigencias para percibir el subsidio y el aumento de algunos impuestos (incremento de los tipos marginales del IRPF y de los tipos del IVA).
 - ✓ En cualquier caso, el rasgo más preocupante de la evolución de la renta en la crisis es el aumento sin precedentes de la desigualdad en su distribución: - Desde 2006 los ingresos de la población con rentas más bajas han caído cerca de un 5% en términos reales cada año.

- Por su parte el crecimiento correspondiente a los hogares más ricos ha sido el mayor de toda la población.
- Desde la crisis la diferencia entre la renta del percentil 80 y el percentil 20 ha crecido casi un 30%.
- ✓ Si bien en la época de crecimiento los principales indicadores se habían mostrado poco sensibles, con la crisis factores como la caída del empleo, el aumento de las diferencias salariales y la insuficiente intervención pública redistributiva han impulsado los indicadores de desigualdad a los niveles más altos de la Unión Europea.
- ✓ De cara al futuro, existe un riesgo notable de que el ensanchamiento de las diferencias de renta entre los hogares españoles se enquiste en la estructura social.
- ✓ Los procesos de dualización social conllevan ruptura. En este sentido, el no dotarnos de los mecanismos redistributivos necesarios supone empujarnos a la fragmentación social (SERVICIO DE NOTICIAS DE CARITAS ESPAÑOLA. Resumen de datos.2013:1)

La Acción Social aplicada a la dependencia, si bien cuenta con una Ley que la ampara, hay que señalar que se halla en **una situación delicada** porque, lo que muy bien resume el Informe de Cáritas Española, puede afectar a la Acción Social. Lo explicaré cuando analice la L.A.D. en el Tercer Capítulo la Tesis Doctoral, al no contar con un mecanismo de financiación similar al Sistema de Seguridad Social/Sanidad, ante la crisis económica, los poderes públicos pueden tener **la tentación** de mermar los presupuestos/fondos destinados a la Acción Social.

Por esta razón, el Modelo de Atención -Intervención- Polivalente de Atención Sociosanitario que propongo se basa en los siguientes puntos: LA EVOLUCIÓN, LA ADAPTACIÓN, LA COMPRENSIÓN, LA ADMINISTRACIÓN-GESTIÓN Y LA COMPATIBILIDAD.

Lo que pretende, el Modelo, es optimizar los recursos y plantear la siguiente pregunta ¿sería conveniente reorganizar la Acción Social en el ámbito de la dependencia intentando superar aspectos como la fragmentación y la dispersión?

- **EVOLUCIÓN:** Recoge la experiencia acumulada del desarrollo de la Acción Social en el conjunto del Estado Español.
- **ADAPTACIÓN:** Pretende ofrecer una adaptación al nuevo CICLO ECONÓMICO-SOCIAL.
- **COMPRENSIÓN:** Debe ser comprensivo con el entorno social y, esto significa, con la realidad de las personas a las que pretende atender. Debe

ejercitar el diálogo con los agentes que intervienen en la Acción Social y fomentar un espíritu constructivo y respetuoso. Implica realizar un cambio con coherencia y transparencia en donde quede claro que ganan las personas dependientes.

- **ADMINISTRACIÓN-GESTIÓN¹⁶:**

- ✓ Articular un proceso que reconozca la capacidad gestora-administrativa de los Entes Locales. Siendo éstos los verdaderos gestores-administrativos del Proyecto. Dotando a las Administraciones Locales de los fondos necesarios para realizar una gestión adecuada y eficiente.
- ✓ Establecer un órgano eficiente y eficaz de coordinación entre la Administración Local, la Administración Autonómica y la Administración General del Estado.
- ✓ Dimensión INTERDISCIPLINAR.
- ✓ Articular la debida coordinación en los procedimientos de gestión; ayudando y colaborando con las Administraciones Locales en dar soporte a una gestión coherente, eficiente y optimizadora de los recursos.

- **COMPATIBILIDAD:** Esto significa que es preciso vivir un periodo compatible entre el modelo que se propone (MODELO DE ATENCIÓN – INTERVENCIÓN- POLÍVALENTE SOCIO SANITARIO) y los recursos existentes. ***Hay que recordar que el Modelo que se propone es conciliador, y por tanto asumirá los recursos desarrollados hasta la puesta en marcha del Modelo.***

Avanzar en Acción Social implica ponerse en el punto de partida con ganas de realizar una carrera constructiva para, llegando a la meta, valorar el esfuerzo realizado por todos los participantes. Esto, sin ninguna duda, conlleva la deportividad de realizar un recorrido que, llegando a la meta, todos se sientan triunfadores porque cada uno ha puesto lo mejor de sí mismo, cada uno ha aportado su experiencia, cada uno ha sabido ceder con generosidad y, sobre todo, todos entienden que, al final, lo que cuenta es haber participado entregándose a sí mismos con espíritu de haber servido a una causa justa que, no es otra, que disfrutar haciendo un recorrido conjunto.

Para concluir este apartado quiero resaltar el hecho que tenemos que estar convencidos que estamos ante un reto, porque hoy la sociedad española está cambiando significativamente, y no hay que perder el horizonte en cuanto a la Acción Social; ésta

¹⁶ Traigo aquí, de nuevo, el Planteamiento del Modelo en el primer esquema: “Espacio nucleador de Servicios Sociosanitarios de la Dependencia”. Este hecho marca “per se” la “filosofía del modelo” amparándose en un marco socioeconómico diferente al que tenemos actualmente”. En la propuesta del Modelo –en el apartado de conclusiones de esta Tesis Doctoral dedicaré un apartado especial a este punto. ES MUY IMPORTANTE LA DIMENSIÓN INTERDISCIPLINAR QUE NOS PROPICIA ESTE MODELO.

debe seguir existiendo en España si queremos que sea un **pilar** del Estado de Bienestar. Esto significa que hay que hacer un verdadero esfuerzo de trabajar conjuntamente: Optimizar y re-planificar.

Evidentemente los perfiles de aquellos que deberán ser atendidos por la Acción Social están transformándose, si no somos capaces de dar la vuelta a esta situación ¿seremos capaces de cumplir con lo que la L.A.D. nos dice que tenemos que hacer en materia de Atención a la Dependencia?¹⁷

Estemos atentos a lo que observatorios sociales, como lo es Cáritas, nos dicen respecto a los perfiles, ya que nos ayuda la constatación de esta realidad a trabajar conjuntamente entre las Administraciones Públicas; al menos este es mi objetivo con el planteamiento del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario. En lo que señala Cáritas aparece la vulnerabilidad a la que están expuestas las personas en cuanto a la dependencia, a la enfermedad crónica y a la atención por ser mayores; esto obviamente se convierte en exclusión social.

“Principales PERFILES sociodemográficos:

Las mujeres siguen siendo el rostro más visible de las situaciones de pobreza y exclusión a través de la demanda de ayuda en Cáritas o en la búsqueda de “soluciones”. No obstante, también se constata que aumenta el número de hombres que acude a la institución en busca de ayuda. La mayor parte de las personas que acuden a Cáritas son familias (74%) más que personas solas (24%).

- PARADOS de la crisis - antes “recientes” y ahora de larga duración- procedentes antes principalmente de empleos de baja cualificación de los sectores de la construcción, la industria y del sector servicios (hostelería), y cada vez más son personas más formadas, con estudios y amplia experiencia laboral. Muchos son inmigrantes que tenían autorización de trabajo. Empiezan a agotarse las prestaciones por desempleo, por lo que, o bien acceden al cobro de alguna prestación o entran en una situación de “ingreso cero” en los hogares.
- FAMILIAS JÓVENES (20 a 40 años de edad) con uno o dos hijos pequeños.
- JÓVENES parados en busca del primer empleo, sin perspectivas de encontrar trabajo con poca formación. Aunque en los últimos años era posible acceder a un empleo precario, esa opción ya no es posible. La falta de expectativas aumenta la frustración.
- Está creciendo también la demanda de parados de más de 45 años.

¹⁷ Esta pregunta será respondida en esta Tesis Doctoral en el Capítulo III. SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer el desarrollo de los Servicios Sociales en las CCAA de referencia y su relación con la L.A.D.

- MUJERES solas con cargas familiares --generalmente no compartidas-- y con problemas de conciliación entre vida familiar y laboral. La nueva forma familiar de la mono-parentalidad es creciente y su origen está en procesos de separación y divorcio con hijos. Estas nuevas formas familiares son más débiles en situaciones de adversidad como el desempleo, la enfermedad, la discapacidad o la atención de menores o mayores dependientes.
- También cada vez más se atiende a hombres solos, separados o divorciados, que están en paro, que han agotado las prestaciones y que no pueden afrontar el pago de un lugar donde vivir. El sistema social público, al no tener cargas familiares, deja a estas personas prácticamente fuera de su ámbito de atención.
- De manera menos generalizable, existen casos de mujeres mayores (con pensiones no contributivas o pensiones mínimas que no llegan a cubrir necesidades básicas), o de inmigrantes en situación irregular (menores y jóvenes que ven endurecidas sus condiciones de vida)” (EQUIPO DE ESTUDIOS DE CARITAS. 2011: 13-14)

III.2.- ¿DE DÓNDE PARTIMOS?

Cuando me planteé la investigación de profundizar en la evolución de los Servicios Sociales en el Estado Español a partir del Periodo de 1978 con el fin de dar soporte a este tercer capítulo opté por 178 publicaciones que tratan sobre los Servicios Sociales, por entender que las mismas podrían ser una fuente eficaz en el objetivo de articular el marco teórico de la evolución de los Servicios Sociales en el Estado Español.

Evidentemente, el conocimiento adquirido, después de la lectura de estas fuentes, viene a iluminar lo señalado en el punto anterior; al mismo tiempo que *el espíritu* de lo reflejado en ese punto ayudará a alcanzar el objetivo planteado en este capítulo.

No se podría entender la evolución de la Acción Social en España sin el contexto político y social que se vivió en el periodo de la transición a la Democracia, y tampoco si obviáramos la década de los 80 (**La Democracia comienza a andar**)

El periodo de la Transición a la Democracia que concluyó con la aprobación de la Constitución de 1978 y con el inicio del Periodo Democrático se originó una reordenación Administrativa y Política de profundo calado. Evidentemente la Acción Social también se vio *afectada* por esta reorganización.

III.2.1.- ¿DE DÓNDE PARTIMOS? Primera constatación.

Si vengo defendiendo que la propuesta del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario es integrador y conciliador, tendré que reconocer, porque es evidente en el análisis de los textos estudiados, que LA ACCIÓN SOCIAL no es un invento de la Democracia.

La Democracia ayudó a consolidar una manera de aplicar y desarrollar la ACCIÓN SOCIAL desde el ámbito que orientaba o marcaba la Constitución; pero, desde hacía unos años, antes a 1978, se venía realizando una reordenación en las estructuras del Estado en materia social fruto de la concepción que se tenía de la Asistencia Social en los años finales de los 60 y a lo largo de la década de los 70.

A esto hay que sumar lo que alguna Institución Social de la época venía señalando y reflexionando al respecto. Me estoy refiriendo a Cáritas. Su revista de Documentación Social¹⁸ es un fiel ejemplo de que se va articulando un espíritu que irá dando pautas y orientaciones en el diseño de la Acción Social en España.

Lo que es evidente y, por tanto desde mi punto de vista positivo, es que a lo largo de los últimos 50 años se ha dado un cambio en materia de Acción Social, pasando de la asistencia social y beneficencia a lo que hoy conocemos como Servicios Sociales (Acción Social). Así tenemos que en España la configuración de la Acción Social es “la etapa de la Beneficencia del Estado, de la Guerra Civil al plan de estabilización (1939-1959); la etapa de la Asistencia Social, del plan de estabilización a la Constitución (1959-1978); y la etapa de los Servicios Sociales, que se abre con la Constitución de 1978 y permanece en plena reorganización hacia la definición específica”. (CERDEIRA GUTIÉRREZ, Isabel.1987:135-136)

Isabel Cerdeira Gutiérrez señala las etapas, digamos evolutivas, de la Acción Social. Evidentemente esta visión viene a apoyar, ***-en cuanto que la Acción Social existente en los distintos diseños actuales correspondientes a la realidad de las Comunidades Autónomas-***, la idea de que la Acción Social venía ***fraguándose*** en el tiempo. Evidentemente no como hoy podemos entender la Acción Social; pero lo trabajado en las décadas de los 60 y 70 fue posibilitando la articulación de una estructura que iba respondiendo a las distintas necesidades que la población plantaba.

Desde mi punto de vista esto supone la existencia de un cambio. Por tanto, sí se está dando una evolución positiva hacia la construcción de una Acción Social “más estructurada y sistemática, se capta una voluntad de cambio en los poderes públicos, pues la creación de Fondos ad hoc comporta ya un primer acercamiento como fundamento para el reconocimiento jurídico, fundamento que se extiende a la

¹⁸ Cfr. Número especial de la Revista Documentación Social. Varios Autores.2008

determinación de necesidades objetivables y objetivadas fuera de la mera indigencia; pero no existe una reglamentación que ampare el derecho del beneficiario a exigir al Estado” (CERDEIRA GUTIÉRREZ, Isabel .1987: 141)

Paulatinamente se va avanzando. De estos avances conceptuales se logra que se puedan asignar fondos para la aplicación de medidas de carácter social. Es el inicio de una nueva mentalidad en la Administración. Esto es importante reseñarlo frente a los vientos que actualmente corren de recortes aplicados a la Acción Social. Muchos de los políticos actuales olvidan que el desarrollo de la Acción Social es un proceso de aplicación práctica, fruto de una configuración social en donde las personas van ganando poco a poco el reconocimiento de su dignidad. Desde, luego, esto es **sagrado**.

La Acción Social en sus diferentes formas de manifestación, según las etapas políticas, ha ido sumando y nunca restando derechos. Hasta el momento hemos ido caminando en la dirección de construir y dotar a la sociedad de unos Servicios Sociales que pudieran ir dando respuesta a las sucesivas demandas que la población iba realizando. El hecho de que en España se comenzará más tarde en la estructuración sistemática de los Servicios Sociales con respecto a otros países de la Unión Europea no ha limitado el crecimiento y desarrollo de los mismos y ha ido paulatinamente poniéndose al día en esta materia. Sin embargo, todavía queda camino por hacer y éste puede verse afectado por lo que he hecho constar en el primer capítulo. Hoy podemos decir que la Acción Social está sujeta a un grave peligro: LA CRISIS ECONÓMICA Y SOCIAL.

“El retraso del sistema de Servicios Sociales en España en comparación a otros países, se ha reducido a partir de la Constitución de 1978 y las dinámicas jurídicas y políticas que ocasionó. Con la Constitución los Servicios Sociales se dirigen a todos los ciudadanos, siguiendo el principio de universalidad, aunque en la práctica no todos los grupos sociales necesitados cuentan con cobertura para sus necesidades. La falta de recursos económicos, el incremento de demandas debido a la crisis económica, la reciente implantación, etc., origina que haya sectores sociales todavía desatendidos. La tendencia actual se dirige a reforzar los Servicios Sociales comunitarios, como primer nivel de atención, y a la desinstitucionalización. De esta manera se logra mantener a la persona en su medio habitual, propiciando así la integración. Tanto a nivel central como autonómico, se producen situaciones muy diferenciadas de acceso a los Servicios Sociales especializados. Existen, en el momento actual, colectivos bastante mejor protegidos —p. ej. tercera edad o toxicómanos—, que otros —como gitanos— con menores dotaciones y servicios disponibles. La iniciativa social ha desempeñado un papel relevante en la atención a las necesidades sociales. La legislación vigente apoya a las instituciones del voluntariado, y es creciente su protagonismo en la prestación de Servicios Sociales. Esta política se encuentra igualmente avalada por directrices de la propia Comunidad Económica Europea. En

España, desde la transición política, las distintas Administraciones —Central, Autonómica, Local— han realizado importantes esfuerzos en la consolidación de los Servicios Sociales, cada una dentro del ámbito de sus competencias. Pero resultan todavía insuficientes”. (ALEMÁN BRACHO, María del Carmen, 1993:204)

Hoy nos enfrentamos a una terrible situación: “restar derechos” dado que la Acción Social es interpretada como un gasto que no genera ningún tipo de rentabilidad económica. Aceptar esta postura significa “echar por tierra” el proceso iniciado antes de la Constitución de 1978. Además, es un grave error posicionarse en esta visión económica de gasto. Cuando desarrolle el Modelo de Atención – Intervención- Polivalente Sociosanitario, en el apartado de las Conclusiones de esta Memoria de Tesis Doctoral, intentaré demostrar la gran equivocación que supone esta concepción.

El marco teórico-conceptual ya lo he dado: ESTAMOS EN NUEVO CICLO ECONÓMICO Y SOCIAL.

Aquí, también tengo que resaltar que existe una cultura de interpretar que lo que hay que hacer es “introducir a lo que se ha dado en llamar iniciativa privada con ánimo de lucro” porque ésta logra abaratar costes, dada la poca eficiencia de la gestión por parte de las Administraciones Públicas.

Ya he dicho en el Segundo Capítulo que yo creo en las Empresas; pero no en cualquier empresa. He señalado, también, el perfil al que deben adaptarse las Empresas (Aceptación del Decálogo). Llegará el momento de explicitar mi visión al respecto cuando explique la gestión del Modelo de Atención – Intervención- Polivalente Sociosanitario.

Sin embargo, sí quiero resaltar que la cultura de “introducir a la iniciativa privada con ánimo de lucro” en el espacio de la Acción Social conlleva, en el fondo, para muchos políticos la “poca importancia que tiene el espacio de la Acción Social”. Esto también se podrá analizar en el objetivo específico tercero del Capítulo Cuarto de esta Tesis Doctoral.

Volviendo a la evolución de la Acción Social y con el objetivo de resaltar la importancia que la misma iba tomando a través de las décadas de los 60 y 70 considero que conviene recordar dos hechos básicos innovadores que definen el modelo de Bienestar Social de esta segunda etapa del franquismo: “a) la creación de los Fondos nacionales para la aplicación social del Impuesto y del Ahorro, relacionados estrechamente con la institucionalización de la Asistencia Social, de hecho constituyen su epifenómeno, y b) la puesta en marcha, por primera vez en España de un Plan de Seguridad Social sistematizado que comprenderá junto al sistema de prestaciones básicas otro de prestaciones complementarias que abarca Servicios Sociales y Asistencia Social”. (CERDEIRA GUTIÉRREZ, Isabel.1987:141-142).

Se puede decir que comienza un período de carácter jurídico legislativo que va transformando el sistema existente (beneficencia) en un sistema estructurado en donde comienza a verse una **responsabilidad manifiesta de los poderes Públicos**.

- **“Institucionalización de la Asistencia Social.** Creación de los Fondos Nacionales por ley 21 de julio de 1960. Fondo Nacional de Asistencia Social. Fondo Nacional para el Fomento del Principio de Igualdad de Oportunidades. Fondo Nacional de Protección al Trabajo. Fondo de Crédito para la difusión de la Propiedad Mobiliaria.

Hay que reconocer y recordar a las memorias “olvidadizas” que gracias al Fondo Nacional de Asistencia Social (FONAS) que fue modificado en su personalidad financiera por ley 74/1980, era el que más peso específico tenía en la financiación de las Instituciones Sociales del Estado. Por la existencia del FONAS como una realidad estructural fue posible mediante esta ley tener recursos económicos con los que responder a las necesidades de las personas que estaban excluidas de la propia intervención de la Seguridad Social.

- Transformación del Auxilio Social. En 1968 se transforma en el Instituto Nacional de Auxilio Social. Organismo Autónomo.
- En 1974 el Instituto Nacional de Auxilio Social se transforma en Instituto Nacional de Asistencia Social”.(CERDEIRA GUTIÉRREZ, Isabel.1987)

Desde mi punto de vista, y ateniéndome a la lejanía del tiempo (han pasado 40 años) considero que fue una decisión valiente, que generó una gran revolución en la época. Con este cambio se supera una etapa en la atención a personas vulnerables, y comienza a tener “peso específico” la profesionalización de la Acción Social.

Se empieza a contar con profesionales que inciden en las metodologías de intervención y, también, van configurando una influencia en el pensamiento de los tecnócratas de la Administración. Se supera el paternalismo en la atención a las personas para empezar a poner en el centro la idea de dignificación. Podemos decir que Europa empieza a influir en la realidad española a partir de 1973.

A estos **grandes avances hay que sumar la promoción de un Plan de Seguridad Social¹⁹**:

- **Ley 193/ 1963.**
- **Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Seguridad Social de 1972.**
- **Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.**

¹⁹ Cfr. O.C. CERDEIRA GUTIÉRREZ, Isabel (1987). Págs. 143-144

- **Libro Blanco de la Seguridad Social de 1977.**

Todo esto va posicionando a la Acción Social en la estructura de la Administración y va dotando a la misma con personal que se va a ir cualificando en todas las posibilidades organizativas y de atención directa que la Acción Social irá estableciendo en virtud de la legislación vigente.

Existe, por tanto, cuerpo jurídico; pero también va articulándose un cuerpo “filosófico-antropológico” acerca de cómo realizar los servicios requeridos. El perfil del Asistente Social que paulatinamente se transformará en Trabajador Social es muy importante para el futuro de la Acción Social.

Para concluir **la primera constatación** presento la siguiente figura.



Figura número 4: Transformación social y conceptual de los Servicios Sociales (Acción Social). Elaboración Propia.

Junto a esta figura no me resisto a no resaltar la importancia de los Asistentes Sociales que se transformaron en Trabajadores Sociales. Su implicación fue fundamental para poder sembrar un cambio en la manera de articular la Acción Social.

Esta figura sigue siendo necesaria y precisa. Lastimosamente ha quedado, en muchos casos, relegada a una función burocrática ¡Grave Error! No obstante, debe de

existir la esperanza que su “papel” tiene que ayudar a que la Acción Social no pierda lo ganado hasta la fecha. Dentro de la dimensión del Modelo de Atención – Intervención- Polivalente Sociosanitario, siendo un Proyecto que potenciará la interprofesionalidad, dejará claro el “papel” vertebrador que tendrá que realizar el Graduado en Trabajo Social.

Suscribo lo que la Profesora Rosario Ovejas Lara dice con respecto al rol esencial que debe de tener el Trabajador Social. “Destacamos la labor educativa del Trabajo Social: su objetivo prioritario es la capacitación y promoción de las personas, trabajar por la autonomía personal frente a la dependencia. Esta intervención requiere potenciar los recursos personales y fomentar la participación, desarrollando sus redes de apoyo social. En este sentido, subrayamos el Trabajo Social como recurso en sí mismo, promotor de recursos personales y sociales y dinamizador de la comunidad, destacando su papel de mediador”. (OVEJAS LARA, María Rosario. 2007:41)



Figura número 5: El rol del Trabajador Social. Figura de Referencia en la coordinación del Centro de Atención Polivalente Sociosanitario. Elaboración Propia.

III.2.2.- ¿DE DÓNDE PARTIMOS? Segunda constatación

Lo que no cabe ninguna duda es que la Acción Social fue una preocupación, se podría decir de nivel 8, entre una puntuación de 0 a 10 en materia de competencias de las Comunidades Autónomas.

Esta preocupación, en una perspectiva de **espíritu constructivo**, significó la consolidación estructural de los Servicios Sociales; lo que quiere decir que la Acción

Social comenzó a contar con estructuras estables con las que dar respuesta a la sociedad de las Comunidades Autónomas.

El inicio de la Democracia estaba impregnado de **este espíritu constructivo** y esto facilitó el que, incluso, hubiera un traslado de experiencias entre Comunidades Autónomas. Pero, a decir verdad, esto duró poco.

Lo que he “señalado” en la evolución de la Acción Social en páginas anteriores que podría haber quedado como una oportunidad de partida en la fundamentación jurídica de los SERVICIOS SOCIALES quedó orillada por el desarrollo legislativo de las Leyes de Primera Generación de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas. Faltó, sin duda, una Ley General de Servicios Sociales.

Este hecho viene a certificar que existió una falta de visión generosa en cuanto a Acción Social se refiere por parte de los encargados en trabajar la redacción de la Constitución. Sin duda, no por mala voluntad, sino porque apremiaban otros temas más urgentes.

En la constatación de que la Constitución de 1978 dejó un vacío legal en materia de Acción Social coinciden todos los autores que he consultado en la diferente bibliografía que he trabajado y analizado para la redacción de este capítulo.

Voy a hacer una breve recapitulación de alguno de ellos.²⁰ Creo que la misma es interesante por cuanto dejará constancia por escrito, una vez más, del grave error que supuso esta especie de falta, digamos de padres legislativos, para la Acción Social a nivel de la Constitución de 1978.

Se podría haber subsanado con la promulgación de una Ley de Servicios Sociales a nivel general; pero no fue posible por diversos motivos; aquí tengo que hablar de **falta de generosidad política; pero, sobre todo, de falta de estrategia conjunta en lo que debería haber sido una coordinación entre sí de las Comunidades Autónomas; dejándose ayudar por la Administración General del Estado.** Ha primado mucho más la visión localista de las Comunidades Autónomas y partidista de las fuerzas políticas que la visión de misión de servicios que busca la aplicación de una justicia social con vocación solidaria.

Lo anterior lo vamos a constatar en el análisis de los artículos de prensa escrita generalista que he realizado en el desarrollo del Capítulo Cuatro en diversos medios de comunicación de las cuatro Comunidades Autónomas. **Conviene tener una radiografía para que nos veamos tal y como somos;** a veces un poco alejados –los políticos- de la realidad de las personas a las que se pretende servir ¿Qué gana La Dependencia con esta visión partidista y localista? Hay que concluir que nada.

²⁰ Esta recapitulación se halla “situada” en los cinco principios señalados: LA EVOLUCIÓN, LA ADAPTACIÓN, LA COMPRENSIÓN, LA ADMINISTRACIÓN-GESTIÓN Y LA COMPATIBILIDAD y se realizará al término de la reflexión que se hace sobre la aparición de las Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas entre 1980 a 1995.

Antes de realizar la reflexión que recoja la opinión de varios profesionales y teóricos de la Acción Social, *tal y como he señalado en la nota de “pie de página” número 20*, quiero realizar un elenco, reflexionando sobre alguna de las mismas, de las Leyes de Primera y Segunda Generación de Servicios Sociales que se dieron entre 1982 y 2005 (justo antes de que se aprobará la Ley de Autonomía Personal –L.A.D.–, diciembre de 2006 y entrada en vigor el 1 de enero de 2007)

1.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO. Ley 6/1982, de 20 de marzo sobre Servicios Sociales. En 1996 la Ley/5 de 18 de octubre de Servicios Sociales.

El año en que fue promulgada esta primera ley de Servicios Sociales dice el interés del Gobierno Vasco en esta materia. Positivo por una parte, negativo por lo que supuso la falta de sintonía con la realidad del Estado y con la necesidad de que hubiera existido una Ley General de Servicios Sociales para el conjunto del Estado.

Cabe hacerse la siguiente pregunta: ¿esta rapidez administrativa-jurídica a fecha de hoy ha supuesto un mayor beneficio para la Acción Social, entendiendo que ésta –al igual que la Seguridad Social- debería haber tenido un marco legislativo inicial a nivel general del Estado Español?

Tendremos que responder a esta pregunta, lo haremos en el Tercer Capítulo de esta Memoria de Tesis Doctoral.

No obstante en lo referente al País Vasco, y dado que es una de las Comunidades objeto de esta Memoria de Tesis Doctoral voy a recoger lo que dice la profesora Rosario Ovejas Lara. Hago la cita con la intención de constatar que desde que se hizo la primera Ley de Servicios Sociales en el País Vasco (Ley 6/1892 de 20 de Marzo) existen problemas sin resolver. Problemas que se pensó quedarían solventados con esta Ley.

Realizo esta cita no con espíritu negativo sino con la visión de ver en la misma un reto al que llegar; pero al mismo tiempo con la confianza de que entre todos construyamos una ACCIÓN SOCIAL solvente, comprometida, coherente y, sobre todo bajo la premisa de JUSTICIA SOCIAL, sobre la cual he escrito en el primer Capítulo .

Para esto, el nuevo marco ECONOMICO-SOCIAL nos interroga, no solamente sobre la capacidad económica para poder mantener un sistema fragmentado, nos interroga, sobre todo y con fuerza, desde la JUSTICIA SOCIAL y como ésta no puede permitir diferencias, y esto vale para la aplicación de servicios desde la ACCIÓN SOCIAL. Más allá del cuerpo legislativo existente en las Comunidades Autónomas, hay que buscar el “CUERPO COMÚN”, la “COMÚN UNIÓN” que haga de la Acción Social existente en España, a través de la experiencia acumulada de

las Comunidades Autónomas, un PROYECTO SOSTENIBLE Y CREIBLE, al mismo tiempo que intentemos buscar el marco económico más conveniente para nuestra realidad social; que, para mí, no hay otro posible que el que se pueda desprender de la ECONOMÍA SOCIAL DE MERCADO Y DE LA ECONOMÍA DEL BIEN COMÚN.

“En su día, el País Vasco, fue pionero con su propuesta de ley, estructurando el actual modelo de servicios sociales, y es indudable que sigue presente la preocupación por su construcción, como demuestra el entramado normativo desarrollado en la CAPV. Este aspecto ha sido abordado por otros expertos, por lo que sólo quisiera destacar que, aun siendo cierto el gran avance legislativo del sistema de servicios sociales, podríamos calificarlo como UNA DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS CON ESCASO DESARROLLO. Además, el hecho de no existir unas líneas estratégicas mínimas, o al menos suficientes, nos ha llevado a configurar una realidad dispersa y diferenciada en función de la territorialidad.

Por otro lado, la normativa contempla la regulación y atribución de competencias, es decir, la definición de materias competenciales propias de cada Administración, y precisamente ésta ha sido una de las mayores críticas a la todavía vigente Ley de Servicios Sociales. El actual entramado normativo, otorga un papel relevante a las Diputaciones Forales, ya que entiende que es la Administración territorial la que tiene capacidad de gestión y de dotación de recursos para el desarrollo y mantenimiento de la asistencia social, asumiendo también la responsabilidad sobre el funcionamiento de servicios sociales especializados”(OVEJAS LARA, María Rosario. 2007: 36)

2.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE NAVARRA. Ley 14/1983 de 30 de marzo sobre Servicios Sociales.

Lo mismo podemos decir de la Comunidad Foral de Navarra.

De ambas constataciones –cuando apenas se estaba estructurando el Estado Español y la Administración General del Estado- surge una pregunta: ¿esta rapidez administrativa-jurídica a fecha de hoy ha supuesto un mayor beneficio para la Acción Social, entendiendo que ésta –al igual que la Seguridad Social- debería haber tenido un marco legislativo inicial a nivel general del Estado Español?

3.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales. Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales.

La primera ley también responde a una decisión de dotar a la Comunidad Autónoma de Madrid de un sistema normativo y, por tanto, estructural para aplicar operativamente una red de Servicios Sociales.

He de decir, como en el Caso del País Vasco, y dado que, también es una Comunidad de Referencia en la elaboración de esta Tesis Doctoral, cabe hacerse la misma pregunta: ¿esta rapidez administrativa-jurídica a fecha de hoy ha supuesto un mayor beneficio para la Acción Social, entendiendo que ésta –al igual que la Seguridad Social- debería haber tenido un marco legislativo inicial a nivel general del Estado Español?

Desde luego algo está cambiando en el concepto de gestionar. Las primeras leyes ponen el acento en la capacidad de la Administración Pública para gestionar y, en todo caso, dan cabida a la Iniciativa Privada sin Ánimo de Lucro. Las Leyes de Segunda Generación –de manera más o menos precisa y especificativa según la Comunidad Autónoma que se trate- posibilitan la capacidad de gestionar a la Iniciativa Privada con Ánimo de Lucro.

No voy a entrar a valorar este hecho en este momento. Lo haré cuando explique el Modelo de Atención-Intervención Polivalente de Atención a la Dependencia, porque considero que habrá que hacerlo en ese momento; sin embargo recuerdo lo que he señalado en páginas anteriores sobre mi postura o mi visión de lo que es un Empresa en la perspectiva de la ECONOMÍA SOCIAL DE MERCADO Y DE LA ECONOMÍA DEL BIEN COMÚN.

Por lo que respecta a la Ley de Segunda Generación de la Comunidad Autónoma de Madrid (2003) señalo lo que se dijo en el III Congreso de Trabajo Social en la Comunidad de Madrid en la **mesa redonda acerca del análisis y reflexión que podría suscitar la recién aprobada Ley de Servicios Sociales (Ley 11/2003)**. “Un segundo modelo de Ley que define el objeto legislativo como la regulación de un Sistema integrado o Sistema Global de Acción Social. En dichas legislaciones el espíritu del sistema público de Servicios Sociales no aparece de forma tan expresa y comprometida como la anterior. En este marco se encuentran las Comunidades Autónomas de Aragón, Castilla y León, Galicia, La Rioja, Madrid, Navarra y País Vasco. Se observa que cuatro de las comunidades citadas²¹ cuentan con una nueva legislación de Servicios Sociales y que en ellas aparece la opción de relación integrada público-privado en el sistema de servicios sociales” hubiera terminado aquí la cita; pero creo que debo concluirla con el párrafo siguiente: “La tendencia a la incorporación de la perspectiva neoliberal e individualista predominante se evidencia en algunas de las leyes de segunda generación y de forma muy especial en la legislación madrileña”. (ROLDÁN GARCÍA, ELENA. 2006: 53)

No voy a comentar nada con respecto a mi visión de la “**iniciativa privada**” – **inicialmente sin apellidos**- porque lo haré cuando explique mi propuesta de Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario.

²¹ Galicia, La Rioja, Madrid y País Vasco.

Sí tengo que decir que esta constatación de la Profesora Elena Roldán García pone en evidencia lo que he llamado “fragmentación” en la Acción Social.

4.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA. Ley 8/1985, de 9 de diciembre, de Servicios Sociales.

Resaltó aquí lo de la fecha de promulgación. Y me hago la misma pregunta: ¿esta rapidez administrativa-jurídica a fecha de hoy ha supuesto un mayor beneficio para la Acción Social, entendiendo que ésta –al igual que la Seguridad Social- debería haber tenido un marco legislativo inicial a nivel general del Estado Español?

5.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA. Ley 12/1983, de 14 de julio de Asistencia Social. Ley 26/1985, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales. Ley 4/1994, de 20 de abril. Decreto 17/1994 –fusiona todas las leyes existentes- 23 de julio; y Decreto 284/1996 que regula el sistema Catalán de Servicios Sociales.

Me hago la misma pregunta: ¿esta rapidez administrativa-jurídica a fecha de hoy ha supuesto un mayor beneficio para la Acción Social, entendiendo que ésta –al igual que la Seguridad Social- debería haber tenido un marco legislativo inicial a nivel general del Estado Español?

6.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA. Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales.

Esta Ley ya es promulgada, como todas las que vendrán después hasta el 2005, una vez que se frustró el intento de hacer una Ley General de Servicios Sociales a nivel del Estado Español. “El desarrollo autonómico, después de instaurada la democracia, puso de manifiesto el auténtico enredo que se había formado en torno a los términos: acción social, asistencia social, bienestar social, servicios sociales, mientras la beneficencia, al parecer, quedaba superada. La necesidad de poner a punto los servicios sociales comunitarios, en una situación de crisis económica y de consolidación política, haría obligatoria al mismo tiempo la posición de respeto y entendimiento con las Comunidades Autónomas tras el frustrado intento (1983-1984) de crear una Ley Nacional de Servicios Sociales. Sin embargo, ya antes (7 de abril de 1982) aparecía la Ley de Integración Social, con servicios sociales específicos para la discapacidad (LISMI)”. (GUTIÉRREZ RESA, Antonio. 2001: 101)

Podemos resaltar que todas estas Leyes generan una dimensión positiva en cuanto a la concienciación de las Comunidades Autónomas en que la Acción Social deberá ser una pieza clave en la filosofía política de los compromisos políticos que los partidos que aspiran a gobernar en las mismas deberán cumplir, al mismo tiempo, como ya se ha señalado anteriormente, ayudarán a estructurar

una red de servicios que la población valorará de tal manera que, en las “conciencias” de las personas, no es posible –con el tiempo- la no existencia de esta red. De hecho los políticos están teniendo verdaderas dificultades para explicar a la población los recortes que se realizan en esta materia, ante la llamada crisis económica. De ahí mi apuesta, en esta Tesis Doctoral, por proponer, en materia de dependencia, un Modelo de Atención-Intervención Polivalente Sociosanitario.

Conviene, por tanto, no olvidar que estamos ante una realidad fragmentada, aun reconociendo el avance que supuso la Legislación Autonómica en materia de Servicios Sociales y de Acción Social, “también hay que contar entre los aspectos que merecen una crítica adversa, pueden citarse los inconvenientes derivados de la fragmentación ocasionada por la configuración de una multiplicidad de sistemas, sin conexión entre sí, lo que redundará en perjuicios reales, y no meramente teóricos, para los ciudadanos. No es ajeno, por cierto, a estos inconvenientes y a estos perjuicios el insaciable afán de acaparamiento de competencias por parte de las comunidades autónomas, que ha llevado al legislador autonómico a pretender la extensión de la exclusividad competencial a todos los servicios sociales, contemplando a tal efecto a éstos desde un enfoque institucional, que les diferencie de sistema de Seguridad Social” (Aznar López, Manuel.200: 65-66)

7.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE BALEARES. Ley 9/1987, de 11 de febrero, de Acción Social.

8.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGON. Ley 4/1987, de 25 de marzo, de ordenación de Acción Social.

Cuando se promulga esta Ley ya se lleva un cierto recorrido en Leyes Autonómicas en materia de Acción Social. Esta Ley podría ya haber corregido algunas limitaciones manifiestas a través de la Leyes promulgadas hasta la fecha.

Además en 1985 se había dado un hecho relevante: La aprobación de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local. En esta se pone de manifiesto el “papel” que deberán de jugar los municipios en el campo de la Acción Social (Servicios Sociales).

Esta Ley debería de haber sido tenida en cuenta, en la parte organizativa derivada de la aplicación de la Ley 7/1985, por parte de la Comunidad Autónoma, dando el protagonismo ejecutivo a los entes Locales. Sin embargo, se perdió esta oportunidad como se perdería en las leyes pendientes por promulgar en las Comunidades Autónomas. Esto es debido, desde mi punto de vista, a que no se da una claridad en los servicios que se deberían prestar desde los entes locales, y aquí, de nuevo, prima la visión del Gobierno existente en la Comunidad

Autónoma cuando se promulga la Ley Autonómica. Esto sucedió también en el resto de Comunidades Autónomas.

Es una evidencia que hay que tener en cuenta para comprender la estructuración de los Servicios Sociales en las distintas Comunidades Autónomas que promulgaron leyes después de la de Bases del Régimen Local. “Esta Ley deja en una completa indeterminación a las competencias concretas que corresponden a la Administración Municipal, con lo que queda en manos de la Legislación Autonómica de carácter sectorial la decisión sobre este extremo.....la Ley de Bases de Régimen Local alude al mecanismo de las prestaciones mínimas obligatorias, para incluir la prestación de los servicios sociales entre las impuestas a los municipios de más de veinte mil habitantes, pero sin que se especifiquen tampoco cuales son los servicios concretos que han de prestar”. (Aznar López, Manuel. 2001: 71)

Cuando señalo que la Ley 4/1987 de la Comunidad Autónoma de Aragón debía haber tenido presente la Ley 7/1985 (reguladora del Régimen Local) no es que en la Ley 4/1987 no se señale la importancia de las Administraciones Locales; de hecho en la **exposición de motivos reza lo siguiente:**

“Las peculiaridades de la población y del territorio aragonés hacen inviable cualquier sistema prestador de servicios al ciudadano que no se asiente en una estructura descentralizada, y es por ello que el sistema de servicios y prestaciones sociales se asienta en la institución municipal, la cual cumplirá, por otra parte la función clave de configurarse como única puerta de entrada al sistema, para lo cual se establecerán los mecanismos oportunos de colaboración económica, técnica y de coordinación, cuya responsabilidad se encomienda a las diputaciones provinciales y a la Comunidad Autónoma”²²

Resalto esta constatación porque la Ley 5/2009 de Servicios Sociales de Aragón, justo 12 años más tarde, vuelve a recordarnos en el punto V del Preámbulo que *“El cometido fundamental de la Ley es la ordenación, organización y desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales de Aragón, procediendo a la enumeración de sus principios rectores y a la definición de su estructura funcional, territorial y orgánica, así como a la regulación de sus principales elementos constitutivos”²³* En el articulado dice en el 18: *“Los Servicios han de organizarse territorialmente de acuerdo a los siguientes principios”²⁴*

Estamos en la misma situación que con el resto de las Comunidades Autónomas mencionadas hasta el momento. Por ende, es pertinente seguir haciéndose una pregunta que, a partir de ahora, matiza la que me había

²² Ley 4/1987, de 25 de marzo, de Ordenación de la Acción Social. Comunidad Autónoma de Aragón.

²³ Ley 5/2009 de Servicios Sociales de Aragón.

²⁴ Ley 5/2009 de Servicios Sociales de Aragón.

planteado: ¿esta rapidez administrativa-jurídica a fecha de hoy ha supuesto un mayor beneficio para la Acción Social, entendiendo que ésta –al igual que la Seguridad Social- debería haber tenido un marco legislativo inicial a nivel general del Estado Español?

Nueva pregunta: ¿Por qué no se tuvo en cuenta en la promulgación de estas leyes, las que se dan a partir del 87, la corrección de los posibles errores cometidos en las anteriores, quizá por una falta de experiencia funcional en el modelo de articular los servicios? ¿Pudo ser por una falta de comunicación entre CC.AA?

9.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ASTURIAS. Ley 5/1987, de 11 de abril, de Servicios Sociales. Ley 1/2003, de 21 de febrero, de Servicios Sociales.

10.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA. Ley 5/1987 de 23 de abril, de Servicios Sociales.

11.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS. Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales.

12.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA. Ley 3/1987 de 27 de mayo, de Servicios Sociales. Ley 4/1993, de 14 de abril, de Servicios Sociales.

13.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCIA. Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales.

En esta Comunidad Autónoma nos encontramos con aspectos similares a los señalados en las Comunidades Autónomas de Referencia para esta Memoria de Tesis Doctoral: PAIS VASCO, COMUNIDAD DE MADRID Y ARAGÓN.

La Ley 2/1988 podría haber –corregido- por experiencias existentes en otras Comunidades Autónomas aspectos que hemos señalado. Sin embargo esto tampoco se cumple.

Si nos atenemos a lo que señala el Defensor del Pueblo Andaluz sobre los Servicios Sociales, ***en el informe Presentado en el Parlamento de Andalucía el 27-9-2005. Publicado en BOPA nº 320, de 15-11-2005, VII Legislatura. Debate en la Comisión de Igualdad y Bienestar Social celebrada el 1-3-2006, Diario de Sesiones de Comisiones, serie A nº 214, VII Legislatura,*** quiero resaltar –si bien todo el Informe es un material esencial para articular las correspondientes correcciones del sistema de Servicios Sociales (Acción Social) promulgado en la citada Ley- un punto que se dice en la Introducción por parecerme que resume perfectamente lo que nos está ocurriendo en la aplicabilidad de los Servicios Sociales en mayor y menor medida en todas las Comunidades Autónomas; fruto a mi entender de una falta de claridad estratégica en la Organización de los

Servicios Sociales que tenga en cuenta las experiencias tenidas en las distintas Comunidades Autónomas y a la “riqueza” que puede aportar la Administración General del Estado. Hemos fragmentado más que coordinado.

De hecho, la Ley en su parte Preliminar-explicativa en el punto II dice lo siguiente en aras de entender que la misma ayudará a mejorar el sistema existente hasta la fecha de la promulgación de esta Ley en la Comunidad Autónoma de Andalucía: *“Desde este marco legal, resulta posible y obligado para la Comunidad Autónoma de Andalucía el abordar una situación, como la actual, en la que inciden negativamente una serie de factores de índole diversa: La dispersión legislativa existente, la multiplicidad de órganos gestores y su distinto carácter, la diversidad del régimen de financiación e, incluso, la propia imprecisión legal de los términos usados en materia de servicios sociales. Estas son, entre otras las circunstancias que configuran en el momento presente un sistema de servicios sociales que demanda de los poderes públicos una acción que los regule, organice, planifique y, en suma, los haga más eficaces”*²⁵

Todas estas buenas intenciones se ven “opacadas” por lo que dice este Informe del de Defensor del Pueblo (2005) y que explicita muy bien en el siguiente párrafo:

“La singular naturaleza de estos Servicios, que afectan a todos los ámbitos de la protección social, ha motivado que, en veinte de los cuarenta Informes Especiales.....se contengan referencias, directas o indirectas, al papel esencial que cumplen o deben de cumplir los Servicios Sociales Comunitarios, como el nivel básico del Sistema Público de Protección Social en Andalucía, para garantizar la efectividad de la mayoría de los derechos sociales. Asimismo, en los diferentes Informes Anuales se vienen recogiendo distintas intervenciones de la Institución, de oficio o como consecuencia de la presentación de quejas, en las que cada vez más se viene poniendo de manifiesto la importancia de este dispositivo básico de atención social. Aspectos fundamentales del funcionamiento de los Servicios Sociales Comunitarios han sido abordados con objeto de la tramitación de diferentes quejas...relativas a la financiación....en la que se plantea la necesidad de empadronamiento para el acceso a sus prestaciones y servicios, sobre insuficiencias en la prestación de los Servicios Sociales Comunitarios, relativa a la atención a transeúntes, sobre la reducción de medios para la prestación de servicios”²⁶

Es pertinente hacerse, también, la siguiente pregunta: ¿Por qué no se tuvo en cuenta en la promulgación de estas leyes, las que se dan a partir del 87, la

²⁵ Ley 2/1988 de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía.

²⁶ La Situación de los Servicios Sociales Comunitarios en Andalucía. Informe del Defensor del Pueblo Andaluz del año 1985. ISBN 84-89540-84-2. 2006

corrección de los posibles errores cometidos en las anteriores, quizá por una falta de experiencia funcional en el modelo de articular los servicios?

En todas estas constataciones, y que he referido en más detalle en las Comunidades Autónomas del País Vasco, Madrid, Aragón y Andalucía, subyace como en el resto un aspecto que, a mi modo de entender, ha perjudicado más que beneficiado el Desarrollo de la Acción Social basada en el principio jurídico subjetivo que hubiera comportado verdaderamente la aplicación de la dimensión Universal de la Acción Social al Sistema derivado de la Acción Social. Es verdad que las Leyes de Nueva Generación hacen referencia al Derecho Universal; pero con la coletilla en muchos casos de “aplicación según la ley”. Esto en la realidad lleva a que existe un debate sobre el procedimiento a seguir a la hora de entender **la universalidad**. Está bien que se halle reflejado en las Leyes; pero no hay que dejar de reconocer la dificultad existente para una **verdadera aplicación práctica de este “Derecho”**.

Ya señalé, citando a la profesora Isabel Cerdeira Gutiérrez, que se perdió una gran oportunidad al no seguir la posibilidad marcada en la página 150 en el artículo escrito por ella: Los Servicios Sociales del franquismo a la Constitución.

Otra vez más hay que reconocer que la Constitución de 1978 deja, en buena parte, huérfana a la Acción Social. Estamos ante una evidencia que no se puede negar, y esto también se constatará en la L.A.D. siendo este aspecto un punto negativo para poder desarrollar eficaz y eficientemente esta Ley. Lo veremos en el Tercer Capítulo cuando analice la L.A.D. “En efecto, el intento de extraer los servicios sociales del seno del sistema de Seguridad Social, para contemplarlos de forma conjunta con los externos a dicho sistema, y considerando aplicable a la totalidad de esos servicios la exclusividad competencial que al artículo 148 de la Constitución predica de la Asistencia Social, establecer un sistema de servicios sociales distinto del sistema de Seguridad Social, produce, como ya se ha expresado, unos perjuicios ciertos a los ciudadanos, a causa de la fragmentación derivada del citado régimen de exclusividad competencial, perjuicios que, por el contrario, pueden ser evitados cuando se trata de materias sometidas al régimen de competencias compartidas, como es el caso de la Seguridad Social”. (AZNAR LÓPEZ, Manuel. 2001: 66-67)

14.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LEÓN. Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales.

15.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE VALENCIA. Ley 5/1898, de 6 de julio, de Servicios Sociales. Ley 5/1997, de 25 de junio, por el que se regula el Sistema de Servicios Sociales.

16.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA. Ley 1/1990 de 10 de mayo de Servicios Sociales. Ley 1/2002 de 1 de marzo de Servicios Sociales.

17.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA. Ley 5/1992 de 27 de mayo de Acción Social.

La exposición anterior nos ha facilitado una ubicación rápida sobre lo que han supuesto las Leyes de Servicios Sociales de primera y segunda generación en la realidad del Estado Español. Nos hemos detenido, como es obvio, en las Comunidades Autónomas de Referencia para esta Tesis Doctoral. Nos toca, ahora, avanzar en el **elenco de visiones realizadas por especialistas en la materia de la Acción Social** teniendo en cuenta el marco de referencia que nos proporcionan las figuras número 6 y número 7.

Partimos de lo que resumo en la siguiente figura.

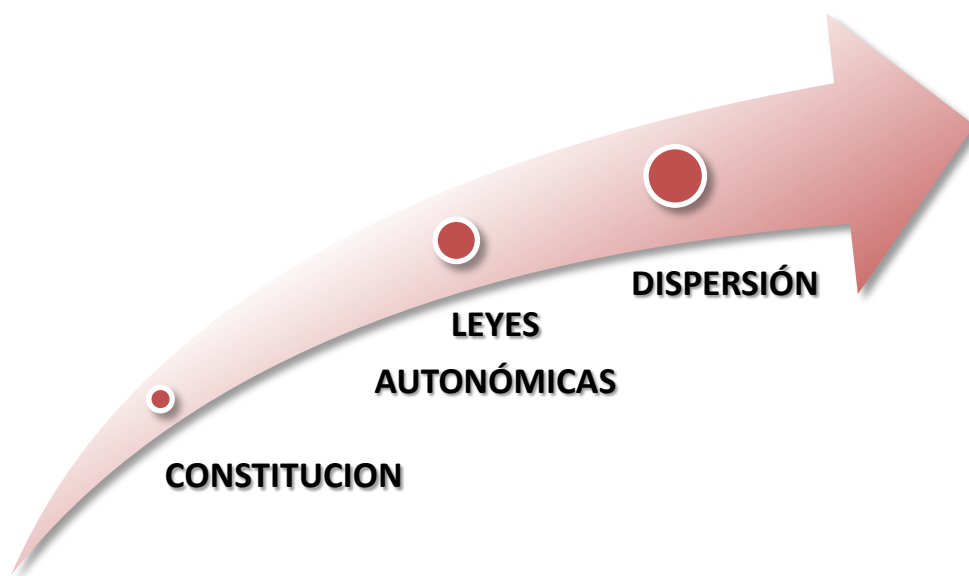


Figura número 6: Evolución de la “dispersión” en el desarrollo de los Servicios Sociales. Elaboración Propia.

Desde mi punto de vista, a la realidad constatada de la fragmentación, tengo que añadir el término **dispersión**.

Estamos “dispersos” en materia de Acción Social. Reconocerlo es pedagógico y, además, nos podrá posibilitar el transformar esta realidad que tenemos en unos servicios más coherentes.

Tenemos que proponer Servicios Sociales que estén en **la misma línea que el decálogo propuesto en esta Tesis Doctoral**, y al mismo tiempo podremos ir organizando la Acción Social teniendo, como marco operativo, los conceptos siguientes: **LA EVOLUCIÓN, LA ADAPTACIÓN, LA COMPRENSIÓN, LA ADMINISTRACIÓN-GESTIÓN Y LA COMPATIBILIDAD.**

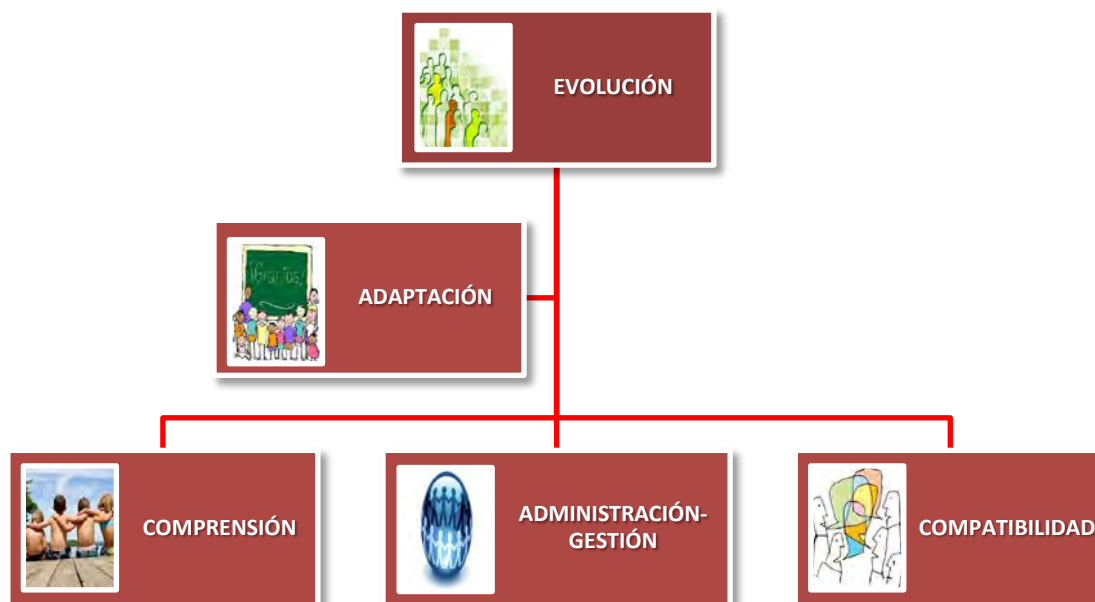


Figura número 7: Los elementos constitutivos del “eje” que sostiene el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. Elaboración Propia.

1. “Evolucionar” en materia de Servicios Sociales (ACCIÓN SOCIAL).

Se Llegó a la Constitución de 1978. Supuso la aspiración política de un país que quería cambiar; en definitiva **evolucionar** como el resto de los países del entorno. La gran querida y anhelada Unión Europea.

En materia de Acción Social también se quiso **evolucionar**, hemos visto el proceso seguido hasta que llegamos a la promulgación de las distintas Leyes Autonómicas.

Intentando justificar y fundamentar que es preciso evolucionar y no quedarnos estancados en lo que nos limita, voy a referirme en este apartado entendido como **la necesidad de evolucionar en materia de Servicios Sociales** a lo que una serie de autores, a mi entender, nos hacen ver y comprender que su visión nos posiciona ante la **necesidad de evolucionar**.

Ciertamente la Constitución nos lleva a un punto de partida que nos ayudó a adentrarnos en la organización de un País Democrático. Esto fue muy positivo y facilitó avanzar en muchas áreas: legislación, comercio, economía, participación democrática, partidos políticos, cooperación internacional, etc.. Sin embargo la misma no fue muy acertada en materia de Acción Social. Esto lo hemos venido constatando a lo largo de la reflexión realizada en esta Tesis Doctoral. “Con este confuso e híbrido pronunciamiento constitucional, no puede decirse que la Carta Magna aporte fundamentos decisivos y concluyentes en la configuración, con entidad propia o integrados en otros sistemas, de la Asistencia y los Servicios Sociales como instrumentos de promoción y protección social y económica, aquellos son contemplados parcialmente y de modo no siempre coherente, sin que la norma se pronuncie sobre su inclusión o no en la acción protectora de ésta”. (ESTÉVEZ GONZÁLEZ, María del Carmen. 1995.:92)

“Si bien es cierto que la Constitución nos dejó huérfanos en materia de Acción Social a nivel del Estado Español, conviene resaltar en relación al Real Decreto-Ley 36/78 que en lo que afecta a la Asistencia y Servicios Sociales se introducen reformas significativas en el plano funcional y orgánico aunque, de nuevo, la confusa terminología, la oscuridad de ciertas expresiones y la vaguedad de determinadas afirmaciones hacen dudar de la firmeza y solidez de los planteamientos que inspiraron la labor del legislador. No obstante ello, lo cierto es que varía sustancialmente el organigrama conforme al cual venían dispensándose, hasta la fecha, las prestaciones y servicios complementarios de la Seguridad Social” (ESTÉVEZ GONZÁLEZ, María del Carmen.1995:93)

Esto ya quiere decir que podemos establecer una vía para justificar la necesidad de evolucionar y progresar en materia social, y no únicamente como se ha venido haciendo hasta la fecha amparándonos en la legislación autonómica.

Desde mi parecer existió antes de las Leyes Autonómicas la voluntad de intentar dar una respuesta coherente a la Acción Social; pero la propia confusión que originó la Constitución de 1978 en esta área hizo que no se afrontara el CAMBIO EN MATERIA DE ACCIÓN SOCIAL partiendo de un consenso jurídico antes de comenzar a promulgar las Leyes Autonómicas.

Es preciso volver a ese espíritu de planificar conjuntamente. Solamente se puede crecer (EVOLUCIONAR) si recuperamos la **voluntad de crecer conjuntamente**.

Quien quiere crecer conjuntamente hará posible que la ACCIÓN SOCIAL fomente la promoción. Sin promoción es imposible articular una Acción Social basada en la Justicia Social.

Creer conjuntamente implica una voluntad de interrelacionar lo que se va produciendo en la dimensión de la Acción Social. Supone querer enriquecerse de manera constructiva con aquello que los otros van aportando al Sistema. Y esto para que sea real y concreto tendrá que suponer, también, el hacer leyes conjuntas, ya que son éstas las que van dando contenido operativo al Estado de Bienestar. Desde esta perspectiva la fragmentación se supera. “Las nuevas políticas de servicios sociales promulgadas constituyen un conjunto de actuaciones públicas locales, articuladas en torno a las personas, los grupos y la comunidad, orientadas al desarrollo socio-comunitario e impulsando relaciones integradoras, solidarias y participativas. Actúan en la promoción de las capacidades sociales y en la acción contra todo tipo de relaciones de dependencia y exclusión, ya sea generando estrategias de cohesión o en la eliminación de los factores generadores de desigualdad y marginación....Este modelo estratégico comunitario de bienestar local requiere una gestión que supere la fragmentación y el centralismo tecno-burocrático y los sustituya por un modelo de participación transversal del conjunto de las áreas con plena asunción de responsabilidades de la base y una combinación entre la provisión directa y la habilitación con agentes asociativos” (CASAS MÍNGUEZ, Fernando y SÁNCHEZ PÉREZ, María Carmen. 2001)

Esta VOLUNTAD hará que superemos la dispersión y nos encaminemos en la búsqueda de modelos de intervención que cumplan lo expresado anteriormente.

De todas a todas ganamos todos si nos *adentramos* en la nueva etapa de la Acción Social con este espíritu.

Estamos llamados a **crecer conjuntamente**, esto significa que tenemos que fijarnos un **Plan de Trabajo, a nivel de España (Administración General del Estado, Administraciones Autonómicas, Administraciones Locales) junto a los entes privados que se considere oportuno convocar, para establecer un procedimiento de trabajo que conduzca a que la Acción Social, sostenida jurídicamente con una norma común, pueda abordar una reorganización estructural de los 17 sistemas existentes en la actualidad.**

Se trata de enmendar los errores cometidos para superar las propias limitaciones surgidas al hilo de cómo se procedió a establecer la ACCIÓN SOCIAL en los inicios de la Democracia en España, después de la Constitución del 78. Se ha avanzado; pero es necesario cambiar el rumbo y máxime ante la crisis económica que estamos experimentando y viviendo. Por lo demás, “existe un diagnóstico bastante unánime entre los agentes relacionados con nuestros servicios sociales acerca del crecimiento desordenado que han tenido, lo cual permite, como decíamos, hablar de su desestructuración, puesto que el notable

(aunque no necesariamente suficiente) crecimiento de los servicios sociales en el País Vasco, más que responder a una planificación ordenada, ha ido produciéndose como acumulación de partes escasamente coordinadas entre sí, sin que pueda hablarse de fuerzas dominantes tractoras u organizadoras con capacidad significativa de influencia global y sostenida, sea desde la acción de gobierno, desde la prestación de servicios o desde la gestión del conocimiento, por mencionar diversas opciones no incompatibles entre sí". (FANTOVA AZCOAGA, Fernando. 2006: 11)

A superar los errores nos ayuda **LA VOLUNTAD DE CRECER CONJUNTAMENTE**, lo que nos hace **evolucionar**. Además esto nos hace reconocer que, nuestra moderna sociedad, debe contar con el ***"eje vertebrador de los Servicios Sociales", si existen diferencias significativas entre las partes que forman esa sociedad IN-VOLUCIONAMOS.***

En la Acción Social no podemos involucionar. La Acción Social nos tiene que ayudar a avanzar y a proponer Modelos de Intervención que realmente cumplan con este objetivo. ***El Modelo de Intervención Polivalente Sociosanitario pretende precisamente esto, además tiene como marco económico: EL NUEVO CICLO SOCIECONÓMICO basado en la Justicia Social.***

Lo dicho en el anterior párrafo concuerda totalmente con una visión creativa que se debe dar en los Servicios Sociales a partir de la toma de conciencia con respecto a que los mismos – los servicios sociales- deben basarse en los principios de la Economía Social de Mercado y la Economía del Bien Común. "Mediante los Servicios Sociales -servicios públicos de bienestar social- los Estados interfieren en el funcionamiento del mercado y desarrollan una función correctora (redistribuyendo riqueza bajo la forma de servicios) y legitimadora (contribuyendo a crear la buena sociedad)....pero esos resultados eficientes no garantizan por sí solos la equidad distributiva. De ahí que como apunta Sen: Los transcendentales poderes del mecanismo del mercado han de completarse con la creación de oportunidades sociales básicas para conseguir la equidad y la justicia social". (CASAS MÍNGUEZ, Fernando y SÁNCHEZ PÉREZ, María Carmen.2002:)²⁷

Todo lo anterior nos lleva a trabajar desde la perspectiva de la siguiente figura:

²⁷ Es revista electrónica, por lo que no tiene paginación <http://www.uclm.es/bits/sumario/sumario.asp?N=03>.



Figura número 8: Los elementos constitutivos del “eje” que sostiene el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario: Evolución. Elaboración Propia.

De lo contrario estaremos aceptando irremediablemente que la sociedad está en un “punto sin salida”. En cierta forma estamos renunciando a los logros alcanzados. La sociedad, en cierta forma, ha dejado caer la dimensión creativa para conformarnos con las consecuencias que se están dando a raíz de la crisis económica. Cáritas advierte de la situación en la que nos hallamos y hace hincapié en la pérdida de los Derechos Sociales ¡Ojo! que estamos cruzando una línea que podría suponer un duro golpe a la sociedad del Bienestar. Aunque la economía, bajo el sistema actual, se recompusiera, habría que corregir los estragos que la misma ha generado, yo no veo otra solución que ir en la dirección de tener que superar lo que actualmente tenemos desde el punto de vista económico para adentrarse en la construcción de un nuevo Ciclo Económico y Social, sujeto éste a los principios de la Economía Social de Mercado y a la Economía del Bien Común. De otra forma lo que nos espera es seguir avanzando en una crisis existencial. “Podemos afirmar que los mecanismos de

aseguramiento de la sociedad se han debilitado y las políticas de austeridad han generado una mayor vulnerabilidad de la sociedad española:

- Los recortes en los servicios públicos de bienestar pueden suponer una ruptura definitiva para los más pobres. Es decir, si la austeridad vulnera los derechos sociales, estamos abandonando a los más pobres.
- Nuestra apuesta por los derechos sociales dará cuenta de los valores que realmente tenemos como sociedad, pues solamente seremos democracia si garantizamos los derechos sociales de los más vulnerables” (SERVICIO DE NOTICIAS DE CARITAS ESPAÑOLA. 2013)

2. “Adaptación” en materia de Servicios Sociales (ACCIÓN SOCIAL)

El anterior punto nos conduce a reconocer en el momento histórico que nos está tocando vivir. No podemos articular una ACCIÓN SOCIAL únicamente con parámetros teóricos conceptuales. Éstos, sin lugar a dudas, son pertinentes. Conviene que miremos a nuestro alrededor. Nuestro entorno es muy claro al exponer la situación de crisis económica que estamos viviendo. Por esta razón la adaptación, necesariamente, tiene que tener en cuenta esta variable. No hacerlo sería temerario por parte de las personas que nos dedicamos profesionalmente a la aplicación operativa de la ACCIÓN SOCIAL.

El marco en el que yo me muevo es el de un nuevo CICLO ECONÓMICO Y SOCIAL (ECONOMÍA SOCIAL DE MERCADO Y ECONOMÍA DEL BIEN COMÚN)

Adaptarse en materia de Servicios Sociales desde esta perspectiva económica implicará establecer servicios pertinentes y coherentes.

La adaptación más allá del cambio de mentalidad –*esto supone siempre estar abiertos a nuevas formas de desarrollar la ACCIÓN SOCIAL*- implica una revisión a fondo de las estructuras existentes. Si revisamos estructuras, evidentemente, hay que revisar las dimensiones de las que hablan todas las Leyes de Servicios Sociales en el Estado Español; me estoy refiriendo a lo que entendemos como Servicios de Base y Servicios Especializados.

Desde luego que la justificación para aplicar esta media de revisión viene, ciertamente, amparada en lo que hasta el momento he vendido reflexionando en esta Tesis Doctoral; pero encuentra su total apoyo en el LIBRO BLANCO DE LA DEPENDENCIA y, más en concreto, en L.A.D. (Ley de Atención a la Dependencia). Con esta Ley se puede decir que existe un antes y un después en la ACCIÓN SOCIAL en el Estado Español. Evidentemente nos estamos encontrando con

muchas resistencias en las propias Comunidades Autónomas; pero la Ley, hay que reconocerlo, introduce una verdadera revolución en la Acción Social.

La Ley causó, cuando salió publicada, una sensación de que la Acción Social, en el conjunto del Estado Español, podría empezar a cambiar. Hoy la sensación de frustración es muy grande, sobre todo con los recortes económicos, que se están realizando. Además, esta Ley que buscaba sumar esfuerzos conjuntos también supuso un debate de inconformidad con su interpretación en las diferentes Comunidades Autónomas.

Una vez más estamos dejando pasar una gran oportunidad. No obstante, creo que, todavía, podemos recomponer la situación.

Volveré a retomar el Libro Blando de la Dependencia en un apartado específico de este capítulo y que se titula: “LA “REVOLUCIÓN” DE LA DEPENDENCIA: RECOMPONER LA FRAGMENTACIÓN Y DISPERSIÓN DE LA ACCIÓN SOCIAL.

Un referente que nos puede ayudar a argumentar la necesidad que tenemos de sabernos adaptar (ADAPTACIÓN) es el trabajo realizado a partir del PLAN CONCERTADO DE PRESTACIONES BÁSICAS DE SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA. **Sobre esto nos ha hablado la Ministra Matilde Fernández, ella de primera mano conoció y trabajó en este “proyecto”.**

A mi entender el PLAN CONCERTADO supuso un ejercicio práctico de COORDINACIÓN, un intento de coordinarnos, sobre el cual se pueden afianzar los principios de EVOLUCIÓN (CRECER CONJUNTAMENTE) y de ADAPTACIÓN (TENER MUY EN CUENTA LA REALIDAD SOCIAL Y ESTABLECER SERVICIOS DE PROXIMIDAD COHERENTES Y EFICIENTES DESDE TODOS LOS PUNTOS DE VISTA).

El PLAN CONCERTADO, es el puente que nos hizo estar comunicados entre las COMUNIDADES AUTÓNOMAS y LAS ADMINISTRACIONES LOCALES CON LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO.²⁸

El cauce de un río precisa de las orillas, si una orilla desaparece el cauce queda desdibujado. Si desaparece la Administración General o desaparecen las Comunidades Autónomas ¿qué acción social tenemos?

ADAPATACIÓN no conlleva que uno de los agentes desaparezca. Al contrario ADAPTACIÓN implica realizar un esfuerzo –actuar con generosidad- por hacer que las orillas siempre arropen el cauce del río: ACCIÓN SOCIAL.

²⁸ A excepción de las Comunidades Autónomas del País Vasco y Navarra no participaron en el mismo dado su sistema de financiación autonómico.

La ADAPATACIÓN ayuda a dibujar el futuro.

Adaptarse es intentar ver el futuro partiendo de lo que existe en la actualidad con todos los elementos positivos y negativos. Ser autocríticos y realizar de esta manera una crítica constructiva que nos ayude a reconducir, si es el caso, y en los Servicios Sociales sí lo es, aquellos elementos estructurales, funcionales y orgánicos que haya que tocar para que los ciudadanos y, en este caso, la población con dependencia pueda disfrutar o beneficiarse de lo que se quiere aplicar a partir de la L.A.D. y con esto contribuir al equilibrio del Estado de Bienestar. Es responsabilidad conjunta de las Administraciones públicas avanzar en esta dirección. “El acuerdo entre la Administración Central, Comunidades Autónomas y Entes Locales haría posible la red básica de servicios sociales públicos. Con el acuerdo nace el Plan Concertado (1988) y se consolida en torno al año 1995. Sobrepasados los diez años del Plan Concertado (1988- 1998), la experiencia acumulada y la información disponible permiten albergar transformaciones que lo adapten a las nuevas necesidades de la sociedad española. Las exigencias de nuevas necesidades y los servicios sociales para todos marcan la pauta de lo que debe constituir el avance del Plan Concertado” (GUTIÉRREZ RESA, Antonio. 2001: 89)

Este espíritu debe de recuperarse. Recuperar el espíritu debe de implicar la recuperación existencial de lo que hizo posible llegar a la visión de trabajo conjunto que proponía el Plan Concertado.

Una vez más hay que retrotraerse en el tiempo. Ya he señalado, en el primer Capítulo, la importancia que tuvo y que tiene para la sociedad la Doctrina Social de la Iglesia. Ésta impregnó de conciencia social a la Organización Social de la Iglesia (CÁRITAS) y desde CÁRITAS ESPAÑOLA se potenció el PLAN CCB. Estamos hablando de los lejanos años 1961-1964.

El PLAN **DE COMUNICACIÓN CRISTIANA DE BIENES** supuso un empuje de conciencia y una constatación empírica de lo que ocurría socialmente en España. No me voy a detener en todo lo que aportó la INSTITUCIÓN CÁRITAS al concepto de ACCIÓN SOCIAL. Está ahí, en el sumatorio de publicaciones y revistas de carácter especializado; pero, está –sobre todo recogido– en los INFORMES FOESSA y en la Revista de Documentación Social de Cáritas.

Cáritas es una voz muy autorizada en materia social. Fue precursora de proyectos muy innovadores que ayudaron a transformar la realidad social; logrando que la sociedad civil se implicara en acciones que nos pueden servir de ejemplo todavía hoy. Fueron acciones que cuestionaron a los poderes públicos y lo sigue haciendo hoy a través de sus programas, proyectos, investigaciones, publicaciones. Aportó Cáritas y, también lo sigue haciendo hoy, contenido teórico (Revista Corintos XIII, Revista Documentación Social, Informes sobre la Pobreza y

la realidad social amparados en los Estudios de Investigación que la Fundación Foessa desarrolla). Cáritas actuó y lo sigue haciendo con pedagogía social para que la sociedad pudiera asumir una responsabilidad constructiva, sirviendo las acciones derivadas de esta responsabilidad constructiva, como denuncia positiva para poder cambiar las cosas. La revista, cuyo primer número versaba sobre –Lo Social en Cáritas (1958)-, la crea el Dr. Rogelio Duocastella junto con la Sección Social de Cáritas Española. En el citado primer número de la revista de Documentación Social es “donde aparecen los Centros Sociales como una de las fórmulas para canalizar una acción social en las zonas económicamente débiles. De este modo trataban de incorporar a los beneficiarios a la gestión de los servicios sociales. Los Centros Sociales colocados en los suburbios los transformarían en barrios para llegar a canalizar una vida social comunitaria....Con los Centros Sociales se trataba de crear núcleos, comunidades de vida social, tanto para los que emigraban como para aquellos otros que decidían permanecer en el campo, aun a sabiendas de que disminuía su nivel de vida. La adaptación a uno u otro de los ambientes era diferente, como lo era para aquellos que de las zonas rurales del sur emigraban a las zonas industriales del norte de España. Los servicios sociales eran los mecanismos que, en las zonas deprimidas, formaban parte de los programas destinados a mantener la cohesión social de aquellas personas afectadas por los desajustes rurales o urbanos. En semejante tarea llegaron a participar, entre otros, entidades privadas como las Cajas de Ahorro, Sindicatos y Montepíos Laborales”. (GUTIÉRREZ RESA, Antonio.2001: 95-96)

El Plan Concertado tomó como una de las referencias jurídicas la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local. Esto, desde mi punto de vista, ayudó a recomponer lo que se podría señalar como **lejanía** de las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales en relación con la Administración General del Estado.

El Plan Concertado pone verdaderamente en el centro de la atención a **la persona**. Esto se puede enlazar perfectamente con lo que yo he señalado de la DIGNIFICACION. Está en sintonía con los principios que rigen la JUSTICIA SOCIAL.

En lo referente a la Dependencia que es lo que a nosotros nos toca por el tema de este trabajo me parece relevante, dentro del Plan Concertado, el interés que tuvo por dar atención personalizada a las personas mayores. Me estoy refiriendo a la Ayuda a Domicilio. La Ayuda a Domicilio marcaría un antes y un después en la praxis de la ACCIÓN SOCIAL.

La Ayuda a Domicilio es un servicio operativo de gran transcendencia en la filosofía que debe de marcar la atención a la Dependencia y, por tanto, a mi modo de entender un espacio privilegiado para trabajar la prevención.

La Ayuda a Domicilio recoge de manera práctica y sencilla todos los parámetros que debe de tener una Acción Social aplicada a la Dependencia. De hecho, en el modelo que yo propongo, jugará un punto fundamental y esencial del mismo. El problema que se ha dado en la Ayuda a Domicilio es que ha terminado siendo un recurso puramente instrumental y, por tanto, ha perdido el valor existencial que tenía, el valor de la DIGNIFICACIÓN de la PERSONA o PERSONAS ATENDIDA o ATENDIDAS.

Hay que volver a repensar LA AYUDA A DOMICILIO en clave de ADAPTACIÓN A LA NUEVA REALIDAD SOCIAL. La ADAPTACIÓN debe suponer el recuperar el objetivo de la misma: LA DIGNIFICACION.

Desgraciadamente LA AYUDA A DOMICILIO o bien ha sido empleada como un recurso clientelista por los partidos políticos o bien ha quedado reducida a un concepto meramente economicista. Ambas variables han incidido negativamente sobre la misma.

Otro de los temas clave del Plan Concertado en referencia a la dependencia han sido los conocidos como recursos de convivencia y/o alojamiento. Aquí también hay que hacer el mismo esfuerzo que con la AYUDA A DOMICILIO.

Diré, con todo, que el PLAN CONCERTADO, en parte es el inspirador del MODELO DE ATENCION POLIVALENTE SOCIO SANITARIO en el espacio de la dependencia. Mi experiencia profesional me dice que lo propuesto en el Plan Concertado es recuperable, desde la reordenación que puede suponer mi propuesta de MODELO DE INTERVENCIÓN, en un porcentaje del 90%.

Es conveniente dejar clara mi visión sobre la mercantilización que han supuesto tanto la Ayuda a Domicilio como los recursos de convivencia y alojamiento. Existe mercantilización porque existe una teoría política que todo es posible posibilitando la competencia de los posibles gestores (iniciativa con ánimo de lucro) –sobre todo cuando a través de las Leyes de Servicios Sociales de Segunda Generación intervine esta iniciativa-. Facilitar la competencia ha hecho que entraran en el sector Empresas Privadas en donde los valores de la Justicia Social y la Dignificación muy poco tenían que ver con sus objetivos empresariales. Además, a esto, hay que sumar la visión de muchos políticos en cuanto al concepto de que la ACCION SOCIAL solo genera gasto. Por esta razón si el servicio estaba licitado a un precio de partida, si se logra bajar mucho mejor. Pero esta filosofía no es compatible con el concepto de calidad que deben de tener estos servicios. Las conciencias están tranquilas porque la Administración Autonómica-Local tiene mecanismos de control perfectamente tipificados en los pliegos de condiciones y que se derivan de la propia legislación existente a nivel autonómico. Al final, el resultado es que la Acción Social se debilita.

Esto, en un proceso de ADAPTACIÓN desde un nuevo marco económico basado o amparado en la Economía Social de Mercado y Economía del Bien Común tendrá que ser analizado en profundidad y con seriedad, más allá del posicionamiento puramente ideológico de los partidos políticos.

Insisto en lo que ya he señalado: CREO EN LA EMPRESA; pero en un marco de ECONOMIA SOCIAL DE MERCADO y de ECONOMÍA DEL BIEN COMÚN, y máxime para poder actuar en un espacio de la ACCIÓN SOCIAL.

En la otra dirección, el clientelismo político. Las posibilidades potenciadas por el PLAN CONCERTADO, han sido utilizadas como moneda política haciendo creer a la opinión pública que solo es posible la existencia de estos servicios si se da un determinado color político en los municipios y comunidades autónomas. Esto ha sido utilizado sin ninguna excepción por todos los partidos políticos de manera directa o indirecta. Aparecerá o quedará patente en el análisis de la prensa escrita que realizaré en el desarrollo del Capítulo Cuarto de esta Tesis Doctoral.

Ambos aspectos estaban (economicista y clientelar) totalmente alejados del diseño y el espíritu del PLAN CONCERTADO.

La Adaptación es buscar una solución que se adapte a la realidad. La realidad es que hay que dar respuesta a las necesidades concretas de las personas y éstas viven en espacios territoriales determinados. El Espacio Territorial será un elemento esencial en lo que debe de suponer LA ADAPTACIÓN en la nueva etapa de la Acción Social. Esto supone racionalizar la descentralización. Se puede actuar descentralizadamente; pero siempre racionalizando.

Desde esta perspectiva, creo que el PLAN CONCENTRADO, asumió desde el principio esta filosofía.

De hecho existen opiniones de expertos que al hablar de las Entidades Locales como responsables de la Acción Social recogen el espíritu marcado por el Plan Concertado; debiendo alejarnos de lo que he señalado en los párrafos anteriores. Desde esta perspectiva “es significativo percatarse que en el diseño, el Gobierno Local asume sus responsabilidades actuando directamente, pero también apoyando a los mecanismos comunitarios de creación de bienestar, así como generando relaciones cooperativas entre el sector público, el privado y el tejido asociativo. Porque para hacer posible unos servicios personales integrales hay que evitar tanto la tendencia a sacudirse la responsabilidad pública, como la tentación monopolista en los procesos de producción de éstos.....facilitar mejor el acceso de los ciudadanos a los servicios, mayor eficiencia en su funcionamiento, evitar duplicidades administrativas y presupuestarias y, por último, posibilitar la

descentralización de los servicios sociales” (CASAS MÍNGUEZ, Fernando y SÁNCHEZ PÉREZ, María Carmen.2002:)²⁹

ADAPTACIÓN SIGNIFICA CREATIVIDAD. Esta idea está relacionada con lo que decía en el punto de LA EVOLUCIÓN y en el punto referido el EMPRENDIMIENTO.

En las conclusiones que nos ofrece el artículo del Profesor Antonio Gutiérrez Resa existe una que resume muy bien el espíritu del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario que propongo. Este es un modelo que no sigue los esquemas organizativos planteados en las Leyes de Comunidades Autónomas, porque su figura no se recoge ni en las propias leyes ni en las normativas que las desarrollan; sí está, este modelo, más cerca del espíritu del Plan Concertado. Es un MODELO basado en el EMPRENDIMIENTO Y EN LA CREATIVIDAD, es imaginativo y, como tal, pretende sumar sinergias. “El Plan Concertado, que constituye una red, no tiene por qué ser simétrico: puede crecer en función de las necesidades y de la capacidad imaginativa de sus trabajadores si se revisan las condiciones que se estiman necesarias para lograrlo. Para lo cual los equipos de los servicios sociales de base trabajarán en función de los programas que hayan elaborado ajustándose a la realidad existente. Ahora bien, es imprescindible salir del estancamiento en que se encuentran los equipamientos referidos a los llamados Centros de Servicios Sociales”. (GUTIÉRREZ RESA, Antonio.2001:125)

Recuerdo lo que decía en páginas anteriores sobre la recuperación del papel del Trabajador Social y la importancia que éste tendrá en el Modelo que estoy proponiendo.

Si ADAPACIÓN conlleva CREATIVIDAD, ésta nunca debe confundirse con que el MODELO debe de contentar a todos. LA CREATIVIDAD conlleva la riqueza de saber reconocer aquellos puntos del sistema que, verdaderamente, son necesarios y precisos para que se pueda dar una respuesta coherente, eficaz y con calidad en el marco de la JUSTICIA SOCIAL.

En términos generales las Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas no han asimilado la riqueza que contenía el PLAN CONCERTADO porque han quedado limitadas al espacio localista y no han querido asumir las posibilidades que el PLAN CONCERTADO daba, por cuanto éste orientaba, en cierta manera, a que se produjeran adaptaciones (EMPRENDIMIENTO + CREATIVIDAD) que, por regla general, no terminaban de convencer a los responsables políticos de turno y, tampoco, convencían a los distintos colectivos, asociaciones, sindicatos, entidades sociales, empresas, etc... ya que podría suponer un cambio de sus propios intereses.

²⁹ Es revista electrónica, por lo que no tiene paginación <http://www.uclm.es/bits/sumario/sumario.asp?N=03>.

Hacer confluir de manera práctica los Objetivos de las Leyes con los Objetivos del Plan Concertado, si bien en los papeles era fácil, en la práctica ha resultado muy complicado.

Traigo aquí dos citas a raíz de lo que supuso, para muchos profesionales de la Acción Social, la Ley 11/2003 de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y también lo que significó la Ley 5/1996, de 18 de octubre de Servicios Sociales del País Vasco y la Ley que se estaba fraguando en esta Comunidad Autónoma y que vio “la luz” en 2008 ; pero no por no citar otras referencias, no quiere decir que no existan profesionales en estas Comunidades con opiniones parecidas, en relación a la interpretación de la mayoría de Leyes Autonómicas.

El del País Vasco más conciliador en referencia a los actores que pueden intervenir en la Acción Social, aceptando el rol que puede tener las organizaciones mercantiles –Iniciativa Privada con ánimo de lucro- y la de la Comunidad de Madrid que explícita una gran disconformidad por la falta de coherencia en el modelo de los Servicios Sociales a desarrollar en esta Comunidad.

Sirvan estos ejemplos para percatarnos de la situación en la que nos encontramos y en las visiones diferentes acerca de la Acción Social existente en el Estado Español.

PAÍS VASCO:

“Otro debate central es del papel que haya de corresponder a las diferentes esferas (pública, mercantil, no lucrativa....) en el ámbito de los servicios sociales y el de la relación de éstos con las redes informales familiares y comunitarias. Si bien ésta cuestión, es, posiblemente, la central para la distinción de orientaciones filosóficas en materia de política social, lo que se observa en nuestro entorno es, a mi juicio, un consenso bastante amplio en cuanto a la estructuración de los servicios sociales en una clave de modelo mixto”. (FANTOVA AZCOAGA, Fernando. 2006:16)

COMUNIDAD DE MADRID:

“Por último indicar que el modo en que se gestó la Ley fue un intento de concitar la participación de distintos sectores profesionales y agentes sociales, pero la realidad es que se ha intentado contentar a diversos colectivos y en cambio no se ha tratado aspectos fundamentales como es el tema del reconocimiento de los derechos subjetivos y /o modelo de servicios sociales. Por esta razón la Ley presenta falta de coherencia, no diseña, ni se compromete con la definición y defensa de un determinado modelo de

servicios sociales, que puede llevar a una mayor invisibilidad de un sistema todavía joven”.(ROLDÁN GARCÍA, Elena. 2006: 62)

Estas dos citas nos sirven para poner en evidencia, una vez más, la existencia de lejanía más que de **proximidad** entre la Acción Social existente en el Territorio del Estado Español y la interpretación que se puede hacer sobre la propia Acción Social.

Si nos hubiéramos dejado calar por el Plan Concertado, sin duda, tendríamos PROXIMIDAD. Esto no significa clonación; pero sí supone que no existan diferencias radicales en la configuración de los Servicios Sociales.

Todo esto tiene una relación directa con el coste económico. Adaptarse significa que **la creatividad** nos tiene que conducir a establecer los parámetros convenientes desde el punto de vista económico para lograr que la ACCIÓN SOCIAL no quede relegada a un segundo plano.

Aquí, de nuevo, tengo que señalar que el marco lógico, desde el punto de vista económico, tendrá que ser la Economía Social de Mercado y la Economía del Bien Común.

Lo anterior supone situarnos ante una sociedad que bien prefiere adentrarse en el camino de la JUSTICIA SOCIAL o bien se dirige en un rumbo en donde LA SOLIDARIDAD podría quedar reducida a su mínima expresión. Desde esta perspectiva seremos capaces de avanzar en la aplicación de la L.A.D.; yo entiendo que esta Ley es posibilitadora, corrigiendo algunos puntos de la misma, para que se pueda originar un verdadero cambio en la Organización y Funcionalidad de los recursos existentes y, de esta manera optimizar y poder alcanzar niveles de riqueza social. En esta línea hay autores que aportan ideas y sugerencias a tener muy en cuenta (CASADO PÉREZ, Demetrio y FANTOVA AZCOAGA, Fernando.2007)

Hoy día no podemos dar por supuesto que existe una base sólida en materia de justicia social. Funciona la solidaridad entre las personas porque, sin ésta, sería muy difícil el equilibrio social que actualmente se está dando en cuanto a que no existen, todavía, grandes explosiones sociales; pero, es cierto, que de vez en cuando aparecen conatos de descontento social, que en las sociedades democráticas/desarrolladas se canalizan por medio de las manifestaciones que protestan por la situación económica que estamos viendo, con todas sus derivadas; pero que, de no hallar una solución institucional, social y económica, pueden concluir en protestas con un tono más conflictivo.

De hecho muchas situaciones extremas relacionadas con no tener recursos para comprar comida-alimentos se están paliando a través de la solidaridad de instituciones privadas de perfil solidario (CARITAS, CRUZ ROJA, FUNDACIONES,

INSTITUCIONES RELIGIOSAS, BANCO DE ALIMENTOS) e inclusive con medidas extraordinarias de las distintas Administraciones Públicas: Decretando –casi por ley- que los niños, al menos, tienen que hacer tres comidas equilibradas al día y por lo tanto se establecen programas especiales en los comedores de los centros educativos para cumplir con esta mandato.

Pensemos, por un momento, si todo esto ¿no está desdibujando el sueño de la Acción Social planteado a partir de la Constitución de 1978? ¿Estamos, otra vez, en una etapa de asistencialismo, aunque se intente reinterpretar lo que está ocurriendo?

Lo que es cierto que más de 1.500.000 de personas acuden a los comedores sociales ¿esto es lo que queríamos acerca del desarrollo de la Acción Social en nuestro país?

¿No ha llegado la hora de plantear el sentido de la Justicia Social y lo que esto puede significar desde los parámetros económicos?

Sólo, por esta razón, deberíamos repensar con voluntad de cambio la ACCIÓN SOCIAL en el Estado Español.



Figura número 9: Los elementos constitutivos del “eje” que sostiene el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario: Adaptación. Elaboración Propia.

3. “Comprensión” en materia de servicios sociales (ACCIÓN SOCIAL)

Aquí nos situamos ante la necesidad *que ser comprensivos con el entorno social* significa entender la realidad de las personas a las que pretende atender. Se debe ejercitar el diálogo con los agentes que intervienen en la Acción Social y fomentar un espíritu constructivo y respetuoso. Implica realizar un cambio con coherencia y transparencia en donde quede claro que ganan las personas dependientes.

Con los dos puntos anteriores he procurado poner en evidencia aspectos que, a mi entender, deben ayudarnos a los profesionales de la Acción Social a ir dibujando servicios nuevos para atender a las personas dependientes. Servicios que, recogiendo aquellos elementos necesarios de los existentes puedan dar respuestas más coherentes y eficientes.

Parece ser que caminar en esta dirección atendiendo al sistema organizativo del Estado Español, articulado por Comunidades Autónomas, sea imposible. Es más, quien se atreva a introducir posibles cambios pudiera parecer que está cometiendo una terrible equivocación. Nada más lejos de la realidad. Mi propuesta de Modelo Atención – Intervención- Polivalente Sociosanitario evidentemente que, como estamos viendo por el desarrollo de este trabajo, nos invita a mirar la situación con otra perspectiva, alejándonos de aquellas posturas políticas que han hecho imposible una mayor conciliación entre lo que proponía la Administración General del Estado y las Administraciones Públicas.

Creo que mi punto de vista ha quedado claro al hacer referencia en el apartado anterior al PLAN CONCERTADO, y como éste debería haber servido para poder proponer cambios en la manera de hacer desde la Acción Social realizada por las Comunidades Autónomas.

En cierta forma lo que habría que hacer pedagógicamente es trabajar en la articulación de la Acción Social desde “abajo” hacia “arriba”, olvidando posturas irreconciliables fomentadas por intereses, en muchas ocasiones, alimentados por los políticos.

Si nos atenemos al principio de Justicia Social estamos poniendo en “**el centro**” a las personas y, esto conlleva, el lograr su dignificación total.

Para lograr lo anterior hay que tener comprensión; pero esto no puede suponer paralización de las propuestas.

Hasta ahora se ha trabajado por parte de los políticos mucho en esta dirección. Justificar lo que fuera preciso, con tal de no ejercer la generosidad

social amparándose en los vericuetos y en las trabas que proporciona el sistema jurídico de una Democracia.

Todo esto nos aleja del marco que debe de regir EL NUEVO CLICO ECONÓMICO Y SOCIAL que, no es otro, que el de la Justicia Social.

LA COMPRENSIÓN no es posible si no se tiene en el punto de mira alcanzar la JUSTICIA SOCIAL.

En los dos puntos tratados hasta el momento, así como en éste, se está repasando lo que ha significado, desde que quedó instaurada la CONSTITUCIÓN DE 1978, esta tensión de interpretación jurídica a la hora de intentar establecer un marco común de la Acción Social para el conjunto del Estado Español. Desde esta perspectiva sería suficiente con invitar a leer las publicaciones de MANUEL AZNAR LÓPEZ.

Él nos conduce a través de sus reflexiones a que estemos atentos a las diferentes formas institucionales de apoyar a la Acción Social. Él habla de la Seguridad Social y de la Acción Social, porque conviene recordar, al menos desde mi punto de vista, que ambas dimensiones están muy unidas y entrelazadas. “De manera formal nos hemos apoyado en la cuerda floja de la legislación dotándonos de un SISTEMA que, aunque ha supuesto un gran avance social, queda limitado por el propio sistema jurídico. De manera informal, todos reconocemos que esto no ha estado bien ¿en dónde está la frontera? Verdaderamente difícil de contestar cuando nos salimos de las reglas jurídicas ¿no decimos por caso que la persona tiene que ser atendida para dignificarla y que pueda tener una calidad de vida adecuada? Insisto en ¿dónde podemos fijar la diferencia? La distinción entre estos planos había sido ya realizada, por un conspicuo publicista, mediante la metáfora alimenticia de las sopas y de las verduras. Así pues, conforme a esta imagen, las verduras, es decir, las prestaciones (servicios sociales; prestaciones económicas; prestaciones en especie), serían servidas en diversas sopas, es decir, en formas institucionales (así, Seguridad Social; Asistencia o Acción Social). Con esta premisa, sostenía que ni el Estado podría pretender implantar un único sistema de servicios sociales, a la vista de la exclusividad competencial de las Comunidades Autónomas sobre la Asistencia Social, ni éstas podían pretender regular omnicomprendivamente aquéllos, dada la competencia estatal sobre la legislación básica en materia de Seguridad Social. Y añadía que era necesario explorar la potencialidad del artículo 41 de la Constitución para encontrar un equilibrio entre los principios de autonomía y de solidaridad” (AZNAR LOPEZ, Manuel. 2002: 75)

Desde luego que la COMPRENSIÓN es muy necesaria. Es evidente que subyace en esta cita.

Trabajar desde la comprensión nos posiciona, de manera inteligente, en la forma de abordar la nueva etapa de la ACCIÓN SOCIAL. Etapa que está afectada por la crisis económica.

EL COMPRENDER nos invita a diseñar un plan de trabajo entre los diversos agentes que intervienen en la Acción Social para alcanzar un objetivo común que puede plasmarse de la siguiente forma:

- superar las limitaciones que el actual sistema de acción social genera, y
- replantear modelos más polivalentes que actúen en el territorio, en al proximidad.

Desde el punto de vista jurídico existe doctrina para ello; pero inclusive, tendríamos que ser capaces de superar la misma, y posicionarnos, ante todo, **con voluntad constructiva**, mirando siempre lo que es mejor para la persona, en este caso, dependiente.

De todas formas no estamos para perder el tiempo. Es preciso que nos pongamos a trabajar en la búsqueda de lo que yo denominaría PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONJUNTO. Desde luego que el LIBRO BLANCO DE LA DEPENDENCIA y la consecuente LEY, conocida, como LEY DE LA DEPENDENCIA (L.A.D.) suponen una magnífica “herramienta” para fijar los objetivos operativos y las tareas derivadas de los mismos para poner en marcha EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONJUNTO.

Como he dicho anteriormente me detendré con más detalle en este aspecto cuando desarrolle el punto de LA REVOLUCIÓN DE LA DEPENDENCIA: RECOMPONER LA FRAGMENTACIÓN Y DISPERSIÓN DE LA ACCIÓN SOCIAL.

Recuperemos la **capacidad comprensiva** que las personas tenemos que tener para acometer proyectos conjuntos.

Miremos con espíritu constructivo lo que pensadores y especialistas como Manuel Aznar López nos recuerdan con respecto a la necesidad de interrelacionar nuestro sistema de Seguridad Social y de Asistencia Social. Ciertamente saldrían ganando las personas dependientes; pero, sobre todo, estaríamos comenzando a construir un sistema sostenible y universal –de verdad- para todas las personas del territorio del Estado Español. Si no acometemos este proceso de reorganización de la ACCIÓN SOCIAL lo ganado hasta la fecha en esta materia tendrá una gran vulnerabilidad.

Decía más arriba que tenemos que ser capaces de superar el debate de las justificaciones jurídicas que cada cual argumenta o intenta trabajar para apoyar su postura.

“Vayamos con espíritu de comprensión a lo que el Tribunal nos anima a construir. Alguna reflexión merece también la fragmentación derivada del carácter exclusivo con que las Comunidades Autónomas asumieron las competencias en materia de Asistencia Social. La opción del constituyente por el sometimiento de la Asistencia Social al régimen de exclusividad a contrapelo de las tendencias del federalismo cooperativo, carece, en principio a mi parecer de una justificación convincente que solo podrá alcanzarse desde el juego de la relación entre Seguridad Social y Asistencia Social. Esta impresión vendría a ser corroborada por el Tribunal Constitucional, que ha matizado el alcance de la exclusividad y ha admitido la intervención del Estado en el ámbito de la Asistencia Social (Cfr. STC 145/1986 DE 25 DE NOVIEMBRE, fundamento jurídico 5º)” (AZNAR LÓPEZ, Manuel. 2001: 79)

Esto nos ubica ante la posibilidad de recuperar, siempre para construir y con perspectiva COMPRENSIVA, la potencialidad del artículo 41 de la Constitución. Más allá de los “fracasos” habidos existentes, al menos, hasta cuando aparece esta reflexión de Manuel Aznar López (2001), creo que este espíritu de retomar esta potencialidad vino a ayudar a promulgar la L.A.D. (2006) (Enero de 2007)

COMPRENDER siempre conlleva **aceptación**. Aceptar que se puede construir un nuevo Proyecto de ACCIÓN SOCIAL para el conjunto del Estado Español es esencial para que ésta no se sitúe en la vulnerabilidad.

Trabajar para fomentar LA COMPRENSIÓN comporta ejercer un liderazgo positivo. No es fácil en los momentos que nos encontramos desempeñar un LIDERAZGO POSITIVO; pero es necesario que éste exista.

EL LIDERAZGO POSITIVO supone el ser capaces de establecer un marco de relaciones, entre los actores políticos **y actores invitados a colaborar con los políticos**, que nos lleven a asumir entre todos que es preciso **PROPONER UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONJUNTA PARA EL DESARROLLO DE LA ACCIÓN SOCIAL**³⁰. **(PLAN DE TRABAJO CONJUNTO)**

El líder sabe situarse en el marco vivencial que le produce el entorno en el que habita o vive. Siente la necesidad de dar respuesta a alguna de las necesidades existentes e inicia un programa de trabajo –un compromiso- para lograr solventar y dar respuesta a esa necesidad.

El Liderazgo conlleva capacidad de gestionar; pero esto – la gestión- lo veremos en el siguiente punto.

³⁰ A partir de este momento llamaré al PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CONJUNTA PARA EL DESARROLLO DE LA ACCIÓN SOCIAL: PLAN DE TRABAJO CONJUNTO.

Si nos atenemos a lo que Miguel Ángel Millán dice en su libro sobre *Liderazgo y Gestión. Lo que podemos aprender de los fundadores* nos señala, en referencia a fundadores de Instituciones Religiosas, que estos fueron capaces de atraer a seguidores con capacidad de entrega generosa.(MILLÁN ASÍN, Miguel Ángel. 2013)

Con esto quiero significar que trabajar desde la COMPRENSIÓN conlleva ejercitar, por alguien –atendiendo a un Proyecto Conjunto de intervención social- un liderazgo. El liderazgo comporta que los seguidores de este proyecto tengan visión y capacidad de trabajar intensamente por el mismo; si el punto de partida –para acometer esta misión- no comporta este espíritu será muy difícil poder cambiar la dirección que estamos llevando hasta la fecha en materia de Acción Social.

Desde mi punto de vista el PROYECTO CONJUNTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL, no hay que inventarlo, está ahí y no es otro que el derivado del Libro Blanco de la Dependencia: LEY DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (2006). De hecho el Proyecto Polivalente de Atención Sanitario que propongo, además de apoyarse en la visión del PLAN CONCERTADO tiene como referencia obligada la L.A.D. y, por tanto, el Libro Blanco de la Dependencia.

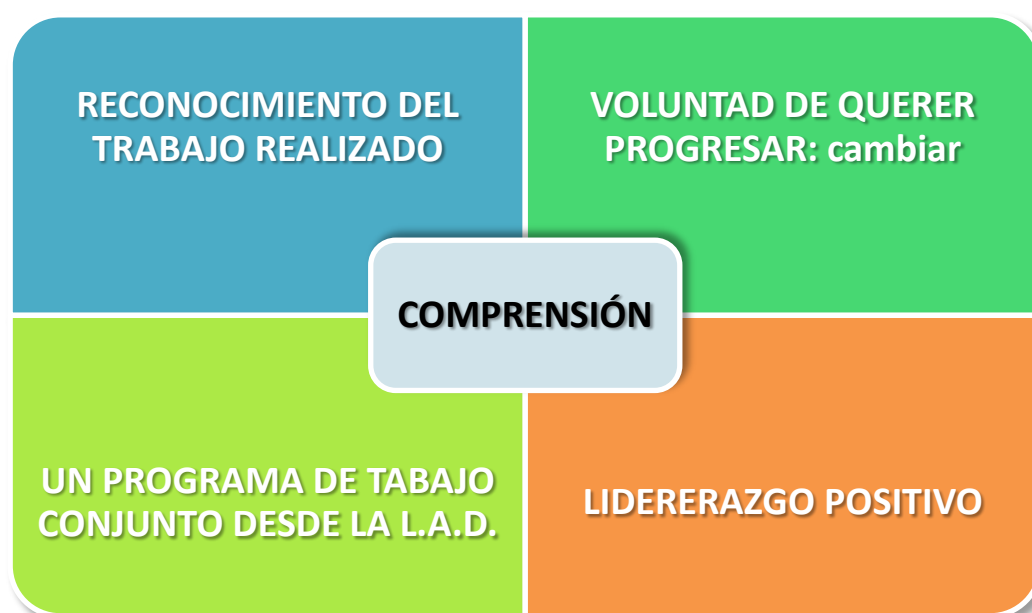


Figura número 10: Los elementos constitutivos del “eje” que sostiene el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. Comprensión. Elaboración Propia.

Hasta el punto anterior me he situado en la redacción de este TERCER CAPÍTULO DE LA TESIS DOCTORAL en fuentes bibliográficas publicadas hasta el

año 2006, en los siguientes dos puntos, de los señalados en la *figura número 7* (Administración-Gestión / Compatibilidad), me voy a situar en fuentes publicadas desde este año hasta el 2013.

Lo he hecho por una razón sistemática en la investigación (análisis de lo publicado hasta la promulgación de la LEY DE LA DEPENDENCIA) dado que los planteamientos propuestos por mí tenían que tener una base sostenida teóricamente en autores que hubiera escrito o reflexionado sobre ACCIÓN SOCIAL hasta esta fecha; dado que a partir de la misma y como he reconocido, además del PLAN CONCERTADO, está la L.A.D. como marco-teórico fundamental para apoyar mi propuesta de MODELO DE ATENCIÓN –INTERVENCIÓN- POLÍVALENTE SOCIOSANITARIO.

Quería partir de lo aportado por varios autores, de tal manera que sus análisis pudieran dar “luz” al planteamiento que he venido construyendo para poder apoyar el Objetivo de esta Tesis Doctoral hasta el momento de llegar a la L.A.D.

OBJETIVO

PROPONER UN MODELO DE INTERVENCIÓN DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA QUE TRABAJE, VERDADERAMENTE, DESDE LA DIMENSIÓN SOCIOSANITARIA Y QUE SUPERE LAS BARRERAS, SI LAS HUBIERA, QUE SE PUDIERAN GENERAR POR LAS COMPETENCIAS EXISTENTES EN ESTA MATERIA EN LAS DIVERSAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.

Por lo tanto los puntos de:

- Administración-gestión.
- Compatibilidad

Los sitúo en esta Tesis Doctoral en la perspectiva temporal que se inicia con la publicación de la L.A.D.

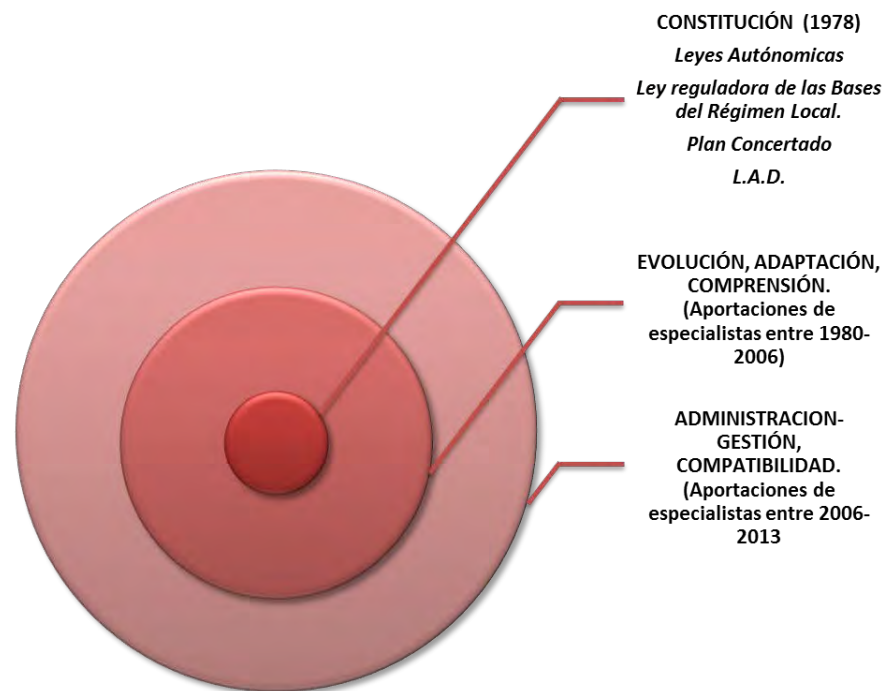


Figura número 11: Los elementos constitutivos del “eje” que sostiene el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. Evolución General. Elaboración Propia.

4. “Gestión-Administración” en materia de Servicios Sociales (**ACCIÓN SOCIAL**)

Ciertamente un PROYECTO CONJUNTO DE INTERVENCIÓN apoyado en todos los principios aportados en la reflexión de los tres puntos anteriores (**EVOLUCIÓN, ADAPTACIÓN, COMPRENSIÓN**) y amparado en las posibilidades que presenta la L.A.D conlleva, necesariamente, la voluntad de GESTIONAR-ADMINISTRAR procurando transformar los retos que se den a partir de la elaboración del PROYECTO CONJUNTO en posibles propuestas prácticas de Intervención. Mi propuesta de PROYECTO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO, como es obvio, pretende ser una propuesta práctica que de contenido a la intencionalidad de poder trabajar en un Proyecto Conjunto.

Gestionar-Administrar la Acción Social supone, necesariamente, posicionarse sobre la propia concepción de los SERVICIOS SOCIALES y, además, estar dispuestos a evolucionar en la propia concepción de los mismos. Desde mi punto de vista esto es muy importante tenerlo claro y máxime para el MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO, por cuanto el mismo aún a o integra la dimensión social y la dimensión sanitaria, eterno problema no resuelto, y que se debe en parte al origen que ha venido definido a los Servicios Sociales **-por lo menos hasta la promulgación de la L.A.D-** y a todo lo que supuso la falta de una

Ley General de Servicios Sociales que amparase el marco de las Leyes Autonómicas. Esto ha quedado suficientemente aclarado en las páginas anteriores.

Evidentemente es un problema no resuelto que, si bien la L.A.D. ha pretendido zanjar señalando a esta LEY como el cuarto pilar del Estado de Bienestar, hasta la fecha no ha sido posible aclarar.

No obstante a lo dicho en el párrafo anterior, el Modelo que propongo tiene que buscar necesariamente la capacidad creativa a la que hago referencia en páginas anteriores, vinculando ésta, con **LA ADAPTACIÓN** y también con **lo dicho en el punto de LA EVOLUCIÓN**.

Yo propongo “superar la distancia” entre lo social y lo sanitario. Se trata, por tanto, de ser capaces de “ganar al tiempo”; sí “de no estar anclados en concepciones” que responden al tiempo determinado en que se hicieron. Evidentemente todas éstas se merecen el mayor de los respetos; pero no pueden seguir marcando lo que **la realidad** nos dice que se precisa actuar de forma diferente. Sí esa realidad vinculada a **la dependencia**. La Dependencia necesita de la colaboración constructiva de todas las partes que tengan que intervenir en la atención, superando esa “idea” de esto es mío y esto otro –aquello- es tuyo; y, por lo tanto, no es pertinente intervenir por la otra parte en lo que a mí me corresponde o viceversa. Esto supone “fragmentación y dispersión” en la atención directa a la persona dependiente. Se vuelve a repetir el esquema o situación que se da entre la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y éstas con las Administraciones Locales.

Ya he señalado que estamos obligados, si creemos verdaderamente en el significado de Justicia Social, a superar esta autolimitación que nos hemos impuesto. No es justo que sigamos en esta tesitura.

Por lo señalado tenemos que ser capaces de reorientar la conceptualización de los Servicios Sociales (Acción Social) contamos para ello con la L.A.D.

Esto está relacionado con la conceptualización de los Servicios Sociales. Ésta es importante tenerla en cuenta porque los Servicios Sociales en España responden a un concepto determinado, el cual ha supuesto también una filosofía en el desarrollo de las estructuras y recursos. “Si partimos de la distinción que plantean Kahn y Kamerman de los dos sentidos del término **servicios sociales**, en España se usa en su sentido más restringido, el de servicios sociales personales, el sexto sistema de protección social o del Estado de Bienestar, en contraposición al sentido amplio que incluiría también sanidad, la educación, la seguridad social, la vivienda y la formación para el empleo” (PELEGRÍ VIAÑA, XAVIER 2007:129)

Para poder realizar una gestión-administración adecuada a la realidad de la dependencia se precisa conseguir un marco jurídico que favorezca la interacción de la dimensión sanitaria y la dimensión social, entendida de manera restrictiva. En esta dirección se entiende que la L.A.D. viene a sustentar el marco jurídico necesario para que se pueda producir un avance de un Modelo de atención a la dependencia integrado entre ambas dimensiones.

La L.A.D establece en La Exposición de Motivos lo siguiente:

“El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea. En 2002, bajo la presencia española, la Unión Europea decidió tres criterios que debían regir las políticas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo de los sistemas que se implanten.

Las conclusiones del Informe de la Subcomisión sobre el estudio de la situación actual de la discapacidad, de 13 de diciembre de 2003, coinciden en la necesidad de configurar un sistema integral de la dependencia desde una perspectiva global con la participación activa de toda la sociedad.....La necesidad de garantizar a los ciudadanos, y a las propias Comunidades Autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia y su progresiva importancia lleva ahora al Estado a intervenir en este ámbito con la regulación contenida en esta Ley, que la configura como una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de la Seguridad Social”³¹

Evidentemente la L.A.D. facilita la estructura jurídica para poder diseñar un Programa de Gestión-Administración de los Servicios que aparecen en la misma Ley a nivel del Estado Español. Este punto, a mi entender, es un punto fundamental para dar “cuerpo organizativo” y contenido operativo al PROYECTO CONJUNTO DE INTERVENCIÓN que yo proponía realizar anteriormente. No haría falta dar más vueltas a la noria; se trata de comenzar a desarrollar lo que esta Ley posibilita. Desde luego, en el Modelo de Atención (INTERVENCIÓN) Polivalente Sociosanitario que yo propongo, esta Ley está presente por entender que es el marco regulador que ampara el cambio que hay que realizar para cumplir con los tres criterios de tienen que regir las políticas de dependencia de los Estados miembros de la Unión Europea:

³¹ Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España. Cfr. Exposición de Motivos.

- UNIVERSALIDAD,
- ALTA CALIDAD,
- SOSTENIBILIDAD EN EL TIEMPO.³²

Considero que este es el procedimiento a seguir –asumir la Ley de Atención a la Dependencia-; sin embargo los problemas para que esto sea posible aparecen, casi, desde el primer momento que esta Ley entra en vigor.

En el artículo de Xavier Pelegrí Viaña ya se nos advierte de ello y eso que él mismo cita a García Roca, el cuál dice en una publicación del año 2006 cuyo título es **Memorias silenciadas en la construcción de los servicios sociales**, “que los servicios sociales nacen primariamente como servicios a las personas que nos son reductibles a una prestación ni a un producto reproducible, sino que se generan en el proceso mismo del intercambio con una alta densidad relacional, y añade a esta cita lo siguiente: Siguiendo están misma lógica, se concibe que los diferentes dispositivos con que cuentan los servicios sociales -prestaciones técnicas, establecimientos sociales, programas y proyectos, prestaciones económicas-, conforman un sistema, es decir, un conjunto de elementos interrelacionados y coordinados en un todo orientado a un fin. Lo cierto es que esto es más una expectativa o una declaración formal -la cual consta en las leyes-, que una realidad efectiva; pero se mantiene porque sirve a nivel simbólico de elemento de identificación, así como de emulación de los sistemas más consolidados del Estado de Bienestar” (PELEGRÍ VIAÑA, Xavier.2007:129)

Evidentemente suscribo el párrafo que cita del profesor García Roca, creo que coincide plenamente en el espíritu de lo que yo vengo exponiendo hasta el momento. Asimismo asumo lo que señala con respecto a que nos movemos, todavía, en el terreno **de lo formal**. Nos posicionamos formalmente en lo que decimos y con esto logramos el efecto contrario al objetivo que nos marcamos, a fin de hacer efectiva una ACCION SOCIAL que responda de manera eficaz y coherente a las personas con problemas de dependencia.

Hay que decir que, desde que entró en vigor la Ley de Atención a la Dependencia el 1 de enero de 2007, se hicieron esfuerzos porque ésta realmente asumiera un papel que pudiera orientar a todas las Comunidades Autónomas en un Plan de Gestión-Administración coherente y de aplicación progresiva. Existe un Informe realizado por Alicia Azaña sobre la **Implantación de la Ley de la Dependencia en España: CCAA**. Este informe fue hecho conjuntamente con la Universidad de Valencia y fue presentado el 22 de enero de 2009.

Es un Informe que entra en detalle en distintos temas de vital importancia:

³² Este punto está enlazado necesariamente con lo que he expresado en el Primer Capítulo de esta Memoria de Tesis Doctoral.

- Progresión del Envejecimiento, por tanto, en aumento de la dependencia.
- Analiza la situación actual del sector en relación con las Residencias, plazas, trabajadores, nuevas plazas, etc...
- Gestión del SAAD (SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA)
- Realizada recomendaciones.
- Hace o explícita valoraciones económicas: coste de los servicios y financiación de los mismos (Dotación Económica Suficiente y determinación del Copago en función de la capacidad económica del beneficiario)
- Habla de la Coordinación Sociosanitaria-Agencia de la Dependencia.
- Explicita en detalle la legislación emanada o surgida en las distintas Comunidades Autónomas en los años 2007 y 2008 para aplicar la L.A.D.
¡Atención! Nos encontramos con 121 Decretos.

Bien, después, de este esfuerzo y contando que estamos en el 2013 ¿Cuánto hemos avanzado realmente en conseguir un sistema de GESTIÓN-ADMINISTRACIÓN que responda eficiente, eficaz y coherentemente a las personas con problemas de Dependencia? Por otro lado ¿los 121 Decretos entre el 2007 y el 2008 no da la sensación de una sobrecarga de legislación para aplicar una Ley?

La Gestión-Administración tiene que posibilitar -posibilitarse- de un Modelo eficaz, transparente, y lo más sencillo posible. El Informe de Alicia Azaña *-siendo un buen informe y muy motivador para intentar activar el sector, sobre todo desde el punto de vista económico-* pone en evidencia que no existe una verdadera voluntad de cambio que revolucione verdaderamente la ACCIÓN SOCIAL y que facilite Modelos Creativos, Emprendedores y con Liderazgo Positivo, tal y como yo propongo a través del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

Los 121 Decretos, a mi modo de entender, pone en evidencia la gran dispersión-fragmentación existente en materia de Acción Social; lo cual puede servir perfectamente para que cada Comunidad Autónoma aplique la atención a la Dependencia de manera muy diversa ¿Dónde queda por tanto el Derecho Subjetivo-Universalidad de la persona y del sistema? ¿Es viable esta manera de gestionar-administrar?

A todo esto habría que añadir **el factor de la crisis económica** que no se puede ignorar por parte de los responsables políticos y, por ende, variable a tener muy en cuenta por los técnicos de las Administraciones Públicas encargados de la Gestión-Administración.

Todo esto comporta a que tenemos que ir en una dirección que integre y no que disperse.

La Integración tiene que formar parte de la GESTIÓN-ADMINISTRACIÓN. No *ir en esta dirección* supone alejarse de la posibilidad de hacer las cosas de otra manera diferente a cómo se vienen realizando hasta la fecha.

Intentando descubrir qué aspectos se pueden empezar a tener en cuenta en la consolidación de la Acción Social en las Leyes de Tercera Generación, y justo rozando el inicio de la puesta en marcha de la L.A.D. nos hallamos ante la preparación de la Ley que el Gobierno Vasco estaba trabajando y que fue promulgada en el 2008 (Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales). En esa preparación estuvieron varios expertos y en sus aportaciones recogen una serie de puntos que considero son esenciales para la consolidación de los Servicios Sociales; sin que esto signifique que haya que cerrarse a los mismos.

- Afianzar el sistema de servicios sociales como cuarto pilar del Estado de bienestar.
- Avanzar hacia la cobertura universal y el reconocimiento del acceso a los servicios sociales como derecho subjetivo.
- Necesidad de establecer un catálogo de prestaciones y servicios.
- Gestión de Calidad en los servicios.
- Mantenimiento y flexibilización de la actual organización de los servicios sociales.
- Normalización de la atención como criterio básico.

La Gestión-Administración por la que yo abogo, desde el Modelo de Atención -Intervención- Polivalente Sociosanitario, tiene que ayudar a la integración de los sistemas y recursos que tenemos y que pueden estar directamente relacionados con el tema de la DEPENDENCIA.

Esta dimensión es nuclear si queremos que los Servicios Sociales y, máxime lo relacionado con la Dependencia, puedan seguir realizándose. Nos hallamos en un momento duro y difícil desde el punto de vista económico; por tanto propuestas en la dirección de optimizar y lograr interaccionar los SISTEMAS y los servicios que éstos tienen es un punto clave. Aquí, también, el País Vasco en esa fase preliminar de trabajo, en la que colaboraban expertos, para redactar la nueva Ley de Servicios Sociales (Ley 12/2008) entiende que debe estar abierto a esta dimensión; al menos los expertos eso consideran. “No podemos olvidar que los servicios sociales deben entenderse como espacio interdisciplinar. Junto a los trabajadores y trabajadoras sociales, definidos como agentes principales en los servicios sociales, intervienen otros y otras profesionales de los servicios sociales, así como personal sanitario, personal educativo...Es necesario que, frente a las visiones parciales y la determinación de fronteras, a la división en compartimientos estancos, se potencien visiones integrales y globales que contemplen una perspectiva interdisciplinar y el trabajo en equipo, ya que

permite el contraste, evaluación y transmisión de conocimientos". (OVEJAS LARA, Rosario.2007:41)

Esto me sirve para señalar que pueden existir puntos de COMÚN-UNIÓN como decía en páginas anteriores. Existiendo esta posibilidad considero que se podrá proponer lo que he dado en llamar PLAN DE INTERVENCION CONJUNTA. Se puede partir de los puntos que tenemos en común para después avanzar en el detalle de la nueva organización de la Acción Social en el territorio del Estado Español.

No podemos negarnos a ello. Es la responsabilidad que tenemos los profesionales de la Acción Social, y dentro de ésta de los profesionales que trabajamos en los espacios de Atención a la Dependencia.

Los profesionales tenemos el compromiso de estar atentos a lo que sucede a nuestro alrededor y, por tanto, a trabajar en la dirección que vengo proponiendo con lo explicitado en todo lo relacionado con la **Atención a la Dependencia**; es, ni más ni menos, que lo que los profesionales de atención directa detectan. Lo que ellos señalan debería de servirnos a todos para analizar los modelos de gestión-administración y si éstos pueden dar cabida a nuevas formas (PROYECTOS NUEVOS). Por esta razón en el Modelo que yo propongo existe una casilla en la que se hace referencia expresa a la necesidad que el Modelo pueda apoyarse en la acción investigadora (I+D-Innovación) a través del Centro de **Investigación y Formación**.



Esquema número 6: Planeamiento General del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario. Primer Nivel. Elaboración propia.

Por ejemplo, desde el espacio de la Gestión-Administración que interactuaría o pone en relación a las diversas casillas que se plantean en la **figura número 12**, habría que:

- Integrar y potenciar investigaciones como la realizada por Joan Gené Badia y otros a raíz de los Servicios de Atención Primaria en relación con la Ayuda a Domicilio en relación con que **los problemas de salud también explican la utilización de servicios sociales en atención domiciliaria. La ficha del muestro dice lo siguiente:** “Este estudio se hizo con 378 investigadores de los 72 EAP de Cataluña del ámbito urbano y rural. Cada uno de los investigadores debería aportar un mínimo de 3 pacientes, reclutados en el periodo de 1 de junio a 31 de diciembre de 2005 o que en ese periodo de reclutamiento hiciera menos de 12 meses que estuvieran en el programa”. (GENÉ BADIA, Joan y otros 2009:93)
- Normalizar a través de la formación y la integración a personas en riesgo de exclusión, formándolas para como profesionales de Ayuda a Domicilio y sacándolas del circuito de la economía sumergida. Esto, además, tiene la bondad de crear empleo que es otro de los objetivos específicos del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. Sería necesario articular o sumar experiencias como la que explican Virginia Ortiz Wals y Alfonso Ferrira Luz en su artículo: El Servicio de Ayuda a Domicilio como instrumento de Intervención Social con colectivos en riesgo de exclusión social. Esta cita nos sirve para afianzar o apoyar lo que vengo señalando en esta Tesis Doctoral con respecto a que la L.A.D. es un potencial para ayudarnos a estructurar la Acción Social, al mismo tiempo que nos da pistas para la realización del PROYECTO DE INTERVENCIÓN CONJUNTA (PROGRAMA DE TRABAJO CONJUNTO) que deberíamos hacer a nivel del Estado Español. “La puesta en marcha de la Ley de Dependencia ha supuesto un revolución dentro de las políticas sociales.....dentro del catálogo de prestaciones y servicios que se incluyen en esta ley, El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) se ha convertido en una oportunidad para el desarrollo económico de pequeños municipios, ya que es el servicio más intensivo en capital humano, en proporción a otros. Esto ha dado la posibilidad de hacer otra pequeña revolución en el ámbito de los Servicios Sociales. En la actualidad en el marco de la crisis económica que sufrimos, han aparecido nuevos grupos sociales que se pueden incluir entre los colectivos en riesgo de exclusión social y que los recursos tradicionales de los Servicios Sociales resultan ser inadecuados para resolver estas nuevas situaciones”. ORTIZ WALZ, Virginia y FERREIRA LUZ, Alfonso. 2011: 234)

Todo lo anterior ha procurado “dar Luz” al punto de GESTIÓN-ADMINISTRACIÓN desde la perspectiva que yo me planteo en el Modelo de

Atención Polivalente Sociosanitario; sobre todo, intenta superar o vencer dificultades que se encuentran para lograr vencer a un desarrollo de la Acción Social fragmentado y disperso.



Figura número 12: Los elementos constitutivos del “eje” que sostiene el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario: Gestión-Administración. Elaboración Propia.

5. “COMPATIBILIDAD” en materia de Servicios Sociales (ACCIÓN SOCIAL)

Esto significa que es preciso vivir un periodo compatible entre el modelo que se propone (**MODELO DE ATENCIÓN –INTERVENCIÓN- POLIVALENTE SOCIO SANITARIO**) y los recursos existentes. Hay que recordar que el Modelo que se propone es conciliador, y por tanto asumirá los recursos desarrollados hasta la puesta en marcha del Modelo.

COMPATIBILIDAD desde la Acción Social implica aplicar un plan de trabajo que ayude a reorganizar el sistema de servicios sociales que tenemos actualmente.

La Acción Social responde a realidades sociales dinámicas y cambiantes. Es necesario que mantenga una serie de principios básicos generales en cuanto a los elementos que deben de “fortalecer” su misión; pero se precisa, al mismo tiempo, que sepa buscar nuevos modelos de intervención. No podemos

quedarnos “fijos” con una serie de estructuras generadas según el marco legislativo de cada Comunidad Autónoma.

Las estructuras deben adaptarse y responder a la situación y necesidades reales de la población. **La Dependencia es un hecho real y constatable; por esta razón necesitamos ir transformando las estructuras de los servicios.**

COMPATIBILIDAD no puede suponer nunca generar nuevas estructuras y mantener las ya existentes. La compatibilidad implica desarrollar un proceso de adaptabilidad, no solo de los recursos estructurales sino de los propios profesionales.

A raíz de la L.A.D se ha posibilitado que entremos en una reflexión para analizar las estructuras existentes tanto en las áreas sanitarias como sociales. No por caso en el preámbulo de esta Ley se dice lo siguiente:

“El Sistema tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a que se refiere la presente Ley. A tal efecto, sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas y para optimizar los recursos públicos y privados disponibles. De este modo, configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano, al que se reconoce como beneficiario su participación en el Sistema y que administrativamente se organiza en tres niveles”³³

COMPATIBILIDAD es, desde esta perspectiva, el hacer un esfuerzo conjunto por avanzar en un SISTEMA, se emplea este término conceptual, que pueda dar respuesta a las necesidades que vaya planteando **la dependencia**.

Los poderes públicos tienen un alto nivel de responsabilidad en hacer que nuestra actual organización de la Acción Social pueda dar un paso más hacia el cumplimiento del reconocimiento del derecho subjetivo y de la universalidad por parte de lo que la L.A.D. denomina SISTEMA.

El Modelo de Atención (INTERVENCIÓN) Polivalente Sociosanitario que propongo tiene que contar con el apoyo de los poderes públicos por cuanto el mismo –el Modelo- tiene la particularidad de integrar –conciliar- los recursos existentes en el territorio de una manera orgánica y funcional.

La visión política es, por tanto, esencial. Una visión política que no se plantee la situación de crisis económica y no se cuestione sobre las consecuencias de la misma no podrá entender la necesidad urgente que tenemos de realizar, lo que he llamado en el punto anterior, un PLAN DE INTERVENCIÓN CONJUNTA.

³³ La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España. Cfr. Exposición de Motivos.

Considero que la visión política juega un papel de motivación al que los partidos políticos no deberían renunciar, desde esta perspectiva, la aportación del Partido Socialista en los primeros quince años de la etapa democrática, fruto de la Constitución de 1978, en donde tuvo un gran peso en los Gobiernos, supuso un gran apoyo para el desarrollo de la ACCIÓN SOCIAL. Me parece que esto es justo reconocerlo. Lo cual tampoco quita mérito a lo que otros partidos, como el PNV, Convergencia i Unió, Partido Popular³⁴, IU hacían al respecto; ***pero el “gran peso” del desarrollo de la Acción Social fue del Partido Socialista Obrero Español.*** “Como en el resto de Europa el régimen de bienestar se ha asentado en una serie de pilares, que son la educación, la sanidad, la garantía de rentas y los servicios sociales. Desde luego, podría afirmarse que uno de los factores que contribuyeron positivamente al diseño del modelo de bienestar actual fue el que gobernara ininterrumpidamente, durante más de una década, el Partido Socialista. A lo largo de sus mandatos se fraguaron los sectores de la política social. La experiencia española nos muestra que cuando desde el poder público se ha impulsado un sector, apostando por políticas de carácter universalista (el caso de la sanidad y educación), el resultado ha sido muy notable. Por el contrario, si el sector se ha basado en la focalización de atención ante los problemas, así como el carácter subsidiario del impulso estatal (el caso de los servicios sociales), los resultados han sido muy limitados” (MORATA GARCÍA de la PUERTA, Belén. 2011:609)

LA COMPATIBILIDAD nos lleva, desde mi planteamiento, a intentar recuperar todo aquello que haga posible un dibujo nuevo y con futuro sostenible de la ACCIÓN SOCIAL. Por esta razón conviene plantear en lo que yo he llamado la realización de un PLAN CONJUNTO DE INTERVENCIÓN un paso previo: LA ARTICULACIÓN DE UNA FIGURA JURÍDICA SOCIOSANITARIA con capacidad de **gestionar** un trabajo conjunto que ayude a reorganizar los recursos, tanto sociales como sanitarios, del territorio español. Al “hilo” de la L.A.D se habla de la **Agencia de la Dependencia**, a mi modo de entender esto no es suficiente porque la Agencia no tiene capacidad de gestionar. La figura que yo solicito tiene que tener reconocimiento jurídico con capacidad de gestionar, esto significa con capacidad ejecutiva una vez se apruebe la figura y sus competencias por la Administración General del Estado, contando con que será de aplicación en las Comunidades Autónomas, habría que comenzar a desarrollar el PLAN CONJUNTO DE INTERVENCIÓN (PLAN DE TRABAJO CONJUNTO). De no ser de esta manera, como nos estamos percatando, la L.A.D. está quedando en terreno de nadie. “Existe una importante producción legislativa autonómica pero muy escasa o nula regulación estatal, quedando a merced de las Comunidades Autónomas y con un verdadero problema de cooperación y colaboración (y a veces de entendimiento,

³⁴ Alianza Popular y Coalición Popular

por discrepancias políticas entre los partidos diferentes que gobiernan la Autonomía y el Ayuntamiento o la Diputación). La existencia de un modelo de relaciones intergubernamentales entre los niveles implicados podría hablar mejorado la práctica diaria de la gestión de políticas públicas en las que simultáneamente deben intervenir varias Administraciones. Finalmente, la autonomía política ha dado lugar a una heterogeneidad de los sistemas de servicios sociales en las Comunidades Autónomas. En estos momentos existen claras diferencias en los distintos territorios de España, condicionadas, entre otras, por la ideología de los partidos gobernantes, las prioridades de las agendas políticas autonómicas y, cómo no, las diferencias entre Comunidades Autónomas ricas y pobres” (MORATA GARCÍA de la PUERTA, Belén.2011.612)

LA COMPATIBILIDAD, desde mi punto de vista y desde mi propuesta (MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO) nos lleva a tener que superar el límite que nos estamos autoimponiendo de no tener un PLAN CONJUNTO DE INTERVENCIÓN que pudiera, verdaderamente y sin barreras ideológicas, lograr que la aplicación de la L.A.D, por ejemplo, sea una realidad palpable en todo el territorio del Estado Español.

Evidentemente supone tener voluntad de hacer un pacto, y esto implica GENEROSIDAD, sobre esto ya he hablado en páginas anteriores en esta Tesis Doctoral. Esto nos lleva a recordar, de nuevo, que la vocación política –de los partidos y de los políticos que los configuran- es trabajar por la JUSTICIA SOCIAL; si esto se pierde hemos dejado de trabajar por las personas y por sus problemas; trabajamos únicamente por el mantenimiento de las estructuras y esto nos lleva a blindar nuestras ideas a través de leyes que no tienen ninguna eficacia ni operatividad.

La Responsabilidad política es muy alta, y hay que estar a la altura de las circunstancias. Pactemos y hagamos **(COHESIÓN)** todos con vocación de llevar una estrategia conjunta en lo que a la Acción Social se refiere. El Modelo que propongo quiere ser, además de un Modelo de Atención innovador y conciliador, una estructura con hospitalidad que ayude a los políticos a estar más unidos en materia de Acción Social. Esto supone alinearse en el logro de un pacto para alcanzar el mejor sistema de Servicios Sociales. “El Estado de Bienestar no deja de ser el pacto social y político que conforma el modelo social europeo. Y ese pacto tiene su fundamento ético en los principios y valores establecidos con el inicio de lo que se ha venido a conocer como modernidad. La libertad, la igualdad y la fraternidad son los valores, comúnmente aceptados, que forman parte de lo mejor de nuestra tradición cultural, son los que no podríamos entendernos como europeos. Desde la perspectiva europea estos valores sólo pueden ser contruidos si entendemos que es preciso organizar una sociedad cohesionada y que proteja al conjunto de la población, de forma comunitaria, de los principales

riesgos que todos y todas corremos en nuestra vida”. (DEL RUSTE AGUILAR, Esteban. 2011: 136-137).

Hagamos que los verdaderos protagonistas sean las personas dependientes. **LA COMPATIBILIDAD**, desde la perspectiva que estamos planteando, nos lleva a reconocer el papel esencial de los profesionales de la Acción Social y de la Sanidad. Estamos proponiendo un modelo sociosanitario y esto supone un modelo multiprofesional donde se da una verdadera interacción entre los profesionales de la sanidad y de los servicios sociales. Aquí, también, hay que dar un paso, diría yo, de nivel. La Función Pública que tan buenos profesionales tiene debe de ser capaz de romper lo que yo señalo como encasillamiento profesional (yo soy sanitario, yo soy de servicios sociales, están son mis funciones por el marco estatutario, estas son mis funciones como personal de los servicios sociales.....estas....estas...).

En este espacio **-el profesional-** también hay que superar barreras que, muchas veces, hace que EL SISTEMA, sí ese **sistema** del que nos habla la L.A.D., tenga dificultades operativas debidas a la estructura operativa de los funcionarios (trabajadores públicos).

El Modelo que yo propongo, ya lo he señalado anteriormente, contará como figura esencial del mismo con el papel que deberá de desempeñar el Trabajador Social –figura con vocación de atención integral- en el desarrollo del MODELO. El Trabajador Social potenciara **la compatibilidad**.

Cuando hablamos de Dependencia se puede hablar de vulnerabilidad. **LA COMPATIBILIDAD** debe ayudar a superar la vulnerabilidad. Si no articulamos bien la Acción Social dirigida a atender a nuestros dependientes nos encontraremos con que los mismos están en riesgo de exclusión social. Sobre esto mucho se ha escrito

Cuando el sistema no asegura un plan de atención coherente con los niveles de calidad, según el caso, a las personas dependientes quiere decir que comienza a asentarse la dimensión vulnerable entre estas personas.

Esto significa que se puede generar la quiebra del incompleto sistema de Servicios Sociales en España supone una reflexión bien articulada sobre el riesgo de exclusión social que puede generar per se una sociedad en riesgo. “Entendemos, en consecuencia, la vulnerabilidad como aquel proceso de inseguridad producido por la combinación de múltiples dimensiones de desventaja en el que toda esperanza de movilidad social ascendente, de superación de su condición social de riesgo y desventaja se contempla como extremadamente difícil de alcanzar. Por el contrario conlleva una percepción de inseguridad y miedo a la posibilidad de una movilidad social descendente, de

empeoramiento de sus actuales condiciones de vida”. (ALGUACIL GÓMEZ, Julio. 2012:64)

El hecho de que la población dependiente pueda ser sujeto de vulnerabilidad debería hacernos actuar con responsabilidad social a todos que formamos parte de la intervención social y sanitaria.

Debemos, desde la compatibilidad, inter-actuar, lo que significa trabajar de manera conjunta y, esto nos lleva, a mi propuesta de realizar un PLAN DE INTERVENCIÓN CONJUNTO (PLAN DE TRABAJO CONJUNTO).

Todo Plan conlleva FUNCIONES Y ENFOQUES METODOLÓGICOS; desde la ACCIÓN SOCIAL precisamos fijar cuáles serían, con el objetivo de interaccionar los mismos con la dimensión SANITARIA y la dimensión EDUCATIVA; ya que las tres dimensiones forman parte de la atención a la dependencia en el MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO.

COMPATIBILIDAD es, precisamente, ayudar a la INTER-ACCIÓN: SOCIAL, SANITARIA Y EDUCATIVA.

Lo anterior nos sitúa ante la necesidad de articular una metodología que, desde la Acción Social, pueda cambiar lo que tenemos actualmente a través de nuevos modelos de atención, como es el caso del Modelo que yo propongo; que a través del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario se implicará al PLAN DE INTERVENCIÓN CONJUNTO en una metodología similar. Es así que invito a activar este PLAN DE TRABAJO CONJUNTO los Poderes Públicos y los Partidos Políticos. “Una síntesis, que recoge todas las sinergias entre las funciones y los enfoques metodológicos, la podemos encontrar en tres principios estratégicos en las tres pes: prevención, protección y promoción. En una sociedad en riesgo, fragmentada, asimétrica, competitiva e individualista, en donde se requieren crecientes capacidades y oportunidades para quedar integrado en el sistema, el de Servicios Sociales debe tener capacidad para saber articular los niveles, las escalas, los sectores, los colectivos, etc...; para garantizar la complementariedad entre la especificidad y la transversalidad. PREVENIR las patologías sociales...adscritas como la edad..., el estado de salud. PROTEGER a las personas vulnerables, mayores, discapacitados, enfermos mentales y enfermos crónicos. PROMOCIONAR la superación de la situación de vulnerabilidad”. (ALGUACIL GÓMEZ, JULIO.2012:66-67)

LA COMPATIBILIDAD ES POSIBLE, desde luego lo será desde el MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO que propongo generar; pero como el Modelo, como he dicho desde el principio, quiere ser conciliador y tener en cuenta las experiencias existentes que puedan ayudar a que el mismo pueda desarrollarse, considero que es de gran utilidad citar la Experiencia de trabajo

conjunto existente entre varios MUNICIPOS con el fin de mejorar la gestión. Estamos hablando de mejora de costes. No hablamos de Modelos de Intervención. Hablamos por tanto de aproximar sistemas de gestión económica. A mí, el paso me parece muy positivo y, desde luego, es una iniciativa muy necesaria y pertinente para la implantación del Modelo que propongo en los territorios. Un Modelo, que ante todo, conlleva un ejercicio certero de descentralización de la Gestión; pero que es capaz de sumar aquellos elementos característicos de la gestión que pueden ayudarnos a crecer en la filosofía del modelo y a aplicar optimización de costes operativos económicos –no de personal- en aquellos puntos que se pueda hacer una gestión económica más integral.

Este ejemplo viene, también, a corroborar lo que supone poder investigar y formar desde el MODELO que propongo; sobre esto ya he hecho la reflexión pertinente anteriormente; pero no por esto hay que dejar de insistir sobre este punto.

El estudio al que estoy haciendo referencia se aplicó en seis ayuntamientos del País Vasco; pero partió el mismo del Proyecto de Implantación a nivel nacional impulsado por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). Invito, por tanto, a quienes lean esta Tesis Doctoral a realizar una lectura del estudio, por cuanto posibilita una herramienta de aplicación económica muy sugerente para desarrollar, en este caso, desde el punto de vista económico, LA COMPATIBILIDAD. (ERKIZIAOLAIZOLA, Agustín y otros. 2008).



Figura número 13: Los elementos constitutivos del “eje” que sostiene el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario: Compatibilidad. Elaboración Propia.

Lo explicado hasta el momento ha pretendido cumplir con objetivo de este capítulo:

DESARROLLAR UNA FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA PARA EL MODELO DE ATENCIÓN (Intervención) POLIVALENTE SOCIOSANITARIO.

No obstante para cerrar este capítulo he añadido un punto más al mismo por entender que pude ayudar a comprender con más fuerza la necesidad de apostar por el Modelo que propongo poner en marcha para la atención práctica a la Dependencia.

El punto es el siguiente: “LA “REVOLUCIÓN” DE LA DEPENDENCIA: RECOMPONER LA FRAGMENTACIÓN Y DISPERSIÓN DE LA ACCIÓN SOCIAL.

III.3.- “LA “REVOLUCIÓN” DE LA DEPENDENCIA: RECOMPONER LA FRAGMENTACIÓN Y LA DISPERSIÓN DE LA ACCIÓN SOCIAL

Voy a partir de una cita que, en mi opinión, resume muy bien lo tratado en el Capítulo II y en el Capítulo III, en los puntos 1 y 2. “La exclusión social, por su carácter multidimensional, precisa políticas integrales de inclusión (transversales), pero tienen que combinarse simultáneamente con políticas de incorporación, de ayuda individual polivalente, dirigidas a personas con una dificultad específica. Todo ello pone de relieve la complejidad de las acciones de los Servicios Sociales, la necesidad de un marco legislativo y múltiples articulaciones técnicas; así como una coordinación administrativa multinivel y unos procedimientos de financiación sostenibles que permitan garantizar el derecho subjetivo (universalidad e igualdad) con la necesaria orientación de desarrollo comunitario”. (CALDERA, JESÚS 2004: 1)

He expresado en diferentes momentos en este trabajo que, tanto la L.A.D como el Plan Concertado, son dos puntos de apoyo esenciales para el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario; pero, si lo son para éste, lo son mucho más para la propuesta que he hecho de plantearse a nivel del Estado Español un **Plan de Intervención Conjunto (PLAN DE TRABAJO CONJUNTO)**.

En aras de apoyar la fundamentación teórica que he trabajado en este Tercer Capítulo quiero dedicar unas páginas al Libro Blanco de la Dependencia, por entender que éste da contenido a la L.A.D. Ese libro recoge con acierto la experiencia acumulada del Plan Concertado, que en su visión práctica (servicios) y estando atento a lo que estaba acaeciendo demográficamente (envejecimiento de la población. El Libro Blanco ayudará a establecer los principios de la revisión del Plan Gerontológico Nacional, con el fin de que éstos sean aplicados en la programación existente hasta el año 2007, al mismo tiempo que tiene en cuenta el informe acerca de las Personas Mayores de 2002 (IMSERSO).

III.3.1.- Puntos de Apoyo al Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario

Evidentemente estábamos viviendo un momento económico alcista y los estudios que se hacen para facilitar la atención a la dependencia cuentan con la esperanza fundada de que van a ser sostenibles económicamente. Hoy sabemos y constatamos que este punto es, probablemente, el punto más delicado para poder hacer que la ACCIÓN SOCIAL pueda tener viabilidad.

Ya he expresado y fundamentado que solamente será posible la sostenibilidad si cambiamos y nos amparamos en el Nuevo Ciclo Económico-Social.

Desde esta perspectiva podremos hablar que lo que se explícita en la L.A.D. Todo su contenido, verdaderamente, podrá desarrollarse, adaptándonos, como es obvio, al momento actual económico y, por lo tanto, a la revisión constructiva de los servicios operativos generados hasta el momento. Cuando me refiero a hacer una **revisión constructiva** estoy hablando de desarrollar propuestas como la del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

- **PRIMER PUNTO DE APOYO:**

“Hoy por hoy, es necesario reconocer que existe una laguna de protección que afecta a un importante grupo de personas que, debido a deficiencias, enfermedades o trastornos, precisan del apoyo de otras para realizar actividades tan básicas de la vida cotidiana, como levantarse, bañarse, salir a la calle, y otras. Para resolver este problema, que atañe a la dignidad de la vida humana, muchos países de nuestro entorno han dado ya pasos inequívocos. Y si los pioneros fueron los Países Escandinavos y Holanda, a lo largo de la década de los noventa se han producido iniciativas en el ámbito de la Europa continental como Austria, Alemania, Francia, Luxemburgo... mediante las que se establecen derechos sociales en el área de los cuidados de larga duración que han venido a configurar el llamado “cuarto pilar del Estado de Bienestar” ((CALDERA, JESÚS 2004: 1)

Nos lleva este párrafo, a reconocer que debemos tomar conciencia sobre la situación de las personas. Personas que necesitan una **atención interprofesional y polivalente**. Hay que hablar de la dignidad, término que ha quedado claro y que es un punto referencial en el marco económico que yo he propuesto en el primer capítulo al hablar de Economía Social de Mercado y Economía del Bien Común.

Se señala que es el cuarto pilar. Éste es fundamental por lo que requerirá la aplicación de este concepto. Cuando he expresado en esta Tesis Doctoral que es

preciso contar con un apoyo jurídico –marco legal- que permitiera poder cambiar las inercias que se dan estaba pensando, entre otros puntos, en éste, por cuanto reconocer jurídicamente –legalmente- la Atención a la Dependencia como el cuarto **pilar del estado de bienestar en una Sociedad basada en el Estado Social de Derecho**, supone afianzar un derecho esencial –social- de las personas. **Se trata de asentar la dimensión subjetiva-universal.**

- **SEGUNDO PUNTO DE APOYO:**

“Nos encontramos ante el reto de atender a las personas que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad al precisar de apoyos para poder ejercer sus derechos de ciudadanía, para poder acceder a los bienes sociales y para recibir una atención sin la que no pueden desarrollar las actividades más esenciales de la vida diaria. Estamos convencidos de que la sociedad y los poderes públicos tienen la obligación de prestar esos apoyos para descargar así a tantas familias, y en especial a tantas mujeres, de una parte del ingente trabajo que ahora realizan en solitario y con grandes sacrificios. Porque, hoy por hoy, la situación de muchas de las personas en situación de dependencia arroja al analizarla un gran déficit de bienestar que nos concierne a todos. Ante esta situación de inequidad el proyecto que va a impulsar el Gobierno nos brinda la ocasión de desarrollar el concepto de justicia. Porque es de justicia social de lo que hablamos al promover que las personas con graves discapacidades tengan acceso, como un derecho subjetivo, a las prestaciones de los servicios sociales”. (CALDERA, JESÚS 2004: 3)

Se nos advierte acerca **de la vulnerabilidad** que tienen las personas dependientes. El Modelo que yo propongo nos aleja de esta situación. El Modelo propone una atención polivalente que tenga en cuenta a la persona de manera integral. Evidentemente las personas dependientes están en un territorio determinado y, deben, desde el Modelo poder seguir estando en el entorno próximo.

Las personas deben ser atendidas desde los principios que se encuentran en la **JUSTICIA SOCIAL**. Por medio de la Justicia Social la vulnerabilidad en las personas dependientes no puede darse, ni siquiera en la fragilidad de la atención directa que estas personas puedan tener por su nivel dependencia.

- **TERCER PUNTO DE APOYO:**

“Este proyecto, en el que todos están invitados a participar, también nos ofrece una oportunidad para, traspasando ese concepto de la justicia y de los derechos, alcanzar el mundo de los valores y situarnos en un universo ético que es insoslayable cuando nos acercamos al dolor, al sufrimiento humano. Ese impulso ético que nos alienta a hacer nuestro el padecimiento ajeno y a intentar mejorar las condiciones de vida de quienes sufren más dificultades. La propuesta que hacemos a la sociedad española no es otra, en suma, que animarla a compartir una pasión por la solidaridad

entre los seres humanos y, entre todos, encontrar vías y maneras de mejorar las condiciones de vida de las personas mediante el perfeccionamiento de nuestro sistema de protección social. Cuando el proyecto que este Libro Blanco inicia llegue a su culminación con la aprobación de la Ley Básica de Protección a la Dependencia marcaremos un hito histórico pues habremos avanzado en la construcción de una sociedad en la que la resolución de los problemas de sus miembros más débiles y vulnerables se habrá convertido en una realidad. España será entonces un país del que todos nos sentiremos aún más orgullosos”. (CALDERA, JESÚS 2004: 3-4)

Corresponsabilidad y Mejora en la Atención, son dos dimensiones sobre las que tendremos que desarrollar la atención a las personas dependientes, y lo haremos a través del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. Alejarnos de estos puntos supondrá cerrar las posibilidades de poder tener respuestas coherentes y eficientes ante las necesidades de las personas dependientes.

EL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA como dirá la L.A.D. no podrá sostenerse si no se busca alcanzar estas dos dimensiones.

LA CORRESPONSABILIDAD nos lleva necesariamente a tener que revisar lo que actualmente tenemos. No podemos seguir en esta situación porque hacerlo supondría dar la razón a lo que nos expresa la Profesora Belén Morata García de la Puerta, en aquella parte correspondiente a lo social que configura la atención a la dependencia. “No estamos mejor en la parte sanitaria, debido a que la unión entre lo social y lo sanitario se hace tan solo cuando escribimos el término sociosanitario. Los Servicios Sociales han entrado en un momento de estancamiento, inmersos en un círculo vicioso. El desencuentro entre lo político y lo técnico, con una práctica política mal entendida, por encima de los planteamientos técnicos, ha causado la frustración de muchos profesionales vinculados a los servicios sociales y a la instauración de un sistema de toma de decisiones, basado en la coyuntura frente a la planificación estratégica” (MORATA GARCÍA de la PUERTA, Belén. 2011: 617-618)

- **CUARTO PUNTO DE APOYO:**

“El aumento de la demanda de cuidados profesionales sociales y sanitarios para hacer frente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia, ha generado desde hace años, la necesidad de reformular los sistemas de financiación, gestión y distribución de recursos destinados a éste colectivo. En éste contexto, las diferentes fórmulas de abordar las respuestas sociosanitarias ocupan un lugar prioritario y, ponen de relieve la importancia de las aplicaciones de conceptos como coordinación, integración, colaboración y quizás el más preciso, complementariedad, que aparecen en múltiples niveles de intervención: entre profesionales, instituciones sociales y sanitarias, iniciativa social, pública y privada, diferentes categorías de recursos, etc. El concepto de

coordinación sociosanitaria pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar o facilitar la continuidad de cuidados entre servicios”³⁵

Este punto nos posiciona en el punto nuclear” del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario; por cuanto éste aspira a poder desarrollar una Acción Social sociosanitaria.

La cita se halla en el Capítulo VII del Libro Blanco de la Dependencia cuyo título es: COORDINACION SOCIOSANITARIA.

No es que los capítulos anteriores no son importantes; pero no debemos de perder de vista que esta Tesis Doctoral no puede recoger toda la información que se podría extraer del Libro Blanco de la Dependencia. Por esta razón me he centrado en las presentaciones y en este capítulo a la hora de fijar los puntos de apoyo.

ADAPTACION y COMPLEMENTARIEDAD son dos realidades que tememos que desarrollar, por cuanto las mismas nos ayudarán a superar las barreras que solemos poner en el trabajo conjunto. He hablado en este trabajo de “no ponernos el límite de....”.

El párrafo de la cita es totalmente convincente y no deja espacio para las dudas. El Modelo de Atención Sociosanitario trabaja desde la adaptación y lo complementario. Desde luego rompe formas y maneras de hacer y de ser. Rompe también con el sistema, a veces, anquilosado de las fronteras (los límites) que se ponen desde los servicios (esto es mío, esto otro es tuyo...), ya comenté esto anteriormente.

No es factible que hablemos de **adaptación**, y al final ésta quede reflejada en la **normativa; pero sin efectividad práctica**. Tampoco se puede pretender aplicar una **complementariedad** cuando no se está dispuesto a generar estructuras diferentes que, sin poner límites respondan a las necesidades reales que plantea la dependencia.

Si queremos que se desarrolle lo sociosanitario, desde luego, habría que comenzar por fusionar servicios; pero esto, cuando nos encontramos con una realidad fragmentada y dispersa, es muy difícil de cambiar.

Este encasillamiento no ayuda en absoluto al cumplimiento de lo sería **el balance de la Economía del Bien Común (FELBER, Christian.200:53-57)** A la hora de medir desde la Economía el Bien Común es necesario hacerlo con las siguientes variables:

- **Dignidad Humana,**
- **Solidaridad,**
- **Justicia,**

³⁵ Libro Blanco de la Dependencia. Capítulo VII. Coordinación sociosanitaria. Pág.3

- **Sostenibilidad Medioambiental.**
- **Democracia.**

Intentemos medirnos, analizando realmente si cumplimos con estos cinco puntos, cuando, al parecer, nos encasillamos en nuestros parámetros organizativos.

El Modelo de Atención-Intervención- Polivalente Sociosanitario ayudaría a instaurar unos servicios que cumplieran las variables del **“balance del bien común”** y de esta forma se daría respuesta a lo que se menciona en la cita anterior del Libro Blanco. Ayudaría sin grandes tensiones a estar dispuestos al cambio. Es suficiente que se pueda hacer un ensayo del mismo. Lo necesario para ello: **disposición por parte de los políticos, de los técnicos de la administración, de los profesionales de atención directa, de los sindicatos y de aquellas instituciones dispuestas a asumir el reto, siempre bajo la perspectiva de la Economía Social de Mercado y de la Economía del Bien Común.**

- **QUINTO PUNTO DE APOYO.**

El punto número 2 del Capítulo VII trata sobre el Análisis de las iniciativas y programas sociosanitarios. (FELBER, Christian.200)

Considero que este punto supone una gran oportunidad para **“iniciar un cambio”**. Específica muy bien lo realizado; ahora, nos toca, evolucionar: CAMBIAR. No podemos seguir manteniéndonos con lo que hemos hecho.

Para mí supone la oportunidad de recoger lo positivo para transformar los servicios existentes.

Explicitamos lo que hemos hecho hasta la fecha; pero ¿sabemos verdaderamente lo que queremos “construir”? ***Lo veremos en el desarrollo del Capítulo Tercero de esta Tesis Doctoral.***

Cuando he reflexionado sobre la legislación autonómica en páginas anteriores – deteniéndome en las CC.AA. de referencia- nos hemos percatado que mucho, mucho..., en esta dirección, no se ha hecho.

El Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario puede suponer **“el inicio del cambio”**. La fortaleza la encontramos en lo que hemos construido hasta el momento; pero la debilidad también la tenemos en la tentación de quedarnos fragmentados y dispersos. Cada cual defiende su territorio pensando que esto es descentralización. No es de esta manera como podremos convertir el inicio del cambio en una oportunidad; ya que para los que no quieren cambiar supone una amenaza a su encasillamiento.

Sin embargo nos deberíamos de fijar en lo que también dicen los expertos. El Libro Verde de la Dependencia, del que se habla muy poco; pero que a mi entender da ideas muy coherentes nos puede dar mucha luz. En relación con lo que he señalado en el párrafo anterior recojo lo siguiente de este Libro Verde. Esta cita, como todo lo explicado hasta el momento, me anima a presentar el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario como un camino posible que nos ayude a construir desde la positividad.

“Estamos ante un verdadero desafío para los sistemas de protección social, tanto desde la perspectiva sanitaria como desde la atención a cargo de los servicios sociales. La dependencia no constituye un bloque homogéneo. En efecto, no todas las situaciones de falta de autonomía personal son de igual calado y, por consiguiente, los requerimientos de atención y asistencia son muy diversos y conllevan respuestas de contenido diferente a partir de dispositivos organizativos distintos. El papel de la familia, de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y de los cuidadores profesionales es también muy diverso y, en todo caso, necesitado de mecanismos que favorezcan la calidad asistencial y la disponibilidad de recursos humanos cualificados en número suficiente.....Conviene insistir en que cuantificar bien las necesidades y los recursos razonables, programar su proyección en el tiempo, priorizar la investigación, desarrollar las posibilidades de las nuevas tecnologías, implantar modernos equipamientos y fomentar acciones de formación y de cualificación de los cuidadores son otros tantos objetivos de primer orden y, al mismo tiempo, requisitos fundamentales para una atención sostenible y de calidad. Será así como se dé futuro sólido a la protección social de las personas dependientes, y de paso, se evitarán situaciones de dificultad como las que han sobrevenido en determinados países que en su día fueron pioneros en el llamado seguro de dependencia. Todo ello habría que situarlo en un marco jurídico que garantice la equidad y la igualdad de todos los ciudadanos”³⁶

El esfuerzo por entender que precisamos cambiar para mejorar viene avalado por todo lo que he expuesto hasta el momento. No podemos quedarnos en esta dimensión. Si lo hiciéramos nos habríamos parado en el enunciado del cambio, hay que ir a la propuesta práctica; ésta es, el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

Desde la Acción Social pretendemos transformar la realidad. Esa realidad que nos presenta la dependencia en España. Esa dependencia que es de personas concretas, no de territorios. Esto conviene tenerlo en cuenta; porque si ponemos el acento en el territorio ¿dónde queda la JUSTICIA SOCIAL? Y por lo tanto el esfuerzo porque la Acción Social esté comprendida desde el derecho subjetivo/universalidad.

Evidentemente el espacio sociosanitario tiene que conllevar el derecho subjetivo/universalidad, esto no tiene que cuestionarse; pero ¿cómo se puede implantar esta dimensión en un sistema disperso/fragmentado? Hay que ser

³⁶ Libro Verde de la Dependencia. Fundación AstraZeneca. 2004. Págs. 1-2.

consecuentes y reconocer que en esta situación es muy complicada hacer valer un derecho subjetivo/universal. Sí, está en “los papeles” que recogen el texto de las Leyes Autonómicas, lo propone el Libro Blanco y lo asume la L.A.D; pero -insisto- ¿cómo se ejecuta?

Solamente queriendo cambiar nos podremos entender. El cambio siempre implica entendimiento porque nos obliga a todos a asumir un Proyecto que busque el dar respuestas coherentes y eficientes.

Los tiempos económicos que estamos viviendo nos invitan a tener que avanzar en la manera de afrontar los retos. Si lo que la L.A.D. recoge como SISTEMA DE LA DEPENDENCIA, que en palabras de Amparo Valcarcel corresponde al cuarto pilar del Estado de Bienestar, queremos que realmente sea un SISTEMA, al igual que la Sanidad, la Educación y las Pensiones es necesario que trabajemos para que sea un SISTEMA. No pueden ser 17 SISTEMAS porque esto, desde el punto de vista económico, es complicado y difícil de llevar adelante, salvo que se rompa la dimensión de Justicia Social. El SISTEMA DE LA DEPENDENCIA tiene que ser un SISTEMA para el conjunto del Estado Español. Esto no significa centralización ya que la gestión del SISTEMA perfectamente puede ser descentralizada y su aplicación desde el territorio; no es que deba, es que tiene que ser de esta manera.

Mi propuesta del Centro de Atención Polivalente Sociosanitario en la gestión y en la aplicación práctica de los servicios es totalmente descentralizado; pero en coordinación.

Si queremos hacer efectivo, lo que he denominado “principio del cambio”, aun siendo positivo el espíritu expresado en la siguiente cita; considero que hay que superar las dificultades que en la misma se contienen. Traigo aquí esta cita para subrayar que no podemos quedarnos en lo que estimo que es estar satisfecho con lo externo y dejar que la esencia del problema siga estando ahí y que no se puede cambiar.

“Si tuviésemos que destacar algún acuerdo indiscutible en estos años sería precisamente el de la generalización del adjetivo sociosanitario, el reconocimiento de la urgencia de ofrecer respuestas integrales o cuidados de larga duración a las personas que necesitan ayuda social y sanitaria de forma simultánea y duradera. Seguramente, si profundizamos un poco más en el desarrollo del concepto, empezarían a surgir discrepancias, a veces irresolubles entre los sistemas sanitario y social, entre los diferentes profesionales, propuestas de intervención, sistemas de evaluación, modelos de gestión de los servicios y, sobre todo, propuestas de financiación de la atención sociosanitaria, ausentes en la mayoría de las programaciones citadas. Otro de los aspectos de consenso es el reconocimiento de que la atención sociosanitaria, cualquiera que sea su modelo, requiere coordinación

en múltiples aspectos y desde los diferentes sistemas que tienen responsabilidades en este campo”³⁷

- **SEXTO PUNTO DE APOYO.**

Es preciso el hablar **de integración**, sin miedos y sin creer que esto perjudica. La persona dependiente, es ante todo una persona, no se divide en lo social y en lo sanitario. Cuando tiene dependencia –en función de la misma- necesita una **atención integral** e integradora con medidas que estén coherentemente planificadas con sus necesidades o grado de dependencia.

Hasta hora el sistema, digo hasta hora, y me refiero al año 2013 no ha logrado, verdaderamente, la integración sociosanitaria. Es suficiente con hacer un repaso a los pliegos de los concursos o a las bases de las subvenciones para percatarnos de la dualidad existente.

Esto se debe, desde mi punto de vista, a dos aspectos:

- ✓ A la estructura de la sanidad en cada Comunidad Autónoma, donde la persona dependiente **es paciente del sistema sanitario**;
- ✓ A la división de la Acción Social, a través de los servicios de base y de los servicios especializados, donde la persona dependiente es el usuario de los servicios sociales en función de las circunstancias de servicios pertenecientes a los servicios de base o a los servicios especializados.

A partir de aquí, que cada cual saque sus propias conclusiones ¿Dónde queda la integración y la atención integral? ¿Cómo conciliar la atención a una persona dependiente que depende de dos sistemas diferentes? Podríamos, también, añadir a los menores dependientes que, además se tienen que interrelacionar con el sistema educativo, aspecto más fácil de conciliar.

“Coordinación socio-sanitaria. Se puede definir como un “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia”. (Sancho Castiello. T.2000.) Las actividades de coordinación, que pueden comprender múltiples diseños y modelos de intervención, parten del supuesto de la existencia de dos sistemas que deben actuar de forma conjunta y complementaria para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea. En consecuencia, el desarrollo de cada uno de ellos, su mayor disponibilidad de recursos, accesibilidad y, en definitiva, la mejora en la calidad de la atención que presten, revierte directamente en el tipo de intervención socio-sanitaria que se realice. En

³⁷ Libro Blanco de la Dependencia. Capítulo VII. Coordinación sociosanitaria. Págs. 17 y 18.

resumen, la coordinación socio-sanitaria se acerca a lo que podríamos llamar metodología de la intervención, intentando optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos con vista a la intervención”³⁸

Esta cita viene a poner, sobre “la mesa de la dependencia”, lo importante que es **la integración**. Yo que me quedo con la necesidad, que planea María Teresa Sacho, de ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria.

El Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario, como veremos, realiza una atención integral e integradora. En la **atención a la dependencia** los dos sistemas deben integrarse, corrigiendo la propia diferenciación existente en los Servicios Sociales (ACCIÓN SOCIAL).

Este un tema sobre el que no podemos quedarnos conformes. Aquí nos “jugamos” la posibilidad de que todo lo que hemos dicho en los anteriores puntos de apoyo pueda ponerse o no en práctica.

La Integración posibilita que el objetivo del cambio sea adaptarse con corresponsabilidad en la misión de superar la vulnerabilidad de las personas dependientes, haciendo que la Justicia Social quede reflejada en la atención que éstas necesitan, una atención que tiene que ser interprofesional y polivalente.

- **SÉPTIMO PUNTO DE APOYO.**

A fecha de hoy existen estudios suficientes que tratan sobre la dependencia explicándonos o facilitando información sobre la evolución de la misma en las distintas áreas que puede afectar la dependencia a las personas. Todos estos estudios realizan sus proyecciones y el coste que estas proyecciones de personas dependientes pueden tener, obviamente, en función de los servicios que se faciliten desde la **atención a la dependencia**.

- **El Libro Verde señalado anteriormente lo hace en los siguientes apartados:**
 - Perfiles de dependencia de la población española y necesidades de cuidados de larga duración, coordinado por A. Jiménez Lara.

³⁸ Libro Blanco de la Dependencia. Capítulo VII. Coordinación sociosanitaria. Pág. 16

- Opinión pública: dependencia y discapacidad, coordinado por J. Díez Nicolás.
 - Aproximación a la evaluación de la dependencia generada en las enfermedades neurodegenerativas, especialmente las demencias, coordinado por M.A. Treserra i Soler.
 - Tecnología y dependencia, coordinado por A. Remartínez.
 - La protección a las situaciones de dependencia desde la perspectiva de las personas con discapacidad y sus organizaciones representativas, coordinado por L. Cayo Pérez.
 - Espacio sociosanitario y Estado de las Autonomías: experiencias y objetivos. Hacia un Pacto de Estado sobre dependencia, coordinado por J. Sánchez Fierro.
-
- **PLAN DE ACCIÓN PARA LAS PERSONAS MAYORES 2003-2007. Aprobado en Consejo de Ministros el 29 de agosto de 2003.**
 - **El Libro Blanco de la Dependencia.**
 - **Los Informes del IMSERSO. INFORME 2002-4: Las personas mayores en España.**

El capítulo VIII del Libro Blanco de la Dependencia realiza con bastante detalle el tema económico.

Sin voluntad de asignación económica la ACCIÓN SOCIAL está conducida al olvido. Por lo tanto la atención sociosanitaria quedará a merced de la voluntariedad política y, como no, en manos de la solidaridad familiar.

Tenemos que hablar necesariamente de **superar “la barrera económica”**. Argumentos para ello ya presenté en el Primer Capítulo.

El Libro Blanco identifica muy bien la situación. Estamos en el 2004 cuando se realiza su publicación. Hoy en el 2104 no hemos avanzado mucho en el ejercicio de **superar la barrera económica**.

“El sistema protector español de las situaciones de dependencia se caracteriza por la existencia de varios subsistemas dirigidos a solventar problemas distintos, desde diferentes Administraciones Públicas y con orígenes históricos y efectos distintos. Como consecuencia de los cambios sociodemográficos, se está produciendo una demanda implícita creciente de servicios y prestaciones sociales de apoyo a la población dependiente y los cuidadores. En efecto, los costes de la dependencia recaen en gran medida sobre la familia, o las mujeres en concreto, que asume tanto costes directos en dinero y tiempo como costes de oportunidad. En la actualidad, como luego veremos están protegidas algunas situaciones de dependencia de manera

obligatoria, como consecuencia de accidentes en la actividad laboral o imposibilidad de trabajar por sufrir alguna discapacidad, pero en ningún caso se contempla la situación de dependencia derivada de la edad o como consecuencia de la enfermedad, excepto las situaciones de dependencia en las que coincide la falta de recursos, es decir, la protección asistencial bajo carga de prueba de recursos. Debido a que la protección sanitaria es universal en cuanto a cobertura, si bien incompleta en lo referente a la atención de las personas en situación de dependencia, el déficit en la protección de la dependencia reside fundamentalmente en la oferta de servicios sociales, así como en el limitado y descoordinado impacto de las prestaciones monetarias por dependencia”³⁹

De nuevo, se pone en evidencia la dispersión existente, también, desde el punto de vista económico.

Considero que las líneas trazadas en el Primer Capítulo nos pueden ayudar a salir de la parada técnica que siempre hay que hacer en lo relativo a la dotación presupuestaria de todos aquellos proyectos que se hallan en el marco de la Acción Social.

La Atención a la Dependencia que forma parte de la Acción Social no puede estar sujeta a los vaivenes de la economía. Una economía que solamente es factible en nuestra sociedad si produce beneficios económicos.

Evidentemente hay que configurar un pacto económico entre las distintas partes de la realidad administrativa de España (Administración General del Estado, Administración Autonómica y Administración Local); pero no puede tratarse de un pacto de intenciones.

Esto significa afrontar una concepción nueva y distinta en la asignación de Fondos Económicos para la Dependencia. El tema es relativamente fácil, sobre el mismo trataré cuando exponga y explique el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. Si el modelo –que es descentralizado- asume, por gestión, unos determinados espacios sanitarios, sociales y hasta educativos habrá que **reasignar recursos económicos** y, obviamente, recursos humanos. Aquí está el problema. Desde las Administraciones nos negamos a hacer un ejercicio coherente y sensato de reasignar los fondos existentes y las personas que trabajan en los diversos servicios de sanidad y acción social.

No se quiere reconocer que la Atención a la Dependencia revoluciona las concepciones y los recursos asignados de la sanidad, de la acción social y en menor medida de la educación. Se trata de un tema delicado pero que hay que afrontar.

³⁹ Libro Blanco de la Dependencia. Capítulo VIII. PRESUPUESTOS Y RECURSOS ECONOMICOS DESTINADOS A LA FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA Pág. 3

El Libro Verde, una vez más, nos resume con toda claridad que estamos ante una nueva realidad social marcada por la dependencia, fruto en buena parte, del alto nivel de esperanza de vida que tenemos en las sociedades desarrolladas; efectivamente cuando hablamos de dependencia no se puede limitar exclusivamente a la población mayor.

“La dimensión del cambio producido en cuanto a esperanza de vida ha generado múltiples consecuencias en los retos y las necesidades asistenciales sociosanitarias. Estos cambios, en efecto, han alcanzado unos niveles tan importantes que los Poderes Públicos han de aprestarse a establecer cuanto antes nuevas políticas, nuevas estrategias y nuevas medidas que corrijan los importantes desajustes y desfases sobrevenidos. Adoptar las medidas apropiadas para una atención integral del envejecimiento y de la discapacidad, debe constituir una preferencia política de primer orden y debe figurar entre los objetivos básicos para la sociedad del siglo XXI. El envejecimiento de la población y las transformaciones de la estructura demográfica, consecuencia de la mayor esperanza de vida y del descenso de la natalidad, se han convertido en el punto central de debate, y ello no sólo por razones de equidad y de cohesión social, sino también por su evidente impacto económico en los sistemas de protección social”⁴⁰

¿Por cuánto tiempo podremos seguir dando la espalda a estas constataciones? Desde luego que el Modelo que propongo aborda, por lo menos en cuanto a propuesta, la posibilidad de dar una respuesta coherente y operativa ante planteamientos de estas características.

Nos tenemos que alejar de la dispersión y fragmentación. El Capítulo VIII del Libro Blanco esclarece y da luz al gasto estimado de la Atención a la Dependencia. Si esto es de esta manera ¿qué nos cuesta reasignar fondos?

Cuando a lo largo de esta Tesis Doctoral he expuesto que era necesario generar un marco que apoye lo que la L.A.D llama SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA; yo he hablado de PLAN CONJUNTO DE INTERVENCIÓN que, evidentemente, debería contar con un marco legislativo adecuado, lo que he pretendido, también, decir es que el mismo debería articular la reasignación de fondos.

La L.A.D nos da la sostenibilidad jurídica para desarrollar cambios significativos en el rediseño del Sistema Sanitario y de la Acción Social; pero nos faltaría la ayuda de una Ley que en función de L.A.D se pudiera hacer una reasignación de fondos, de recursos materiales y de recursos humanos; en definitiva de articular un verdadero SISTEMA DE LA DEPENDENCIA.

Lo que señalo seguidamente extraído del Libro Verde de la Dependencia nos advierte que tenemos que evolucionar y cambiar, si verdaderamente queremos

⁴⁰ Libro Verde de la Dependencia. Fundación AstraZeneca. 2004. Pág. 181

construir un SISTEMA DE LA DEPENDENCIA en donde las personas sean el centro verdadero y no otros temas que, como ya expliqué, responden a criterios economicistas y clientelares. Tenemos que estar atentos a que esto no termine reduciendo nuestro Estado de Bienestar.

“Tienen que ser las personas dependientes el verdadero centro del modelo sociosanitario. A ellas es a quienes se debe ofrecer una asistencia de calidad, humanista y atenta a su especial patología, a su grado de dependencia, a su entorno vital y a una atención continuada, que en caso de algunas enfermedades como la de Alzheimer irá «in crescendo». Si esto es cierto en lo administrativo y en lo competencial, no lo es menos en cuanto a la necesidad de fomentar desde el Pacto un abordaje interdisciplinar y de un consenso entre los diferentes equipos profesionales que deben atender las distintas necesidades, teniendo en cuenta la evolución de las patologías y los distintos niveles asistenciales. Dicho Pacto debería también contemplar el volumen y previsiones de necesidades de residencias, de centros de día, de apoyo público domiciliario, de formación de profesionales, de concertación entre el sector público y privado, de garantías, equidad y movilidad de los ciudadanos, para el acceso a las prestaciones sociosanitarias y la colaboración con los agentes sociales y con los representantes de los sectores interesados. Sería muy conveniente, en fin, una normativa básica, una Ley de ámbito nacional sobre atención y protección de las personas dependientes”⁴¹

Si no somos capaces de **“superar la barrera económica”** estaremos renunciando, en parte, a la cohesión que genera la existencia de un Estado de Bienestar. Correremos el riesgo de ir generando una brecha social de incalculables consecuencias.

Esto nos obliga dentro de la corresponsabilidad –de la que ya se ha hablado más arriba- a que la sociedad invite a los políticos a tomar decisiones valientes y coherentes. Decisiones que sin afectar a la calidad de los servicios y, además, potenciando empleo efectivo en el área de la atención a la dependencia, a optimizar los recursos existentes.

Desde los profesionales de la Acción Social y de la Sanidad deben surgir propuestas que vayan en la dirección de lo dicho en el párrafo anterior. El Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario va en esta dirección.

Señalo todo esto porque, como hemos visto, el tema económico es una preocupación constante entre los profesionales (trabajadores) y expertos de la Acción Social; pero también es verdad que tenemos que pasar a la acción = **PROPONER**.

⁴¹ Libro Verde de la Dependencia. Fundación AstraZeneca. 2004. Pág. 185

La profesora Belén Morata García de la Puerta en su artículo nos recuerda la necesidad de resolver el tema económico por entender que se vive permanentemente en la precariedad económica en la parte de los Servicios Sociales. Este es un punto para mí muy importante, por esta razón he empezado esta Tesis Doctoral con un capítulo dedicado al Planteamiento Económico. “Es crucial solucionar el problema de la financiación de los servicios sociales en todo el Estado, de manera que se establezca un presupuesto fijo, indefinido y actualizable. Al no ser verdaderos derechos de la ciudadanía, las partidas presupuestarias asignadas para la implementación de los servicios parecen haber sido relegadas a un segundo plano en importancia. Muchos de los programas de los servicios sociales comunitarios están financiados gracias a convenios de colaboración, anuales la mayoría de los casos, que determinan las obligaciones asumidas por cada parte de la financiación de las actividades y los medios para la puesta en marcha de los servicios y prestaciones”. (MORATA GARCIA de la PUERTA, Belén.2011:620)

No olvidemos que la atención a la Dependencia puede adolecer de una situación similar; de hecho muchos de los Programas que entendemos que podría ser parte de la Atención a la Dependencia, por ejemplo el S.A.D. corresponden a un esquema de financiación según los parámetros que señala la Profesora Belén Morata.

Todo lo anterior no debe hacernos perder la ilusión y la esperanza de que las cosas puedan cambiar. De hecho, la propuesta del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario es una oportunidad para ello. Al existir una reasignación presupuestaria existiría coherencia y eficiencia; esto conlleva estabilidad del Modelo y por tanto de todo lo que forma parte del mismo, dando una importancia central a las personas dependientes y, también, a los profesionales encargados de cuidar, acompañar y atender a los dependientes.

- **OCTAVO PUNTO DE APOYO.**

En el anterior punto he justificado la necesidad de “superar la barrera económica”. A favor de este hecho tenemos el capítulo X del Libro Blanco de la Dependencia.

La “inversión” realizada en la atención a la Dependencia es generadora de recursos, entre éstos, un bien escaso en estos momentos: EL EMPLEO.

Esto también se indica en los cuadros de la introducción de esta Tesis Doctoral donde resumo lo elementos que conformarán o darán cuerpo del Modelo de Atención (Intervención) Sociosanitario.

**EL PROYECTO DEL CENTRO POLIVALENTE
Tiene una bondad de primera magnitud:
LA CREACIÓN DE EMPLEO,
PRIORITARIAMENTE FEMENINO Y DE
PERSONAS DISCAPACITADAS**

Ciertamente, si situamos el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario en el espacio económico se trata de un Proyecto que genera recursos y por lo tanto riqueza; además de la riqueza económica hay que hablar de **riqueza social**.

Desde la Economía Social de Mercado y desde la Economía del Bien Común nos situaríamos perfectamente en el espacio de la JUSTICIA SOCIAL.

Para que esto sea posible el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario, además de poder cumplir con lo referido en el Capítulo X del Libro Blanco de la Dependencia y del cual recojo la siguiente cita:

“La incapacidad de ocupar a todas las personas activas es un problema común a las economías europeas, que se debe superar para consolidar el crecimiento económico y poder mantener el modelo social europeo. La decidida voluntad de conseguir unas mayores tasas de empleo es primordial para poder generar riqueza e ingresos suficientes para mantener los actuales niveles de protección, y para permitir la integración de todas las personas en la actividad productiva y en la sociedad. Por eso es por lo que se debe dar prioridad y, a la vez, compatibilizar las políticas activas de empleo con las de protección social, ya que son dos caras de la misma moneda. Como afirmó el Libro Blanco sobre la Política Social Europea (Comisión Europea, 1993-a), si la creación de riqueza es esencial para el progreso social, el entorno social también es un factor esencial para el desarrollo económico. Para resolver el problema del empleo, es necesario orientar los recursos y concentrar el esfuerzo en los sectores con mayor potencial de generación de empleo. El Libro Blanco sobre Crecimiento, Competitividad y Empleo (Comisión Europea, 1993-b) ya advertía que para cumplir los objetivos en materia de empleo se necesitaba tanto un crecimiento sostenido como un modelo decrecimiento más intensivo en empleo. Por otra parte, es muy compartida la consideración de que el futuro del empleo pivotará fundamentalmente sobre las potencialidades que tiene el sector de los servicios, especialmente los públicos, en relación con las nuevas necesidades y demandas sociales,

máxime teniendo en cuenta los importantes diferenciales en la prestación de estos servicios que España tiene con respecto a la media de la Unión Europea.

Los nuevos yacimientos de empleo son muy visibles respecto a nuevas demandas que han surgido como consecuencia de los cambios demográficos, culturales y sociales, que demandan, por parte de la sociedad española, más y mejores respuesta”⁴²

, está obligado a hacer posible que se desarrolle la Economía Social de Mercado y la Economía del Bien Común. Sobre esta doble dimensión vengo insistiendo, porque considero que desde la Atención a la Dependencia (Dimensión Social y Dimensión Sanitaria) se puede comenzar a establecer un cambio de criterios en su aplicación que no sean los meramente económicos.

Digo esto porque, el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario, conlleva la incorporación al mismo de Empresas de Inserción Sociolaboral y Centros Especiales de Empleo; así como es también Centro de Formación para colectivos en riesgo de exclusión social que podrán ser cualificados para trabajar en la propia estructura de Atención Polivalente que se derivara del Modelo.

Ya cité en el segundo capítulo al profesor Luis González-Carvajal Santabárbara, traigo aquí una cita de su libro: **El hombre roto por los demonios de la economía** que creo centra muy bien el concepto del Bien Común y que complementa lo aportado por Christian Felber. Concepto del Bien Común que, insisto, está presente en el espíritu que desarrolla el Capítulo X del Libro Blanco de la Dependencia en relación a lo que la aplicación del Sistema –en terminología de la L.A.D.- puede aportar a la sociedad como generadora de riqueza económica y social. Me parece que González-Carvajal nos conduce irremediabilmente a plantearnos el modelo económico, porque si no lo hacemos bien pudiera ser que estuviéramos finiquitando el Estado de Bienestar. “Dijimos más arriba que la justicia exige garantizar los derechos humanos a todos. Ahora hemos afirmado que el Bien Común consiste principalmente en el reconocimiento efectivo de los derechos humanos. La justicia y el bien común están, por tanto, íntimamente relacionados. Santo Tomás decía expresamente que la justicia, y en particular la justicia contributiva, es decir, lo que cada individuo debe aportar a la comunidad, se ordena al bien común como objeto propio. La justicia, en efecto, identificada con el respeto a los derechos humanos, constituye una parte fundamental del bien común; pero el bien común incluye además dimensiones, como las tradicionales de cada pueblo, las iniciativas culturales, deportivas y religiosas; las comunicaciones; una economía saneada, etc...Dentro de un país el Bien Común debe prevalecer sobre el bien particular porque la vida ordenada en sociedad sólo es posible si cada uno acepta limitar sus propios intereses para contribuir a la armonía

⁴² Libro Blanco de la Dependencia. Capítulo X. GENERACIÓN DE EMPLEO Y RETORNOS ECONOMICOS Y SOCIALES DERIVADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMANACIONAL DE DEPENDENCIA Págs. 3-4

general, de la que por otra parte será el primer beneficiario” (GONZÁLEZ-CARVAJAL SANTABÁRBARA, Luis.2010:67)

Tenemos que orientar nuestra acción en esta dirección. Hay que potenciar esta gran posibilidad que nos ofrece el Libro Blanco de la Dependencia porque supone que la misma nos posibilita el hacer que el PLAN DE INTERVENCIÓN CONJUNTA, que he propuesto realizar, tenga como uno de sus puntos esenciales el contenido del Capítulo X de Libro Blanco.

Ante esto las Administraciones deberían de responder unánimemente que sí quieren dejarse impregnar por los ocho puntos de apoyo que he recogido, desde el análisis y la reflexión, en este apartado del Capítulo II. En estos ocho puntos he articulado una serie de principios que, **unidos a lo fundamentado en los puntos III.1 y III.2 de este Tercer Capítulo**, considero necesarios para superar “los límites” que hemos generado en el Marco de la Acción Social.

Si creemos en estos principios podremos transformar la realidad. Considero que el Libro Blanco de la Dependencia nos ha dado la posibilidad de ver y comprender que se pueden extraer principios sobre los cuales construir y fundamentar el MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIOSANITARIO.

Estos principios son los siguientes:

1. Interprofesionalidad y polivalencia.
2. Superación de la vulnerabilidad social = Justicia Social.
3. Corresponsabilidad y Mejora de la Asistencia.
4. Adaptación / Complementariedad /Balance del Bien Común.
5. Iniciar el Cambio.
6. Integración.
7. Superación de la “barrera económica” / Superar que el “pacto” quede en intenciones/ Marco de Legislativo adecuado/ Proponer /Reasignar.
8. Respuesta Social / Creación-Generación de Empleo.

El Libro Blanco posibilitó la promulgación de la L.A.D., esto per se trata de un gran logro social, que unido a lo que he recogido como principios, supone un gran cambio de mentalidad y un marco sobre el que basar que se pueden proponer modelos alternativos que den respuesta a la dependencia de las personas. Modelos que pretenden racionalizar, optimizar y atender con calidad.

Este tercer capítulo nos dirige al Cuarto Capítulo de esta Tesis Doctoral.



Figura número 14: Los ocho elementos sobre los que fundamentar la operatividad (desarrollo práctico) del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. Elaboración Propia.

CAPÍTULO IV

INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO IV.- INVESTIGACIÓN

IV.1.- DESARROLLO DEL PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer la realidad legislativa existente y su aplicación en las CC.AA. de referencia y la interrelación con la L.A.D.

A la hora de afrontar esta parte de la investigación he tenido como referencia una serie de leyes que ya enuncié en el apartado de la introducción cuando he hecho el planteamiento de la investigación. Éstas me han servido para realizar un análisis detallado de las mismas a partir del articulado que, desde mi punto de vista, es esencial para fundamentar el MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIOSANITARIO y, también me ha ayudado a extraer una reflexión, así como una serie de puntos, que llamo “variables” e “ideas fuerza” que inciden en la configuración de un sistema de ACCIÓN SOCIAL. Estos puntos nos posibilitan el comprender y el racionalizar si estas leyes consolidan, lo que se ha llamado en la L.A.D., un SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA o más bien se quedan a medio camino.

Teniendo en cuenta lo señalado en el párrafo anterior procuraré extraer aquellos puntos que puedan conducirnos a consolidar los criterios señalados en las “*figuras, 9, 10, 11, 12, 13 y 14*” como los ejes en los que se sustentará el MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIOSANITARIO.

Leyes:

- Ley de Atención a la Dependencia (Ley de Atención a la Dependencia y Autonomía Personal).
- Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía.
- Ley 12/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ley 12/2008 de 5 de Diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco.
- Ley 5/2009, de 30 de Junio, de Servicios Sociales de Aragón.

Asimismo tendré en cuenta los diferentes Decretos/Ordenes/Decretos Forales que en las distintas CC.AA. han servido para desarrollar determinados aspectos de la L.A.D.

Teniendo en cuenta las fuentes referidas, que me han servido para hacer la investigación, nos podemos percatar que hay dos Leyes (Aragón/País Vasco) que son posteriores a la L.A.D. y otras dos (Andalucía/Madrid) anteriores a la L.A.D. Esto está justificado en el apartado del planteamiento de la investigación.

Antes de seguir, tengo que señalar que el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario tiene en cuenta que desde el mismo se atiende a personas Dependientes; entendiendo que en este concepto están:

- Personas Mayores.
- “Personas con Discapacidad que se encuentran en la siguiente definición: deficiencias a nivel corporal, limitaciones en la actividad, a nivel individual (desventaja individual) y restricciones en la participación a nivel social (desventaja social), tratándose de tres dimensiones diferentes asociadas a un problema de salud que interactúa entre sí con los factores contextuales (factores ambientales y personales). En consecuencia, la discapacidad ya no se configura únicamente como un problema exclusivo de la persona, que requeriría de cuidados médicos dirigidos a obtener su rehabilitación, sino que también se toman en consideración las carencias, obstáculos y barreras que existen en el entorno social y que constituyen una desventaja para el discapacitado a la hora de participar en igualdad y condiciones en la vida social”. (MORENO, J y ROMERO, Ana M^a.2005: 57)
- Personas con problemas de Salud Mental teniendo en cuenta que ésta puede ser definida “como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera y hacer una contribución significativa a la comunidad. Cabe destacar que los trastornos mentales son enfermedades muy prevalentes y constituyen un problema de salud pública con un gran impacto en términos de dependencia, discapacidad, costes económicos y sanitarios. Aproximadamente un 14% de la carga global de las enfermedades a nivel mundial puede ser atribuida a trastornos neuropsiquiátricos, la mayoría debidos a enfermedades de naturaleza crónica como por ejemplo la depresión” (BONES, Katia y otros.2010:291)

Teniendo en cuenta lo anterior nos podemos percatar que, si desde el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario, se pretende dar respuesta a las personas que pueden estar comprendidas en este marco, el concepto de Atención Primaria/Servicios de Base y el de Centros Especializados tiene que evolucionar. Precisamente, sobre la evolución de la Acción Social he hablado en apartados anteriores de esta Tesis Doctoral.⁴³

⁴³ Cfr. Figura número 11.

IV.1.1.- Ley 12/2008 de 5 de Diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco.

Se inicia esta Ley señalando que tiene exclusivas competencias en materia de asistencia social, de organización, régimen y funcionamiento de las instituciones de protección y tutela de menores, y de desarrollo comunitario, igualdad, política infantil y juvenil y de personas mayores y que éstas vienen marcadas por el artículo 148.1.20 de la Constitución de 1978 y por el Estatuto de Autonomía en los artículos 9.2, 10.12, 10.14 y 10.39.⁴⁴

✓ El punto de partida: PLENA COMPETENCIA

Cuadro Número 1. Variables

Se clarifica también que legislaciones anteriores y, sobre todo, la Ley de 1996 logró grandes cambios en “el dibujo de la Acción Social” del País Vasco. *“Hizo grandes aportaciones, contribuyendo tal y como anunciaba en su objeto, a promover y garantizar, mediante la ordenación y estructuración de un sistema integrado de servicios sociales de responsabilidad pública, el derecho de toda la ciudadanía a dichos servicios con el triple fin de prevenir y eliminar las causas de marginación social y de desigualdad, promover la integración social de las personas y colectivos, y favorecer su pleno y libre desarrollo. Permitió avanzar tanto en la ordenación y estructuración del Sistema de Servicios Sociales de responsabilidad pública, como en la progresiva extensión de la red y el desarrollo de las prestaciones y servicios que le son propios, configurando un marco diferenciado y complementario de otros sistemas y políticas públicas orientadas también al bienestar social”*⁴⁵

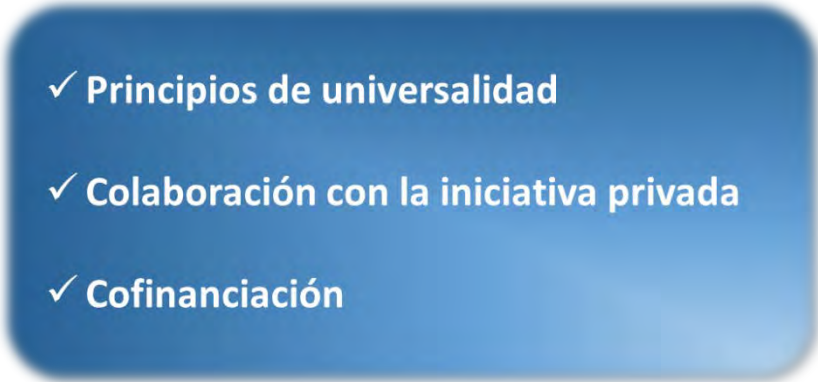
- ✓ Se han estructurado servicios
- ✓ Existe un derecho de toda la ciudadanía a los servicios
- ✓ La responsabilidad es pública
- ✓ Se ha facilitado el crecimiento de la red
- ✓ Es un Sistema diferenciado y complementario

Cuadro Número 2. Variables

⁴⁴ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Exposición de Motivos.

⁴⁵ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Exposición de Motivos.

Señala al mismo tiempo que se ha logrado *“la incorporación expresa de los principios de universalidad y de atención especializada”, “la introducción de bases de un sistema de relación con la iniciativa privada...y en cuyo marco se otorga prioridad a las entidades sin ánimo de lucro cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes”, “una regulación más detallada de la participación de las personas usuarias en la financiación de los servicios”*⁴⁶

- 
- ✓ Principios de universalidad
 - ✓ Colaboración con la iniciativa privada
 - ✓ Cofinanciación

Cuadro Número 3. Variables

Se confirma la limitación de muchas personas en cuanto a la autonomía personal reconociéndose la existencia de dependencia y la necesidad de prevención, al mismo tiempo que se produce una reducción en el apoyo informal. Ante esto hay que buscar soluciones y, desde esta perspectiva hace mención a L.A.D., recalcando la formalización de un derecho garantizado. *“Por otra parte, el incremento del número de personas con limitaciones en su autonomía no sólo ha proseguido, sino que se ha transformado cualitativamente: se observa un aumento de las necesidades y demandas de prevención y atención de la dependencia y un aumento de las necesidades de apoyo a las familias, asociado a un debilitamiento del apoyo social informal, derivado, a la vez, de la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral y de la falta de asunción de roles de cuidado informal por parte de muchos hombres, incidiendo también en el fenómeno los cambios en la geografía urbana, en cuyo marco se observa una creciente tendencia a la diferenciación a los lugares de residencia, trabajo, ocio y formación. Esta evolución es la que ha motivado la promulgación, a nivel estatal, de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que constituye un hito en el ámbito de los servicios sociales, en la medida en que formaliza un derecho garantizado”*⁴⁷

⁴⁶ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Exposición de Motivos.

⁴⁷ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Exposición de Motivos.

- ✓ Reconocimiento de la dependencia.
- ✓ Derecho garantizado.
- ✓ Es preciso trabajar desde la prevención.
- ✓ Mayor demanda de servicios ante la bajada del apoyo informal
- ✓ Reconocimiento de espacios diferentes para el desarrollo de la vida de las personas

Cuadro Número 4. Variables

Se señala un apoyo decidido a la mujer para que se dé una verdadera igualdad *“los servicios sociales deben adecuar su actuación a los cambios sociales asociados a un progresivo avance hacia la igualdad entre mujeres y hombres, impulsando actuaciones y servicios que acompañen a las mujeres en su inclusión social, en particular que aborden la situación de exclusión”*⁴⁸

- ✓ Sociedad que busca promocionar la IGUALDAD

Cuadro Número 5. Variables

Es un Ley que consolida el derecho subjetivo para las personas en el área de los servicios sociales. Esto per se implica el fortalecimiento de estos Servicios Sociales en el ámbito de la responsabilidad pública *“el elemento central de ese nuevo marco de declaración del derecho subjetivo de los servicios sociales, constituido en un derecho de ciudadanía. Garantizar el ejercicio efectivo de ese derecho subjetivo implica, necesariamente, la construcción de un sistema vasco de servicios sociales de responsabilidad pública, moderno, avanzado y garantista, comparable en su desarrollo a otros sistemas públicos orientados al bienestar, dotado de un conjunto de instrumentos de gestión y coordinación capaces de garantizar la vertebración entre los tres niveles administrativos competentes, y en cuyo maro pueda estructurarse todo*

⁴⁸ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Exposición de Motivos.

una arquitectura capaz de sostener la implantación, la ordenación, el desarrollo y la consolidación de una red articulada de prestaciones y servicios, orientada a responder de forma coherente, eficaz y eficiente a los desafíos presentes y futuros asociados a los cambios sociales, demográficos y económicos”⁴⁹

- ✓ Derecho subjetivo
- ✓ Responsabilidad pública para fortalecer los Servicios Sociales
- ✓ Que responda criterios de gestión de eficiencia y eficacia
- ✓ Tiene como referencia otros sistemas públicos
- ✓ Nivel óptimo de coordinación entre los niveles de la administración
- ✓ Se articula a través de las prestaciones y servicios
- ✓ Tiene en cuenta la realidad social, demográfica y económica

Cuadro Número 6. Variables

Evidentemente este párrafo de la Exposición de Motivos de esta Ley (12/2008) tiene un gran contenido, digamos estratégico e “ideológico”, en el desarrollo y configuración de los Servicios Sociales en el País Vasco.

Configura el marco o guía de referencia del desarrollo de los Servicios Sociales. Esto supondrá un “cambio de mentalidad” en la Comunidad Autónoma con respecto a estos Servicios. Para el País Vasco supondrá un afianzamiento de una sociedad desarrollada y de bienestar.

El derecho subjetivo conlleva el reconocimiento de la universalidad. El principio UNIVERSAL se consolida; por lo tanto toda la población del País Vasco entra en esta dimensión.

Es una Ley que tiene claro el reforzamiento del Tercer Sector y éste debe de jugar un rol esencial en el nuevo marco, al que hago referencia anteriormente, en la aplicación de este Ley.

Ideológica y estratégicamente esto supone muchísimo, por cuanto la Ley quiere mantenerse en esa dimensión social donde lo público y lo social (Tercer Sector) van de la mano, evidentemente no cierra la puerta a la iniciativa privada con ánimo de lucro. Pero, resalto, que potencia la relación con el Tercer Sector, *“se constata la necesidad de reforzar la colaboración con el Tercer Sector, el soporte de las redes*

⁴⁹ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Exposición de Motivos.

informales de apoyo, la promoción de la participación organizada de las propias personas afectadas, la configuración de espacios de cooperación y coordinación entre sistemas (socio sanitario, sociolaboral, sociohabitacional, socioeducativo, sociojudicial, sociocultural u otros) y el desarrollo de una política social que posibilite el acceso de toda la población a la plena ciudadanía, la promoción de la justicia social y el abordaje de las causas estructurales de la exclusión”⁵⁰

- ✓ Quiere consolidar la relación con el Tercer Sector
- ✓ Señala que la colaboración entre sistemas es necesaria. Se buscarán fórmulas
- ✓ Insiste en reforzar la plena ciudadanía que da esta ley, resalta el valor de la justicia social y trabajara por conocer, para solucionar, de dónde parte la exclusión social

Cuadro número 7. Variables

Se señala las dificultades existentes en la estructuración de los servicios y recuerda que hay diferencias de carácter interterritorial, advirtiendo que pueden, además de ser organizativas, incidir en las personas y generar desigualdades. *“Persisten algunas diferencias interterritoriales en las condiciones de acceso a la participación económica que, si bien en algunos casos son atribuibles a especificidades organizativas y no inciden en el ejercicio de su derecho por las personas usuarias, en otros sí pueden afectar a este último y generar desigualdades. Persiste asimismo un diferencial global como, Comunidad Autónoma, en relación con los países más avanzados del contexto europeo”⁵¹*

- ✓ Diferencias interterritoriales
- ✓ De carácter organizativo
- ✓ Riesgo de desigualdad
- ✓ Se compara con otros países del entorno europeo

Cuadro número 8. Variables

⁵⁰ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Exposición de Motivos.

⁵¹ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Exposición de Motivos.

La dimensión comunitaria es muy importante. Se trata de afianzarla y hacer que las personas pueden permanecer siempre en su medio. Esto, desde el punto de vista filosófico supone el punto nuclear en el discurso de los Servicios Sociales, al mismo tiempo que, para plasmarlo organizativamente, implica la existencia de estructuras que mantengan esta filosofía. El rol o papel del trabajador social en este marco, digamos conceptual, es imprescindible por cuanto es el punto de referencia para la comunidad, así como el de los profesionales sociales (Educadores). Desde luego, podemos decir, que se trata de un gran reto. *“La nueva Ley consolida el modelo de atención que ya se había perfilado en los principios recogidos en el marco jurídico anterior, optando por un enfoque comunitario, capaz de otorgar prioridad al mantenimiento de las personas en su entorno de vida habitual. De este modo, a las funciones propias del trabajo social de los trabajadores y trabajadoras sociales deben incorporarse las derivadas de los servicios y prestaciones de carácter socioeducativo ejercidas por lo educadores y educadoras sociales que ya se vienen desarrollando desde hace tiempo, que, junto con los y las anteriores, conformarían el cuerpo profesional básico del Sistema de Servicios Sociales”*⁵²

- ✓ Enfoque comunitario
- ✓ Las personas en su medio
- ✓ Importancia de los Trabajadores y Educadores sociales
- ✓ Habla de “Sistema de Servicios Sociales”

Cuadro número 9 (variables)

Se insiste en lo necesario que es reforzar las prestaciones y los servicios en el territorio de la Comunidad Vasca y la importancia que tiene para ello los centros de titularidad pública y privada concertada. Esto lleva a establecer un procedimiento de concierto para dar servicios sociales cuya responsabilidad es pública. Se podrán buscar fórmulas de colaboración entre las Administraciones Públicas Vascas y entidades privadas, subrayando entre las privadas las de iniciativa social sin ánimo de lucro. *“La consolidación de un sistema vasco de servicios sociales y el logro de sus finalidades requiere, además de garantizar el acceso a las mismas prestaciones y servicios en el conjunto de la Comunidad Autónoma del País Vasco, reforzar y*

⁵² Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Exposición de Motivos.

*consolidar una red de servicios y centros de titularidad pública y privada concertada, estableciendo a tal efecto un régimen específico de concierto para la prestación de servicios sociales de responsabilidad pública, sin perjuicio de la coexistencia de esta fórmula con otras alternativas de colaboración entre las administraciones públicas vascas y las entidades privadas, en particular con la iniciativa social sin ánimo de lucro”*⁵³

- ✓ Consolidar los Servicios
- ✓ Colaboración con Entidades Privadas
- ✓ Da prioridad a las Entidades sin ánimo de lucro
- ✓ Figura de Concierto
- ✓ Apertura a otras formas de colaboración

Cuadro Número 10 (variables)

Los diez cuadros anteriores nos ayudan a entender los puntos referenciales de esta ley. Veremos la relación existente con las leyes que nos quedan por analizar (Andalucía, Aragón y Madrid).

En el desarrollo de la ley en el Título I se define el objeto de la Ley que es *“promover y garantizar en el ámbito de la Comunidad del País Vasco el derecho a las prestaciones y servicios de servicios sociales mediante la regulación y ordenación de un Sistema Vasco de Servicios Sociales de carácter universal”*⁵⁴

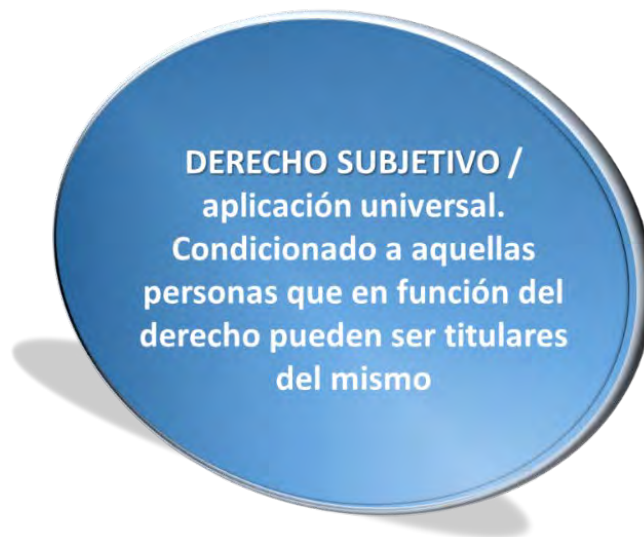
Queda claro lo que se pretende reforzar las ideas que tienen que ser el objetivo de esta Ley. Es un Ley que, podríamos decir, dinámica por cuanto buscará la manera de garantizar a la población del País Vasco unos servicios sociales universales. Todo esto conlleva una manera de establecer la ordenación de los diferentes artículos de esta Ley. Consolida el concepto de SISTEMA VASCO DE SERVICIOS SOCIALES. El término es muy importante porque denota con toda claridad la importancia que se le está dando. Se trata, sin duda, de trasladar a la opinión pública que, como SISTEMA, tiene una garantía de permanencia y, por tanto, de desarrollo.

Partiendo que es un derecho subjetivo, también ha querido dejar claro que el mismo quedará entendido de la siguiente manera: *“El acceso a las prestaciones y*

⁵³ Ley, 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Exposición de Motivos.

⁵⁴ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Título I. Artículo 1.

servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales se configura como un derecho subjetivo, dentro del marco de los requisitos generales de acceso al mencionado sistema y de los requisitos de acceso específicos que se regulen para cada prestación o servicio”⁵⁵



Cuadro número 11. Ideas fuerza

Siendo universal dependerá de una serie de requisitos. Esto es muy importante porque supone que la dimensión universal tiene una serie de condicionamientos que vendrán concretados en el Artículo 3 de esta Ley.

En cuanto al Sistema Vasco de Servicios Sociales el artículo 5 concreta en qué consiste el mismo con los fines de éste. La prevención, la promoción, la protección, la asistencial serán cuatro ejes esenciales; al mismo tiempo que se contará con equipamiento de titularidad pública y privada concertada. Deja claro que se quiere tener vocación de trabajar conjuntamente con la iniciativa privada. Esto “per se” marca una manera de proceder y de entender los recursos con los que contará el SISTEMA. *“El sistema Vasco de Servicios Sociales constituye una red pública articulada de atención, de responsabilidad pública, cuya finalidad es favorecer la integración social, la autonomía y el bienestar social de todas las personas, familias y grupos, desarrollando una función promotora, preventiva, protectora y asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza fundamentalmente personal y relacional. El sistema Vasco de Servicios Sociales estará integrado por prestaciones, servicios y equipamientos de titularidad pública y de titularidad privada concertada”⁵⁶*

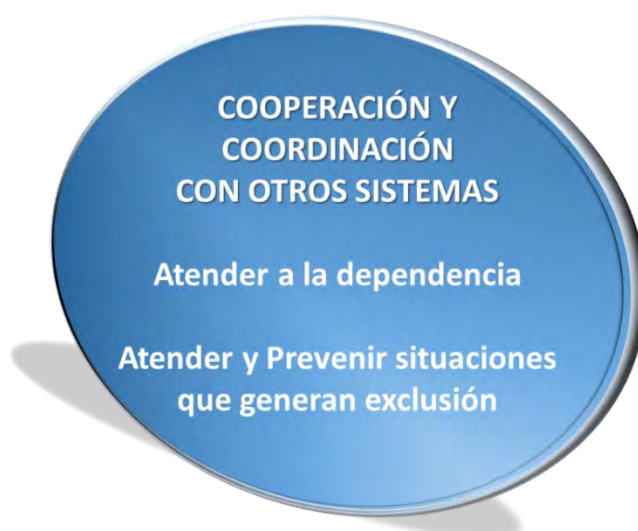
⁵⁵ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Título I. Artículo 2.

⁵⁶ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Título I. Artículo 5, 1,2.



Cuadro número 12. Ideas fuerza

En la finalidad se busca la cooperación y la coordinación con otros sistemas. Este punto tiene que ser considerado, desde mi punto de vista, muy importante. Por cuanto abre la puerta a explorar caminos de colaboración. Dentro de la finalidad hay dos puntos que consideraré esenciales ya que ayudarán al MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO a tener un gran apoyo. Éstos son el “a” y el “c” por estar en concordancia con la L.A.D. *“La finalidad del Sistema Vasco de Servicios Sociales es promover, en cooperación y coordinación con otros sistemas y políticas públicas, el bienestar social del conjunto de la población, siendo sus objetivos esenciales los siguientes: a) Promover la autonomía personal y prevenir y atender las necesidades personales y familiares derivadas de la dependencia....c) Prevenir y atender las necesidades personales y familiares originadas por la situaciones de emergencia”*⁵⁷



Cuadro número 13. Ideas fuerza

⁵⁷ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Título I. Artículo 6,1.

El artículo 6 insiste sobre el tema de la cooperación. Este punto es muy significativo porque implica que existe la voluntad de establecer el procedimiento adecuado para ello. Se tiene visión global de la atención a las personas. Dentro del punto “de la finalidad” bien pudiera querer subrayar que no se puede sumar en el Estado de Bienestar si no vamos en esta dirección. *“El bienestar social, la inclusión social y la cohesión social no constituyen finalidades exclusivas del Sistema Vasco de Servicios Sociales, sino compartidas con otros sistemas y políticas de protección social; en su consecución, por lo tanto, el Sistema Vasco de Servicios Sociales colaborará en el marco de las finalidades y funciones que le son propias”*⁵⁸



Cuadro número 14. Ideas fuerza⁵⁹

En relación con los principios enumera los que siguen: Responsabilidad pública; Universalidad; Igualdad y equidad; Proximidad; Prevención; Atención personalizada e integral y continuidad de la atención; Carácter Interdisciplinar de las intervenciones; Coordinación y Cooperación; Promoción de la Iniciativa social; Participación Ciudadana y Calidad (11 principios). Todos estos principios van dirigidos a la consolidación del Sistema Vasco de Servicios Sociales y buscan potenciar que éstos sean una garantía para poder mantener y ampliar el Estado de Bienestar. Todos ellos serán, un apoyo, al Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

En cuanto al Modelo de atención y de Intervención es muy importante mantener y fomentar la cercanía de los servicios con todo lo que esto comporta en la propia organización del sistema. Desde luego que el artículo 8 es un punto de apoyo para poder fomentar la creatividad en los modelos o modelos de intervención que se pueden generar. Tener vocación de realizar un servicio de proximidad conlleva tener la oportunidad de pensar e idear. Esto conlleva dialogo y trabajar conjuntamente. Hará posible que los recursos puedan ser ajustados y replanificados. Para mí supone,

⁵⁸ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Título I. Artículo 6,3

⁵⁹ Desde mi punto de vista “echo en falta” que no se hubiera expresado una colaboración directa con el Sistema Sanitario y Educativo. A mi entender este es uno de los grandes fallos.

también, un punto de apoyo para el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. *“El Sistema Vasco de Servicios Sociales tendrá como referencia en su funcionamiento el enfoque comunitario, de proximidad de la atención, y a tales efectos: a) Favorecerá la adaptación de los recursos y las intervenciones a las características de cada comunidad local....b) posibilitará la atención de las personas en su entorno habitual....c) diseñará el tipo de intervención adecuada a cada caso, sobre la base de una evaluación de necesidades y en el marco de un plan de atención personalizada.....d) asignará a cada persona o familia un profesional o una profesional de referencia....e) garantizará el carácter interdisciplinar de la intervención....f) incorporará en todas las prestaciones, servicios, programas y actividades el enfoque preventivo”*⁶⁰



Cuadro número 15. Ideas fuerza

Avanzamos en el articulado y nos situamos en el Título II. Capítulo II, no porque los anteriores no sean importantes, sino por una cuestión práctica de analizar y reflexionar sobre los artículos que pueden ser de ayuda para la fundamentación del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

Nos sitúa la Ley ante el reto de la coordinación por entender que ésta forma parte del sistema. La coordinación sirve y ayuda a realizar un buen servicio, garantizando la cohesión del sistema. Esto conlleva al mismo tiempo una estructura determinada, los Servicios Sociales de atención primaria y los Servicios Sociales de Atención Secundaria. Evidentemente los Servicios de Atención Secundaria tendrán que responder a una lógica coherente y bien planificada. Asigna, también, funciones a los Servicios Sociales Municipales y los Servicios Sociales Forales. *“Todos los servicios y equipamientos que integran el Sistema Vasco de Servicios Sociales, sean de titularidad pública o privada concertada, actuarán de forma coordinada, con el objeto de*

⁶⁰ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Título I. Artículo 8

garantizar la articulación efectiva y la cohesión del sistema, así como con el fin de asegurar, desde la responsabilidad pública, la unidad del mismo”⁶¹

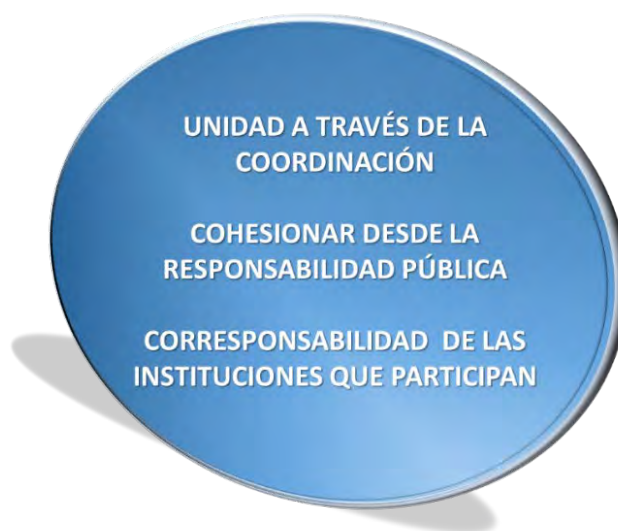


Figura número 16. Ideas fuerza

Para que los servicios sean los adecuados se necesita estrategia y planificación. No se puede avanzar en un verdadero SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES si éste no se sustenta en una lógica coherente en cuanto a su organización. Para ello es necesario conocer muy bien la realidad social (población, estructuras, servicios de otros sistemas, problemáticas, capacidad gestora de las Administraciones en el territorio, asignación de recursos humanos, capacidad económica etc...). Todas las Administraciones seguirán un eje conductor promovido por el Gobierno Vasco. Capacidad de autonomía pero en coordinación con el Gobierno Vasco. Este punto, también es positivo para el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario que presento en este trabajo. *“Las Administraciones públicas vascas deberán planificar de forma ordenada las metas, estrategias, políticas y directrices a seguir en el Sistema Vasco de Servicios Sociales, y definirán los criterios y despliegue de dicho sistema y al distribución geográfica de los recursos necesarios para garantizar una implantación homogénea de los servicios en todo el territorio autonómico y hacer efectivo el derecho a los servicios sociales declarado en esta ley...El Gobierno Vasco ejercerá las funciones de diseño y planificación estratégica de la política de servicios sociales y del Sistema Vasco de Servicios Sociales, al objeto de determinar prioridades y promover niveles de protección homogéneos”*⁶²

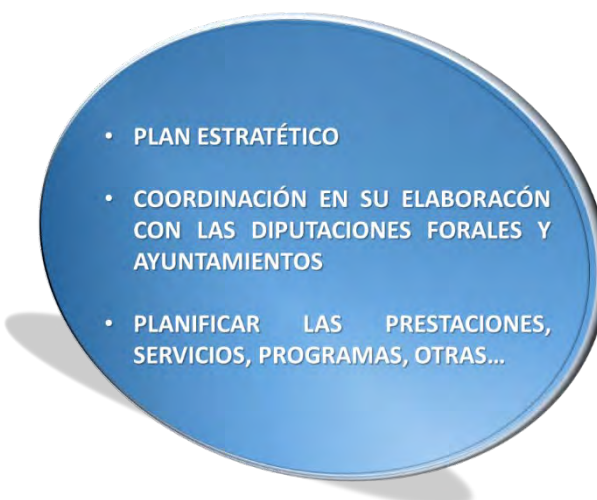
⁶¹ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Título II. Capítulo II. Artículo 27

⁶² Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Título II. Capítulo III. Artículo 33



Cuadro número 17. Ideas fuerza

Queda refrendada la necesidad de realizar un Plan Estratégico. Esto será fundamental, desde la perspectiva de esta Ley, para poder organizar el Sistema de Servicios Sociales. Un plan estratégico siempre es necesario con el fin a realizar una Planificación según las necesidades. Nos ayuda a establecer objetivos Generales, Objetivos Específicos, Tareas y, sobre todo, nos facilitará a establecer un itinerario evaluativo con el fin de mejorar. También supondrá el tener que hacer un ejercicio presupuestario con el objeto de poder conocer cuánto nos podrá costar. *“El Gobierno Vasco elaborará, en el ejercicio de sus competencias de coordinación con las diputaciones forales y los ayuntamientos, y con una periodicidad cuatrienal, el Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco, con la finalidad de planificar las prestaciones, servicios, programas y otras actuaciones necesarias para cumplir los objetivos del Sistema Vasco de Servicios Sociales, en el marco de las fórmulas e instrumentos financieros contenidos en esta ley, al objeto de alcanzar la máxima eficacia y eficiencia en el funcionamiento del mismo”*⁶³



Cuadro número 18. Ideas fuerza

⁶³ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Título II. Capítulo III. Artículo 35

Se insiste en la Ley que es preciso la Cooperación y la Coordinación Interadministrativa, dedicando el Capítulo II del Título III a explicar en detalle en cómo tiene que llevarse esto adelante. Este punto es también, a mi modo de entender, de gran calado; por cuanto se pone en evidencia que no se podrá avanzar si existe dispersión y fragmentación. Sobre esto ya hemos hablado en el Capítulo II de esta Memoria de Tesis Doctoral.

Desde luego, busca una acción –el Gobierno Vasco- de carácter constructivo, que asumiendo la capacidad gestora de las Diputaciones Forales y los Ayuntamientos es preciso trabajar desde la coordinación.



Cuadro número 19. Ideas fuerza

La financiación es otro de los puntos esenciales y trata cuatro aspectos:

- Las fuentes de financiación.
- Las Consignaciones presupuestarias.
- Las Fórmulas de colaboración financiera entre las administraciones
- Participación económica de las personas usuarias.
- Participación económica de las entidades privadas.

La financiación por lo expuesto en los diferentes artículos (54-48) es un punto esencial que está para fortalecer el sistema. Tiene claro que el coste del SISTEMA estará reflejado en los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma del País Vasco, en los presupuestos generales de los territorios, en los presupuestos de los ayuntamientos, en los precios o tasas abonados por las personas usuarias y en otro tipo de aportaciones según la disposición jurídica pertinente.

Evidentemente, todo SISTEMA, tiene que contar con el correspondiente soporte económico. Se supone que por el planteamiento del trabajo que propone esta ley entre las diferentes Administraciones existentes en el País Vasco, todas como participan en la planificación, participan también en la construcción presupuestaria y esto ayuda a ser corresponsables. De todas formas, sobre la dimensión económica

que debería “regir en nuestras sociedades desarrolladas”, ya expuse mi opinión en el Primer Capítulo. Desde mi punto de vista de no tomar medidas en esta dirección creo que llegaremos a tener un grave problema para mantener la sostenibilidad del Estado del Bienestar.



Cuadro número 20. Ideas fuerza

El título V de la Ley es muy significativo y, además, le dedica dos capítulos. Esto posiciona perfectamente al Gobierno Vasco ante la posibilidad que la Iniciativa privada pueda colaborar -siempre bajo la supervisión del Gobierno Vasco- en el SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES. *“Las Administraciones públicas vascas, en el ámbito de sus competencias, podrán organizar la prestación de los servicios del Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales a través de las siguientes fórmulas: gestión directa, régimen de conciertos previsto en la presente ley, gestión indirecta en el marco de la normativa de contratación de las administraciones públicas, y convenios con entidades sin ánimo de lucro.”*⁶⁴

Entiende el Gobierno Vasco que se precisa aprovechar todos los recursos existentes por cuanto esto puede lograr una mejor gestión y hacer que los mismos estén debidamente coordinados. Se logra, sin duda, cooperación. No se trata de generar dualidades sino de sumar posibilidades. Evidentemente esto tiene que responder a un objetivo claro en la parte de corresponsabilidad que todo Proyecto tiene que tener. *“Las administraciones públicas vascas, en aplicación de los principios de coordinación y cooperación, promoción de la iniciativa social y aprovechamiento integral, racional y eficiente de los recursos, procurarán aprovechar, siempre que*

⁶⁴ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Título V. Capítulo I. Artículo 60,1

resulte adecuado, las capacidades y recursos desarrollados por la iniciativa privada social con el fin de garantizar la provisión de las prestaciones y servicios del Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.”⁶⁵



Cuadro número 21. Ideas fuerza

La colaboración con la iniciativa privada comporta por parte del Gobierno Vasco un compromiso de estabilidad, esto queda reflejado en la exposición detallada que tiene la Ley que estamos analizando y merece especial mención el Capítulo II del Título V en donde se especifica la relación con la Iniciativa Social sin Ánimo de Lucro. Desde esta perspectiva “abre una gran posibilidad” porque es factible que la colaboración pueda facilitar Proyectos no previstos en el Catálogo de Prestaciones y Servicios. De hecho la Ley es clara y concisa. *“Las administraciones públicas vascas podrán fomentar y/o apoyar el acceso a otras prestaciones o servicios no incluidos en el Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, así como promover la realización de otras actividades en el ámbito de los servicios sociales, siempre que se adecuen a las orientaciones generales establecidas por la planificación estratégica de las administraciones públicas vascas y que sean desarrolladas por entidades de iniciativa social sin ánimo de lucro, independientemente de cuál sea su forma jurídica –asociaciones, fundaciones, cooperativas de iniciativa social y otras entidades no lucrativas-....a) las actividades innovadoras y experimentales en relación con la puesta en marcha de nuevas prestaciones y servicios de atención a las personas;....c) las actividades de investigación, desarrollo e innovación orientadas a la mejora de la planificación, a la garantía y mejora de la calidad en la organización de servicios y en la prestación de la atención, y a la mejora de las prácticas profesionales...lo previsto en el apartado anterior podrá articularse en el marco de subvenciones o convenios, pudiendo estos*

⁶⁵ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Título V. Capítulo I. Artículo 60,3

*últimos tener carácter plurianual*⁶⁶ Todo esto es esencial para el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario, por ser éste una propuesta que lo que busca es la innovación y dar respuesta a la atención de personas dependientes, y propone hacerlo con carácter polivalente.



Cuadro número 22. Ideas fuerza

Otro de los puntos significativos de esta Ley es el Título VI. Se tiene claro que el Sistema propuesto por el Gobierno Vasco tiene que ayudar “per se” desde dentro en el desarrollo y mejora del propio SISTEMA.

Este punto es nuclear por cuanto está invitando a realizar un trabajo que, partiendo de la experiencia concreta y diseñando planes de evaluación y proyectos de investigación se puedan tener unos Servicios Sociales que, verdaderamente, pueden ser referencia. Evidentemente esto supone un esfuerzo que hay que apoyar y debe estar amparado desde la legislación. De ahí que se le dedique un Capítulo. Establece, por tanto, una correlación directa entre la calidad y la innovación de los Servicios Sociales con la investigación y la formación. Esto sin dudarlo conlleva interactuar entre los profesionales que trabajan, no solo en los Servicios Sociales, sino también en los Sistemas de Sanidad, Educación y Trabajo. *“El Sistema Vasco de Servicios Sociales deberá fomentar las actividades encaminadas a la mejora de la calidad en las prestaciones, servicios, programas y actividades que lo integran”*⁶⁷ El Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario tiene en la formación e investigación un punto de apoyo fundamental para justificar su aplicación como he señalado en el Capítulo Segundo.

⁶⁶ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Título V. Capítulo II. Artículo 73

⁶⁷ Ley 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Título VI. Capítulo I. Artículo 76.

El esquema de análisis con las tres leyes que quedan (Aragón, Andalucía y Madrid) será el mismo que el seguido para la Ley de referencia del País Vasco.

IV.1.2.- Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.

El Gobierno de Aragón inicia en el preámbulo reconociendo que los Servicios Sociales forman parte de la propia Constitución en lo referido al Estado Social. Esto se ha ido consolidando en el tiempo, desarrollándose un sistema de servicios sociales. Estos están en el propio desarrollo de la política social y económica. Además reconoce la dimensión universal del sistema; reforzando la idea de que se trata del cuarto Pilar del Estado de Bienestar. Esto, por ejemplo, está en consonancia con lo que la Secretaria de Estado Amparo Valcarce dijo en la presentación del Libro Blanco de la Dependencia y que hemos citado en la introducción de esta Tesis Doctoral. *“Los servicios sociales constituyen una de las principales concreciones de la cláusula constitucional del Estado Social. Su progresiva consolidación, como parte fundamental de la dimensión social de la ciudadanía, requiere el necesario desarrollo del sistema de servicios sociales a que se refiera la Constitución española, al enunciar los principios rectores de la política social y económica. El horizonte de la universalización de tal sistema, concebido como cuarto pilar del Estado de bienestar, impone, coherentemente con los artículos 9.2 y 10 de la propia Constitución y 14 de la Carta Social Europea, su extensión a todas las personas.”*⁶⁸

PUNTO DE PARTIDA: RECONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS SOCIALES CONSOLIDAN EL ESTADO DE BIENESTAR.

VOCACIÓN UNIVERSAL EN LA ATENCIÓN.

CUARTO PILAR DEL ESTADO SOCIAL DE DERECHO

Cuadro número 23. Variables

⁶⁸ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Preámbulo.

En el desarrollo de lo anterior, partiendo siempre de la Asistencia Social, introduce también el término Acción Social, establece que se parte de una descentralización del sistema, amparada ésta en la propia Constitución. Y de ésta el Gobierno Autónomo en su Estatuto de Autonomía aprobado por Ley Orgánica en 1982 asume la asistencia y bienestar social.

**Asume competencias en función de lo que
posibilita la Constitución**

Cuadro número 24. Variables

Esta Ley se debe a la necesidad de adecuarse a la nueva realidad social, territorial e Institucional. Busca el intentar afianzar la universalidad, habla de hecho de avanzar en el sistema, al mismo tiempo que busca la calidad y una articulación del mismo coherente y eficiente. Entiende que en esta búsqueda hay que coordinar con responsabilidad el sistema público y la iniciativa privada. Reconoce que se cuenta con la iniciativa privada. *“...avanzando en la universalidad del sistema, en la garantía de las prestaciones sociales, en su calidad y en la óptima articulación de la acción del conjunto de las Administraciones públicas con competencia y responsabilidad en el funcionamiento del sistema público y de la iniciativa de las entidades privadas, llamadas a colaborar de forma eficaz en la prevención y atención a las necesidades sociales”*⁶⁹

- Afianzar la Universalidad (avanzar)
- Buscar la calidad
- Articular la colaboración entre el sistema público y la iniciativa privada

Cuadro número 23. Variables

Todo lo anterior se establece dentro del nuevo marco que señala el Estatuto de Autonomía renovado mediante Ley Orgánica 5/2007 y en concreto en su Título I. En éste se recoge la responsabilidad pública en cuanto a los Servicios Sociales. Además conlleva el mandato estatutario en función de su autonomía política. Se refuerza la idea de que hay que garantizar un Sistema de Servicios Sociales con capacidad propia para atender a las personas que precisen del mismo. Es muy importante que recoja en

⁶⁹ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Preámbulo I.

el mismo y de manera específica una serie de modalidades “...un mandato expreso en materia de bienestar y cohesión social: Los poderes públicos de Aragón promoverán y garantizarán un Sistema Público de Servicios Sociales suficiente para la atención de personas y grupos, orientado al logro de su pleno desarrollo personal y social, así como especialmente a la eliminación de las causas y efectos de las diversas formas de marginación o exclusión social, garantizando una renta básica en los términos previstos por la ley....en consecuencia, en cumplimiento de dicho mandato estatutario... la Comunidad Autónoma ha de proceder.....en materia de acción social a la ordenación, organización y desarrollo de un Sistema Público de Servicios Sociales que atienda a la protección de las distintas modalidades de familia, la infancia, las personas mayores, las personas con discapacidad y otros colectivos necesitados de protección social”⁷⁰

- Mandato expreso de responsabilizarse en el desarrollo de los Servicios Sociales
- Búsqueda del desarrollo personal y social
- Lucha contra la marginación (Eliminación)
- Organización del Sistema Público
- Se afianza la idea de SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES que es público

Cuadro número 24. Variables

Reconoce, sin embargo, que la ley no puede agotar absolutamente las materias que el propio Estatuto de Autonomía reconoce. Esto podría exceder la propia capacidad de respuesta. Sin embargo habrá que ir encontrando el encaje adecuado por medio de la regulación pertinente. “La nueva Ley de Servicios Sociales de Aragón, sin embargo, no puede ni debe agotar todas las material de contenido social enunciadas en el Estatuto de Autonomía ni regular de forma exhaustiva el conjunto de elementos de la ordenación de las actividades, públicas o privadas, en materia de servicios sociales ni la totalidad de los aspectos del sistema público previsto, reservándose la función de la norma central de la regulación de dicha materia, en la que puedan hallar encaje tanto las leyes específicas que se requiera aprobar como los

⁷⁰ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Preámbulo II.

necesarios desarrollos reglamentarios de los diferentes elementos constitutivos del sistema público”⁷¹

- No se puede “solucionar” todo de manera EXHAUSTIVA.
- Se precisa tiempo.
- Visión de medio y largo plazo

Cuadro número 25. Variables

Si lo anterior supone que se requiere hacer un proceso gradual que ayude a poder establecer un SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES no hay que “olvidar” como debe articularse lo que se realice en esta materia por cuanto se parte de un sistema organizativo basado en la descentralización. Lo cual, también, va a llevar la necesidad de coordinarse y el ejercicio de la cooperación. *“El Sistema Público de Servicios Sociales se configura como una organización fuertemente descentralizada en el ámbito local....definiendo el ámbito de responsabilidad que corresponde a las entidades locales dentro del sistema público y asegurando la cooperación y coordinación con la acción de la Comunidad Autónoma”⁷²*

- SISTEMA PÚBLICO DESCENTRALIZADO.
- ATENDER AL SISTEMA ORGANIZATIVO TERRITORIAL
- SE PONE EN “VALOR” A LAS COMARCAS
- LA RESPONSABILIDAD ESTÁ EN LAS ENTIDADES LOCALES
- COORDINACIÓN
- COOPERACIÓN

Cuadro número 26. Variables

Da una gran importancia a la L.A.D (Ley de Atención a la Dependencia): Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Reconociendo el valor que da al derecho subjetivo, con lo cual, se afianza la dimensión universal. Reconoce la existencia, mediante creación, de un Sistema de Atención a la Dependencia, en el cual está la Administración General del Estado y las Administraciones Autonómicas. Esto, evidentemente, desde la perspectiva de esta Ley conlleva el tener que facilitar o favorecer una coordinación entre las Administraciones para lograr que el Sistema sea reconocido como tal y no como algo “a añadir en el funcionamiento de los Servicios Sociales” Insisto en la idea

⁷¹ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Preámbulo II.

⁷² Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Preámbulo III

que es un Sistema en donde están ubicadas las Administraciones. Éstas forman parte del mismo. Esta idea o visión me pare que “pone” el acento en realizar una cooperación efectiva y, también, orgánica y funcional.

Esta Ley supone para la Comunidad Autónoma un gran reto ya que implicará organizar los recursos atendiendo también a los objetivos de la L.A.D. Nos ayuda esta visión a comprender que, en el caso de la Comunidad Autónoma de Aragón la Ley, sí quiere asumir que su SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES tendrá que estar abierto a una colaboración con la Administración General del Estado sin, suponer ello, que la Comunidad Autónoma desiste de lo que es su competencia en materia de Servicios Sociales. Pero conviene resaltar el reconocimiento de la incidencia de la L.A.D. *“No cabe ignorar, por otra parte, el importante impacto que para el conjunto de la política de servicios sociales ha supuesto la aprobación por el Estado de la Ley 39/2006 –L.A.D- mediante la que se ha establecido como derecho subjetivo de la ciudadanía la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y se ha llevado a cabo la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, dentro del cual quedaban encuadradas tanto la Administración general del Estado como las Administraciones de todas las Comunidades Autónomas. La efectiva implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, cuya relevancia dentro del conjunto de los servicios sociales resulta evidente, exige una adecuación de la actual ordenación del sistema de servicios sociales de Aragón, dada su decisiva incidencia en la configuración del mismo y el enorme reto de gestión que comporta para la Administración Autonómica y para el conjunto de las entidades locales con competencias y responsabilidades en la aplicación de la citada Ley”*⁷³

- IMPORTANCIA A LA L.A.D.
- MISIÓN CONJUNTA ADMINISTRACIÓN CENTRAL Y ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA.
- RECOGNOCIMIENTO DEL DERECHO SUBJETIVO.
- SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD)
- REORGANIZAR / ADECUAR EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES EN ARAGÓN EN FUNCIÓN DE LA L.A.D.
- SE EXPERIMENTA UN RETO QUE PUEDE SER POSITIVO Y CONSTRUCTIVO PARA LA SOCIEDAD DE BIENESTAR

Cuadro número 27. Variables

⁷³ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Preámbulo III

En este punto conviene que nos percatemos de un hecho, cuanto menos curioso.

Existe una diferencia significativa en la manera de abordar por ambas Leyes Autonómicas, no olvidemos que éstas fueron promulgadas después de la aprobación de la L.A.D., el tema de la propia L.A.D.

La Ley del País Vasco se queda en este punto⁷⁴; sin embargo la Ley de Aragón es más explícita en cuanto al trabajo que hay que hacer derivado de esta Ley y al reconocimiento de la importancia que existe, por la misma L.A.D, a trabajar conjuntamente con la Administración General del Estado.

No es mi objetivo valorar este tema en esta e Tesis Doctoral. Se trata de una constatación que per se no es ni buena ni mala; pero evidentemente cuando en este trabajo he hablado sobre fragmentación y dispersión en el Capítulo Segundo me estaba refiriendo, entre otros temas, a este tipo de constataciones, en donde se pone el acento –según la Comunidad Autónoma de que se trate- en un punto o en otro. Esto, desde luego, dificulta que el SISTEMA SEA COHERENTE a nivel del Estado Español y, que pueda terminar cumpliendo y desarrollándose con el valor de la JUSTICIA SOCIAL, concepto sobre el que he reflexionado en el Primer Capítulo.

El Modelo que propongo, como veremos en el apartado correspondiente, intentará ayudar a superar la fragmentación y la dispersión; por entender que son contravalores para el afianzamiento de un SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

La Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón, se ha trabajado en equipo, en donde la participación social ha sido esencial. Se ha buscado el consenso para que la ley tenga más valor.

Al final reconoce que uno de los cometidos fundamentales de la Ley es la organización del Sistema Público de Servicios Sociales. Entiende que esto hay que hacerlo con un método riguroso basado en la ordenación, la propia organización y el desarrollo. Todo esto se hará bajo la premisa de que es un Sistema Público. La Administración Autonómica no descuida este aspecto dado que entiende que es de su competencia. Asimismo da cabida a la colaboración con la iniciativa privada. Al igual que en el SISTEMA DEL PAIS VASCO DE SERVICIOS SOCIALES, el sector de la iniciativa privada supone un punto de apoyo para la realización de determinados servicios sociales. *“El cometido fundamental de la Ley es la ordenación, organización y desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales de Aragón, procediendo a la enunciación de sus principios rectores y a la definición de su estructura funcional, territorial y orgánica, así como a la regulación de sus principales elementos constitutivos. El sistema público queda integrado por el conjunto de recursos y servicios de titularidad pública, sin perjuicio de la colaboración de las entidades*

⁷⁴ Recordar lo señalado en el cuadro número 4.

privadas en la provisión de las prestaciones sociales públicas, a través de las diferentes fórmulas jurídicas previstas, incorporándose con ello al sistema de responsabilidad pública que prevé la ley”⁷⁵

- ORGANIZAR EL SISTEMA PUBLICO DE SERVICIOS SOCIALES
- DEFINICIÓN DE PRINCIPIOS
- CONCRETAR LA ESTRUCTURA
- INTEGRA RECURSOS (públicos) con recursos de entidades privadas

Cuadro número 28. Variables

La Ley en su objeto señala que garantiza -siempre en la Comunidad Autónoma- el derecho universal para acceder a los Servicios Sociales. Se quiere garantizar una sociedad de bienestar en donde las personas puedan desarrollarse de manera plena. Se concreta esto señalando que, en las prestaciones esenciales, funcionará el derecho subjetivo. *“La presente ley tiene por objeto garantizar, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, el derecho universal de acceso a los servicios sociales como derecho de la ciudadanía, para promover el bienestar social del conjunto de la población y contribuir al pleno desarrollo de las personas. El acceso a las prestaciones esenciales del Sistema Público de Servicios Sociales se configura como un derecho subjetivo”*⁷⁶

Se deja claro que el derecho subjetivo está referido a las prestaciones esenciales. Veremos a través del articulado de la Ley en qué consisten estos derechos esenciales. La Ley tiene buena voluntad; pero al mismo tiempo parte con una limitación.

Existe una diferencia con la Ley de la Comunidad Autónoma del País Vasco que anteriormente hemos analizado por cuanto que ésta dice que el derecho subjetivo pretende garantizar la construcción de un Sistema Vasco de servicios sociales. Es decir que los Servicios Sociales en esta Comunidad Autónoma tiene como cimientos el derecho subjetivo. Dejaré para el apartado final una reflexión al respecto con el fin de buscar elementos que nos aproximen. Aunque lo señalado aquí, de nuevo, pudiera servir para caminar por el sendero de la fragmentación. Todo es parecido pero existen sus matizaciones.

⁷⁵ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Preámbulo V

⁷⁶ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título Preliminar. Artículo 1



Cuadro número 28. Ideas fuerza

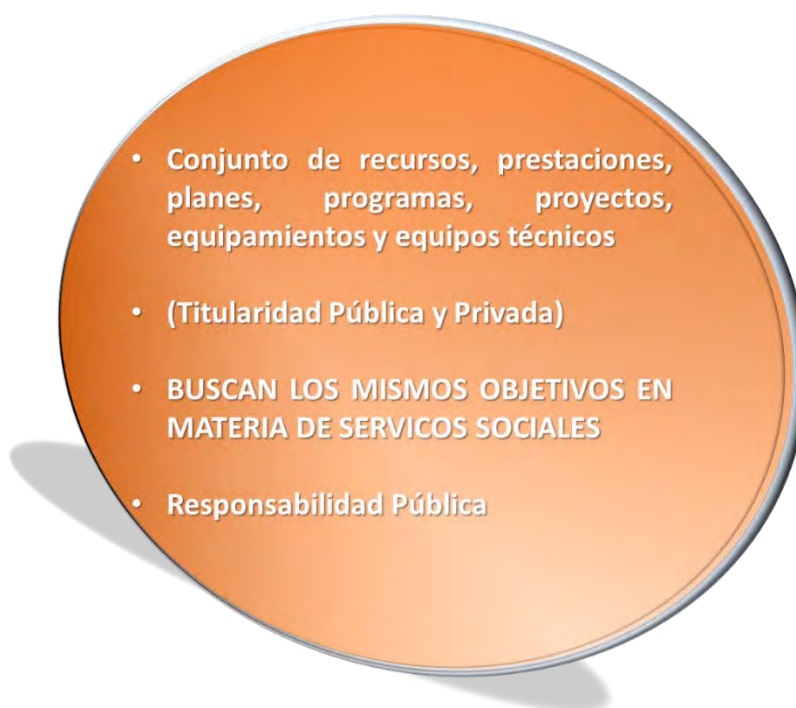
Se pretende la conexión desde el área de Servicios Sociales con otras áreas de política social del sistema público. Esto supone una gran oportunidad porque se establece que es necesaria la colaboración. Sin colaboración será muy difícil alcanzar los objetivos que la propia ley aspira a tener y que los profesionales entiendan que es necesario trabajar conjuntamente. La ordenación y organización sin la dimensión colaborativa podría resultar más complicada. En este espíritu colaborador también se incluye la iniciativa privada. *“También es objeto de esta Ley ordenar, organizar y desarrollar un Sistema Público de Servicios Sociales y establecer los mecanismos de coordinación y de trabajo en red de todas las Administraciones públicas integradas en el mismo, articulando la relación de dicho sistema público con el resto de las áreas de la política social. Finalmente, es objeto de la Ley regular el marco normativo básico al que ha de someter su actividad la iniciativa privada en materia de servicios sociales, sin perjuicio del resto de legislación que le sea aplicable, así como fijar las condiciones de participación de tal iniciativa en provisión de prestaciones sociales públicas, mediante fórmulas de colaboración con el Sistema Público de Servicios Sociales”*⁷⁷



Cuadro número 30. Ideas fuerza

⁷⁷ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título Preliminar. Artículo 1

La ley quiere explicitar con detalle qué objetivos pretende alcanzar, a esto dedica el Artículo 2. En cuanto al Sistema de Servicios Sociales insiste en que integra una serie de aspectos que dan cuerpo y consistencia a estos Servicios. Asimismo se encarga de especificar que la responsabilidad es pública si bien los recursos son propios o de titularidad privada. Con respecto a estos últimos tiene claro que participan en la acción social desarrollando actividades y prestaciones al amparo del marco que señala esta Ley. *“El sistema de servicios sociales está integrado por el conjunto de recursos, prestaciones, planes, programas, proyectos, equipamientos y equipos técnicos de titularidad pública y privada, que se destinan a la atención social de la población y contribuyen de forma integrada y coordinada a la consecución de los objetivos de las políticas de servicios sociales....El sistema de servicios sociales de responsabilidad pública estará formado tanto por los servicios propios del Sistema Público como por los de titularidad privada que provean prestaciones sociales públicas de acuerdo con lo establecido en el ordenamiento jurídico....Los servicios sociales de titularidad privada participan en la acción social mediante la realización de actividades y prestaciones de servicios sociales, según lo previsto en esta Ley en la legislación sectorial establecida al efecto, bajo la inspección, el control y el registro de la Administración de la Comunidad Autónoma”*⁷⁸



Cuadro número 31 (Ideas fuerza)

Esta ley acuña una serie de principios rectores que son los que sostienen al propio Sistema de Servicios Sociales: Responsabilidad Pública, Universalidad,

⁷⁸ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título Preliminar. Artículo 3

Igualdad, Equidad, Prevención, Dimensión comunitaria, Autonomía personal, Integración en el entorno, Atención personalizada y continuada, Calidad, Participación ciudadana, Planificación y evaluación, Descentralización, Coordinación y cooperación, Integración de la perspectiva de género, Promoción de la iniciativa y del voluntariado social, Transversalidad.

Esta Ley es “productiva” en este punto recogiendo 17 principios rectores frente a la que hemos analizado de la Comunidad Autónoma del País Vasco que tiene 11. En lo que respecta a la Ley de la Comunidad Autónoma de Aragón quisiera resaltar el de Transversalidad. Considero que este principio rector es muy pertinente para apoyar el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario por cuanto facilita la interacción de las partes que forman parte o que están en relación, ya que cuando se atiende a una persona, en más de una ocasión intervienen distintas áreas. Desde luego en la atención a la Dependencia tendrá que ser de esta manera. *“Transversalidad: El sistema de servicios sociales debe fundamentarse en la transversalidad de sus objetivos y en la necesaria interrelación entre los diferentes sistemas de protección social, asegurándose por los poderes públicos la coordinación y coherencia entre las acciones y programas de la política de servicios sociales y los de las restantes políticas públicas”*⁷⁹

Con respecto al Sistema Público de Servicios Sociales se vuelve a insistir en lo que ya se mencionó anteriormente y que ha quedado reflejado en el cuadro número 30. Sin embargo, conviene no obviar lo que dice sobre la condiciones para el uso del mismo, entre éstas está la igualdad; también habla sobre el espíritu de responsabilidad social que debe existir. *“La finalidad del Sistema es garantizar el acceso y uso de los recursos sociales en condiciones de igualdad, procurar formas de convivencia positiva para la realización personal y la autonomía y promover las condiciones personales y sociales para participar en la vida social, así como para favorecer la responsabilidad social”*⁸⁰



Cuadro número 32. Ideas fuerza

Insiste en la necesidad de coordinarse. Hay que tener mentalidad de trabajo que integra. Esto supone que se busque una manera de funcionar; para ello habrá que

⁷⁹ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título Preliminar. Artículo 5, p)

⁸⁰ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título II. Capítulo I. Artículo 10, 2

concretar técnicas y protocolos; todo esto en aras de lograr un buen servicio. La responsabilidad pública debe ser capaz de funcionar de esta manera. *“El sistema de responsabilidad pública funciona de forma integrada y coordinada en red, de acuerdo con lo previsto en la presente Ley y en la restante normativa reguladora de las actividades de servicios sociales, debiéndose contemplar medidas que garanticen tal funcionamiento mediante el establecimiento de técnicas y protocolos de coordinación”*⁸¹ Este punto es, también, referencial para el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario, ya que el mismo como tendré oportunidad de demostrar es INTEGRADOR.



Cuadro número 33 (ideas fuerza)

La Ley habla de Servicios Sociales Generales y Servicios Sociales Especializados y establece que los Servicios Sociales tienen que organizarse territorialmente y los principios que deben regir esa organización son: Descentralización, Desconcentración, Proximidad a los ciudadanos, Eficacia y eficiencia en la satisfacción de las necesidades sociales, Equilibrio y homogeneidad territorial, Accesibilidad a la información y a los servicios sociales, Coordinación. Además hay que añadir la necesidad de tener un Mapa de Servicios Sociales, porque será a través del mismo como se articularan tanto los servicios sociales generales como los sociales especializados.⁸²

El Capítulo IV nos sitúa ante la provisión de las prestaciones del sistema de servicios sociales. En este apartado quisiera resaltar que si bien da preferencia a la gestión directa, es decir por las Administraciones, deja la posibilidad a criterio de las propias administraciones públicas el poder optar a que, siguiendo la normativa pertinente, de puedan hallar fórmulas de colaboración con las entidades privadas bien sociales bien mercantiles. Curiosamente en este punto no dice nada respecto a que será preferentemente con entidades sociales; lo dirá en el artículo 25. Sin embargo cabe señalar que en la Ley de la Comunidad Autónoma del País Vasco es muy clara al respecto desde que empieza a tratar este tema. No es que esto signifique, como veremos al final de los distintos análisis de las Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas de referencia, una gran distancia entre las

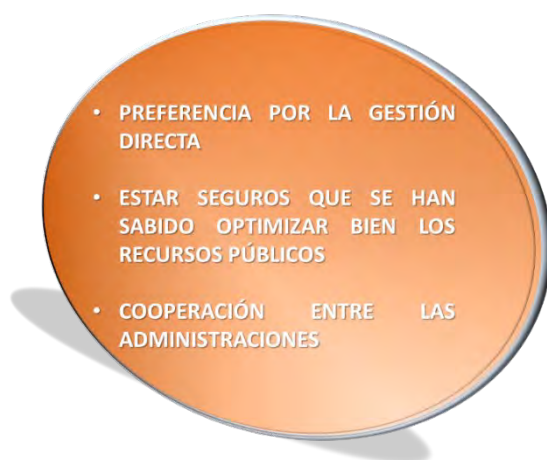
⁸¹ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título II. Capítulo I. Artículo 11

⁸² Cfr Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título III. Capítulo III. Artículos 18-19-20

mismas. Pero reforzar el priorizar lo social sin ánimo de lucro en la gestión es muy importante; aunque yo no veo que nos cerremos a Empresas que respondan a los criterios del Nuevo CICLO ECONÓMICO-SOCIAL QUE HE SEÑALADO en el Capítulo I de esta Memoria de Tesis Doctoral.

Otro de los puntos a resaltar es que la provisión de servicios sociales se puede hacer mediante la colaboración y cooperación entre las Administraciones Públicas siguiendo el orden jurídico existente para tal fin.

En cuanto a la Gestión Directa conviene tener claro que es la primera de las opciones y en caso que se pase a otras formas de gestión tendrá que estar segura (asegurará) que se han utilizado de manera óptima los recursos públicos para dar “paso” a la gestión indirecta.⁸³



Cuadro número 34. Ideas fuerza

Si bien, como ha quedado reflejado, la preferencia es por la gestión directa, dedica nueve artículos a la Concertación Privada. Cabe mencionar aquí el artículo 25 por cuanto establece el término de rentabilidad social. *“Para el establecimiento de conciertos, las Administraciones públicas darán prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y rentabilidad social, a las entidades de servicios de naturaleza social o sin ánimo de lucro.*



Cuadro número 35. Ideas fuerza

⁸³ Cfr Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título III. Capítulo IV Artículos 21-22

Establece la Ley en el Título V qué régimen debe darse en cuanto a las competencias a asumir por las diferentes administraciones partiendo de la Responsabilidad Pública que tienen las mismas. Es preciso coordinarse pero “sin romper” el principio de autonomía de cada Administración para realizar su trabajo en función de las competencias asignadas. *“Las competencias en materia de servicios sociales, así como la gestión del Sistema Público de Servicios Sociales, corresponderán a la Comunidad Autónoma de Aragón y a las entidades locales en su respectivo ámbito territorial, y deberán ejercerse bajo los principios generales de coordinación y cooperación, sin perjuicio de la autonomía que corresponde a cada una de ellas, y de acuerdo con lo previsto en el Estatuto de Autonomía de Aragón, en la legislación autonómica de servicios sociales y en la legislación de régimen local”*⁸⁴



Cuadro número 36. Ideas fuerza

En la especificidad de las competencias de las Administraciones de la Comunidad Autónoma, desde mi punto de vista resalto la de ayudar a fomentar la investigación y formación; así como la asignada a las Comarcas en lo referente a la gestión de programas de atención Integral. Ambos aspectos forman parte del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario que yo propongo en esta Memoria de Tesis Doctoral.

En el Título VII se especifica la Calidad de los Servicios Sociales, en concreto entre los artículos 62 al 69. Desde mi punto de vista resaltaría el 65 (Profesionalidad e interdisciplinariedad), el 67 (Profesional de Referencia), el 68 (Formación) y el 69 (Investigación e innovación). Todos estos deberían ayudar a configurar una red de Servicios Sociales de excelencia. Como ha adelantado en varios espacios de esta Memoria de Tesis Doctoral; el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario está basado en la dimensión interdisciplinar, la formación, la investigación, la innovación y la de tener profesionales de referencia. Sin duda estas características que se proponen en esta Ley pueden ser el punto de partida para establecer el Modelo que propongo. *“---La organización e intervención del personal profesional de servicios sociales se adecuará a un criterio interdisciplinar con objeto de ofrecer una atención integral.....La Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, en colaboración*

⁸⁴ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título V. Capítulo I Artículo 44

con otras Administraciones Públicas y con entidades públicas y privadas, profesionales o científicas, promoverá la realización de actividades de formación necesarias para el despliegue y consolidación del conjunto de servicios y prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales.....Las Administraciones públicas fomentarán la investigación e innovación en materia de servicios sociales, orientándola fundamentalmente a la realización de estudios sobre: a) Las necesidades sociales actuales y futuras de la población, b) Las causas y los factores que inciden sobre la evolución de la demanda de servicios, c) Las fórmulas de organización y gestión de los implantados por el Sistema Público de Servicios Sociales y de aquellos que quepa implantar en el futuro”⁸⁵



La financiación también queda amparada en la Ley. Señala específicamente que el Sistema Público de Servicios Sociales contará con las aportaciones que realicen las Administraciones Públicas, incluida la Administración General del Estado, privadas y de los usuarios.⁸⁶

Se asegura la financiación mediante la asignación de presupuestos que puedan garantizar el funcionamiento de los Servicios. “La Administración de la Comunidad Autónoma garantizará los recursos necesarios para asegurar la provisión suficiente y sostenida de los servicios sociales y hacer frente a los gastos derivados del ejercicio de sus competencias en materia de servicios sociales, habilitando para ello los créditos presupuestarios necesarios que garanticen la equidad en el acceso y en las prestaciones y la calidad de los servicios....Los municipios, comarcas y demás entidades locales deben consignar en sus presupuestos las dotaciones necesarias para la financiación de los servicios sociales de su competencia....La prestación de los servicios sociales de responsabilidad pública debe asegurarse mediante cualquier modalidad que garantice a la persona el acceso al servicio, dando preferencia a la dotación de servicios que se precisen en el conjunto del territorio”⁸⁷

⁸⁵ Cfr. Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título III. Capítulo VII Artículos 62,65,68,69

⁸⁶ Cfr. Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título VIII.

⁸⁷ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título VIII. Artículos 71.1, 4,5



Cuadro número 38. Ideas fuerza

Ciertamente queda fijada y asegurada la financiación del Sistema de Servicios Sociales mediante la propia Ley. Esto significa que cuando se hacen los mismos se debe contemplar el gasto que supondrán. Lo hace mediante la concreción en los servicios sociales generales y en los servicios sociales especializados. Asimismo establece cómo tiene que ser la participación de las personas usuarias en la propia financiación de los Servicios Sociales, asignado la exigibilidad del pago.⁸⁸

En cuanto a la iniciativa privada dedica el Título IX a explicar cómo tendrá que ser la relación entre la misma y las Administraciones Públicas. Contempla la posibilidad que cualquier persona física o jurídica podrá generar o crear recursos (centros) de servicios sociales cumpliendo la normativa de la Comunidad Autónoma. También especifica las modalidades de los mismos que podrán ser de naturaleza social o mercantil. *“Las personas físicas y jurídicas de naturaleza privada podrán crear centros y establecimientos de servicios sociales, así como gestionar servicios y prestaciones de esta naturaleza, con sujeción al régimen de autorización legalmente establecido y cumpliendo las condiciones fijadas por la normativa reguladora de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón. La iniciativa privada en materia de servicios sociales podrá ser de carácter social o mercantil. Son entidades de iniciativa social las fundaciones, asociaciones, organizaciones de voluntariado y otras entidades sin ánimo de lucro que realicen actividades de servicios sociales. Son entidades de iniciativa mercantil las personas y entidades privadas con ánimo de lucro que realicen actividades de servicios sociales”.*⁸⁹ A esto hay que añadir la regulación de las subvenciones a entidades de iniciativa social y el fomento de la Iniciativa Social. Se trata de dos artículos que dejan la puerta abierta al camino de las subvenciones siempre que éstas se ajusten a los principios de publicidad, concurrencia e igualdad y

⁸⁸ Cfr. Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título VIII. Artículos 73, 74, 76, 77.

⁸⁹ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título XI. Artículos 78 y 79

a la colaboración con entidades sin ánimo de lucro, siendo ésta para realizar actividades en el ámbito de los servicios sociales.⁹⁰

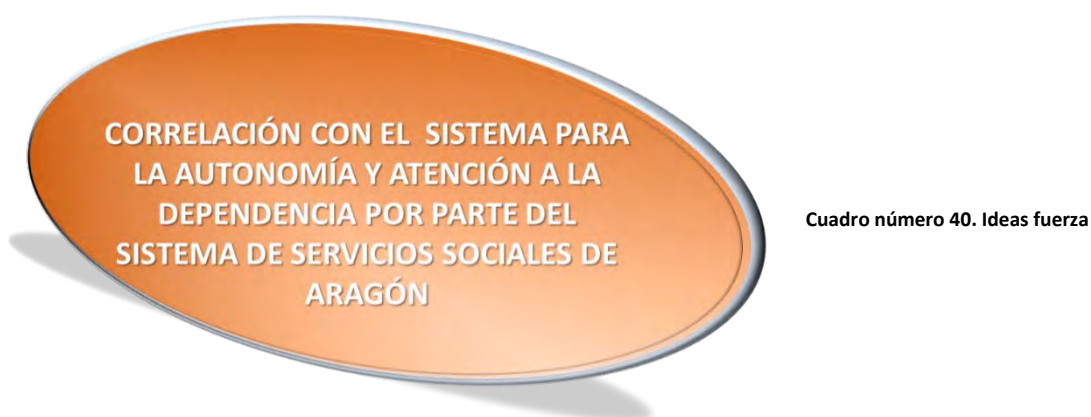


Cuadro número 39. Ideas fuerza

La Ley en las disposiciones adicionales dedica la sexta al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), reconoce que éste es parte esencial en el Sistema Público de Servicios Sociales de Aragón. Señala que el régimen de prestaciones se tendrá que ajustar a la L.A.D, propiciando una normativa de desarrollo, estando en conformidad con lo acordado por el Consejo Territorial del Sistema. Habla que las prestaciones que correspondan se harán sin perjuicio de las adaptaciones que pueda llevar adelante la Comunidad Autónoma en consonancia con la normativa. Se percibe que se quiere hacer un esfuerzo; pero hay que ver las posibilidades reales para ello según la propia normativa de la Comunidad Autónoma. Los puntos de esta disposición están relacionados con la obligatoriedad de contratar el 2% de plantilla a personas con discapacidad, posibilitar la adjudicación a centros especiales de empleo, apoyar al empleo protegido, potenciar el requerimiento de carácter social en los pliegos de concursos públicos. Este último punto es importante por cuanto va configurando una serie de puntos esenciales a cumplir en el sistema de concursos y esto, desde luego, puede ayudar a generar una determinada filosofía, también, económica. Además lo que se dice acerca de lo que se debe interpretar como “carácter social” está en sintonía con los principios económicos de lo expuesto en el Primer Capítulo de esta Memoria de Tesis Doctoral con relación a la Economía Social de Mercado y Economía del Bien Común. *“Se considerarán requerimientos de carácter social, entre otros, la rentabilidad social, la sostenibilidad medioambiental y social, la calidad del empleo, las prácticas de responsabilidad social corporativa y el cumplimiento en materia de legislación laboral y de prevención de riesgos laborales”*⁹¹

⁹⁰ Cfr. Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Título XI. Artículos 83 y 84

⁹¹ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Disposiciones Adicionales. Disposición Sexta. 4



Con este punto se concluye el análisis de la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.

Esta ley y la de la Comunidad Autónoma del País Vasco 24/12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, como dije en la parte introductoria antes del análisis de las mismas, se han dado después de la aprobación de la L.A.D. que entró en vigor el 1 de enero de 2007. Se podría decir que ambas Leyes han dejado pasar la oportunidad de realizar un cambio profundo, señalaría de calado, en la concepción de los Servicios Sociales en relación con la Dependencia. Ciertamente esto supone una especie de parada técnica fruto de la visión fragmentada de los Servicios Sociales.

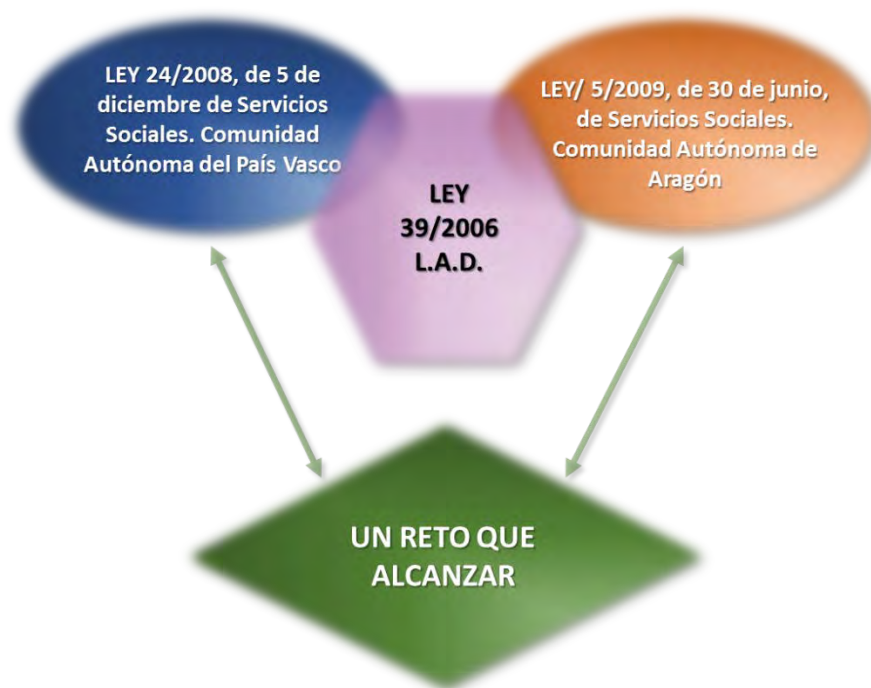


Figura número 15: La L.A.D. un nexo de común-uni3n entre las leyes de Servicios Sociales en la Atenci3n a la Dependencia. Elaboraci3n Propia.

IV.1.3.- Consideraciones a tener en cuenta en el análisis realizado de la Ley 12/2008 (Comunidad Autónoma del País Vasco) y de la Ley 5/2009 (Comunidad Autónoma de Aragón)

Evidentemente quedan por analizar la Ley 11/ 2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid y la Ley 2/1988, de 4 de abril de Servicios Sociales de Andalucía; pero dado que estas leyes son anteriores a la L.A.D he querido realizar una diferenciación en el análisis de las cuatro leyes de referencia, dedicando una parte a las Leyes posteriores a la L.A.D y otra a las leyes anteriores a la L.A.D.

En la Comunidad Autónoma de Aragón se promulgan 8 Ordenes para desarrollar algunos aspectos de lo que implica la L.A.D.; la Comunidad Autónoma del País Vasco establece 18 Decretos Forales, repartidos entre la Diputación Foral de Álava (5), Diputación Foral de Vizcaya (8) y la Diputación Foral Guipúzcoa (5).

Siendo una legislación necesaria, sin embargo, se queda en temas relacionados con el establecimiento de grados de dependencia y actuaciones de carácter procedimental.

No se “entra en el corazón” de la Innovación.

Siguiendo el esquema expositivo empleado para el análisis realizado, he concretado una serie de cuadros en donde he intentado reflejar las variables esenciales de ambas leyes y otra serie de cuadros en donde he procurado resaltar “las ideas fuerza” de las leyes.

Si atendemos a los cuadros de las variables En ambas leyes encontramos una serie de las mismas que son comunes:

1. Derecho Subjetivo / Atención universal.
2. Sistema Público de Servicios Sociales.
3. La Constitución ampara la promulgación de estas Leyes por ser competencia de las CC.AA. los Servicios Sociales.
4. Colaborar con la Iniciativa Privada.
5. Descentralización.
6. Tiene en cuenta la configuración territorial.
7. Calidad.
8. Prevención.
9. Atención a la Dependencia.
10. Coordinación entre las Administraciones.
11. Búsqueda de figuras jurídicas adecuadas para colaborar con Entidades Privadas.

12. Profesionalidad: Valor de la figura del Trabajador Social y del Educador Social.
13. Búsqueda del desarrollo personal y social
14. Superar la desigualdad.

Ambas leyes tienen una intencionalidad clara: AFIANZAR UN SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES atendiendo a las variables señaladas anteriormente.

Estas catorce variables pueden ajustarse sin problemas al decálogo del nuevo Ciclo Económico y Social propuesto en el segundo capítulo de esta Tesis Doctoral.

Son variables que “nos identifican” como una sociedad desarrollada; por cuanto se pretende que los ciudadanos de la misma puedan tener una serie de servicios que los dignifiquen como personas que forman parte de esta sociedad. De ahí el Derecho Subjetivo, la atención universal, la búsqueda de la calidad y la prevención y, sobre todo, la necesidad de ayudarnos a seguir siendo personas con su dignidad.

Ante esto existe la responsabilidad de que el Sistema sea público; pero esto no supone el no contar con los recursos existentes, es decir con la Iniciativa Privada, si éstos cumplen con una serie de condiciones, y buscando siempre, desde la Administración Pública, el colaborar prioritariamente con la iniciativa social sin ánimo de lucro.

Nos percatamos que, en este caso la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Comunidad Autónoma de Aragón comparten variables en la aplicación de las respectivas Leyes de Servicios Sociales. Esta dimensión es muy importante por cuanto supone el poder articular propuestas de Organización y Gestión con la intencionalidad de dar un servicio a personas en situación de dependencia. Estas propuestas pueden tener rasgos similares. Si esto es de esta manera no podemos estar muy alejados en cuanto a poder tener modelos de intervención próximos, lo cual puede llevar perfectamente a reorganizar lo ya existente. Desde esta perspectiva planteo el MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO.

El decálogo que propuse a partir del nuevo Ciclo Económico y Social es un marco excelente que nos ayuda a intentar analizar, con espíritu constructivo, lo que estamos desarrollando en materia de Servicios Sociales.

La legislación nos posibilita la interrelación y colaboración; así como la innovación.

Debemos de preguntarnos: ¿las variables señaladas nos ayudan a poder construir verdaderamente un SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES o más bien son un sumatorio de estructuras que no facilitan una intervención integral e integradora?

La respuesta, desde mi punto de vista, debe de ser teniendo en cuenta todo lo trabajado hasta el momento en la Tesis **que el objetivo es articular un Sistema de Servicios Sociales y, por ende, las aproximaciones son factibles y los proyectos conjuntos realizables.**

Ambas leyes en mayor o menor media hablan de la DEPENDENCIA. Es verdad que atendiendo a que la L.A.D. ya estaba en vigor desde el 1 de enero de 2007 ambas leyes podrían haber dedicado más espacio, dado que la dependencia tiene una relación directa con los Servicios Sociales, al menos para el colectivo de personas mayores, tanto en atención primaria (Servicios de Base) como en atención especializada (Centros/recursos especializados).

Si bien esto es una constatación objetiva cuando se analizan ambas leyes, el acento habría que ponerlo en la posibilidad que ambas leyes ofrecen para construir un Sistema que reconozca el derecho subjetivo y la atención universal. Desde ahí se puede avanzar mucho en el desarrollo de un SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

Evidentemente ambas leyes son conscientes que la L.A.D. introduce una diferenciación en el SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES.

Hasta la entrada en vigor de la L.A.D. se puede decir que los Servicios Sociales se han ido estructurando con un esquema organizativo que responde a la experiencia que se fue acumulando a partir de las leyes de servicios sociales de primera generación. Evidentemente estas Leyes contaron con el histórico existente en materia de servicios sociales (organización, visión de los profesionales, modelos de otros países del entorno).

La L.A.D. –citada en ambas Leyes- supone un punto de COMÚN-UIÓN dándonos la oportunidad de volver a replantearnos la manera de articular un PLAN CONJUNTO DE TRABAJO que ayude al desarrollo real y operativo de la L.A.D en todo el territorio del Estado Español.

El PLAN CONJUNTO DE TRABAJO puede apoyarse en las catorce variables señaladas más arriba dado que éstas “suman” y “aproximan” ideas y conceptos que facilita poder ofrecer modelos de atención coherentes con la realidad de la propia dependencia.

Se podría desarrollar, en un primer momento del Plan Conjunto de Trabajo, modelos de atención a la población mayor -de manera polivalente- pero sin “centrarnos” exclusivamente en la misma, ya que progresivamente deberíamos dar atención polivalente, al menos en el modelo que yo presento, a otros colectivos afectados por la dependencia. “Lo cierto es que tenemos que dar respuesta ya que la demanda de cuidados para personas en situación de dependencia se ha incrementado

de forma notable en los últimos años y va a seguir aumentando a un fuerte ritmo durante las próximas décadas. Esta situación es consecuencia de la combinación de diversos factores, entre los que podemos citar el envejecimiento de la población, las mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas, accidentes y diversas enfermedades” (MARTIN PINTADO, Luis.2007:72)

Ciertamente las variables reseñadas ayudan en el compromiso de desarrollar un Plan Conjunto de Trabajo y puede esto ayudar a superar la dispersión y la fragmentación que se está dando en el desarrollo de los Servicios Sociales.

Ambas Leyes son facilitadoras; pero dependiendo en dónde se ponga “el acento” el resultado puede ser el caminar coordinadamente en un PLAN CONJUNTO DE TRABAJO o bien poner los límites que se consideren oportunos para anular cualquier iniciativa de colaboración a nivel de Administraciones Locales, Autonómicas y General del Estado. Entrar en el espacio de las limitaciones supone, al menos desde mi punto de vista, alejarse del reconocimiento que la situación actual y venidera de los mayores, así como las transformaciones familiares que ya se están produciendo para atenderles, “requieren de nuevo y más complejos servicios que puedan satisfacer sus pretensiones. Los Servicios Sociales habrán de combinar el ocio de los mayores, sus deseos de participación, su autonomía, los horarios habituales de sus familias, así como el deterioro físico-psíquico”. (GUTIERREZ RESA, Antonio.2007:95)

Ante esta posible situación recuerdo aquí el punto número 10 del decálogo referido en el Capítulo II de la presente Memoria: *Establecer una sociedad organizada desde la generosidad y no desde el particularismo*. Nos tenemos que dotar del sistema organizativo que realmente posibilite la madurez social; es decir el compromiso por hacer que los recursos sean bien gestionados o bien optimizados. Esto entra de lleno en el concepto de redistribución equitativa.

Si el “acento” de ambas leyes hace que lo señalado en las mismas, me estoy refiriendo a las 14 variables, vaya en la dirección del trabajo conjunto lograremos que el Estado de Bienestar pueda seguir siendo una realidad en el conjunto del Estado Español y, por ende, en las CC.AA. Esta manera de proceder nos alejará de la posible exclusión social que las personas dependientes pueden llegar a tener. Para lograr que la dignidad no se pierda y mantener un grado coherente de dignificación de los servicios es preciso trabajar de manera conjunta en la búsqueda de Modelos de Atención.

La Ley 12/2008 (Comunidad Autónoma del País Vasco) pretende erradicar la exclusión social, superar las diferencias territoriales, anular el riesgo de desigualdad, potenciar el enfoque comunitario y priorizar que las personas estén en su medio. La Ley 5/2009 (Comunidad Autónoma de Aragón) pretende trabajar por buscar el desarrollo personal y social, al mismo tiempo que lucha contra la marginación y establece que debe de potenciar la coordinación y la cooperación. Ambas leyes tienen

claro que una forma de actuar debe de ser la de ayudar a las personas a mantenerse en su medio, entre éstas están las personas mayores por ser este colectivo el que más “peso” puede tener en la aplicación y desarrollo de la L.A.D, estando ésta relacionada estrechamente con la legislación referente a los Servicios Sociales. Todo esto supone vocación interdisciplinar y polivalente. El servicio de proximidad es un reto al que tenemos que llegar de manera integral. El Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario puede ser una propuesta o alternativa coherente para alcanzar este reto. “La permanencia en el hogar es uno de los deseos más claramente explicitados por las personas mayores, y también a finalidad de muchos de los programas diseñados para su atención, tanto desde el sistema social como desde el sanitario. Esto sólo es posible si se puede garantizar la continuidad de los cuidados y si están presentes los diferentes niveles que se preconizan desde la atención geriátrica especializada, por lo que también resulta básico el enfoque multidisciplinario y la coordinación”.(SERRANO GARIJO, Pilar. 2008:29)

Cfr. Anexo número 4: Tabla de concordancias de las variables y las ideas fuerza de las leyes.

Si atendemos a los cuadros de las “ideas fuerza” podemos señalar las siguientes:

1. Derecho Subjetivo / Atención Universal. (Atendiendo o en función de los derechos de las personas. En el caso de Aragón el derecho subjetivo está relacionado con las prestaciones esenciales)
2. Cooperación y coordinación con otros Sistemas y Administraciones existentes en la Comunidad Autónoma.
3. Dimensión Comunitaria.
4. Adaptación de Recursos.
5. Ordenar, organizar y desarrollar.
6. Diseño del tipo de intervención.
7. Dimensión Interdisciplinar.
8. Gestión Directa. En el caso de Aragón ésta es prioritaria.
9. Gestión Indirecta. En el caso del País Vasco preferentemente con Entidades Sociales: Concierto y Convenio.
10. Corresponsabilidad.
11. Rentabilidad social (Aragón)
12. Responsabilidad de asegurar la financiación por parte de las Administraciones.
13. Formación, Investigación.
14. Innovación.
15. Correlación del sistema impulsado por la L.A.D. con el sistema de Servicios Sociales en Aragón. En la Ley del País Vasco se señala la importancia de la L.A.D.

Estas “ideas fuerza” consolidan las variables recogidas anteriormente. Nos percatamos que son “ideas” que aparecen en ambas leyes y que refuerzan aspectos esenciales en el desarrollo de las mismas. Todas ellas pueden ayudar a construir un PLAN CONJUNTO DE TRABAJO basado en la colaboración entre las Corporaciones Locales, Forales, CC.AA. y la Administración General del Estado.

Estas 15 “ideas fuerza” pueden encuadrarse en los 5 elementos que forman el “eje” del Modelo de Atención (Intervención) Polivalente Sociosanitario: LA EVOLUCIÓN, LA ADAPTACIÓN, LA COMPRENSIÓN, LA GESTIÓN-ADMINISTRACIÓN, LA COMPATIBILIDAD.

Si las catorce variables apuntadas deben de reforzarse desde el Decálogo de la Nueva Dimensión Económica y Social; las “ideas fuerza” tienen que entenderse en lo que supone “el eje”⁹² del Modelo para dar respuesta a las necesidades de las personas dependientes. Evidentemente ambas leyes buscan dar respuesta a lo que la población en sus respectivas Comunidades Autónomas van demandando en el ámbito de los Servicios Sociales, al mismo tiempo que intentan –las Administraciones– configurar servicios/estructuras que den respuestas positivas. Ciertamente la innovación tiene que ser una “idea fuerza” que motive a los responsables políticos para actuar con vocación de fomentar la coordinación y la cooperación, más allá de los respectivos intereses del partido al que pertenecen. Los servicios sociales siempre tienen que estar atentos a todo aquello que pueda favorecer la atención de proximidad, y esto conlleva que los servicios y las estructuras deben de adaptarse a la realidad de la población dependiente existente en sus respectivas Comunidades Autónomas. “Hace falta, por tanto, polivalencia y dimensión interprofesional, así tenemos la obligación de que los Servicios Sociales planifiquen y detallen las acciones a seguir y esto corre en paralelo con una definición, lo más precisa posible, de los roles de los diferentes profesionales que intervienen. Al mismo tiempo se ha de ir elaborando el conjunto de especialidades que han de albergar los Servicios de Base. Queremos decir que los Servicios Sociales Comunitarios se están convirtiendo en pilar fundamental de la estructura pública que atiende necesidades sociales de los ciudadanos y deben ofrecer paquetes coordinados para solucionar necesidades específicas complejas”. (GUTIERREZ RESA, Antonio. 2007: 103)

La Evolución afecta a las quince “ideas fuerza” y si en su día no fue posible que el punto de partida de las Leyes Autonómicas de Servicios Sociales fuera una Ley General de Servicios Sociales, el hecho de tener que dar respuesta a la dependencia es suficiente razón para hacer que estas “ideas fuerza” nos hagan plantearnos la manera de proceder a partir de ahora.

⁹² Lo que se denomina el “eje” del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario es lo que nos ha ayudado en el Segundo Capítulo de esta Memoria de Tesis Doctoral a configurar el Marco Teórico de este Modelo.

La Adaptación implica que las siguientes “ideas fuerza” se vean aplicadas operativamente en la propia evolución del Sistema de Servicios Sociales:

- Cooperación y coordinación con otros Sistemas y Administraciones existentes en la Comunidad Autónoma
- Adaptación de Recursos.
- Ordenar, organizar y desarrollar.
- Diseño del tipo de intervención.
- Dimensión Interdisciplinar.
- Corresponsabilidad.
- Formación, Investigación.
- Innovación.

La Comprensión hace que las “ideas fuerza” de:

- Cooperación y coordinación con otros Sistemas y Administraciones existentes,
- Adaptación de Recursos, y
- Ordenar, organizar y desarrollar,

tengan sentido.

Todo esto supone el hacer un ejercicio de entendimiento que mire hacia el logro de una Justicia Social a la que todos los ciudadanos de un Estado tienen derecho de manera igualitaria, sin diferenciaciones ni exclusividades. De ahí que se precise un alto grado de comprensión que, por otro lado, es factible y realizable a partir del Modelo que se propone.

La dependencia mencionada en ambas leyes y por lo tanto sujeta, en cuanto a la respuesta que se tiene que dar desde ambas Administraciones Autonómicas, a los retos que la discapacidad presenta. Es así que a través de la aplicación de las “ideas fuerza” se podrá ir cumpliendo con las necesidades de la dependencia. “Entre las necesidades a cubrir son todas aquellas que surgen de la discapacidad. Discapacidad y Dependencia están interrelacionadas porque las personas con discapacidad –no únicamente mayores- han de hacer frente a obstáculos de diversa índole, no sólo a la hora de encontrar y conservar un puesto de trabajo, sino también para acceder a medios de transporte, edificios e instalaciones o para seguir actividades de educación y formación. Esta situación ha reclamado históricamente una respuesta de las instituciones internacionales y nacionales en aras a apoyar a las personas con discapacidad y a favorecer su plena participación en la vida social”. (MORENO GENÉ, Josep y ROMERO BURILLO, Ana María.2005: 435)

Efectivamente **la comprensión** nos conduce a fijarnos que la manera de articular los Servicios Sociales tiene que ser abierta y basada en la colaboración conjunta.

La Gestión-Administración parte de la aceptación de la “idea fuerza” del Derecho Subjetivo / Atención Universal. Este punto es vital porque configura un modelo de Gestión-Administración que tiene muy en cuenta que todos los ciudadanos son sujetos de atención universal por el Sistema. Quiere decir esto que la proyección de los servicios y el coste de los mismos tendrá una aplicación determinada. De ahí la necesidad de gestionar-administrar con coherencia. Además se pueden añadir las siguientes “ideas fuerza”:

- Cooperación y coordinación con otros Sistemas y Administraciones existentes en la Comunidad Autónoma.
- Adaptación de Recursos.
- Ordenar, organizar y desarrollar.
- Gestión Directa. En el caso de Aragón ésta es prioritaria.
- Gestión Indirecta. En el caso del País Vasco preferentemente con Entidades Sociales: Concierto y Convenio.
- Corresponsabilidad.
- Rentabilidad social (Aragón)
- Responsabilidad de asegurar la financiación por parte de las Administraciones.
- Formación, Investigación, Innovación.
- Correlación del sistema impulsado por la L.A.D. con el sistema de Servicios Sociales en Aragón. En la Ley del País Vasco se señala la importancia de la L.A.D.

Interactuando estas “ideas fuerza” podemos lograr una integración descentralizada pero ateniéndose a las posibilidades reales con un marco de actuación conjunto, más allá de las limitaciones que muchas veces se ponen en el propio desarrollo de las Leyes Autonómicas.

La Compatibilidad supone desarrollar la siguiente “idea fuerza”:

- Cooperación y coordinación con otros Sistemas y Administraciones existentes en la Comunidad Autónoma.

Ambas Leyes analizándolas de manera conjunta nos “descubren” que es posible avanzar en la construcción de un Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. Tenemos muchos puntos en común (“variables” e “ideas fuerza”) que están en perfecta sintonía con el Decálogo de Nuevo Sistema Económico y Social y con “el eje” del Marco Teórico del Modelo propuesto. Se trata que, de manera constructiva, trabajen conjuntamente los partidos, los políticos con responsabilidad parlamentaria, los políticos con responsabilidad ejecutiva, los profesionales, los expertos y los representantes de la sociedad civil. Todos tienen que tener como objetivo dar respuesta a la situación de dependencia.

Cfr. Anexo número 4: Tabla de concordancias de las variables y las ideas fuerza de las leyes.

IV.1.4.- Ley 11 /2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid

A esta Ley ya hice referencia en el Capítulo Segundo de esta Memoria de Tesis Doctoral, voy a tratar ahora, siguiendo el mismo esquema de análisis de las dos anteriores, de presentar “las variables” e “ideas fuerza” de la misma con el fin de que nos ayude, si procede, a “descubrir” qué puntos pueden ayudarnos al desarrollo del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario que estoy proponiendo realizar.

Como hemos hecho en el punto anterior de intentar “descubrir” los puntos en común de las dos leyes analizadas, cuando concluyamos el análisis de esta Ley y la de la Comunidad Autónoma de Andalucía realizaremos el mismo procedimiento.

La Ley 11/2003 de la Comunidad Autónoma de Madrid inicia reconociendo el Estado Social y de Derecho desde la perspectiva de la Constitución de 1978. Esto significa que existe un reconocimiento de que los derechos civiles y políticos se sitúan en la misma perspectiva y nivel que los derechos sociales y económicos; es decir, tienen la misma importancia. *“El estado social y democrático de derecho, tal y como define la Constitución Española, compromete a los poderes públicos e la promoción de condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y los grupos en que se integra sean reales y efectivas, removiendo los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y faciliten la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social, así como en el cumplimiento de los objetivos que hagan posible el progreso económico y social”*⁹³

EL PUNTO DE PARTIDA ES EL ESTADO SOCIAL Y DE DERECHO

LIBERTAD E IGUALDAD

PROGRESO ECONÓMICO Y SOCIAL (DERECHOS) = DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS

Cuadro número 41. Variables

Es evidente que, al igual que ocurre con las Leyes que hemos analizado anteriormente, el inicio de todas ellas “marca” diría yo la “identidad de la Ley”. Hasta

⁹³ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Preámbulo I.

ahora cada Comunidad Autónoma ha querido dejar claro qué punto de partida es para ella el importante.

Recordemos de manera breve este aspecto:

- La Comunidad Autónoma del País Vasco señala la PLENA COMPETENCIA.
- La Comunidad Autónoma de Aragón señala el RECONOCIMIENTO QUE LOS SERVICIOS SOCIALES CONSOLIDAN EL ESTADO DE BIENESTAR.
- La Comunidad Autónoma de Madrid señala EL ESTADO SOCIAL Y DE DERECHO, COMO GARANTE DE LA LIBERTAD E DE LA IGUALDAD Y EDSTO SE TRADUCE EN PROGRESO ECONÓMICO Y SOCIAL EN IGUALDAD A LOS DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS.

Esto “per se” no es ni negativo ni positivo. Nos quedamos inicialmente con que se trata de una constatación objetiva; pero como hemos visto en el punto de Consideraciones a tener en cuenta en el análisis realizado de la Ley 12/2008 (Comunidad Autónoma del País Vasco) y de la Ley 5/2009 (Comunidad Autónoma de Aragón) conlleva un hilo conductor en el propio desarrollo de las Leyes y supone un trasfondo ideológico; pero a pesar de ello existen, como ha quedado patente, un número muy importante de puntos en común que podrían hacer posible, este es el reto que tenemos, el desarrollo del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

La Ley 11/2003 de la Comunidad de Madrid reconoce que en función de la capacidad que le otorga la Constitución en materia de asistencia social puede articular la organización la acción social en la propia Comunidad Autónoma por tener competencias plenas en la asistencia social. *“El concepto de asistencia social, como materia en la que pueden asumir competencias las Comunidades Autónomas constituidas al abrigo de la Constitución, tiene como característica relevante la de que su propia constitución y desarrollo se realiza en íntima conexión con la realidad más próxima a la de demandas ciudadanas, lo que obliga de delimitar, en todo caso, el instrumento de su actividad. De este modo, los servicios sociales se constituyen como medio instrumental organizado de la acción social que emana del ejercicio pleno de la competencia de asistencia social”*⁹⁴

- SE ASUMEN COMPETENCIAS EN VIRTUD DE LO QUE POSILITA LA CONSTITUCIÓN DE 1978
- SE TIENE EN CUENTA LA CONEXIÓN CON LA REALIDAD MÁS PRÓXIMA DE LOS CIUDADANOS
- SERVICIOS SOCIALES MEDIO INSTRUMENTAL ORGANIZADO DE LA ACCIÓN SOCIAL

Cuadro número 42. Variables

⁹⁴ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Preámbulo I.

Esta Ley responde a la necesidad existente de renovar la anterior Ley de Servicios Sociales (Ley 11/ 1984, de 6 de junio). Se reconoce por tanto que se viene de un proceso, que existe un camino realizado; esto está en sintonía con lo que he señalado en el Capítulo Segundo de esta Memoria de Tesis Doctoral al intentar explicar en el mismo que la ACCIÓN SOCIAL respondía a un proceso de trabajo y experiencias. Tener esta visión es muy importante porque nos recuerda que hay que extraer lo positivo que pueda existir. Se trataría de no olvidarse de las fortalezas que la Acción Social ha ido generando. Uno de los puntos que juzgo interesantes es que habla de financiación del SISTEMA. *“Sin embargo, el paso del tiempo, la dinámica del cambio social y la propia práctica de la atención social han puesto en evidencia las carencias de la Ley promulgada hace casi veinte años, principalmente en lo que se refiere a la definición conceptual, delimitación del campo de actuación de los servicios sociales, tipificación de prestaciones, modelo organizativo, definición de competencias y financiación del sistema”*⁹⁵

- **RENOVACIÓN DEL SISTEMA**
- **CONCEPTO**
- **CAMPO DE ACTUACIÓN**
- **PRESTACIONES**
- **ORGANIZACIÓN**
- **DEFINIR COMPETENCIAS**
- **FINANCIACIÓN DEL SISTEMA**

Cuadro número 43. Variables

Esta Ley ha sido el resultado de un trabajo, con vocación de equipo, a través de aportaciones realizadas por:

- Responsables políticos (autonómico y municipal)
- Técnicos
- Entidades y Asociaciones
- Profesionales
- Ciudadanos en general

Pretendía esta Ley el buscar el mayor consenso posible. Se pretendía, con este método, resaltar la importancia de esta Ley. Se entendía, desde el Gobierno

⁹⁵ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Preámbulo I.

Autónomo, que los servicios sociales tienen una enorme repercusión social, de ahí la búsqueda del consenso. *“La elaboración de esta Ley se ha realizado a través de un proceso participativo, en el que han intervenido desde responsables políticos en el ámbito autonómico y municipal, a técnicos, entidades, asociaciones, profesionales y ciudadanos en general, respondiendo a la convicción de que la búsqueda del consenso social y político es fundamental cuando se trata de legislar en temas tan amplios y de tan importante repercusión social como son los que afectan a los servicios sociales. Esta Ley es, por tanto, el resultado de integrar todas las aportaciones realizadas por los distintos agentes implicados en los servicios sociales en la Comunidad de Madrid”*⁹⁶

- SE HA PRETENDIDO EL CONSENSO SOCIAL
- PONE EL ACENTO EN LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA ACCIÓN SOCIAL A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS SOCIALES
- SE RECONO QUE LA LEY HA RECOGIDO LAS APORTACIONES REALIZADAS

Cuadro número 44.

Variables

La Ley quiere ayudar a concretar cómo organizar todo aquello que pueda formar parte del SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES. Se vuelve a emplear el término SISTEMA. Pretende tener en cuenta lo que sea positivo y sirva de la organización anterior; pero al mismo tiempo entiende que hay que añadir nuevos procedimientos para que todos los ciudadanos puedan recibir de igual manera la atención social. *“Por un lado, la Ley pretende estructurar y ordenar los distintos componentes del sistema de servicios sociales, incorporando aspectos relativos a la organización de los servicios que ya funcionan en la práctica y que dan consistencia al sistema. A ellos se han añadido otros temas relativos a las formas de intervención social, con objeto de homogeneizarlas para garantizar que todos los ciudadanos reciban del mismo modo la atención social”*⁹⁷

- ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES
- TIENE EN CUENTA LO POSTIVO DEL ANTERIOR
- NUEVAS FORMAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL
- GARANTIZAR QUE TODOS RECIBAN DE LA MISMA MANERA LA ATENCIÓN SOCIAL

Cuadro número 45.

Variables

⁹⁶ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Preámbulo I.

⁹⁷ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Preámbulo I.

Esta Ley favorece y posibilita la universalidad así como la equidad y la igualdad para que todos los ciudadanos tengan el acceso a los servicios sociales, al mismo tiempo que ayuda a clarificar y consolidar los derechos. Desde esta perspectiva potencia la dignidad y facilita la posibilidad de elegir entre distintas opciones en la atención social que el propio SISTEMA de SERVICIOS SOCIALES tendrá u ofertará. *“Trata con madurez a los ciudadanos en cuanto usuarios de los servicios sociales, reconociendo su condición de individuos responsables, capaces de asumir y colaborar en la resolución de los problemas de índole social que en la comunidad se presentan, y en los suyos propios, respetando su dignidad y facilitando su autonomía y su libre elección entre las distintas opciones de atención social que puede ofrecerles el sistema de servicios sociales”*⁹⁸ Ante esto hay que percatarse que introduce un aspecto bastante “revolucionario” la libre elección. Sin lugar a dudas supondrá, de llevarse adelante un sistema de “organizar los servicios” de tal manera que los mismos puedan responder con coherencia a este principio. Este tema no aparece, al menos desde esta perspectiva, en las anteriores Leyes analizadas.

- UNIVERSALIDAD
- EQUIDAD
- IGUALDAD
- LIBRE ELECCIÓN Y AUTONOMÍA

Cuadro número 46. Variables

Se potencia la participación de la sociedad civil y se reconoce la existencia de agentes diversos –pluralidad- en la posibilidad de proveer servicios con el objetivo de alcanzar o lograr bienestar social. Todo esto, sin embargo, no aleja a la Administración de la responsabilidad pública en velar por las prestaciones y derechos de los ciudadanos. *“La Ley promueve la participación directa de la sociedad civil en la programación, control y evaluación de los servicios sociales, reconociendo también la pluralidad de agentes que convergen en la provisión de servicios para el bienestar social, aunque sin olvidar la responsabilidad pública de garantizar prestaciones y derechos ciudadanos”*⁹⁹

⁹⁸ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Preámbulo I.

⁹⁹ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Preámbulo I.

- **RECONOCIMIENTO DE AGENTES DIVERSOS QUE PUEDAN PROVEER LOS SERVICIOS**
- **LA ADMINISTRACIÓN TIENE LA RESPONSABILIDAD PÚBLICA DE VELAR POR LAS PRESTACIONES Y DERECHOS**

Cuadro número 47.

Variables

Acercándonos, a partir de ahora, al articulado observamos que el Objeto de la Ley es regular la asistencia social tanto en las intervenciones de las Administraciones como de la iniciativa privada. Queda claro que se cuenta desde el principio con estructuras pertenecientes a la Administración Pública como a Entidades Privadas. La acción social contará con estas estructuras que estarán bajo la garantía de la Comunidad de Madrid, la cual seguirá y ordenará las actividades de las entidades, centros, servicios, inspecciones, calidad. *“La presente Ley tiene por objeto regular, en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid, y en razón de su competencia exclusiva en materia de asistencia social, las actuaciones que desarrollen las diferentes Administraciones Públicas o la iniciativa privada, en el campo de los servicios sociales. La Comunidad de Madrid garantiza el desarrollo de la acción social mediante un sistema público de servicios sociales destinado a contribuir el bienestar social mediante la prevención, eliminación o tratamiento de las causas que impidan o dificulten el pleno desarrollo de los individuos o de los grupos en que los mismos se integran. La Comunidad de Madrid garantizará también la adecuada prestación de los servicios sociales mediante la ordenación de la actividad de las entidades, centros y servicios de acción social y el desarrollo de actuaciones de inspección y control de la calidad en los servicios por ellos prestados”*¹⁰⁰

- **REGULAR LAS ACTUACIONES DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS E INICIATIVA PRIVADA**
- **GARANTIZARÁ LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES**
- **ORDENARÁ LA ACTIVIDAD**

Cuadro número 47. Ideas fuerza

¹⁰⁰ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título Preliminar. Artículo 1.

Nos podemos percatar que no pone “apellido” a las entidades, centros, etc... en cuanto a si son públicos y/o privados. Es suficiente con el enunciado inicial. Luego no concreta. En esto la Legislación de la Comunidad de Aragón es más concisa priorizando el “apellido público”. En la de la Comunidad del País Vasco se clarifica, también desde el principio el protagonismo de “lo público” pero apoyando mucho a la iniciativa social. La Comunidad de Madrid, ya habíamos visto en el inicio de cada Ley que los conceptos que aparecen en las mismas ayudan a configurar un “modelo de Ley” determinado buscando su propia identidad. Menciono esto a modo de señalar las diferencias que se van dando; lo cual no se puede concluir que es mejor o peor, en principio; sin embargo, sí es importante tener en cuenta estas apreciaciones a la hora de proponer un Modelo como el que presento en esta Tesis Doctoral: MODELO DE ATENCION POLIVALENTE SOCIO SANITARIO.

En cuanto a la finalidad, esta Ley tiene claro que tiene que estar atenta a las necesidades de las personas, no puede quedarse al margen; por esta razón, la prevención supone un eje fundamental, junto a la vulnerabilidad y la dependencia que se traducen en problemas personales. Me parece muy significativo que haga relación a la dependencia. Recordemos que, todavía, cuando se promulga esta Ley, no existe la Ley de la Dependencia. Dedicará un capítulo a LA DEPENDENCIA; en este sentido la Ley es pionera. Es cierto que la Ley llegará tres años y medio más tarde; pero, también es verdad que, desde hacía tiempo se habían iniciado trabajos, estudios, investigaciones que estaban preparando lo concluiría como L.A.D. De hecho ya se había estado trabajando en esta Memoria el Libro Blanco de la Dependencia y éste sí está próximo a la Ley 11/2003 de la Comunidad Autónoma de Madrid. Además, ya se había realizado el Plan Gerontológico Nacional y la actualización de este Plan Nacional y el PLAN DE MAYORES DE LA COMUNIDAD DE MADRID en época de la Consejera Doña Rosa Posada y de la Directora General, Doña Concepción Lostau. Evidentemente se está teniendo en cuenta todo lo que se estaba gestando para elaborar la futura L.A.D.

Por otro lado en el periodo de la Consejera Rosa Posada se van perfilando Planes de Actuación en las áreas de la discapacidad, salud mental, drogadicción. Planes que se irán concretando posteriormente a esta Ley, respondiendo, al Plan Estratégico que habrá que desarrollar en la Comunidad de Madrid en materia de Acción Social.

“Los servicios sociales tendrán por finalidad la promoción del bienestar de las personas, la prevención de situaciones de riesgo y la compensación de déficits de apoyo social, centrando su interés en los factores de vulnerabilidad o dependencia que, por causas naturales o sobrevenidas, se puedan producir en cada etapa de la vida y traducirse en problemas personales”¹⁰¹

¹⁰¹ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título Preliminar. Artículo 2.



Cuadro número 49. Ideas fuerza

En cuanto a los principios se enumeran los siguientes: Responsabilidad pública, Universalidad, Igualdad, Protagonismo de la Persona, Solidaridad, Globalidad, Proximidad, Participación, Concurrencia y Coordinación. En total 10. La Ley de la Comunidad Autónoma del País Vasco recoge 11 y la Comunidad Autónoma de Aragón 17.¹⁰²

La Configuración del Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, según esta Ley queda formado por todos aquellos elementos que dan respuesta a lo que se puede considerar necesidades sociales en el ámbito de los Servicios Sociales; señala que mediante gestión realizada por las Administraciones Autonómica y Local. *“El sistema público de servicios sociales de la Comunidad de Madrid está constituido por el conjunto integrado y coordinado de programas, recursos, prestaciones, actividades y equipamientos destinados a la atención social de la población y gestionados por las Administraciones autonómica y local”*¹⁰³



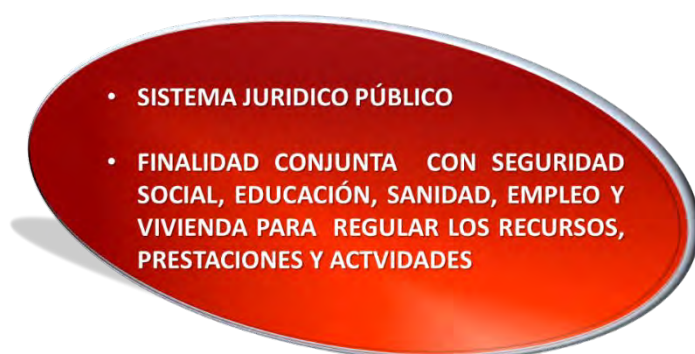
Cuadro número 49. Ideas fuerza

En la parte jurídica de carácter público en relación con la protección social está equiparado a los otros sistemas existentes. Esto, sin duda, posibilita que la normativa relativa a la organización y al procedimiento ayude en el bienestar de los ciudadanos. *“En cuanto al sistema jurídico público de protección social tiene por finalidad, junto a*

¹⁰² Cfr. Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título Preliminar. Artículo 3.

¹⁰³ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título I. Capítulo I. Artículo 7.1

los sistemas de seguridad social, educación, sanidad, empleo y vivienda, la mejora del bienestar social de los ciudadanos y está compuesto por el conjunto de normas, sustantivas, de organización y de procedimiento, debidamente relacionadas y compatibles entre sí, que regulan los recursos, las prestaciones y actividades de los servicios sociales”¹⁰⁴



Cuadro número 50. Ideas fuerza

La Ley señala el ámbito subjetivo en la aplicación del Sistema Público de Servicios Sociales. *“Con carácter general, tendrán derecho a recibir las Prestaciones y participar en las actividades de servicios sociales reguladas en la presente Ley todas las personas de nacionalidad española, o que ostenten la ciudadanía de la Unión Europea, empadronadas en alguno de los municipios de la Comunidad de Madrid”¹⁰⁵*



Cuadro número 51. Ideas fuerza

Avanzando en el articulado de la Ley nos encontramos la necesidad de coordinarse con otros sistemas afines. Despierta un interés, al menos para mí por lo que supone mi propuesta de Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario, que se señale la necesidad de activar una coordinación de los Servicios Sociales con las áreas sociosanitaria, educativa, los servicios de empleo, de formación y de vivienda. Desde luego que es punto de apoyo para el Modelo que propongo. *“Las funciones que se atribuyen al sistema público de servicios sociales, serán objeto de coordinación con las que corresponden a otros sistemas para el bienestar social afines o complementarios.*

¹⁰⁴ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título I. Capítulo I. Artículo 7.2

¹⁰⁵ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título I. Capítulo I. Artículo 10.

Lo dispuesto en el apartado anterior será de especial aplicación a la coordinación sociosanitaria, a la coordinación con el sistema educativo, con los servicios de empleo, de formación, de vivienda y aquellos otros que puedan confluir con los servicios sociales en áreas concretas de la intervención social”¹⁰⁶



Cuadro número 52. Ideas fuerza

Fomenta la Ley fórmulas de colaboración entre las Administraciones Públicas. Habla de Convenios de Colaboración y/o Consorcios de Gestión.¹⁰⁷

El Capítulo III hace referencia a las Actuaciones del Sistema Público de Servicios Sociales, considerando tres sectores prioritarios: menores, adultos y mayores. Aquí el sistema no podrá limitar la atención y tendrá que dar respuesta al desarrollo de la persona según se encuentre su progresión biológica por edad, proporcionándole los recursos más pertinentes. Entiende la Administración que la atención deberá estar interrelacionada y complementarse entre los Servicios Sociales de Atención Primaria y /o Especializada. Por lo que respecta a la “idea” del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario, esto que señalo sobre interrelacionar o complementar es muy importante porque el Modelo propuesto tiene, entre otros puntos, esta doble dimensión; por lo tanto como “idea de apoyo” hay que considerar lo que se dice en esta Ley. *“El sistema público de servicios sociales diseñará sus actuaciones tomando en consideración tres sectores de edad: menores, adultos y mayores. En todo caso esta agrupación no impedirá la continuidad de las atenciones sociales requeridas por la misma persona cuando pase de una etapa a otra, ni la aceptación flexible de los límites de edad señalados, con objeto de aplicar los recursos más adecuados a cada situación. La atención a cada sector deberá articularse de forma complementaria*

¹⁰⁶ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título I. Capítulo I. Artículo 11.

¹⁰⁷ Cfr. Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título I. Capítulo I. Artículo 12.

desde los servicios sociales de atención primaria y especializada que se describen en la Sección 1ª del capítulo IV del Título I”¹⁰⁸



Cuadro número 53. Ideas fuerza

La Ley hace referencia a la discapacidad y entiende que lo que se debe potenciar es el mayor grado de autonomía posible y normalización, se constata, además, que la atención a estas personas conlleva transversalidad. Hay que favorecer, por tanto, la integración. *“De modo específico, las atenciones del sistema público de servicios sociales dirigidas a personas con discapacidad se regirán por los principios de favorecimiento de la vida independiente, igualdad y no discriminación, teniendo en cuenta la igualdad de oportunidades desde la perspectiva de género. Su finalidad será conseguir la mayor autonomía de la persona en su desenvolvimiento personal y su plena integración social mediante actuaciones de carácter transversal para facilitar el acceso normalizado a todos los recursos relacionados con la autonomía, la participación y la integración en la vida social y económica. Será función de los servicios sociales sensibilizar e impulsar estas actuaciones”*¹⁰⁹



Cuadro número 54. Ideas fuerza

¹⁰⁸ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título I. Capítulo III. Artículo 20.

¹⁰⁹ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título I. Capítulo III. Artículo 22,4

Se entiende en esta Ley que la población de personas mayores debe contar, también, con los apoyos debidos para seguir facilitándoles una calidad de vida adecuada. Considera que todo lo que se deba hacer valorará la situación del mayor en cuanto a la pérdida de capacidades y de recursos personales. Esto conlleva que las Administraciones deberán de ofrecer actuaciones que posibiliten a las personas mayores realizar una vida lo más normalizada posible. La Ley habla que este sector estará constituido por las personas de 65 o más años. También reconoce que pueda darse dependencia. *“Las medidas que se adopten tomarán en consideración la eventual disminución de capacidades y recursos personales que requieran reforzar los apoyos externos para atender sus necesidades. Las líneas fundamentales de actuación de los servicios sociales en este sector serán: a) Favorecer la atención integral de las necesidades que se plantean en esta etapa de la vida; b) El impulso y la facilitación a través de programas y medidas que permitan a estas personas su aportación a la sociedad, como uno de los mejores instrumentos de sus integración social; c) Promover la autonomía de las personas mayores, estimulando el desarrollo de sus habilidades en beneficio de su bienestar físico y psíquico; d) Facilitar el mantenimiento de la persona mayor en su medio, a través de medidas que posibiliten su permanencia en el hogar propio o familiar; e) Disponer la prestación de cuidados personales, en centros de atención diurna o en centros residenciales, destinados a personas mayores en situación de dependencia; f) la protección jurídica de las personas mayores en situación de desamparo”*¹¹⁰ Todas estas medidas serán tenidas muy en cuenta en el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario; por entender que las mismas pueden formar parte del mismo. Esto está, también, en consonancia con lo que las Leyes que antes hemos analizado dicen al respecto.



Cuadro número 55. Ideas fuerza

Al referirse al modelo de intervención tiene en cuenta que lo hará en función de realizar una intervención adecuada según el caso, siendo la intervención

¹¹⁰ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título I. Capítulo III. Artículo 23

interdisciplinar con el fin de lograr que la respuesta que se ofrezca a la persona sea integrada. Esto per se supone un enorme reto porque conlleva la voluntad de trabajar en equipo. Asimismo introduce la figura del profesional de referencia. Figura que se mantendrá tanto en la Atención Primaria como en la Atención Especializada. Evidentemente todo esto conlleva equipos interprofesionales. *“En el sistema público de servicios sociales, se diseñará el tipo de intervención adecuada en cada caso, que se formalizará como programa o proyecto individual, familiar, grupal o comunitario, con la participación de los interesados, y de modo que se garantice la coherencia y continuidad de itinerarios de atención o inserción. La intervención en servicios sociales tendrá carácter interdisciplinar al objeto de ofrecer una atención integrada....El profesional de referencia será el encargado de canalizar los distintos apoyos que precise cada persona, asegurando la globalidad de las intervenciones, así como la adecuada aplicación de los recursos”*¹¹¹



Cuadro número 56. Ideas fuerza

La Ley en cuanto a la Organización Funcional y territorial señala a la Unidad Funcional del Sistema, a la Estructura Funcional que la concreta en Atención Social Primaria y Atención Social Especializada. En cuanto a la Primaria dice que tendrá un carácter polivalente. En relación a la Especializada dice que tendrá que existir una coordinación con otros servicios de bienestar que operen en el mismo territorio (salud, educación, cultura y empleo). La planificación de los recursos se hará en función de una distribución equilibrada en el territorio.¹¹²

¹¹¹ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título I. Capítulo III. Artículos 24 y 25

¹¹² Cfr. Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título I. Capítulo IV.



Cuadro número 57. Ideas fuerza

Hay que señalar que las competencias quedan distribuidas entre las propias de la Comunidad de Madrid y los Municipios, organizándose según se establezca en esta Ley. Se señala que la Consejería podrá establecer los servicios sociales con el fin de evitar desequilibrios territoriales; también podrá diseñar los criterios generales y los modelos de intervención en las áreas primaria y especializada; así como estudiar e investigar las necesidades que se puedan ir generando en el ámbito de los Servicios Sociales, siempre para encontrar soluciones. Se encargará de la coordinación entre las Entidades Locales y la Iniciativa Privada, dando asistencia técnica y asesoría en aquellos puntos relacionados con los servicios que realicen.¹¹³



Cuadro número 58. Ideas fuerza

¹¹³ Cfr. Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título II. Capítulos I y II.

Se establece el sistema de financiación sujeto a los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid y a las asignaciones presupuestarias de las Corporaciones Locales. También se contará con las aportaciones de los usuarios de los centros.¹¹⁴ En esta línea esta Ley es similar a las de la Comunidad Autónoma del País Vasco y a la de la Comunidad Autónoma de Aragón.

En el desarrollo de esta Ley se dedica el punto V a la iniciativa privada en los servicios sociales. Conceptualmente significa que la misma podrá realizar prestaciones sociales y lo podrán hacer también las organizaciones de voluntariado social. Se les permitirá ser titulares de centros y servicios sociales. *“A efectos de esta Ley, se entenderá por iniciativa privada a las personas físicas y jurídicas que efectúen, por sí mismas o a través de centros y establecimientos dependientes de ellas, programas y prestaciones de servicios sociales, así como también las organizaciones de voluntariado social. Las entidades privadas, con o sin ánimo de lucro, podrán ser titulares de centros y servicios sociales, siempre que se encuentren debidamente autorizadas y cumplan los requisitos que, al efecto, establezca la normativa reguladora de la actividad de los centros y servicios de acción social y servicios sociales de la Comunidad de Madrid”*¹¹⁵



Cuadro número 59. Ideas fuerza

A partir de esta Ley las Entidades de Iniciativa Social son Fundaciones, Cooperativas de Iniciativa Social, Cooperativas de la Comunidad de Madrid, agentes sociales (sindicatos y asociaciones empresariales), organizaciones no gubernamentales y empresas de inserción. Estas Entidades podrán contratar con las

¹¹⁴ Cfr. Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título II. Capítulo V.

¹¹⁵ Cfr. Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título V.

Administraciones Públicas. Es más ateniéndose a la Ley Orgánica 1/2002 de 22 de marzo se podrán hacer convenios de colaboración en programas de actividades de interés social. *“Se consideran entidades de iniciativa social a las Fundaciones, a las Cooperativas de Iniciativa Social reguladas en la Ley 4/199, de 30 de marzo, de Cooperativas de la Comunidad de Madrid, a los agentes sociales (sindicatos y asociaciones empresariales), a las organizaciones no gubernamentales y a las empresas de inserción....Podrán contratar con las Administraciones la gestión de los servicios sociales públicos cuya competencia corresponde a aquéllas. podrán celebrar con las asociaciones que persigan objetivos de interés general, sin ánimo de lucro, convenios de colaboración en programas de actividades de interés social”*¹¹⁶ El punto de los Convenios es esencial de cara al desarrollo de atención sociosanitaria que propongo realizar a través del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. También se posibilita el realizar actividades de servicios sociales con entidades que tengan ánimo de lucro. Asimismo fija la relación con Entidades Colaboradoras que serán sin ánimo de lucro.



Cuadro número 60. Ideas fuerza

Como he señalado anteriormente, en esta Ley, se da una situación pionera, dedica el Título VI a la atención social a la dependencia. En esto es más “comprometida” que las Leyes de la Comunidad Autónoma del País Vasco y de la Comunidad Autónoma de Aragón que, si bien, fueron promulgadas después de la aprobación de la L.A.D, no han dedicado la extensión a la Dependencia que emplea la Ley de la Comunidad de Madrid que es anterior a la L.A.D.

¹¹⁶ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título V. Artículo 56

Deja claro que supone dependencia. “A los efectos de esta Ley, se entiende por dependencia la situación en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria. Todos los sectores de la población pueden estar afectados por la situación de dependencia, aunque las necesidades de atención puedan variar en función de la edad, el grado de dependencia, las condiciones de vida y otros factores asociados”¹¹⁷

Es muy importante reseñar que la dependencia no “tiene edad”.



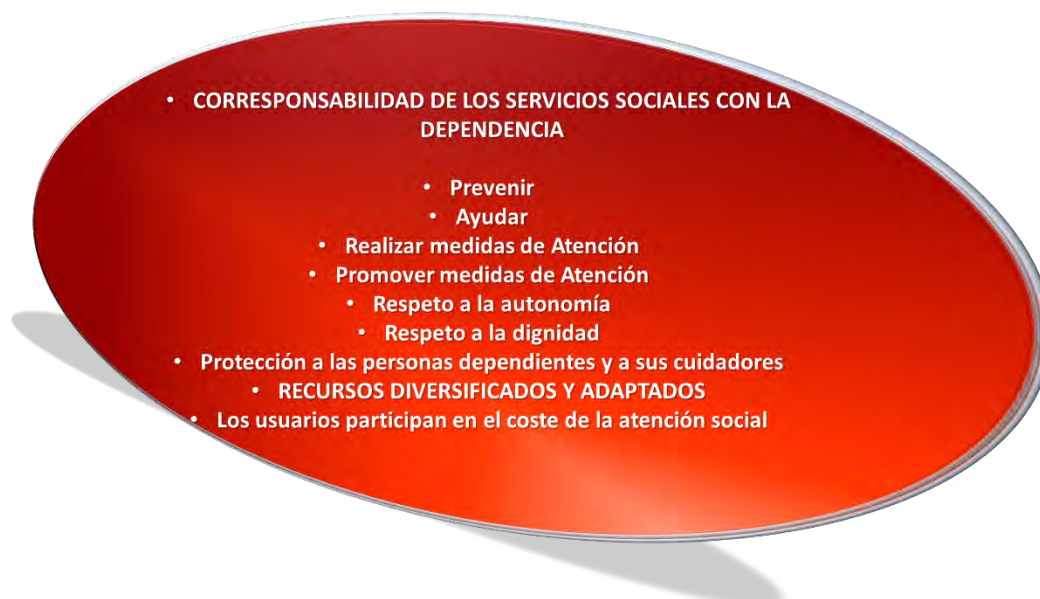
Cuadro número 61.

Ideas fuerza)

La Ley marca a los servicios sociales las actuaciones que deberá desarrollar ante las personas que tengan dependencia. “ a) Prevenir la dependencia, evitar su agravamiento y reducir al máximo sus consecuencias en la vida de las personas y los grupos familiares en que se integran; b) Ayudar a las personas en situación de dependencia, proporcionándolas la protección necesaria, facilitando su acceso a los servicios sociales más indicados y disponiendo las ayudas económicas y técnicas apropiadas; c) llevar a cabo medidas de habilitación personal y social que permitan a las personas en situación de dependencia recuperar la máxima autonomía posible; d) promover medidas y recursos que favorezcan su participación en las actividades de la vida social” . En cuanto al objetivo se deberá tener en cuenta “a) respeto a la autonomía y a la dignidad de la personas dependiente; b) protección del bienestar y desarrollo personal de al personas dependiente y de sus cuidadores; c) recursos diversificados y adaptados a las diferentes situaciones de dependencia; d) participación de los usuarios en el coste de los servicios de atención social a la dependencia”¹¹⁸ Se puede señalar la voluntad de ofrecer servicios diversificados y adaptados a las necesidades de las personas dependientes. Podemos hablar de CORRESPONSABILIDAD entre los Servicios Sociales y la situación de dependencia de las personas.

¹¹⁷ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título V. Artículo 56

¹¹⁸ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título VI. Artículos 62 y 63



Cuadro número 62. Ideas fuerza

Los servicios deben de adaptarse a las necesidades de las personas dependientes; por lo tanto se realizarán las correspondientes adaptaciones. Esto conlleva voluntad de reorganización. Se percibe de aquí que los siguientes puntos citados deben darse de manera interrelacionada. No son “fijos”, son “dinámicos” y generadores de Proyectos Nuevos, de ahí que, a mi entender que, lo referido en el apartado g) sea muy importante por cuanto posibilita Organizar o Proponer Proyectos nuevos, en esta línea hay que entender la gran oportunidad que podrá ofrecer el MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO. “a) Atención domiciliaria intensiva; b) Atención diurna; c) Atención residencial; d) Ayuda individual o familiar a través del cheque-servicio; e) Apoyo a familias y cuidadores informales; f) Ayudas Instrumentales; g) Cualesquiera otras de carácter técnico, económico y material que pudieran establecerse en respuesta a las necesidades de la población y como consecuencia de los avances en las formas de atención”. ¹¹⁹Se insiste en la libertad de atención en el artículo 66 y en los cuidados informarles y en las medidas a favor de los cuidadores en los artículos 67 y 68.

¹¹⁹ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título VI. Artículo 64,5



Cuadro número 63. Ideas fuerza

Otro de los puntos esenciales será el dedicado a la Formación e Investigación. (Título VII de la Ley). Desde luego este Título está en perfecta sintonía con el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario por cuanto la formación y la investigación, como hemos visto en el Segundo Capítulo de la presente Memoria de Tesis Doctoral, suponen dos ejes fundamentales del Modelo.

Estructura este Título VII como debe establecerse la formación y la investigación en relación con los Servicios Sociales. *“El sistema de servicios sociales de la Comunidad de Madrid deberá fomentar las actividades encaminadas a la mejora y adecuación de la formación de los profesionales de servicios sociales, la investigación científica y la innovación tecnológica en el campo específico de los servicios sociales”* ¹²⁰



Cuadro número 64.

Ideas fuerza

¹²⁰ Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. Título VII. Artículo 69

Con lo anterior se concluye en el análisis de la Ley 11/2003, de 7 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

IV.1.5.- Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía y Ley 6/1999 de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores, en sus apartados Título III, Título IV y Título V.

Seguiré el mismo esquema que en los anteriores análisis ya que estamos viendo Leyes de Servicios Sociales; pero al final también tendré en cuenta la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores, en sus apartados Título III, Título IV y Título V; dado que esta Ley intenta concretar el espacio sociosanitario de un grupo de personas, los mayores, que se encuentran como grupo de edad con mayor riesgo de dependencia.

La Ley 2/1988 comienza señalando que la Constitución es el referente que conlleva que las personas puedan disfrutar de las condiciones pertinentes para desarrollar una vida con libertad, igualdad y progreso social y económico. *“La Constitución Española compromete expresamente a los poderes públicos en la promoción de las condiciones “para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas, así como en el cumplimiento de objetivos que hagan posible “el progreso social y económico”*¹²¹

Nos percatamos que el punto inicial de la Ley tiene su acento en la propia Constitución que promulga la responsabilidad de los poderes públicos para lograr una sociedad coherente en donde las personas sean “el centro de atención”.

PUNTO DE PARTIDA: LA CONSTITUCIÓN COMO GARANTE DE LOS DERECHOS Y COMO EJE DE COMPROMISO PARA QUE LOS PODERES PÚBLICOS SE COPROMETAN POR EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS

Cuadro número 65. Variables

Este punto de partida tiene sus matizaciones como el resto de las Leyes analizadas; si bien como veremos en el análisis comparativo entre las mismas los objetivos son los mismos; si bien el “acento” significa mucho de cara a la aplicación y

¹²¹ Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Preámbulo.

desarrollo, así como en la participación en la gestión de servicios por parte de la iniciativa privada. No obstante me parece oportuno citar aquí lo que dije cuando analizaba la Ley de la Comunidad Autónoma de Madrid (3/2003 de 27 de marzo):

“Recordemos de manera breve este aspecto:

- *La Comunidad Autónoma del País Vasco reconoce como punto de partida la PLENA COMPETENCIA.*
- *La Comunidad Autónoma de Aragón señala el RECONOCIMIENTO QUE LOS SERVICIOS SOCIALES CONSOLIDAN EL ESTADO DE BIENESTAR.*
- *La Comunidad Autónoma de Madrid señala EL ESTADO SOCIAL Y DE DERECHO, COMO GARANTE DE LA LIBERTAD E DE LA IGUALDAD Y EDSTO SE TRADUCE EN PROGRESO ECONÓMICO Y SOCIAL EN IGUALDAD A LOS DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS.*

Añado un cuarto punto:

- *La Comunidad Autónoma de Andalucía de fija en LA CONSTITUCIÓN COMO GARENTE DE LA ATENCÓN QUE DEBEN DE TENER LAS PERSONAS PARA CRECER DESDE LA IGUALDAD Y LA LIBERTAD Y SE LE AYUDE EN EL PREGRESO SOCIAL Y ECONÓMICO.*

Reconoce, también, esta Ley la diferencia existente entre la población (juventud, disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, mayores, familia). Esta diferencia está marcada en la propia Constitución. Todo esto hace que la propia Ley entienda que desde los servicios sociales haya que delimitar; esto, además, será regulado por las propias Comunidades Autónomas atendiendo a las competencias que da la Constitución en esta materia. *“Ello, unido a la atención que presta a determinadas poblaciones diferenciadas, como la juventud (art. 48), los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (Art 49), los ciudadanos de la tercera edad (art. 50), y la familia y los hijos (art. 39. 1,2,4), configura el soporte de delimitación y matizaciones, y susceptible de ser regulado y desarrollado por la Comunidades Autónomas, en virtud de la asunción de competencias que la propia Constitución posibilita (art. 148.1,materia 20.a)”*¹²²

- SERVICIOS SOCIALES
- TIENE EN CUENTA LA DIFERENCIACIÓN DE LA POBLACIÓN
- SE PRECISA DELIMITAR Y MATIZAR

Cuadro número 66. Variables

¹²² Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Preámbulo.

La Ley tiene que ayudar a establecer la organización de los Servicios Sociales, existe una gran dispersión debido al propio proceso en cómo se fueron asumiendo las competencias y la transferencia de estructuras de la Administración General del Estado al Gobierno Autónomo. *“Desde este marco legal, resulta posible y obligado para la Comunidad Autónoma de Andalucía el abordar una situación, como la actual, en la que inciden negativamente una serie de factores de índole diversa: la dispersión legislativa existente, la multiplicidad de órganos gestores y su distinto carácter, la diversidad de su régimen de financiación e, incluso, la propia imprecisión legal de los términos usados en materia de servicios sociales. Estas son, entre otras, circunstancias que configuran en el momento presente un sistema de servicios sociales que demanda de los poderes públicos una acción que los regule, organice, planifique y, en suma, los haga más eficaces”*¹²³

Evidentemente esto demuestra una voluntad de implicarse en resolver un problema estructural con el fin de poder alcanzar el objetivo de que los servicios sociales puedan dar respuestas a las necesidades de la población. La intencionalidad es positiva. Se quiere hacer algo que concrete de manera práctica el propio mandato de la Constitución. El espíritu es que “hay que ponerse a trabajar”; pero este trabajo debe realizarse con coherencia y con realismo. Hay que reorganizar y sistematizar. *“La presente Ley pretende dar una respuesta adecuada a la problemática antes descrita, otorgando a los servicios sociales su verdadera dimensión y delimitando su ámbito, en aras a que el sistema público que son ella se consagra tenga la necesaria efectividad. Se trata, pues de una norma realista que intenta conjugar una filosofía coherente, en cuanto a su finalidad y objetivos últimos, con la ponderada estimación de los medios e iniciativas con que se cuenta para alcanzarlos”*¹²⁴

- ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES
- SUPERAR LA DISPERSIÓN
- REALIZACIÓN DE UN TRABAJO COHERENTE
- CONOCER LO QUE SE TIENE
- REORGANIZAR Y SISTEMATIZAR
- SISTEMA PÚBLICO

Cuadro número 67. Variables

¹²³ Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Preámbulo.

¹²⁴ Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Preámbulo.

La ley entiende que los Servicios Sociales responden a un sistema público. La responsabilidad está, por tanto, en la propia Estructura Legislativa de la Comunidad Autónoma y, por ende, en el Gobierno correspondiente en la misma.

Antes de seguir con el análisis de esta Ley (2/1988) traigo aquí una cita del preámbulo de la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores por entender que, dado que estamos, analizando las Leyes de Servicios Sociales, ésta, la Ley 6/1999, complementa a la que se está analizando, por cuanto enriquecerá la fundamentación del Proyecto de Atención Polivalente Sociosanitario que estoy proponiendo realizar. La dimensión sociosanitaria, desde la perspectiva de esta Ley, es, a mi entender, un punto novedoso para la Atención a la Dependencia tal y como quedó reflejado en la L.A.D (39/2006 de 14 de diciembre). Señalo que es novedoso porque se adelantó a la propia L.A.D. Esto viene a apoyar lo que ya he señalado anteriormente, cuando he analizado la Ley 11/2003 de 27 de marzo, (Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid), que los Planes Gerontológicos, y el propio Plan Concertado fueron generando “un ambiente positivo” para que el tema de la dependencia fuera tomando “fuerza”, no solo en el espacio social, sino sanitario, de ahí que estemos hablando de sociosanitario, en el educativo, en el del empleo y en el de la familia. Evidentemente la Ley 6/1999 es una realidad de carácter innovador al plantear el espacio sociosanitario.

“En el ámbito autonómico, la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, configuró en nuestra Comunidad Autónoma un Sistema Público de Servicios Sociales, una de cuyas áreas de actuación específica se dirige a la atención y promoción del bienestar de la vejez, creando los Servicios Sociales Especializados para este sector de población con el objeto de promover su integración y participación en la sociedad, favoreciendo su mantenimiento en el medio habitual y evitando su marginación. Como antecedentes de un tratamiento integral a la problemática de este sector, se han elaborado los siguientes planes: Plan Gerontológico Nacional, Plan Andaluz de Salud, Plan de Servicios Sociales de Andalucía y Plan de Atención Integral a los Mayores Andaluces. No obstante, se estima necesario establecer en Andalucía el marco adecuado que desde una perspectiva integradora asegure una respuesta uniforme y coordinada a la problemática de las personas mayores. Ha sido una reivindicación del mismo movimiento asociativo, representante de este sector disponer de una Ley que amparase sus derechos y cubriera sus necesidades”¹²⁵ En el título V se habla directamente de la Atención Sociosanitaria “De la atención sociosanitaria», se afronta un espacio novedoso de atención integral a las personas mayores que precisan de cuidados conjuntos de salud y servicios sociales”¹²⁶

¹²⁵ Ley 6/1999, de 7 julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. Preámbulo.

¹²⁶ Ley 6/1999, de 7 julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. Preámbulo

- ATENCIÓN ESPECÍFICA A LAS PERSONAS MAYORES
- ESPACIO SOCIO SANITARIO
- INTERRELACIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES Y CON SANIDAD

Cuadro número 68. Variables

Ley 6/1999 de 7 de julio

Volviendo a la Ley 21/1988 se establece que en el Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Andalucía quiere ser un sistema público que garantice mediante la coordinación los recursos existentes y necesarios para atender a las personas de esta Comunidad Autónoma a través de los Servicios Sociales.

El fin es claro, evitar la marginación. Por esta razón se trabajará desde la prevención, el tratamiento y la eliminación de las circunstancias que pueden llevar a una persona a la marginalidad social. *“La presente Ley tiene como objeto regular y garantizar en el ámbito de la Comunidad Andaluza, mediante el ejercicio de una acción administrativa coordinada, un sistema público de Servicios Sociales que ponga a disposición de las personas y de los grupos en que éstas se integran recursos, acciones y prestaciones para el logro de su pleno desarrollo, así como la prevención, tratamiento y eliminación de las causas que conducen a su marginación”*¹²⁷

- SERVICIO PÚBLICO
- COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA
- DISPOSICIÓN / SERVICIO PARA LAS PERSONAS
- PREVENIR, TRATAR, ELIMINAR LA MARGINACIÓN

Cuadro número 69. Ideas fuerza

En esta Ley los Principios generales en los que se sustenta la propia Ley son: Responsabilidad Pública, Solidaridad, Igualdad y universalidad, Participación, Prevención, Globalidad, Normalización e integración, Planificación y coordinación,

¹²⁷ Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Título Primero. Capítulo Único. Artículo 1

Descentralización.¹²⁸ En el punto 3 habla de universalidad. Es una Ley que no quiere excluir.

En referencia con el contenido de los Servicios Sociales se cuenta con todo aquello que pueda ayudar a la promoción y al desarrollo del Bienestar, se hará desde la coordinación, ésta será tanto con los medios públicos como con los medios de iniciativa social. Se quiere contar con la iniciativa social. *“Los Servicios Sociales comprenden aquellos recursos, actividades y prestaciones organizadas para la promoción del desarrollo de los individuos y grupos sociales, para la obtención de mayor bienestar social y una mejor calidad de vida, así como para la prevención y eliminación de la marginación social. A estos efectos, los Servicios Sociales estarán coordinados con aquellos otros medios públicos o de iniciativa social que, en el área de Bienestar Social, tengan como finalidad favorecer el libre desarrollo de la persona dentro de la sociedad”*¹²⁹



Cuadro número 70.

Ideas fuerza

La estructura de los Servicios Sociales la concreta en: Servicios Sociales Comunitarios y Servicios Sociales Especializados.



Cuadro número 71. Ideas Fuerza

¹²⁸ En la Comunidad de Madrid tenemos 10 principios. La Ley de la Comunidad Autónoma del País Vasco recoge 11 y la Comunidad Autónoma de Aragón 17.

¹²⁹ Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Título Segundo. Capítulo Primero. Artículo 4

En relación con las áreas de actuación recoge la atención a los mayores y a las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales. Esto es importante por cuanto posibilitará el ir pudiendo desarrollar unos servicios sociales que atiendan a estas personas, lo cual supondrá, sin duda, el reconocimiento de la existencia de interacción técnica y profesional, así como de recursos. Sin duda la aplicación práctica de programas y servicios a estas personas apoyó, en el caso de esta Comunidad Autónoma, la elaboración de la Ley 6/1999 de 7 de julio. *“Las áreas de actuación de los Servicios Sociales se concretan en las siguientes actuaciones: 1.- La atención y promoción del bienestar de la familia y de las unidades de convivencia alternativa; 2.- Atención y promoción del bienestar de la infancia, adolescencia y juventud; 3.- Atención y promoción del bienestar de la vejez; 4.- La atención y promoción del bienestar de las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales; 5.- La prevención de todo tipo de drogodependencias en colaboración con los servicios sanitarios correspondientes; 6.- Prevención y eliminación de cualquier discriminación por razón de raza, sexo o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”*¹³⁰

Con la aplicación de esta Ley se quiere dar respuesta a las diversas necesidades o demandas de servicios que estos colectivos pudieran hacer. Es también importante señalar la relación con el área sanitaria cuando se trata de dar respuesta a las personas con drogodependencia. Se percibe que el ámbito sociosanitario, con este colectivo, es necesario potenciarlo y promocionarlo; esto, per se, supone un gran reto profesional y técnico en la atención a estas personas.



Cuadro número 72. Ideas fuerza

¹³⁰ Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Título Segundo. Capítulo Segundo. Artículo 6

En el desarrollo de esta Ley aparece el término polivalente. Considero que el mismo supone “per se” un apoyo a una visión de la configuración de los Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Sitúa la polivalencia en los Servicios Generales Comunitarios. Esta “idea” es recogida en mi propuesta del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. *“Los Servicios Sociales Comunitarios constituyen la estructura básica del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, siendo su finalidad el logro de unas mejores condiciones de vida para el pleno desarrollo de los individuos y de los grupos en que se integran, mediante una atención integrada y polivalente”*¹³¹



Cuadro número 73. Ideas fuerza

La configuración que propone la Ley de las Zonas de Trabajo Social, sin duda, supuso y supone, a mi entender, un recurso estructural que habría que potenciar. Ya he señalado, en el Segundo Capítulo, la importancia que tiene que tener el Trabajador Social, alejándolo de la burocracia y acercándolo a la proximidad y al trato personal. El Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario que yo propongo tendrá como zona de influencia lo que vendrá explicado como ESPACIO DE DESARROLLO SOCIO SANITARIO; los coordinadores serán: Un/a Trabajador/a Social y Un/a Enfermero/a, de los cuales dependerán Trabajadores/as Sociales y Enfermos/as de proximidad –no de referencia-, veremos la diferencia. *“Para la consecución de los fines previstos en los artículos anteriores, los Servicios Sociales Comunitarios se desarrollarán en las Zonas de Trabajo Social, entendidas éstas como demarcaciones susceptibles de servir como unidades adecuadas, para un prestación eficaz de los mismos”*¹³²



Cuadro número 74. Ideas fuerza

¹³¹ Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Título Segundo. Capítulo Segundo. Artículo 6

¹³² Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Título Segundo. Capítulo Segundo. Artículo 7

La Ley, en la parte de Servicios Sociales, especifica que se dirigen a determinados sectores de la población. Entre éstos están la Tercera Edad y las personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales.¹³³

El Capítulo VI nos lleva al Plan Regional de Servicios Sociales, el mismo supondrá el ordenar los Servicios Sociales en función de las necesidades y atendiendo siempre a un trabajo conjunto con los Municipios. Se trata de que exista una optimización positiva de los recursos económicos. En definitiva se quiere partir “construyendo juntos”. La prioridad propuesta por los Municipios será el eje que vertebre el Plan. *“Con el objeto de responder a las necesidades sociales de Andalucía y de ordenar racionalmente los recursos sociales, se elaborará el Plan Regional de Servicios Sociales, en colaboración con las Corporaciones Locales, que servirá de instrumento de planificación de la Red de Servicios Sociales de Andalucía, y que marcará las directrices que constituirán las pautas para la coordinación de los presupuestos y las actuaciones a las distintas Administraciones Públicas. Para la consecución de los objetivos señalados en los artículos anteriores y en Plan Regional de Servicios Sociales, se determinarán prioridades anuales en relación con las necesidades sociales existentes, teniéndose en cuenta aquellas propuestas de las Corporaciones Locales que se justifiquen como prioritarias”*¹³⁴



Cuadro número 75. Ideas fuerza

En la Ley se establece la creación del Instituto Andaluz de Servicios Sociales (IASS), es un organismo autónomo y se responsabiliza de la Gestión de Servicios Sociales, incluidos los transferidos por la Seguridad Social.¹³⁵

¹³³ Cfr. Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Título Segundo. Capítulo Tercero. Artículo 11

¹³⁴ Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Título Segundo. Capítulo Sexto. Artículos 15 y 16

¹³⁵ Cfr. Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Título Cuarto. Capítulo Primero.

Si bien el mismo está adscrito a la Consejería de Salud y Servicios Sociales, se trata de una estructura que realiza un trabajo con plena autonomía. Considero que esta estructura es positiva en la relación con el Modelo que propongo, por cuanto éste, para su desarrollo, podría depender de un Organismo similar. Estructura que debería depender de una Consejería única que llevará la Sanidad y los Servicios Sociales, y en caso que la estructura del Gobierno tuviera dos Consejerías diferentes, la existencia de un Organismo Autónomo facilitaría la puesta en marcha de un Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.



Cuadro número 76. Ideas fuerza

En relación con la Iniciativa Social la Ley precisa que el Sistema Público de Servicios Sociales podrá colaborar con ésta y con el Voluntariado Social.¹³⁶ También regula cómo será la Colaboración Financiera.¹³⁷ Habla también de las Instituciones dependientes de la Iglesia Católica, de otras confesiones y de la Cruz Roja en las Disposiciones Adicionales.

Es importante que la colaboración se concrete con Entidades de Iniciativa Social. En esto no está en la misma línea que las anteriores Leyes (ARAGÓN, MADRID, PAIS VASCO) analizadas.



Cuadro número 77. Ideas fuerza

¹³⁶ Cfr. Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Título Cuarto. Capítulo Tercero. Artículos 25 26

¹³⁷ Cfr. Ley 2/1988, de 4 de Abril, de Servicios Sociales de Andalucía. Título Quinto. Capítulo Primero. Artículo 29

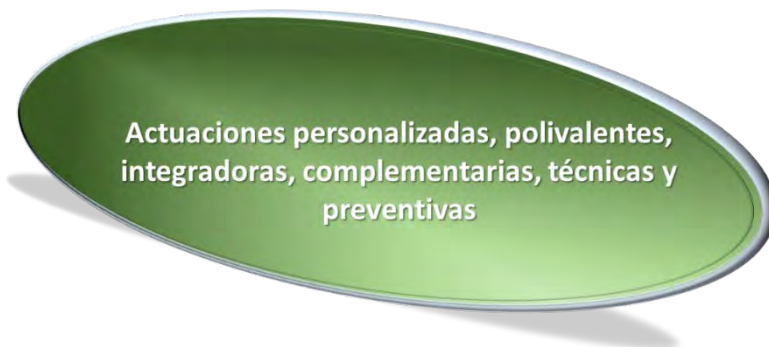
Como he señalado al principio del análisis de la **Ley 2/1988 de 4 de abril** voy a dedicar un breve análisis a la **Ley 6/1999 de 7 de Julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores en los Títulos III, IV y V.**

Esta Ley en el título III señala que los servicios públicos y privados –aquí ya introduce el término privado- están en la estructura del Servicio Andaluz de Servicios Sociales. *“1.-El Sistema Andaluz de Servicios Sociales engloba a los servicios y centros de atención a las personas mayores de titularidad tanto pública como privada. 2. Se garantizará la adecuada prestación de servicios, tanto comunitarios como especializados, a las personas mayores, en el ámbito de los servicios y centros de servicios sociales, de titularidad pública y privada”*¹³⁸



Cuadro número 78. Ideas fuerza

Esta Ley sitúa el trabajo que deberá de realizarse desde los Servicios Sociales Comunitarios. *“Los Servicios Sociales Comunitarios dispensarán prestaciones y servicios mediante actuaciones personalizadas, polivalentes, integradoras, complementarias, técnicas y preventivas tendentes a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Los Servicios Sociales Comunitarios responderán a las necesidades de las personas mayores mediante información sobre recursos existentes, gestión de prestaciones, ayuda a domicilio y, en general, mediante la atención especial a personas con problemas de integración social. Los Servicios Sociales Comunitarios actuarán tanto en el ámbito individual como de grupo, dando apoyo a las asociaciones de personas mayores y a sus familiares”*¹³⁹



Cuadro número 79.

Ideas fuerza

¹³⁸ Ley 6/1999 de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. Título III. Capítulo Primero. Artículo 7.

¹³⁹ Ley 6/1999 de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. Título III. Capítulo Segundo. Artículo 13

En relación con los Servicios Sociales Especializados la Ley los denomina de la siguiente manera. *“Los Servicios Sociales Especializados, en cuanto instrumentos para la atención a las personas mayores dirigidos a posibilitar su integración social, habrán de procurar estructurarse en los ámbitos más próximos al ciudadano, evitando situaciones de desarraigo, y se estructurarán a través de:*

- *Centros de día.*
- *Unidades de estancias diurnas.*
- *Viviendas tuteladas.*
- *Centros residenciales.*
- *Otras alternativas.*

*Los Servicios Sociales especializados tenderán a estructurarse en los ámbitos más próximos a las personas a quienes prestan servicio, evitando situaciones de desarraigo”*¹⁴⁰ En este punto me parece esencial el recoger el apartado “OTRAS ALTERNATIVAS” dado que el mismo pudiera perfectamente amparar la posibilidad de “albergar” el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

No podemos percatar que la Ley 6/1999 de 7 de julio, de Atención y Protección de Personas Mayores tiene contenidos similares a lo que tanto la Ley 11/2003 de la Comunidad de Madrid como la Ley 5/2009 de la Comunidad de Aragón, como la Ley 12/2008 del País Vasco recogen en su articulado. En cierta medida la Comunidad de Andalucía fue pionera al promulgar una Ley monográfica en cuanto a la atención de los Mayores y lo fue, desde mi punto de vista, por la relación que en la misma se da con el ámbito sanitario. Esto es novedoso y además supone una voluntad decidida de que el espacio sociosanitario pueda tener desarrollo. Lo que ha ocurrido es que se quedó en un ámbito sanitario y no ha podido evolucionar suficientemente en el espacio propio sociosanitario. Pero el hecho y el esfuerzo de unir espacios fue, es y será muy constructivo para lo que después supuso la construcción de la L.A.D.



Cuadro número 80. Ideas fuerza

En el espacio sanitario la ley explicita lo siguiente:

¹⁴⁰ Ley 6/1999 de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. Título III. Capítulo Tercero. Artículo 14

“En el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la atención sanitaria de las personas mayores estará orientada a la consecución de los siguientes objetivos:

- a) Promover la salud y prevenir problemas de salud a través del desarrollo de programas de educación para la salud dirigidos al fomento de hábitos saludables de vida, a la prevención de accidentes y enfermedades, a evitar el uso abusivo de medicamentos y otros que se determinen de interés para el colectivo de personas mayores. A estos efectos, se utilizarán los recursos y medios más cercanos y accesibles para este sector de población.*
- b) Asegurar la calidad de la asistencia sanitaria en el nivel primario de atención, por medio de una adecuada formación y reciclaje en Geriatria y Gerontología de los profesionales de los equipos de atención primaria.*
- c) Propiciar la permanencia de las personas mayores enfermas en su domicilio a través de la necesaria potenciación de los programas de atención médica y de enfermería domiciliaria. Igualmente y de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias se propiciará la permanencia de las personas mayores enfermas o en situación de riesgo en su domicilio, mediante la creación de un sistema gratuito de conexión permanente y aviso a los servicios de atención sanitaria. Reglamentariamente, se establecerán las ayudas técnicas específicas de estos programas y los requisitos que deban concurrir en sus beneficiarios.*
- d) Garantizar la adecuada coordinación entre los servicios sanitarios de atención primaria y especializada, a través del establecimiento conjunto de criterios de derivación entre ambos niveles de atención y la debida protocolización de la continuidad de los cuidados.*
- e) Garantizar la calidad de la asistencia sanitaria en el nivel especializado de atención, mediante la actuación coordinada de equipos multidisciplinares.*
- f) Potenciar los programas de rehabilitación funcional que contribuyan al buen estado físico, psíquico o sensorial de esta población o compensen su deterioro”¹⁴¹*

Evidentemente todo esto conlleva una voluntad de trabajar en equipo y de evaluar para ir desarrollando un SISTEMA que dé respuesta a las necesidades reales de las personas dependientes, en este caso mayores.

¹⁴¹ Ley 6/1999 de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. Título Cuarto. Artículo 23



Cuadro número 81.

Ideas fuerza

La intencionalidad de la Ley es valiente, ya he señalado anteriormente que novedosa. Del Sistema Sociosanitario dice¹⁴²:

1. *“El Sistema de Atención Sociosanitaria quedará formado por aquellos servicios y centros de la Administración de la Junta de Andalucía que se determine reglamentariamente, así como por los de las Entidades Locales y otras instituciones públicas y privadas con las que se establezcan los adecuados mecanismos de colaboración.*
2. *Los servicios sociosanitarios se configuran como una red de servicios y prestaciones que cubrirán las necesidades de cuidados entre los diversos niveles y sistemas de atención a las personas de forma integral, interdisciplinar y rehabilitadora, optimizando los recursos disponibles.*
3. *Los servicios socio sanitarios habrán de localizarse lo más próximos posible al entorno habitual de la persona mayor”*¹⁴³

Lo que este aquí se señala es esencial para realizar un verdadero “cambio de mentalidad” y poder realizar proyectos novedosos e innovadores que hagan posible el desarrollo de la JUSTICIA SOCIAL y de la ATENCION INTEGRAL Y POLIVALENTE.

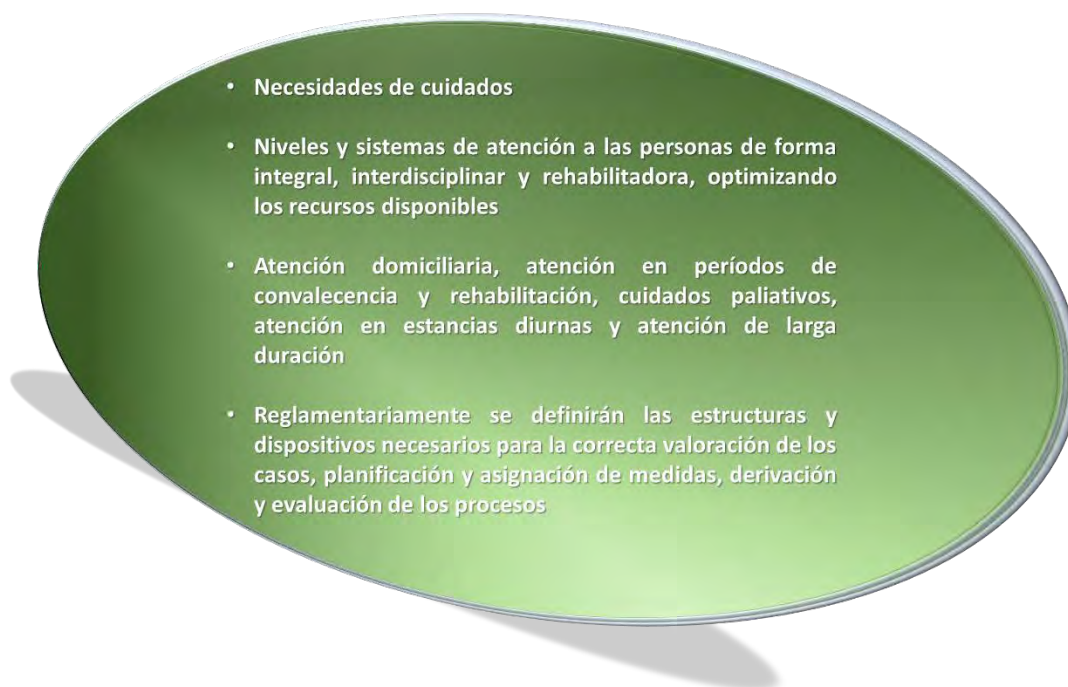
Justicia Social porque conllevará la reasignación presupuestaria y la búsqueda de una financiación del SISTEMA DE LA DEPENDENCIA que vaya más allá de la intencionalidad por Ley de asegurar los presupuestos adecuados; para pasar a la acción práctica hay que decir, también, a la población de dónde tienen que salir los fondos. Cuando explique el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario, como es

¹⁴² Habla de Sistema Sociosanitario esto es muy importante conceptualmente. Implica un reconocimiento específico de esta área que, por otro lado, será esencial en la Atención a la Dependencia.

¹⁴³ Ley 6/1999 de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. Título Quinto. Artículo 26

obvio, afrontaré este tema; pero, no quisiera dejar pasar la oportunidad de comentarlo ahora al hilo de lo recogido en la cita anterior, dado que si queremos que lo que en la misma se recoge vaya adelante, a “buen puerto” y no se quede en “intencionalidad” es preciso desarrollar un compromiso solidario y generoso por parte de quienes tienen la capacidad legislativa de asignar fondos.

Otro punto de la Ley es el de las prestaciones que se darán desde el Sistema Sociosanitario, ya que este punto concreta lo dicho anteriormente. *“El sistema sociosanitario comprenderá, entre otras prestaciones, las siguientes: Atención domiciliaria, atención en períodos de convalecencia y rehabilitación, cuidados paliativos, atención en estancias diurnas y atención de larga duración. Reglamentariamente se definirán las estructuras y dispositivos necesarios para la correcta valoración de los casos, planificación y asignación de medidas, derivación y evaluación de los procesos”*¹⁴⁴



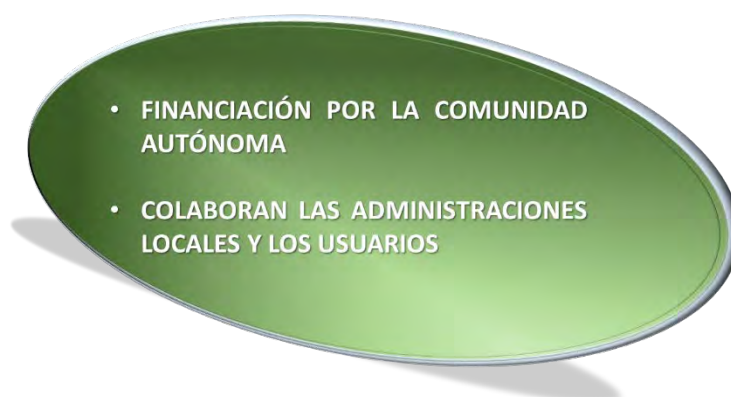
Cuadro número 82. Ideas fuerza

Lo que plantea anteriormente es un reto sobre el que hay que trabajar, hoy, después de casi 14 años, todavía queda mucho por hacer. Esto significa que tenemos la oportunidad de seguir creando, ideando, innovando y, sobre todo, de mejorar los servicios que actualmente tenemos.

Tanto esta Ley 6/1999 como la Ley 2/1988 hablan de la financiación.

¹⁴⁴ Ley 6/1999 de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. Título Quinto. Artículo 27.

Existe el compromiso de consignación de fondos por parte de la Comunidad Autónoma de Andalucía, también habla de la participación de los usuarios en los gastos de los servicios, al referirse a los privados lo hace con carácter de privado subvencionado y también dice que participaran en el gasto de determinados servicios.¹⁴⁵



Cuadro número 83. Ideas fuerza

Con este punto he terminado de analizar las Ley 2/1988 de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía apoyándome también en la Ley 6/1999 de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía.

IV.1.6.- Consideraciones a tener en cuenta en el análisis realizado de la Ley 2/1988 (Comunidad Autónoma de Andalucía) y de la Ley 11/2003 (Comunidad Autónoma de Madrid)

Ambas Leyes más la Ley 6/1999 de 7 de Julio de Atención y Protección a Personas Mayores de la Comunidad Autónoma de Andalucía se promulgan antes de L.A.D (1 de enero 2007). A través de estas Leyes en estas Comunidades Autónomas nos percatamos que existe una preocupación por la realidad de la dependencia.

El contexto temporal es diferente; pero no cabe duda que el desarrollo de los Servicios Sociales, en ambas Comunidades Autónomas, ayudó a detectar la necesidad de establecer un plan específico para atender a las personas con dependencias. En el caso de Andalucía se centró en la población mayor.

Si nos fijamos en la Variables podemos concretar las siguientes:

¹⁴⁵ Cfr. Ley 2/1988 de 4 de abril de Servicios Sociales de Andalucía. Título Quinto, Capítulo Primero. Artículos 28 y 29 y Capítulo Segundo Artículo 30. Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. Título Quinto. Artículos 28 y 29

1. La Constitución garantiza los Derechos y las CC.AA. asumen su responsabilidad en materia de Servicios Sociales.
2. Realidad próxima de las personas/Tiene en cuenta la diferenciación de la población.
3. Organización.
4. Definir competencias.
5. Sistematizar.
6. Responsabilidad Pública.
7. Sistema de Servicios Sociales.
8. Atención a la Dependencia.
9. Interacción entre Servicios Sociales y Sanidad (Sociosanitario)
10. Financiación pública del Sistema.
11. Universalidad

Si lo anterior es común existen también variables, digamos, propias, así la Comunidad de Madrid específica:

- a) Progreso Económico y Social /Derechos civiles y políticos.
- b) Consenso social.
- c) Diversos agentes pueden prestar el servicio.
- d) Libre elección y autonomía.

Estas variables relacionándolas con el Decálogo propuesto en el primer capítulo de esta Tesis Doctoral nos invitan a poder organizar un procedimiento mediante el cual el desarrollo de los Servicios Sociales responda a los puntos del Decálogo.

La aplicabilidad de estas Leyes en las respectivas Comunidades Autónomas supone, aun existiendo puntos en común, diferencias significativas en lo que respecta al rol que puede jugar la iniciativa privada (agentes diversos) y el desarrollo de la libre elección.

Una vez más hay que decir que estos “detalles” pueden significar que el Sistema se fragmenta. No se trata de una fragmentación que pudiéramos considerar “per se” ni buena ni mala; pero sí es cierto que el devenir del tiempo puede generar importantes diferencias.

Evidentemente las Leyes analizadas son, como en el caso de las Leyes del País Vasco y Aragón, posibilitadoras de poder establecer –si existe voluntad política- un PLAN DE TRABAJO CONJUNTO que nos conduzca a todos cumplir con el Decálogo señalado. El cumplimiento del Decálogo conllevara corregir posibles desviaciones, al mismo tiempo que nos centrará en el verdadero valor que tienen que tener este perfil de leyes: LA DIGNIFICACIÓN Y LA JUSTICIA SOCIAL.

El desarrollo de los Servicios Sociales en estas Comunidades Autónomas reconoce la diferenciación existente que se da por la propia realidad social y esto lleva al reconocimiento de los espacios sociosanitarios desde la dependencia, y esto es anterior a la promulgación de la L.A.D.

Esta constatación, desde mi punto de vista, es una gran oportunidad para intentar construir de manera conjunta Modelos de Atención desde la Polivalencia y lo Sociosanitario. Se trata de poder cambiar la complejidad existente por un sistema que esté en sintonía con los puntos del Decálogo. Esto nos ayuda a superar las limitaciones existentes que surgen del propio sistema organizado en España, “así a la hora de analizar los modelos de ASS en España resulta particularmente complejo ya que existe una amplia variedad de programas y políticas cuya disparidad procede de diferentes causas: a) La solidez de las competencias sanitarias asumidas; b) El distinto grado de desarrollo del sistema de servicios sociales tanto en el reconocimiento de derechos como en lo que se refiere a los recursos existentes; c) la existencia de consenso en las CC.AA. sobre la necesidad de Atención Sociosanitaria; d) la mayor o menor capacidad real de “coordinación sociosanitaria” entre profesionales sanitarios y sociales”. (RODRIGUEZ CABRERO, Gregorio.2001:7)

Las variables señaladas interrelacionadas con el Decálogo tienen el reto de poder ayudar a establecer nuevos Modelos de Atención que puedan dar respuesta a la constatación que “el envejecimiento de la población, la mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por las alteraciones congénitas, o por enfermedades y accidentes graves, y la creciente incidencia de los accidentes laborales y de tráfico ofrecen una realidad en nuestro país, que está en la base de la demanda, cada vez mayor, de los ciudadanos de una atención pública especialmente dirigida a las personas en situación de dependencia, y también a los cuidadores o cuidadoras que les atiende en su hogar”. (OLIVER POZO, José María. 2006:31)

Hay que hacerse la misma pregunta que me hice en el apartado de Consideraciones de las Leyes del País Vasco y de Aragón ¿las variables señaladas nos ayudan a poder construir verdaderamente un SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES o más bien son un sumatorio de estructuras que no facilitan una intervención integral e integradora?

La respuesta es que éstas nos hacen tomar conciencia de la necesidad de articular un SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES. Estas variables son una constatación en el avance que se está realizando en esta materia en el conjunto del territorio de España. Son variables que han ido conduciendo a los Servicios Sociales en una dirección de adaptación a la realidad existente en los territorios (CCAA). Este proceso ha llevado a todas las CCAA a descubrir la necesidad de dar respuesta a la dependencia y, por tanto, a buscar planes de actuación en clave sociosanitaria. La L.A.D., sin duda, es el

resultado de la aplicabilidad de estas variables en la constitución de un Sistema de Servicios Sociales en las CCAA.

Al aplicar las variables se ha descubierto que aparecían nuevas necesidades y éstas, a su vez, demandaban nuevos modelos de intervención/atención. Sin duda el Plan Gerontológico Nacional es un ejemplo claro de este proceso creativo que se iba generando por la propia dinámica que las variables señaladas iban nutriendo al Sistema de Servicios Sociales. El Plan Gerontológico se hace en respuesta a la demanda de la población mayor que, por circunstancias biológicas relacionadas con el envejecimiento, hacen de este núcleo poblacional, un espacio fundamental para el desarrollo de modelos de intervención/atención a la dependencia y dentro de los mismos se percibe la necesidad de trabajar conjuntamente las áreas sanitaria y social, es decir lo sociosanitario; pero como se viene insistiendo en esta Tesis Doctoral, la dependencia comporta una atención sociosanitaria a un mayor número de personas no circunscritas a la situación de envejecimiento. El primer Plan Gerontológico Nacional (PINEDA, Rafael: 1992) señala que las demandas de la Población Mayor son:

- Suficiencia económica.
- Salud y asistencia sanitaria.
- Servicios Sociales.
- Residencias.
- Coordinación de las distintas instancias administrativas.
- Coordinación Sociosanitaria.
- Fomento de la cultura y preparación para un ocio creativo y recreativo.
- Participación Social.

Sin lugar a dudas estos aspectos han configurado la organización de los Modelos de Atención a la población mayor. Son demandas que se han convertido en Programas de Actuación dirigidos a este colectivo. De hecho, han servido como punto de apoyo para ir articulando el desarrollo de los Servicios Sociales y su relación con la dependencia.

Evidentemente en las leyes analizadas en estas dos CCAA existen variables, como hemos visto, que nos aproximan al mismo tiempo que nos invitan a realizar un PLAN DE TRABAJO CONJUNTO. Con la propuesta de realizar un PLAN DE TRABAJO CONJUNTO, al igual, que se ha hecho en el apartado de Consideraciones a las Leyes del País Vasco y de Aragón, se busca el poder reconducir un SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES, apoyado al menos, hasta ahora en la dispersión y en la diferenciación Autonómica, hacia el cumplimiento del Decálogo propuesto, porque esto hará posible que el Estado de Bienestar no se paralice en función de los recursos económicos disponibles de cada Comunidad Autónoma. En una situación real y concisa de crisis económica, como la que se está viviendo, arrastrada ésta desde el año 2007 y estamos en el 2014, nos tiene que invitar a poner en marcha un PLAN DE TRABAJO

CONJUNTO en el territorio del Estado Español. Únicamente, de esta forma, podremos acometer positivamente el mantenimiento del Estado de Bienestar.

El PLAN DE TRABAJO CONJUNTO comporta, sin dudarlo, mantener la calidad de vida. No podemos olvidar que el desarrollo de las Leyes de Servicios Sociales (Sistema de Servicios Sociales), así como de otros Sistemas (Sanidad, Educación, Empleo, etc.) lo que pretenden es conservar y ampliar los puntos esenciales y necesarios para que las personas podamos tener calidad de vida. Las variables mencionadas dejarían de aportar dinámica creativa (transformación de los Servicios Sociales) si no logarían mantener y ganar CALIDAD DE VIDA. El Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario que se propone tiene como uno de los objetivos “fuerza”: LA CALIDAD DE VIDA. “Así, en un estado moderno del bienestar se trata de establecer un riguroso proceso de planificación social en el que se inserte, mandatoriamente, la valoración de toda intervención en función de los objetivos previamente establecidos. Y así, volvemos a encontrar el concepto de “calidad de vida” ya que en la mayor parte de las prestaciones, programas y servicios sociales aparece como objetivo prioritario el incremento de la calidad de vida de los ciudadanos beneficiados o de las poblaciones-objetivo de tales programas”.(FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. y MACIA ANTON, A. 1993:3)

Cfr. Anexo número 4: Tabla de concordancias de las variables y las ideas fuerza de las leyes.

Pasemos ahora a las “ideas fuerza”. Éstas las relaciono con lo que he llamado “eje” del Modelo de Atención (Intervención) Polivalente Sociosanitario. Este “eje” está formado, como hemos visto anteriormente, por los siguientes puntos: LA EVOLUCIÓN, LA ADAPTACIÓN, LA COMPRENSIÓN, LA GESTIÓN-ADMINISTRACIÓN, LA COMPATIBILIDAD.

“Ideas fuerza” de carácter conjunto que podemos extraer del análisis de las leyes referidas de las CCAA de Madrid y Andalucía:

1. Servicio Público.
2. Sistema Público integrado y coordinado.
3. Coordinar Administrativamente entre los diversos agentes.
4. Se Garantiza la prestación de Servicios Sociales.
5. Mayor Calidad de Vida /Bienestar Social.
6. Dimensión subjetiva en la atención a las personas.
7. Trabajar y planificar coordinadamente con otros Sistemas y Programas (Sanidad, Educación, Empleo, Vivienda, Formación, Investigación) /Optimizar recursos.
8. Racionalidad en las estructuras y servicios.
9. Atención Específica a la Dependencia.
10. Coordinación Sociosanitaria.

11. Integración y Polivalencia.
12. Atención integral, interdisciplinar, rehabilitadora.
13. Detectar necesidades.
14. Reconocimiento de la Titularidad Pública y Privada de cara a realizar servicios.
15. Personal de Referencia.
16. Colaboración con la Iniciativa Privada. En la Comunidad de Madrid se habla que con la Iniciativa Privada con ánimo de lucro se establecerán contratos; con la Iniciativa social se podrán desarrollar Convenidos de Colaboración, así como tener el reconocimiento de ser Entidades Colaboradoras. En Andalucía se colaborará con Entidades Privadas el ámbito de la Iniciativa Social.
17. Es preciso realizar adaptaciones en función de la dependencia de las personas.
18. Libertad de elección en el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid.
19. Sostenibilidad económica pública. Los usuarios deberán colaborar atendiendo a su situación social.
20. Investigación y Formación.

Estas veinte “ideas fuerza” configuran la propia fortaleza de los Servicios Sociales en estas dos Comunidades Autónomas (Madrid, Andalucía). Éstas han ayudado, sin lugar a dudas, a desarrollar unos Servicios Sociales que, como hemos dicho en el párrafo conclusivo del apartado de las variables, están dirigidos a manifestar la calidad de vida que las personas de ambas Comunidades deben de tener o mantener cuando acceden a los mismos.

Efectivamente, en ambas CCAA, la legislación se adelantó a la L.A.D. ; lo cual es reflejo de que ésta es la consecuencia de la “avanzadilla” que los Servicios Sociales fueron generando en torno a la necesidad de dar una respuesta específica a la dependencia. Esto conlleva, no lo dudemos, a re-planificar, acción que tanto en Andalucía con la promulgación de la ley 6/1999 y con el apartado específico de la Dependencia en la Ley 11/2003 (Comunidad Autónoma de Madrid) realizaron. Significa que se está atento a lo que la propia realidad va marcando, sobre todo en relación con lo que debe de suponer la calidad de vida. En esta perspectiva “el que fuera Vice-consejero de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social en la Comunidad Autónoma de Andalucía señala que habrá que prepararse para la adecuada aplicación en la Comunidad Autónoma Andaluza del sistema de atención a las personas en situación de dependencia. Esto es hoy por hoy, la tarea que ocupa en gran medida nuestra atención, así consideramos que lo exige el desarrollo de la sociedad andaluza y la calidad de vida a la que aspiran nuestros conciudadanos”. (OLIVER POZO, José María.2006:33) Nos percatamos que se está pendiente de dar respuesta según la necesidad planteada por la propia situación de dependencia.

Las “ideas fuerza” señaladas refuerzan la idea que es posible adentrarse en el reto de intentar elaborar un PLAN CONJUNTO DE COLABORACIÓN. Existe un camino por hacer en esta dimensión al que no deberíamos de renunciar de antemano. Lo estamos comprobando en cuanto que constatando que en ambas Comunidades Autónomas existen gobiernos de color político diferente; sin embargo a la hora de legislar en materia de Servicios Sociales –al menos en el papel- no existen grandes diferencias conceptuales; más allá del rol de deben de tener las Entidades Privadas. Quizá sea este punto el hecho más diferenciador entre las leyes analizadas.

Insisto en la no separación o distancia. En defensa de esta visión analítica que hago me parece muy significativo traer a colación lo que en 1995 dijo Cristina Alberdi (Ministra de Asuntos Sociales). Fijémonos que se trata de 1995 y las Leyes que hemos analizado en este apartado, una la Ley 2/1988 (Comunidad Autónoma de Andalucía) es anterior; pero las otras dos son posteriores a esta este artículo; sin olvidar que se trataba de una Ministra de un Gobierno Socialista. “Como respuesta a la nueva situación que se dibuja para el futuro, el Gobierno ha diseñado y está ejecutando el Plan Gerontológico, que ofrece un marco desde el que las Administraciones Públicas, las Organizaciones No Gubernamentales y el sector privado con ánimo de lucro pueden desarrollar un amplio abanico de intervenciones dirigidas a estas personas. Se trata de un Plan Integral cuyo objetivo central es el derecho a envejecer dignamente y a hacerlo en casa”. (ALBERDI, Cristina.1995: 9)

Mi postura con respecto a este punto –el de la iniciativa privada-, como ya he señalado en anteriores ocasiones en este trabajo, la explicitaré cuando trate de explicar operativa y prácticamente el Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario. No obstante ateniéndome a lo que he desarrollado en el Primer Capítulo se puede intuir la postura que mantendré al respecto.

Las veinte “ideas fuerza” están estrechamente relacionadas con la evolución. De hecho son las que propician que los Servicios Sociales puedan evolucionar y responder a las nuevas necesidades. Por esta razón la “idea fuerza” número 20 (investigación y formación) en este punto del “eje” es esencial. Si lo que hemos desarrollado en materia de Servicios Sociales, en cuanto a estructuras y organización se analiza con respecto a determinadas situaciones de la población, por ejemplo la dependencia, nos percataremos que se precisan realizar cambios de calado en las propias estructuras y en la organización que las sustenta.

Las leyes analizadas nos introducen en lo que podemos denominar dinámica creativa que va más allá de lo que éstas han generado en cuanto a Servicios Sociales de Base y Servicios Sociales Especializados.

Cierto es que para responder a las demandas que la población realizaba a los poderes públicos en materia de Servicios Sociales y partiendo de la propia Constitución fue necesario articular unas estructuras que dieran respuesta a las

necesidades sociales. Hemos visto en el Capítulo II lo que esto supuso. Se organizaron servicios de Base y servicios Especializados; hoy, sin embargo, por la propia evolución de la realidad social y del “descubrimiento” de la dependencia es preciso proponer un cambio de estructuras y de organización.

La misión de los poderes públicos, independientemente del perfil político, es promocionar la posibilidad **de evolucionar**. Ya hemos señalado anteriormente que no existe, en el caso del Partido Popular (Comunidad de Madrid) y del Partido Socialista (Comunidad de Andalucía) una significativa distancia en las “ideas fuerza” de las leyes analizadas.

Si bien he puesto el acento en la “idea fuerza” número 20, cada una de estas “ideas fuerza” afianzan el punto “eje” **de la necesidad de evolucionar**.

Lo anterior supone el tener voluntad de crecer conjuntamente.

En relación con **la adaptación** tenemos que las siguientes “ideas fuerza” tienen un “papel” que jugar:

- Sistema Público integrado y coordinado.
- Mayor Calidad de Vida /Bienestar Social.
- Trabajar y planificar coordinadamente con otros Sistemas y Programas (Sanidad, Educación, Empleo, Vivienda, Formación, Investigación) /Optimizar recursos.
- Racionalidad en las estructuras y servicios.
- Atención Específica a la Dependencia.
- Coordinación Sociosanitaria.
- Integración y Polivalencia.
- Atención integral, interdisciplinar, rehabilitadora.
- Detectar necesidades.
- Reconocimiento de la Titularidad Pública y Privada de cara a realizar servicios.
- Colaboración con la Iniciativa Privada. En la Comunidad de Madrid se habla que con la Iniciativa Privada con ánimo de lucro se establecerán contratos; con la Iniciativa social se podrán desarrollar Convenidos de Colaboración, así como tener el reconocimiento de ser Entidades Colaboradoras. En Andalucía se colaborará con Entidades Privadas el ámbito de la Iniciativa Social.

- Es preciso realizar adaptaciones en función de la dependencia de las personas.
- Libertad de elección en el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid.
- Sostenibilidad económica pública. Los usuarios deberán colaborar atendiendo a su situación social.
- Investigación y Formación.

La adaptación conlleva tener que tomar decisiones. Es “per se” un acto que siempre termina originando cambios. En cierta manera se trata de hacer “pequeñas o grandes revoluciones” que hacen que el sistema se cuestione y busque nuevas formas, desde la perspectiva de los Servicios Sociales, hay que decir que supone encontrar respuestas a través de un Modelo de Atención diferente a los existentes.

Este punto está relacionado con lo que he dicho en esta Tesis Doctoral en el apartado: **La Revolución de la Dependencia: Recomponer la fragmentación y dispersión de la Acción Social**. La adaptación siempre conlleva superar las limitaciones que las propias leyes han generado apoyándose en las “ideas fuerza”. Hay que superar la complejidad si verdaderamente queremos dotarnos de un Sistema de Atención a la Dependencia creíble y realizable. Estas “ideas fuerza” son un puntal necesario para ello. El profesor Rodríguez Cabrero ya nos advertía de ello en el año 2001 en relación con una reflexión que hizo sobre políticas, modelos sociosanitarios y planes de atención a mayores. “Esta complejidad obliga a diferenciar dos grandes niveles de política: las Políticas de las Administraciones Centrales y las Políticas Autonómicas. A su vez en este último podemos diferenciar entre tres niveles de desarrollo: programas sociosanitarios estrictu sensu, planes de atención a personas mayores y planes de salud.....hay que enfatizar la necesidad imperiosa de una mayor coordinación entre Administraciones, si es que se opta por un sistema de atención sociosanitaria equitativo en todo el territorio del Estado”. (RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio. 2001: 7)

La adaptación conlleva un proceso de CREATIVIDAD y nos conduce, sin lugar a dudas, a **la comprensión**. “ideas fuerza” de este punto del “eje” son:

- Sistema Público integrado y coordinado.
- Coordinar Administrativamente entre los diversos agentes.
- Trabajar y planificar coordinadamente con otros Sistemas y Programas (Sanidad, Educación, Empleo, Vivienda, Formación, Investigación) /Optimizar recursos.
- Racionalidad en las estructuras y servicios.
- Atención Específica a la Dependencia.
- Coordinación Sociosanitaria.

- Integración y Polivalencia.
- Atención integral, interdisciplinar, rehabilitadora.

Las leyes analizadas nos permiten, una vez más, el percatarnos que solamente podremos comprender las necesidades de la población dependiente si somos capaces de hacer que estas “ideas fuerza” puedan ser aplicadas en el Sistema de Servicios Sociales con una visión de conjunto. Se trata de ser coherentes y transparentes. Si no vamos en esta dirección nos podremos encontrar con que la L.A.D. a la que más adelante haremos referencia en el apartado “CONCLUSIONES Y RELACION CON LA L.A.D.” quedara limitada, ya no por la crisis económica que venimos arrastrando desde 2007, sino porque no habremos sido capaces de comprender lo que está sucediendo en nuestra realidad sociosanitaria vinculada con la dependencia; por ejemplo con la población mayor que, quizá sea el colectivo más numeroso sujeto a la realidad de la dependencia, quedándonos anclados aunque tengamos hoy día la L.A.D. en lo que ya se decía en 1997, en concreto hace 16 años. De hecho la L.A.D. no resolvió el tema de la financiación, dejando ésta a que sea recogida en los presupuestos correspondientes de las Administraciones Públicas. “Sin clarificar este punto estamos en una situación de desventaja con respecto a otros sistemas del entorno de la Unión Europea que sí decidieron nuevas cotizaciones sociales para sostener un SISTEMA DE DEPENDENCIA. A diferencia de lo que sucede en otros Estados de la Unión Europea, donde el debate de los efectos del envejecimiento y de la dependencia se ha abierto –con especial intensidad en los últimos años y se están aprobando ya medidas específicas, incluyendo la regulación de nuevas cotizaciones, en nuestro país el debate, hasta el momento, ha estado restringido a círculos reducidísimos de especialistas, absorbiendo todo el protagonismo de los efectos del envejecimiento la situación del sistema de pensiones¹⁴⁶. La respuesta al envejecimiento no solo ha sido lenta e insuficiente, sino que además ha sido descoordinada entre el sistema sanitario y el de servicios sociales¹⁴⁷...en la actualidad hay diferencias tanto en la oferta como en la demanda de servicios para los mayores en el conjunto de las Comunidades Autónomas....la tasa de envejecimiento tiene diferencias, aunque no elevadas, entre unas y otras Comunidades. La red de centros y servicios es igualmente distinta. Las dificultades de atención también de diversa complejidad, especialmente en lo que se refieren a las Comunidades Autónomas con población mayor muy dispersa y/o en el ámbito rural”. (MARAVAL GÓMEZ-ALLENDE, Héctor. 1997:15)

Es, reconozcámoslo, una reto en el que seguir trabajando; por ende la L.A.D. tiene un gran sentido para los que trabajamos en el espacio Sanitario y Social. Además es el marco jurídico en el que se puede desarrollar el Modelo de Atención –Intervención-

¹⁴⁶ Hoy (2014), desde mi punto de vista, estamos en este debate: edad de jubilación, si el sistema de pensiones es sostenible.

¹⁴⁷ Lo que se dice en esta referencia bibliográfica con respecto a la descoordinación señala la existencia de ésta en el periodo en que se escribe (1997). De ahí que las leyes a las que hemos hecho referencia, tanto las del País Vasco como las de Aragón, Madrid y Andalucía (6/1996) hagan especial hincapié en la necesidad de coordinarse. La cita y lo que se dice en el texto del artículo al que pertenece la cita no hacen sino constatar una dificultad. Hoy, desde mi punto de vista, todavía es un reto.

Polivalente Sociosanitario que propongo llevar adelante. Lo que queda claro que la L.A.D nos invita, desde la perspectiva de la COMPRENSIÓN, a la realización de un PLAN DE TRABAJO CONJUNTO y, desde luego, a la L.A.D. se llega porque existen “ideas fuerza” extraídas de las Leyes de las CCAA anteriores a esta Ley (L.A.D.)

Ahora nos situamos en el punto del “eje” de **Administración-Gestión**. Las “ideas fuerza”

- Servicio Público.
- Sistema Público integrado y coordinado.
- Coordinar Administrativamente entre los diversos agentes.
- Se Garantiza la prestación de Servicios Sociales.
- Mayor Calidad de Vida /Bienestar Social.
- Dimensión subjetiva en la atención a las personas.
- Trabajar y planificar coordinadamente con otros Sistemas y Programas (Sanidad, Educación, Empleo, Vivienda, Formación, Investigación) /Optimizar recursos.
- Racionalidad en las estructuras y servicios.
- Atención Específica a la Dependencia.
- Coordinación Sociosanitaria.
- Integración y Polivalencia.
- Atención integral, interdisciplinar, rehabilitadora.
- Detectar necesidades.
- Reconocimiento de la Titularidad Pública y Privada de cara a realizar servicios.
- Personal de Referencia.
- Colaboración con la Iniciativa Privada. En la Comunidad de Madrid se habla que con la Iniciativa Privada con ánimo de lucro se establecerán contratos; con la Iniciativa social se podrán desarrollar Convenidos de Colaboración, así como tener el reconocimiento de ser Entidades Colaboradoras. En Andalucía se colaborará con Entidades Privadas el ámbito de la Iniciativa Social.
- Es preciso realizar adaptaciones en función de la dependencia de las personas.
- Libertad de elección en el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid.
- Sostenibilidad económica pública. Los usuarios deberán colaborar atendiendo a su situación social.
- Investigación y Formación.

En este punto también he tenido en cuenta todas “las ideas fuerza” por entender que éstas forman parte de la Administración-Gestión. Está, a mi entender, el concepto de Justicia Social señalado en el Primer Capítulo, ya que no será posible un avance en el desarrollo de nuevos Modelos de Atención –Intervención- si las “ideas fuerza” no

tienen como objetivo final la Justicia Social. Desde esta perspectiva las leyes analizadas siguen siendo una gran oportunidad para no renunciar a esta dimensión.

Las leyes analizadas, como estamos viendo, tienen muchas semejanzas; sin embargo se percibe, en las opiniones de los profesionales y especialistas en la materia que estamos trabajando que las propias leyes limitan al estar circunscritas a territorios determinados. Nos sigue faltando, sin duda, una Ley Marco. Ley que a mi entender puede ser la L.A.D. Esta limitante realidad hace que se puedan ir acuñando diferencias considerables y, sin darnos cuenta, nos alejemos de la Justicia Social que se apoya en la perspectiva de un NUEVO CICLO ECONÓMICO Y SOCIAL (Economía Social de Mercado y Economía del Bien Común). Una ley nunca debe de limitar, no es patrimonio de los políticos, es patrimonio de la ciudadanía. Habría que recordar a los políticos, siguiendo los principios de la Economía del Bien Común que ¡NOSOTROS, la ciudadanía, SOMOS SOBERANOS! Al final para **Administrar-Gestionar** precisamos de marcos legislativos y éstos tienen que ser una respuesta eficiente y eficaz para poder atender a la población, en este caso a las personas dependientes. “Si el pueblo soberano realmente está por encima de todo y el único fin de la democracia es la realización de su voluntad –de la voluntad común-, entonces el pueblo soberano debería poder en todo momento y con su propia fuerza introducir una ley y aprobarla. Actualmente, esto no sucede ni en la Unión Europea ni en Estados Unidos, porque el monopolio está en nuestros representantes. El complemento indirecto (representativo) a la democracia directa sería por lo tanto una implantación consecuente al principio de separación de poderes. Poderes separados de forma más evidente aportarían un plus tangible a la democracia y una confianza mayor en esa forma de organización estatal”. (FELBER, Christian. 2012: 167)

Christian Felber nos invita a saber integrar los procesos que forman parte de la Economía del Bien Común, en este caso el proceso de vivir en democracia. La integración siempre conlleva redescubrir posibilidades. Administrar-Gestionar es precisamente redescubrir procesos que ayuden a establecer nuevos Modelos de Atención. Administrar-Gestionar no es una realidad estática es una acción dinámica que ayuda, también, a transformar la realidad social.

La sostenibilidad económica es un punto esencial para que el SISTEMA pueda realmente ser eficiente y eficaz. Es decir, pueda desarrollarse y cumplir con los objetivos normativos que marcan las leyes. Evidentemente los Modelos de Atención – Prevención- en el contexto que vengo tratando tienen que contar con una gestión económica basada en la Economía Social de Mercado y en la Economía del Bien Común. En esta línea es muy interesante conocer las claves que proporciona el libro de Liderazgo y Gestión (MILLÁN ASÍN, Miguel Ángel. 2013: Capítulo 9)

La “idea fuerza” que podemos asignar al punto de **La Compatibilidad** es la de Trabajar y planificar coordinadamente con otros Sistemas y Programas (Sanidad, Educación, Empleo, Vivienda, Formación, Investigación) /Optimizar recursos.

Este punto, como todos los anteriores, implica el querer transformar estructuras. La coordinación “no es sentarse en una mesa” es avanzar y, para ello hay que transformar lo que no sea operativo y funcional. Si esto no sucede estamos negando algo que es vital y que la legislación analizada tiene presente: LA CALIDAD DE VIDA. Ésta está unida al proceso de dignificación de las personas.

Ciertamente es preciso COHERSIONARNOS, los sistemas deben estar cohesionados. Es un elemento más que nos invita a la transformación y, por ende, a la creación. La L.A.D. es una respuesta positiva en esta dirección: ES FRUTO DE UNA VOLUTAD DE QUERER TRANSFORMAR UN MODELO DE SERVICIOS SOCIALES PARA GENERAR UN SISTEMA QUE VERDADERAMENTE POSIBILITE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES.

Cfr. Anexo número 4: Tabla de concordancias de las variables y las ideas fuerza de las leyes.

Las Leyes analizadas de estas dos Comunidades Autónomas (Madrid y Andalucía) no distancian a estas Comunidades Autónomas. Tienen muchos puntos en común y, considero, que éstos serán una fortaleza y una oportunidad para el Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario que propongo realizar.

IV.1.7.- Conclusiones y Relación con la L.A.D

IV.1.7.1. Ocho puntos a tener en cuenta:

- 1) Del análisis realizado en las leyes de referencia de las CCAA de Andalucía, Aragón, Madrid y País Vasco nos percatamos en el caso de las de Andalucía y Madrid que, si bien, no existía la L.A.D, la de Madrid se adelantó en señalar el tema de la Dependencia, y en Andalucía, a través, de la Ley 6/1999 se estableció un marco para atender a personas mayores, lo cual supuso un esfuerzo por responder a las necesidades de las personas mayores dependientes; sin embargo en el caso de Aragón y País Vasco, siendo leyes promulgadas después de la L.A.D. no aprovecharon suficientemente, desde mi punto de vista, el plasmar con más detalle el tema de la dependencia a partir de lo que la L.A.D. aportaba en la atención de las personas dependientes.

- 2) Se puede decir por lo analizado, que las Leyes, las anteriores y las posteriores, sí recogen, en un caso –las anteriores- el espíritu de la L.A.D, ayudando a dar contenido a la misma y en otro –las posteriores- la necesidad de tener en cuenta la L.A.D.
- 3) Existe, por tanto, proximidad y este aspecto “per se” es ya un buen punto de apoyo para establecer la necesidad que existe de realizar un proceso conjunto en el desarrollo de la L.A.D.
- 4) He mencionado en varias ocasiones en esta Tesis Doctoral de lo pertinente que es el realizar un PLAN DE TRABAJO CONJUNTO que nos ayude a establecer Modelos de Atención coherentes, eficientes y coordinados; ya que el futuro de la sostenibilidad del Bienestar en el ámbito de la dependencia está, precisamente, en el Trabajo Conjunto.
- 5) Evidentemente una legislación en materia de Servicios Sociales tiene que responder a un espacio de Acción Social mucho más amplio que el espacio de la dependencia; pero dado que la dependencia se ha vinculado en buena parte a los Servicios Sociales, y dada la importancia de la misma en nuestra sociedad tendrá que tener un tratamiento diferenciado dentro del marco legal que puede proporcionar una Ley.
- 6) Operativamente, dado el sistema de competencias existente, se ha vinculado la dependencia al área de Servicios Sociales de las CCAA. Esto se debe, en buena parte, al desarrollo de los servicios y a la implantación de las estructuras en dos áreas: Servicios de Base (Atención Primaria) y Servicios Especializados (en función de los colectivos). Si a esto sumamos el peso en la demanda de servicios de la población mayor y en concreto en la población mayor dependiente, el resultado que obtenemos es que en el área de Servicios Especializados, la atención a la dependencia ocupa un porcentaje muy elevado de esta área.
- 7) Sin embargo, lo hemos visto, en la Ley 6/1999 de la Comunidad Autónoma de Andalucía se ha generado un espacio sociosanitario; fruto de la necesaria coordinación entre el ámbito sanitario y el ámbito social en la atención a la dependencia de las personas mayores. Dimensión que también encontramos en el resto de las leyes cuando éstas “invitan” a tener una coordinación con el área sanitaria.
- 8) La mayor necesidad de coordinación y el reconocimiento del espacio sociosanitario hacen de todas estas leyes un punto de apoyo fundamental para aplicar lo que la L.A.D nos señala.

IV.1.7.2. ¿Qué respuestas podemos dar a dos preguntas planteadas en el tercer capítulo?

Estos ocho puntos junto con todo lo explicado en los apartados de análisis de las Leyes de referencia me llevan a responder a las dos preguntas enunciadas en el Capítulo Segundo de esta Tesis Doctoral cuando he desarrollado el punto **“III.2.1.- ¿De dónde partimos? Segunda Constatación”**.

- Leyes de Primera Generación 1982-1986: ¿esta rapidez administrativa-jurídica a fecha de hoy ha supuesto un mayor beneficio para la Acción Social, entendiendo que ésta –al igual que la Seguridad Social- debería haber tenido un marco legislativo a nivel general del Estado Español?
- Leyes de Segunda Generación 1987 y siguientes: ¿Por qué no se tuvo en cuenta en la promulgación de estas leyes en la corrección de los posibles errores cometidos en las anteriores, quizá por falta de experiencia funcional en el modelo de articular los servicios? ¿Pudo ser por una falta de comunicación entre CCAA?

Después de lo presentado en el presente trabajo hasta este momento se puede afirmar que de haber tenido una Ley General de Servicios Sociales para el conjunto del Estado Español hubiera sido muy positivo por cuando habría ayudado a articular y configurar un SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES con visión de conjunto, suponiendo esto una mayor estabilidad para los servicios sociales en general y en particular para la atención a la dependencia desde el área sociosanitaria.

No se puede decir que la rapidez en promulgar leyes autonómicas en materia de Servicios Sociales ha sido negativa, no conocemos qué hubiera pasado de tener una Ley “marco” General, de hecho el análisis realizado de las leyes de referencia nos dice que, si bien no ha existido esta Ley General, existen puntos (“variables” e “ideas fuerza”) de mucha coincidencia.

Lo anterior supone el reconocer que se ha avanzado mucho en materia de Servicios Sociales y esto es un soporte imprescindible para la propuesta del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario, al mismo tiempo que cuestiona a las Administraciones Públicas sobre cómo seguir avanzando a partir de ahora en el ámbito sociosanitario.

Por ende la respuesta a la primera pregunta es, desde mi punto de vista, la siguiente:

- Dado la realidad que tenemos y que, evidentemente, no se puede cambiar aprovechemos los puntos positivos que ha generado estas leyes en materia de Servicios Sociales y busquemos aquellos puntos de encuentro que nos hagan avanzar, esta vez, de manera conjunta, en la respuesta que hay que dar a las personas con dependencia.

- **PUNTOS DE ENCUENTRO:**

- ✓ **VARIABLES**
- ✓ **“IDEAS FUERZA”**

En respuesta a la segunda pregunta y teniendo en cuenta lo planteado en el Tercero Capítulo y lo desarrollado hasta el momento en el Cuarto Capítulo de esta Tesis Doctoral hay que decir que, si bien, se siguió avanzando en Sistemas de Servicios Sociales vinculados a las propias competencias de las CCAA y esto facilita más la dispersión y fragmentación, en las leyes analizadas se especifica la necesidad de trabajar coordinadamente a nivel de Servicios Sociales y en relación con otros Sistemas que configuran el Estado de Bienestar. Por esta razón estamos en el punto que nos encontramos: RESPONDER A LOS RETOS QUE NOS PLANTEA LA DEPENDENCIA.

De momento propongo que nos quedemos con esta idea en lo que supone dar respuesta a la segunda pregunta, concluiremos la respuesta una vez desarrollado el punto del **TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO**, el que hace relación a conocer los planteamientos políticos de al menos seis partidos políticos (PSOE, PP, CONVERGENCIA I UNIO, PNV, UPD, IZQUIERDA UNIDA), en cuanto a la L.A.D.

IV.1.7.3. ¿La L.A.D. un punto de referencia para un plan de trabajo conjunto?

Esta Ley supone para las personas dependientes una “revolución” que ha de cambiar el dibujo de las Áreas Social y Sanitaria.

Han pasado 7 años desde su promulgación e inicio de puesta en marcha y desarrollo aplicativo de la misma, entre tanto nos hemos cruzado con una situación de crisis económica que no debemos de obviar ni los técnicos en distintas áreas relacionadas con la dependencia ni los profesionales ni los políticos ni los expertos ni las administraciones públicas ni los agentes sociales (Fundaciones, Ongs, Empresas, Sindicatos) ni universidades ni investigadores. No seríamos responsables si no tuviéramos en cuenta esta realidad. Los usuarios tampoco pueden quedar al margen de la misma.

Sin embargo, las oportunidades que se “abren” en los espacios social y sanitario pueden suponer el inicio de una transformación de los Sistemas de Servicios Sociales y de Sanidad.

He señalado en los “ocho puntos a tener en cuenta” la relación existente entre Leyes Sociales de las Comunidades Autónomas de Referencia y la L.A.D. Entiendo que estos ocho puntos extraídos del análisis comparativo de estas Leyes Sociales a lo que nos invitan los mismos es a seguir avanzando para transformar los SISTEMAS.

De hecho, como veremos, cuando exponga el Modelo se trata de poder proponer modelos que sumen, y desde los mismos iniciar una transformación ordenada y coherente. Evidentemente, para que se puedan proponer modelos y aplicarlos de manera práctica, como es el caso del MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIOSANITARIO, se precisan de apoyos legales y, sobre todo, de la voluntad política de estar abiertos a nuevos proyectos de intervención en la atención a la Dependencia.

El marco jurídico, por tener incidencia en todo el territorio del Estado Español es la L.A.D., con la misma es factible desarrollar en un espacio geográfico determinado el Modelo que propongo. De ahí que el MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIOSANITARIO, “nace” –“se aplica”- en la proximidad vital de la persona dependiente, es decir en su medio cultural, histórico y social.

Para seguir avanzando es necesario “detenerse” y analizar la L.A.D. de la misma forma que lo he hecho con las Leyes de Servicios Sociales de las CCAA de referencia.

Pero quedémonos con que la L.A.D. es el soporte –marco- jurídico que se precisa para transformar, en parte, los sistemas Social y Sanitario.

La Dependencia supone un reto para la política social de un Estado Democrático. No es punto que se pueda abordar de manera particular y unilateralmente. Es cierto que la familia, en el caso de España, ha sido y sigue siéndolo un punto de apoyo esencial para que las personas con dependencia pudieran ser atendidas adecuadamente. Hoy esta situación ha cambiado y el Estado, las Administraciones públicas, tienen que sustituir a las familias en esta función.

Evidentemente la Dependencia nos hace un reclamo a la sociedad y ésta tiene el reto de “escuchar”. Se trata de reconocer que las personas tenemos un derecho y los poderes públicos tienen la misión de hacer que todas las personas del Estado español sean sujetos de ese derecho.

La L.A.D. señala al respecto *“La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender a las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía....En 2002, bajo la presidencia española, la Unión Europea decidió tres criterios que debían regir las políticas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo de los sistemas que se implanten...Las conclusiones del Informe de la Subcomisión sobre el estudio de la situación actual de la discapacidad, de 13 de diciembre de 2003, coinciden en la necesidad de configurar un sistema integral de la dependencia desde una perspectiva global con la participación activa de toda la sociedad”*¹⁴⁸

El planteamiento inicial de la L.A.D. supone, en buena medida, el estudiar la manera de dar respuesta al reto. Hay que valorar el camino andado en el ámbito de los Servicios Sociales y plantearse nuevos retos. Además comporta que la Dependencia no queda limitada en las necesidades de apoyo y respuesta al espacio de los Servicios Sociales, se hace necesaria la colaboración e implicación del área sanitaria.

La L.A.D. nos introduce en un proceso que requiere, a mi modo de ver, el Trabajar Conjuntamente.

¹⁴⁸ Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Exposición de motivos nº1.

La realidad social de España está cambiando en muchas dimensiones; pero hay una que “marca decididamente el cambio”; se trata del envejecimiento del envejecimiento lo que hace que los poderes públicos tengan que buscar soluciones y respuestas para seguir facilitando que las personas dependientes, en este caso el colectivo de personas mayores, no terminen cayendo en lo que yo denominaría vulnerabilidad social del envejecimiento y consecuentemente un alto riesgo de exclusión social. Este es un tema que viene preocupando a los expertos desde hace más de 20 años. “Las necesidades de atención derivadas de la dependencia exigen una gama de programas que van desde la teleasistencia, viviendas tuteladas o ayuda a domicilio en los casos menos adecuados, hasta el ingreso en residencias de asistidos, en los niveles más intensos de deterioro, pasando por unos programas intermedios de estancias diurnas, centros de día hospitalarios, estancias temporales, programas de respiro familiar. En definitiva, un pensionista que puede estar viviendo razonablemente con la pensión, en el supuesto de que se le produzca una situación de dependencia y no pueda acceder a un programa o centro público, o no tenga un apoyo familiar adecuado y suficiente, se encontrará en un súbito deterioro de su calidad de vida. (MARAVALL GÓMEZ-ALLENDE, Héctor.1997:14)

La L.A.D. pretende que no se llegue a la situación de exclusión y que puedan existir los servicios adecuados para atender a la Dependencia, hemos visto en la cita anterior de la L.A.D. que este es el reto.

- ATENCIÓN A PERSONAS DEPENDIENTES
- RETO DE LA POLÍTICA SOCIAL
- UNIVERSALIDAD
- ALTA CALIDAD
- SOSTENIBILIDAD
- SISTEMA INTEGRAL
- PERSPECTIVA GLOBAL
- PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD

Cuadro número 84. Variables

Ciertamente no podemos “mirar hacia otro lado” ni podemos quedarnos satisfechos con lo que tenemos. Hay que intentar, sin miedos, analizar lo que somos y lo que tenemos para adaptarlo y transformarlo a las necesidades de

las personas con dependencia. Lo realizado en materia de Servicios Sociales ha estado bien y lo desarrollado por el Sistema de la Seguridad Social y Sanitario ha sido esencial para avanzar en la disposición de prestaciones y servicios a la población del Estado Español. En esta Tesis Doctoral he señalado esta dimensión en distintas ocasiones. Si bien es cierto el avance, hoy es preciso concretar con más “compromiso” un Plan de Trabajo Conjunto que pueda cumplir con lo que la L.A.D. nos propone realizar en la Atención a la Dependencia. *“El propio texto constitucional, en sus artículos 49 y 50, se refiere a la atención a personas con discapacidad y personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos. Si 1978 los elementos fundamentales de ese modelo de Estado de bienestar se concentraban, para todo ciudadano, en la protección sanitaria y de la Seguridad Social, el desarrollo social de nuestro país desde entonces ha venido a situar a un nivel de importancia fundamental a los servicios sociales, desarrollados fundamentalmente, por las Comunidades Autónomas, con colaboración especial del tercer sector, como cuarto pilar del sistema de bienestar, para la atención a las situaciones de dependencia....Se trata ahora de configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora de este sistema, potenciando el avance del modelo de Estado social que consagra la Constitución y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales. En este sentido, el Sistema de Atención de la Dependencia es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales de nuestro país, respondiendo a la necesidad de la atención a las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, de calidad de vida y la igualdad de oportunidades”*¹⁴⁹

- REFERENCIA LA CONSTITUCIÓN DE 1978
- AVANZAR (sanidad, seguridad social, servicios sociales)
- Importancia de los Servicios Sociales. Desarrollo en CCAA. Apoyo del Tercer Sector
- NECESIDAD DE CONFIGURAR UN NUEVO DESARROLLO DE SERVICIOS SOCIALES
- COMPROMISO DE LOS PODERES PÚBLICOS EN ESTE OBJETIVO
- SERVICIOS DE CALIDAD, GARANTISTAS Y UNIVERSALES

Cuadro número 85. Variables

¹⁴⁹ Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Exposición de motivos nº2

Indudablemente que esto presupone el “hacer un esfuerzo” porque hay que replantearse lo que se ha desarrollado hasta el momento. Hay que hacer un esfuerzo económico, ya he señalado en el primer capítulo el marco que debe de amparar el SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA; pero, sobre todo, es necesario un esfuerzo político que yo llamo de **voluntad política** en querer hacer las cosas de otra manera diferente. En este “querer hacer las cosas de manera diferente” hay que plantearse la sostenibilidad del SISTEMA, tema no resuelto por la propia L.A.D.; si tenemos como “marco económico” lo que he propuesto en esta Tesis Doctoral y atendemos al modelo económico sobre el que se soporta nuestra sociedad actual, creo que es preciso hacerse un planteamiento serio y responsable en este tema; de otra manera la L.A.D. terminará siendo un “marco teórico sin vida práctica” y esto es muy peligroso porque echará por tierra lo recogido en los cuadros 84 y 85. No podemos obviar el contexto de crisis económica en el que vivimos y que yo he señalado que no es tanto **una crisis económica sino que estamos en un cambio de ciclo**. El profesor Rodríguez Cabrero escribió en el 2001 un artículo en donde recogía de manera resumida el futuro de la protección social de la dependencia y en mismo proponía una serie de alternativas para hacer sostenible, desde el punto de vista económico, el Sistema de Atención a la Dependencia; pues bien, lo que él escribió sigue siendo de actualidad y una de estas alternativas o bien la conjugación de todas o de parte de ellas será la solución. El Gobierno Central tiene cuatro alternativas ante sí:

- “Establecer un seguro público universal en el marco de la Seguridad Social con financiación mixta. Los seguros privados serían complementarios;
- Establecer un seguro privado obligatorio con apoyo fiscal y protección pública solamente para la población sin recursos o seguro asistencial;
- Establecer un seguro asistencial y apoyar fiscalmente un sistema de seguros privados libres;
- Finalmente, apoyar solamente un sistema de ayudas fiscales a las familias cuidadoras.

Resulta difícil en la actualidad prever que solución se abrirá paso, por ello el resultante será un híbrido cuya naturaleza institucional dependerá de la competencia partidista. Más aún, una vez que las CCAA están consolidando modelos regionales de atención sociosanitaria -una mezcla desigual de asistencialismo (servicios sociales) y universalismo (sanidad)- el margen de maniobra del Gobierno Central se reduce progresivamente, y con ello se reduce la oportunidad de establecer un seguro público universal”. (RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio.1002:11)

El texto de la L.A.D. en la exposición de motivos expone con claridad que hay que garantizar el Sistema y esta es una de las razones de esta Ley. Desde esta perspectiva el Estado tiene un rol que “jugar” muy significativo, para que sea un “juego” positivo es necesaria **la voluntad política**. *“La necesidad de garantizar a los ciudadanos, y a las propias Comunidades Autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia y su progresiva importancia lleva ahora al Estado a intervenir en este ámbito con la regulación contenida en esta Ley, que la configura como una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de la Seguridad Social”* ¹⁵⁰

- GARANTIZAR UN MARCO ESTABLE
- EL ESTADO INTERVIENE CON LA L.A.D.
- NUEVA MODALIDAD DE PROTECCIÓN SOCIAL
- COMPLEMENTA LA ACCIÓN PROTECTORA DEL ESTADO, DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Cuadro número 86. Variables

Como hemos visto hasta el momento la intencionalidad de la Ley es buena y, además, quiere responder a los planteamientos que exige una sociedad basada en el Estado Social de Derecho.

Sin embargo, siendo una Ley que quiere tener una gran transcendencia; y creo que la tiene, al menos desde mi punto de vista, porque se trata de un punto de llegada y como tal supone un punto de partida para desarrollar un SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA,¹⁵¹ no podemos quedarnos satisfechos con la misma, esto supondría poner desde el inicio límites. Evidentemente no se pretende resolver todo de “golpe”, en esto hay que recordar lo que he recogido en el cuadro número 25 en relación a Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. En el mismo se dice:

- No se puede “solucionar” todo de manera EXHAUSTIVA
- Se precisa tiempo

¹⁵⁰ Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Exposición de motivos nº2

¹⁵¹ Lo que se conoce como Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

- Visión de medio y largo plazo

Mirándolo desde esta perspectiva la L.A.D. puede tener un largo recorrido por ser, insisto, punto de “llegada” y de “partida” que nos “abre” la posibilidad de iniciar la operatividad de un SISTEMA que, también, habrá que ampliar y corregir en función de la experiencia que se vaya acumulando. Por esta razón cuando hace referencia a que **regula las condiciones básicas** no hay que quedarse en limite **“de las condiciones básicas”** hay que fijarse en los puntos fuertes que la L.A.D. ofrece a través de las oportunidades que se pueden generar. Puntos fuertes y oportunidades que buscan colaboración y participación. *“La presente Ley regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas...A tal efecto, sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas y para optimizar los recursos públicos y privados disponibles. De este modo, configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano, al que se reconoce como beneficiario su participación en el Sistema y que administrativamente se organiza en tres niveles”*¹⁵²

La fortaleza de esta Ley es que “per se” se constituye en una Ley de obligada referencia en el territorio del Estado Español y que, además, dota a los ciudadanos en virtud del derecho subjetivo a ser beneficiarios de la misma, se supone que sin límites, por tener un carácter universal y equitativo.

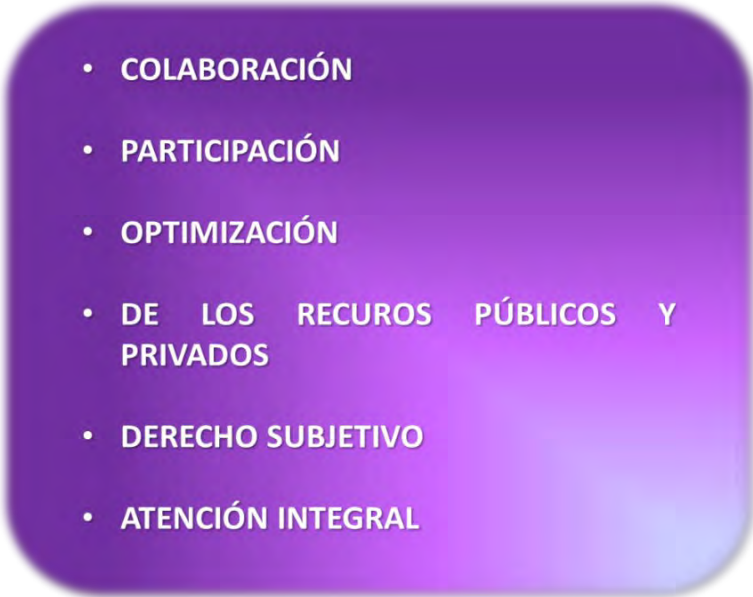
La oportunidad de esta Ley es el poder trabajar conjuntamente entre las Administraciones Públicas que configuran la realidad del Estado Español.

Amparándonos en esta fortaleza y en esta oportunidad, desde mi punto de vista, se podrá superar **una amenaza latente en la Ley** al hablar de los tres niveles; sobre todo en lo que la Ley entiende por tercer nivel *“finalmente las Comunidades Autónomas podrán desarrollar, si así lo estimas oportuno, un tercer nivel adicional a la protección a los ciudadanos”*¹⁵³ Venimos argumentando en esta Tesis Doctoral la existencia de “fragmentación” y/o “dispersión” a través del desarrollo de las distintas Leyes de Servicios Sociales y cómo las mismas pueden superarse por la ayuda que la L.A.D. hace al SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES. “Consideramos que esta Ley va ser clave

¹⁵² Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Exposición de motivos nº3

¹⁵³ Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Exposición de motivos nº3

para apoyar el desarrollo del Sistema. Servirá para ampliar y modernizar su acción protectora. También va a suponer un fuerte impulso para avanzar en el modelo de Estado social que consagra la Constitución Española y fortalecer el compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar de recursos necesarios para hacer efectivos unos servicios sociales universales y de calidad e incrementar la cohesión social del país”. (MARTÍN PINTADO, Luis.2007:75)

- 
- COLABORACIÓN
 - PARTICIPACIÓN
 - OPTIMIZACIÓN
 - DE LOS RECURSOS PÚBLICOS Y PRIVADOS
 - DERECHO SUBJETIVO
 - ATENCIÓN INTEGRAL

Cuadro número 87. Variables

Una vez más aparece lo necesario que es el elaborar un PLAN CONJUNTO DE TRABAJO. Esta necesidad la he venido argumentando en el desarrollo de esta Tesis Doctoral. Considero que la L.A.D. aporta el marco jurídico necesario para ello ya que planea la necesidad de desarrollar un Modelo Innovador. No es posible innovar hoy día si no se trabaja en equipo y con visión estratégica de conjunto.

Evidentemente el desarrollo de la L.A.D. conlleva posicionarse en un espíritu que nos lleve a trabajar conjuntamente. Si como realidad de Estado Español (Administración General del Estado, Comunidades Autónomas, Diputaciones Forales, Provinciales y Municipios) no se tiene claro que el producto que ofrece es de todos, el fracaso está asegurado. Es necesario, por tanto, establecer el PLAN DE TRABAJO CONJUNTO.

La L.A.D., que es conocedora de las dificultades existentes en la interrelación de los Servicios Sociales con otros Sistemas, por ejemplo Sanidad, y entre las propias Administraciones del Estado Español, propone la

búsqueda innovadora para gestionar conjuntamente que, obviamente se sustenta en la propia Ley; así como una atención equitativa. En cierta manera está diciendo que “el producto” necesita de innovación y atención equitativa. Marca a modo de síntesis dos rasgos sobre los que comenzar a construir o a desarrollar el Modelo. *“Se trata, pues, de desarrollar, a partir del marco competencial, un modelo innovador, integrado, basado en la cooperación interadministrativa y en el respeto a las competencias...El Sistema atenderá de forma equitativa a todos los ciudadanos en situación de dependencia”*¹⁵⁴ La innovación solamente es posible cuando se cree en la visión de conjunto. Es decir se vive mirando que lo que ofreces va a tener una incidencia positiva en la sociedad; desde esta perspectiva se construirá un producto innovador apoyado en un plan de gestión que cuenta con los medios existentes (recursos), pero que es capaz de recomponer el cuadro de recursos y también generar recursos nuevos. La innovación para que tenga resultados equitativos, es decir para que quienes se benefician de la innovación lo hagan equitativamente hay que tener claro:

- ¿quién entra en el espacio/concepto de dependencia? **¿A qué colectivos se atiende?**
- ¿qué modelo o modelos de atención-intervención deseamos potenciar? **¿qué en enfoque damos?**
- ¿queremos realmente reorganizar lo que tenemos, seremos capaces de “inaugurar” nuevos recursos? **¿qué medios se utilizan?**
- ¿queremos medios localistas, con visión estrictamente local o bien queremos medios que operan en el territorio localmente pero participan de una visión integradora y universal? **Territorio**

Estos puntos, como otros que vengo señalando a lo largo de esta Tesis Doctoral, serán tenidos en cuenta cuando exponga y explique el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

Sobre innovación y desde la perspectiva señalada Miguel Ángel Millán Asín en un libro ya citado hace una bonita exposición recordándonos como proyectos sanitarios, sociales y educativos perduran hoy día después de que muchos fueron iniciados hace más de 450 años. Son proyectos que supieron responder a las necesidades de su tiempo y se han ido adaptando (innovando) a través de un trabajo conjunto. Establecen Planes de Trabajo Conjunto que hacen posible su permanencia dando respuestas a las necesidades existentes en la sociedad en los campos referidos. (MILLAN ASIN; Miguel Angel.2013) “Por su enfoque muchos fundadores han sido innovadores no solo en lo referente a la vida religiosa (como es el caso más

¹⁵⁴ Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Exposición de motivos nº3

conocido de los benedictinos, dominicos, franciscanos, carmelitas o jesuitas), sino también con sus teorías, principios, métodos y técnicas de trabajo, en la atención a los necesitados. Lo podemos ver, por ejemplo, en la manera en que Juan de Dios estructura la atención hospitalaria; en José de Calasanz, que crea la primera escuela pública, popular y gratuita; en Juan Bautista de la Salle, que estructura un método pedagógico que llegará a ser asumido por la escuela pública francesa; en Luisa de Marillac que, con Vicente de Paúl, estructura la atención a los pobres; en Soledad Torres Acosta, pionera en la atención a los ancianos en sus propios domicilios; en Juan Bosco, con su “sistema preventivo” para atender a los jóvenes, etc. Enfoques innovadores en lo sanitario, en lo social y lo educativo, de los que otros se han alimentado después”. (MILLAN ASIN, Miguel Ángel.2013:246)

- DESARROLLO DE UN MODELO INNOVADOR
- INTEGRADO
- COOPERACIÓN INTERADMINISTRATIVA
- RESPETO A LAS COMPETENCIAS
- EQUITATIVO

Cuadro número 88. Variables

Si bien en páginas anteriores he hecho referencia al factor económico quiero ampliar este punto señalando lo que dice la Ley en la exposición de motivos. Aspecto que, como he escrito anteriormente, me preocupa como **amenaza** dado que la Ley no resuelve verdaderamente cómo se financiara el Sistema de la Dependencia, hace un enunciado; pero no dice como se dotará el sistema, lo deja a la corresponsabilidad entre las Administraciones Públicas. *“La financiación vendrá determinada por el número de personas en situación de dependencia y de los servicios y prestaciones previstos en esta Ley, por lo que la misma será estable, suficiente, sostenida en el tiempo y garantizada mediante la corresponsabilidad de las Administraciones Públicas. En todo caso, la Administración General del Estado garantizará la financiación a las Comunidades Autónomas para el desarrollo del nivel mínimo de protección para las personas en situación de dependencia recogidas en esta Ley. El sistema atenderá de forma equitativa a todos los ciudadanos en situación de dependencia. Los beneficiarios contribuirán económicamente a la financiación de los servicios de forma progresiva en*

función de su capacidad económica, teniendo en cuenta para ello el tipo de servicio que se presta y el coste del mismo”¹⁵⁵

Nos encontramos, también, en esta ocasión que no termina de aclarar cómo se nutrirá el SISTEMA; por tanto sí considero muy útil lo que se dice en esta cita. En concreto me servirá, en buena parte, para sustentar el reparto económico necesario entre los Sistemas que actualmente tenemos para financiar el coste del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario que es objeto de esta Memoria de Tesis Doctoral. Digo que me servirá, lo cual no significa que esté satisfecho con esta vía de financiación, lo cual significa, tal y como he dicho, en las páginas señaladas en el párrafo anterior, que haré mi propuesta de financiación del Sistema, evidentemente vinculada al **nuevo ciclo económico que estamos viviendo**.

Este tema de la financiación está muy unido a la relación existente en materia de Servicios Sociales entre la Administración General del Estado y las CCAA a raíz de la Constitución de 1978. Pero, por otro lado, conviene tener en cuenta que la Atención a la Dependencia si queremos que sea de calidad y que respete los principios de una Economía Social de Mercado y Economía del Bien Común, tiene que ser sociosanitaria y esto, ni más ni menos, quiere decir que el SISTEMA DE LA DEPENDENCIA convive en dos Sistemas: El Sanitario y el de Servicios Sociales. Ya cuando estaba a punto de salir la L.A.D se percibía esta realidad, CEOMA aspira a un Ley sobre dependencia de carácter estatal y, aun cuando no planea una discusión jurídica de su fundamento constitucional, apunta preceptos de la Carta Magna que posibilitarían aquella (Bases, Consideraciones previas), salvando la competencia exclusiva que las Comunidades Autónomas han tomado en servicios sociales –materia clave en la atención de las situaciones de dependencia- Como también señala el Libro Blanco del Ministerio de Trabajo, la Constitución asigna al Estado central competencia exclusiva en “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). Por otra parte, para el caso de que se optase por integrar la protección de las situaciones de dependencia en la Seguridad Social, se menciona que la Constitución establece también la competencia estatal en “La legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas” (art.149.17) (CASADO PÉREZ, Demetrio.2006:154)

¹⁵⁵ Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Exposición de motivos nº3

- **FINANCIACIÓN:** Número de personas en situación de dependencia
- **CORRESPONSABILIDAD** de las Administraciones Públicas
- **LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO** garantiza la financiación del nivel mínimo de protección

Cuadro número 89. Variables

Todo lo anterior supone que hemos avanzado significativamente superando situaciones que limitaban el desarrollo equilibrado entre lo sanitario y lo social en el ámbito sociosanitario. Esto se venía poniendo en evidencia en la últimos quince años del siglo pasado (XX), y no solo en España sino en Europa, de ahí que coincidiendo el desarrollo y evolución de los Servicios Sociales en España con este periodo hayamos viviendo en España lo que yo considero una tensión positiva que nos ha conducido hasta la promulgación de la L.A.D.

La L.A.D nos sitúa en la superación de lo que se señalaba hace más de trece años; si bien es verdad que existen flecos que en una perspectiva de la puesta en marcha de un PLAN DE TRABAJO CONJUNTO serán superados. “Un campo específico de las políticas sobre el envejecimiento poblacional se refiere a la coordinación e integración de los servicios sociales y sanitarios. La identificación de este campo concreto como asistencia sociosanitaria ha hecho fortuna en nuestro medio. Ya en 1993, el Ministerio de Asuntos Sociales y el de Sanidad y Consumo firmaron un Acuerdo Marco en materia de coordinación socio-sanitaria. En ese mismo año se publicó el Plan Gerontológico, cuyas líneas de acción buscan la promoción de la autonomía de los mayores apoyándose tanto en servicios comunitarios como en actividades para conseguir un envejecimiento activo mediante su participación social. En España el desarrollo de los servicios sociales previsto en el Plan Gerontológico ha sido muy limitado, mientras que las actividades y la investigación en la atención sociosanitaria han ido siendo absorbidas por el sector sanitario y hoy día esta atención sociosanitaria se identifica casi exclusivamente con las búsqueda de respuestas a los cuidados de pacientes que actualmente están en los hospitales de agudos y que podrían ser atendidos de una forma más eficiente en instituciones de media y larga

estancia o asistencia en régimen abierto”. (Otero, A y ZUNZUNEGUI, M.V.2001:41)

A partir de ahora voy a seguir analizando la L.A.D. siguiendo el esquema realizado en las Leyes de Servicios Sociales de las CCAA de referencia de esta Memoria de Tesis Doctoral en la parte de las “ideas fuerza”.

El objeto de la Ley es conciso en cuanto a garantizar las condiciones básicas, regulándolas y dando al mismo tiempo una atención basada en el derecho subjetivo. Se crea, por tanto, un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), un Sistema con el cual deben de colaborar todas las Administraciones Públicas. Además entiende que el Sistema hará participe a todas las áreas que sean necesarias para la atención a la persona dependiente. *“La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado Español”*¹⁵⁶



Cuadro número 90. Ideas fuerza

La Ley ha querido explicitar el significado de los conceptos que considera centrales en el contenido de la misma.

¹⁵⁶ Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Título Preliminar. Disposiciones Generales. Art. 1

En las páginas anteriores he señalado el marco de la dependencia y, por lo tanto, de lo que el Modelo que propongo entiende que serían personas a poder ser atendidas por el mismo. La L.A.D en la misma perspectiva dice que la dependencia *“Es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”*¹⁵⁷

A esta definición hay que añadir las que se hacen sobre Autonomía, Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Necesidades de apoyo para la autonomía personal (discapacidad intelectual o mental), Cuidados no profesionales, Cuidados profesionales, Asistencia Personal, Tercer Sector.¹⁵⁸



Cuadro número 91. Ideas fuerza

En cuanto a los principios que la Ley marca, y que serán un hilo conductor a la hora de ir diseñando la configuración del contenido de la Ley a partir del Título I, nos encontramos con 17 principios. Podemos comprobar que estos principios son similares, en cuanto al significado y contenido, con los principios señalados en la Leyes analizadas de las Comunidades Autónomas de referencia. Evidentemente los de esta Ley hacen hincapié en

¹⁵⁷ Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Título Preliminar. Disposiciones Generales. Art. 2,2

¹⁵⁸ Cfr. Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Título Preliminar. Disposiciones Generales.

la colaboración en los servicios sociales y de sanidad en relación con las normas que existen en las CCAA y Administraciones Locales. La participación del Tercer Sector, la Cooperación interadministrativa, La integración de las prestaciones establecidas en la L.A.D en las redes de servicios sociales de las CCAAA aprovechando los servicios públicos y privados, éstos últimos, concertados. Preferencia en la Atención, carácter público del SISTEMA (SAAD), universalidad en los términos que estable esta Ley.

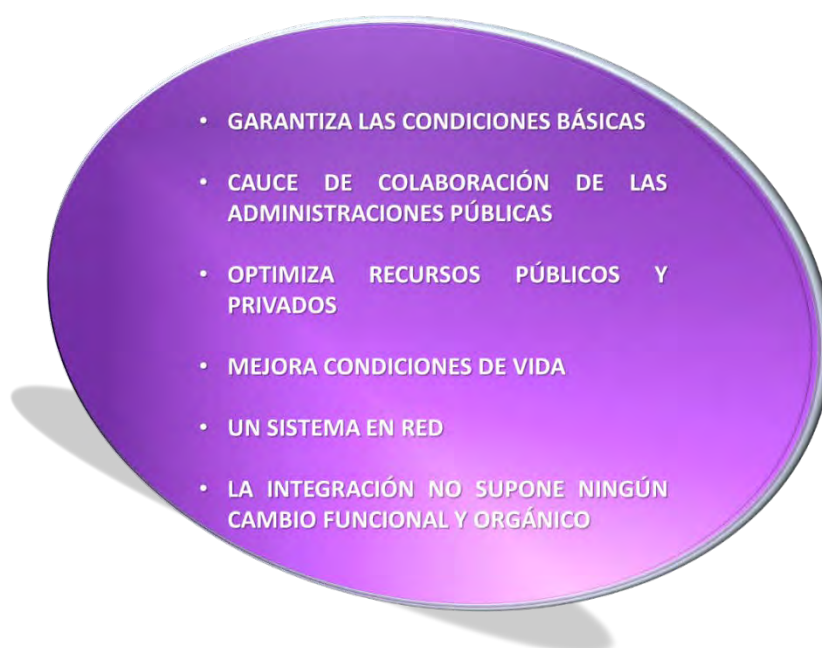
Tengo que señalar que el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario aprovechará para su justificación todos los principios que la Ley recoge; pero fundamentalmente el “l”, el “m”, el “n”, el “ñ” y el “o”. “l) La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales, m) La participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia, n) La participación del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia, ñ) La cooperación interadministrativa, o) La integración de las prestaciones establecidas en esta Ley en las redes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de las competencias que tienen asumidas, y el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados”¹⁵⁹



Cuadro número 92. Ideas fuerza

¹⁵⁹ Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Título Preliminar. Disposiciones Generales. Art. 3

La finalidad del Sistema es garantizar, facilitar la colaboración entre Administraciones Públicas, optimizar los recursos públicos y privados existentes y contribuir a la mejora de las condiciones de vida (Calidad de Vida). Se configura, por tanto, una red. La integración de los centros y servicios en el SAAD (SISTEMA DE AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA) ¹⁶⁰ no supondrá, según la L.A.D. cambios funcionales y orgánicos. ¹⁶¹ *“El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantiza las condiciones básicas y el contenido común a que se refiere la presente Ley; sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, en materia de promoción de la autonomía personal y la atención y protección a las personas en situación de dependencia; optimiza los recursos públicos y privados disponibles, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos. El Sistema se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados. La integración en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de los centros y servicios a que se refiere este artículo no supondrá alteración alguna en el régimen jurídico de su titularidad, administración, gestión y dependencia orgánica.”*¹⁶²



Cuadro número 93.
Ideas fuerza

¹⁶⁰ A partir de ahora utilizaré las SIGLAS (SAAD) cuando me refiera al Sistema de Atención a la Dependencia.

¹⁶¹ He de decir que este punto genera o puede generar un “choque” filosófico y también de procedimiento con el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. Entra en “choque” porque el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario propondrá “mover estructuras” y esto conlleva titularidad administrativa, gestión y dependencia orgánica. Precisamente cuando he hablado en páginas anteriores de voluntad política, generosidad política; al mismo tiempo que cuando he expuesto los 5 puntos de lo que he denominado “eje” del Modelo y que han servido como marco de profundización en el análisis que he realizado de las leyes de servicios sociales de las CCAA de referencia, se contemplaba la necesidad de cambio y transformación y esto “entra en confrontación” con el punto 3 del Artículo 6 de la L.A.D

¹⁶² Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Título I. Capítulo I. Art. 6

Ya señalé en la parte correspondiente a las variables que una **amenaza** podría ser los Niveles de Protección del Sistema; en mi análisis he intentado minimizar esta situación apoyándome más en la “fortaleza” y en la “oportunidad”; me quedo, por tanto, con la fundamentación y explicación que he realizado en páginas anteriores al respecto; sin embargo señalo que siendo un punto –al menos desde el espíritu de la L.A.D. así es como yo lo interpreto- bueno y virtuoso puede terminar siendo un punto que genere entre las CCAA fragmentación y dispersión, aspectos que al menos las Leyes de las CCAA de referencia analizadas han querido superar en sus respectivas Comunidades o Territorios. Existen retos a los que dar respuesta en donde se demandan formas nuevas de atender a las personas dependientes que necesitarán de flexibilidad jurídica y de cambios funcionales y orgánicos de las estructuras. Necesidades de transformación que se alimentan por la propia trayectoria aplicativa de la L.A.D. que lleva siete años en funcionamiento. Creo que en el corto y medio plazo artículos de la L.A.D. como el 6 y el 7 deberían ser modificados; así como puntos de los artículos 8, 9, 10, 11 y 12. No hay más que ver lo que en las conclusiones de las pasadas Jornadas de la Fundación Pilares (junio de 2013) para comprender que aparecen nuevos retos a los que dar respuesta; los cuales precisan nuevos instrumentos que dinamicen la Acción Social en cuanto a la atención a la dependencia.

“Juan Sitges y Pilar Rodríguez, presidentes de la Fundación Caser para la Dependencia y Fundación Pilares para la Autonomía Personal, respectivamente, presentaron las conclusiones de las II Jornadas sobre Atención a la Dependencia.

Sitges ha señalado la extraordinaria experiencia de compartir experiencias con expertos de países como Alemania, Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Austria, así como administraciones, entidades e instituciones que juegan un papel clave en la atención y los servicios para las personas dependientes.

El Director de La Fundación Caser para la Dependencia se ha referido a las buenas prácticas que se están llevando a cabo en Castilla León con sus centros multiservicios.

Ha destacado también las tres iniciativas desarrolladas en Cataluña (TAD, PIR, ISAD) y el modelo de colaboración socio sanitario en SAD y el ejemplo vasco con el proyecto Etxean Ondo.

Sitges ha resaltado las iniciativas de entidades como la Fundación Vodafone, Caser o instituciones como Cruz Roja, FED o Asispa que trabajan con la necesidad de poner en marcha un modelo integral centrado en la

persona con la creación de gestor de casos. La coordinación socio sanitaria es fundamental para promover con éxito un servicio de atención domiciliaria a personas en situación de dependencia.

Sitges ha apuntado que queda un largo camino hacia modelos de atención multiservicios basado en las necesidades de las personas dependientes y con retos por delante que van desde la coordinación socio sanitaria, la transparencia en el apartado de costes por parte de las administraciones territoriales, así como la homogeneización de catálogo de servicios y, no menos importante, según ha concluido el Director de la Fundación Caser para la Dependencia, la calidad del servicio ofrecido a los dependientes.

Otro aspecto que ha puesto Sitges sobre la mesa en el cierre de las jornadas ha sido el reto de la formación para una mejor calidad del servicio además de promover el empleo.

“Por último la co-responsabilidad de todos cuántos formamos parte del sistema de ayuda y atención a la dependencia, empezando por la responsabilidad individual de cada uno de las personas implicadas”.

Pilar Rodríguez ha afirmado que es necesario innovar y buscar soluciones sin tregua con el fin de resolver la situación de personas con dependencia y sus familiares.

“Esta fórmula generará bienestar a personas que sufren y además mitigará el problema del desempleo”.

“ Las personas que tienen situación de dependencia quieren estar en su casa y es necesario un desarrollo de atención integral, basado en atención socio sanitaria, apoyo a familias con sobrecarga con formación y atención psicológica, adaptación de la vivienda, desarrollo de nuevas tecnologías como la teleasistencia, la domótica y nuevas alternativas de vivienda.”¹⁶³

Esta cita nos sirve también para “entender” por dónde puede ir la colaboración con entidades privadas en el desarrollo del SAAD.

Los retos nos van animando a repensar aspectos de la L.A.D. que tendrán que ser cambiados. Evidentemente la transformación del artículo 6 supone un profundo cambio en el SISTEMA o más bien SISTEMAS. La propia realidad de las personas dependientes y la atención que precisan, junto a aspectos que se han señalado en la cita anterior nos tienen que hacer pensar que habrá que introducir cambios de carácter funcional y también orgánico. Si la

¹⁶³ <http://www.fundacionpilares.org/index.php>. Octubre de 2013 (II Jornadas Internacionales sobre atención a la dependencia: Innovaciones para vivir bien en casa. Más bienestar para las personas, mayores oportunidades de desarrollo.). Conclusiones.

cita anterior nos sitúa ante retos que aparecen en el 2013, casi siete años después de comenzar a andar la L.A.D., prácticamente el mismo año de su entrada en vigor ya se explicitaba la necesidad de adaptación de determinados servicios existentes. “Los Servicios Sociales comunitarios han de aumentar su complejidad, han de albergar especificidades como la atención a la autonomía y discapacidad de las personas mayores, entre otras; han de identificar con claridad los servicios que ofrecen, han de coordinarse con los Servicios Sociales especializados y con otros servicios como los sanitarios; han de aumentar el número de sus profesionales, han de formar a los trabajadores que desempeñen funciones de atención directa a las personas discapacitadas, han de flexibilizar horarios de atención, se han de utilizar nuevas tecnologías para tramitar y hacer el seguimiento detallado de los usuarios¹⁶⁴, se ha de cuidar la atención humana porque las personas mayores no esperan les atiendan como en una agencia de viajes sino que les acompañen”. (GUTIÉRREZ RESA, Antonio.2007:94)

El Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario invita a hacer cambios estructurales desde el punto de vista funcional y orgánico.

El capítulo II de la L.A.D. relata qué objetivos se pretenden, especifica el catálogo de servicios detallando para qué sirve cada servicio, explica la Red del SAAD, concreta en qué consiste la prestación económica. Se intenta en este Capítulo que el marco operativo del SAAD quede regulado de tal forma que configure el Sistema de una manera homogénea en un principio; aunque como se recoge en el artículo 6 de esta Ley puedan existir niveles.

Todo lo expuesto es de utilidad para el diseño del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario porque recogerá en su totalidad el espíritu que da vida a lo señalado en el capítulo 15 y a lo especificado en la Sección 3ª, artículos 21,22,23,24 y 25; y, además, propondrá la estructura, entiendo yo, adecuada y pertinente; estando ésta de acuerdo con lo relatado en el Artículo 13: *“La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de un mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos: a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible; b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su*

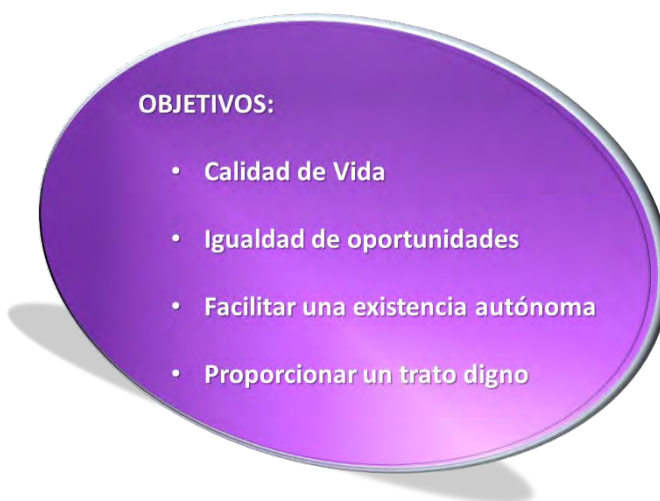
¹⁶⁴ Precisamente, sobre este punto se ha hablado y reflexionado en las II Jornadas Internacionales de la Fundación Pilares; pero añadiendo que han de ser utilizadas para mejorar la calidad de vida de las personas dependientes; con lo cual se ha avanzado en cuanto al objetivo de la utilización de las nuevas tecnologías; ya que se supera el concepto de utilización burocrático que, en cierta manera, hace ver el autor de la actual cita.

vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad”¹⁶⁵



Cuadro número 94. Ideas fuerza

El Capítulo III explica cómo ha de ser entendida la dependencia en función de la valoración que se establece. Existen tres niveles de dependencia: Nivel I (Dependencia Moderada), Nivel II (Dependencia severa) y Nivel III (Gran Dependencia).¹⁶⁶



Cuadro número 95. Ideas fuerza

En el capítulo IV es interesante lo que se dice en el artículo 29 en cuanto al establecimiento del Programa Individual de Atención. Éste, efectivamente, proporcionará tener toda la información pertinente acerca de la dependencia en relación con la persona que se halle en situación de dependencia. Se trata,

¹⁶⁵ Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Título I. Capítulo II. Art. 13

¹⁶⁶ Cfr. Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Título I. Capítulo III.

a mi modo de entender, de una herramienta eficaz que dará coherencia a la atención integral de la persona.

La dimensión económica viene tratada en el Capítulo V, sobre la misma ya he realizado anteriormente una reflexión en la línea que la L.A.D. no se pronuncia, diríamos con energía, en la parte de sostenibilidad del Sistema; es decir, no deja claro si el mismo contará con una cotización como el que sostiene la Seguridad Social/Sanidad. Si esto no se clarifica existirá un grave problema que yo denominaría “limitación práctica del Sistema por causas económicas”. Lo cierto es que existen reflexiones sobre cómo ayudar a “mantener” y “dar servicio” a la dependencia de las personas. Sobre cómo hacerlo, por ejemplo, en la población mayor se tratan temas como la renta vitalicia y el contrato de alimentos. Esto está bien; pero, desde luego, no soluciona el problema de manera integral e integradora (LOPEZ PELAEZ, Patricia.2007) .Vuelo aquí a invitar a tener en cuenta lo que señalé en el Primer Capítulo de esta Memoria de Tesis Doctoral, porque supone ir al fondo del problema: solucionar la financiación económica o buscar el soporte económico de un Sistema Sociosanitario, como es el de atender a personas dependientes.

El Título II de la L.A.D. en su capítulo I nos señala las medidas para garantizar la calidad del Sistema. Considero que es importante reseñar el Capítulo II por cuanto nos habla de la formación de los profesionales y cuidadores que atenderán a personas dependientes. Este punto es esencial en el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario y ha quedado reflejado en la exposición que vengo haciendo en esta Tesis Doctoral. Entiendo que se trata de una referencia constitutiva del Modelo, como lo es también, en la L.A.D. La formación es una variable de carácter interdependiente que posibilita que el SAAD cuente con personas cualificadas que tendrán que reciclarse periódicamente. No se trata de “un punto y aparte”, es el “punto nuclear” por cuanto está relacionado directamente con la persona dependiente, por ser atendida ésta por personal profesional/cuidador. Podemos decir que ambos son “el sujeto y el complemento directo de una frase” o también, “director y los músicos de una orquesta”; se necesita por tanto compenetración para que la frase tenga sentido o la melodía tenga armonía y se perciba adecuadamente. Desde la formación es posible establecer programas de colaboración con entidades dedicadas a la investigación y docencia; así como con agentes sociales. Por esta razón señalo que es una variable interdependiente que puede suponer una gran ayuda para que el SISTEMA pueda ir evolucionando y adaptándose a la

realidad social y cultural.¹⁶⁷ “Con el objetivo de garantizar la calidad del Sistema, se fomentará la colaboración entre las distintas Administraciones Públicas competentes en materia educativa, sanitaria, laboral y de asuntos sociales, así como éstas con las universidades, sociedades científicas y organizaciones profesionales y sindicales, patronales y del tercer sector”¹⁶⁸



Cuadro número 96. Ideas fuerza

Las disposiciones adicionales, transitorias y finales representan para la L.A.D., y por lo tanto para el SISTEMA (SAAD) una serie de puntos muy importantes al servir éstos para afianzar determinados aspectos de la Ley. Desde mi consideración cito los siguientes:

- Disposición adicional décima: Investigación y desarrollo
- Disposición adicional decimotercer: Protección de los menores de 3 años
- Disposición adicional decimocuarta: Fomento del empleo de las personas con discapacidad
- Disposición final primera: Aplicación progresiva de la Ley
- Disposición final cuarta: Marco de Cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley
- Disposición final séptima: Habilitación normativa
- Disposición final octava: Fundamento Constitucional

Hasta aquí el análisis realizado para dar respuesta al enunciado: ¿LA L.A.D. UN PUNTO DE REFERENCIA PARA UN PLAN DE TRABAJO CONJUNTO?

Tanto las “variables” como las “ideas fuerza” tratadas en este punto serán tenidas en cuenta en el Planteamiento que realizaré en la

¹⁶⁷ Entiendo aquí por Social las dimensiones: políticas, económicas, jurídicas, educativas, sanitarias; y por cultural: el entorno-territorio, las costumbres, las creencias, las tradiciones.

¹⁶⁸ Ley L.A.D. (“LEY DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”) de 1 de enero de 2007. Título II. Capítulo II. Art. 36.3

fundamentación del Modelo de Atención Sociosanitario Polivalente cuando exponga esta propuesta.

IV.2.- SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer el desarrollo de los Servicios Sociales y su relación con la L.A.D.

IV.2.1.- Análisis del desarrollo de la L.A.D. después de su promulgación: ¿qué variables interdependientes se podrían señalar?

IV.2.1.1. Variable interdependiente: “financiera”.

Nos hallamos ante la constatación, después de haber llegado a este punto de la Tesis Doctoral, de que el avance en materia de Acción Social (Servicios Sociales) ha sido considerablemente bueno y positivo.

Hoy tenemos una legislación que ampara unos recursos humanos y estructurales que ha permitido establecer una red de Servicios Sociales en el Estado Español bastante consolidada.

Sin embargo esta realidad de la Acción Social no ha llegado a los niveles de respuesta que, por ejemplo tiene la sanidad y la educación, en España. Habiendo avanzado mucho y acuñado en las leyes de Servicios Sociales términos como: universal y subjetivo, se está muy lejos de tener un soporte óptimo. Si a esto añadimos el peso que está cobrando la dimensión sociosanitaria entre los espacios social y sanitario para responder a las necesidades de la población española en esta materia, nos percatamos que el camino por recorrer, todavía, es largo.

En la L.A.D confluye la voluntad política de intentar afianzar un Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que afiance el Estado de Bienestar; para ello cuenta con la experiencia que los Servicios Sociales han ido desarrollando, a través de los Servicios Sociales de Base y los Servicios Sociales Especializados, en la atención al colectivo de mayores que es el que, fundamentalmente, tendrá más peso en el SAAD, y en menor medida, también en la atención a personas discapacitadas, personas con trastorno mental, etc...a esta experiencia hay que sumar la voluntad que ha existido de intentar coordinar algunos aspectos de la atención a personas mayores con el área sanitaria; es decir, un camino de coordinación entre lo sanitario y lo social.

La L.A.D. entró en vigor el 1 de enero de 2007 y con ella entra en la sociedad del bienestar un elemento a tener en cuenta desde el ámbito económico. Ya he dicho en este trabajo que en este aspecto la L.A.D. no lo deja resuelto del todo; no obstante en el mismo periodo que estaba para ser promulgada la L.A.D (2006) existía ya este debate y hoy sigue siendo de gran actualidad, y más con la situación de crisis económica que estamos viviendo. Sin duda la esperanza de vida es el fiel reflejo de las consecuencias positivas del Estado de Bienestar; los Servicios Sociales, también, son un logro, la sanidad y la educación, sin dudarlo son pilares fundamentales y la preocupación por la atención a la dependencia lo es también; pero este punto, tiene un “pero” la propia visión política que puede haber sobre esta realidad que está ahí; pero, sobre la cual, todavía hay mucho por avanzar. “No obstante a pesar del logro social que supone este aumento de la esperanza de vida de las personas, el proceso de envejecimiento de poblaciones y la intensificación de éste que se prevé para los próximos años plantean retos importantes de carácter económico y social. En este sentido, tanto en España como en los países de nuestro entorno, el debate hasta el momento se ha centrado básicamente en las consecuencias que el envejecimiento demográfico puede tener en la sostenibilidad financiera de los programas públicos de pensiones y atención sanitaria. Más recientemente, además de las pensiones y la sanidad, la cuestión de la dependencia se ha ido abriendo paso en el debate en torno de las consecuencias del envejecimiento demográfico en las políticas sociales. En este caso, sin embargo, los términos en los que está planteada la discusión son muy distintos de los señalados previamente. Así, mientras en los dos casos anteriores las preocupaciones están centradas en los efectos futuros del envejecimiento en unos programas de gasto que ya hoy representan casi el 15% del PIB, en el caso de la dependencia la cuestión central es si la Administración debe o no intensificar su actividad en un campo cuya presencia hasta el momento ha sido muy importante”. (CASADO-MARIN, David. 2006:135-136)

Este punto nos advierte que la Relación de los Servicios Sociales con la L.A.D. va a estar, cuanto menos en un porcentaje muy elevado, mediatizada por la dimensión económica. De ahí mi insistencia en interrogarnos sobre la necesidad de subrayar que debemos abogar por estar en un nuevo ciclo económico y social.

Se supone que la L.A.D. en el desarrollo del SAAD lo que quiere es fomentar la igualdad en la atención a la dependencia. Aspira a que los ciudadanos españoles tengamos un nivel de calidad óptimo. Esto lo hemos visto en el apartado en donde he analizado la L.A.D.; evidentemente, supone

un reto para los Gobiernos (Administración General del Estado, Comunidades Autónomas, Diputaciones Provinciales/Forales, Comarcas Cabildos y Corporaciones Locales) que asumen mediante Ley la Responsabilidad Pública de la Dependencia, dimensión que también aparece en las Leyes de Servicios Sociales.

La Responsabilidad Pública conlleva el provisionar adecuadamente fondos económicos para poder cumplir con los objetivos marcados por las respectivas legislaciones en Servicios Sociales y, en este caso, en los derivados de la L.A.D. para implementar el SAAD. Este tema no es exclusivo de España, está presente en el entorno de los países que forman parte de Europa, y esto sin excepción. Por lo tanto no es solamente un problema nuestro (SARASA URDIOLA, Sebastián.2006). Nosotros, por tanto, no estamos al margen de esta realidad. Hay que reconocer que los esfuerzos de nuestros gobernantes por hacer viable los conceptos subjetivo y universal han sido importantes. Efectivamente en unos más que en otros, pero se puede decir que la media es de aprobado alto. Dentro de esta dimensión existe, por tanto, una dinámica creciente en la reflexión de cómo se podrá sostener un Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. “La dificultad para coordinar los servicios ha sido siempre particularmente ardua en aquellos países donde la financiación de la atención a la dependencia está separada entre sanidad y servicios sociales, bajo regímenes distintos, universales en la sanidad y asistenciales en los servicios sociales. Las dificultades han aumentado desde el momento en que se ha ido extendiendo la atención a domicilio como alternativa a las residencias y, además, se han desarrollado prácticas de colaboración entre proveedores públicos y privados. Las estrategias para mejorar la coordinación y conseguir que las necesidades de la persona dependiente sean tenidas en cuenta de manera integral han sido muy heterogéneas, pero, hasta el momento, no hay evaluaciones rigurosas que puedan comparar los resultados obtenidos”. (SARASA URIDIOLA, Sebastián. 2006:150)

Siendo, por tanto, un problema de más países, hay que tener en cuenta que el caso de España, nuestra realidad social, económica, política, cultural, jurídica, ha hecho que los Servicios Sociales se configuraran de una determinada forma. Esto que ha podido tener sus ventajas; pero también tiene inconvenientes, la fragmentación y la dispersión, aspectos que no han quedado, del todo resueltos, en la L.A.D. La constatación es que no se ha abordado el tema con la profundidad que se debería haber hecho y con la verdadera responsabilidad en la gestión-administración de las Corporaciones Locales de los recursos y servicios de atención a la Dependencia. Esto, no obstante, será un punto esencial en la propuesta del Modelo de Atención –

Intervención- Polivalente Sociosanitario en la aplicación práctica en el punto: “IV.3.- PROPUESTA DE APLICACIÓN PRÁCTICA-OPERATIVA EN LA ZONA DEL BAJO ARAGÓN (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN)”.

Por mi parte considero que es esencial no olvidar el marco económico que propongo en el Primer Capítulo, en concreto el Decálogo y cómo éste puede ayudarnos a cambiar la situación económica, y por tanto a tener los recursos suficientes para proceder a dar una atención a la dependencia verdaderamente basada en el derecho subjetivo y universal. Los parámetros estrictamente capitalistas no nos ayudan demasiado a hacer los cambios que se necesitan realizar para que la responsabilidad pública sea ejercida con convencimiento. Responsabilidad Pública que no conlleva la exclusividad en gestionar por parte Administraciones Públicas los Servicios Sociales. En esto, creo que las Leyes de Servicios Sociales y la L.A.D. han ido recogiendo las sensibilidades sociales y dan cabida a la iniciativa privada, sobre este punto también me he referido en diversas ocasiones en esta Tesis Doctoral y lo retomaremos en el desarrollo del Capítulo IV. Lo que sí es cierto es que el marco capitalista con vocación especulativa, desde mi punto de vista, no facilita el verdadero desarrollo de responsabilidad pública en el campo de la atención a la dependencia. “La sociedad actual se configura en todos los aspectos de acuerdo al modelo capitalista. Este patrón social y económico potencia, entre otros, como valores máximos el individualismo y la autosuficiencia. Parece como si las personas fuesen capaces de desarrollar su vida de forma autónoma, independiente y ajena al resto de la sociedad. La organización social que se desprende de este modelo en el que vivimos, ignora formalmente las necesidades humanas básicas para sustentar la vida, sin embargo no por ello éstas dejan de existir y requerir ser atendidas de forma ineludible. La responsabilidad social de la realización de las tareas de cuidado en la sociedad recae casi exclusivamente sobre las mujeres, quienes de forma mayoritaria satisfacen estas necesidades dentro del ámbito familiar y privado”. (HERNANDO, Ana. 2006: 89).

Podemos decir, por tanto, que **la financiación del SAAD (primera variable interdependiente)** es un punto clave en la relación de las LEYES DE SERVICIOS SOCIALES CON LA L.A.D., por cuanto el desarrollo de la L.A.D. se hará amparándose en los Servicios Sociales. Se trata de una variable interdependiente que marcará el desarrollo de lo recogido en la L.A.D para consolidar el SAAD o también para que éste quede relegado a un segundo nivel por la situación económica que se está viviendo. En esta “tensión” está el concepto sociosanitario vinculado a la atención de las personas dependientes. Lo sociosanitario debe encontrar su espacio financiero que va más allá del reclamo de coordinación que las Leyes de Servicios Sociales

analizadas de las Comunidades Autónomas de referencia y de la L.A.D hacen al respecto. A pesar de los avances, estamos, todavía en un marco conceptual difícil de acotar a la hora de poner o reorganizar servicios que hoy están adscritos al Sistema de Sanidad y al Sistema de Acción Social (Servicios Sociales). “Esto se debe a la evolución de ambos sistemas en nuestro contexto socio-político. Las diferencias entre el sistema sanitario y los servicios sociales son enormes. Derivan fundamentalmente, de su diferente grado de maduración, estructuración y consolidación en el conjunto de las políticas de protección social. Los servicios sanitarios están totalmente extendidos y conceptualizados (todo el mundo sabe cuál es y dónde está el centro de salud o el de consultas de especialistas o el hospital que le corresponde, quien es su médico de atención primaria, su pediatra, etc...) y el acceso a las prestaciones sanitarias (gratuitas en lo que atañe a la atención) constituye un derecho universal garantizado para toda la población. Por su parte, los servicios sociales adolecen de falta de estructuración y suficiente extensión, no tienen esa consideración de gratuidad y permanecen anclados en la mayoría de los lugares en una antigua concepción residual y asistencialista, que limita su campo de actuación a quienes tienen escasez de rentas y carecen de suficiente apoyo social”. (RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar.2006:46)

Si esta percepción (la financiera) estaba latente en el mismo año que se aprobó la L.A.D, hoy, como he dicho más arriba, sigue estando vigente; de ahí que haya dedicado el primer capítulo al “marco económico”.

PRIMERA CONCLUSIÓN EN LA INTERRELACIÓN DE LAS LEYES DE SERVICIOS SOCIALES Y LA L.A.D.:



Cuadro número 97. Variable interdependiente

Que está vigente hoy día lo pone en evidencia las reflexiones de autores como (MONSERRAT CODORNIU, Julia.2008; SOSVILLA RIVEROS, Simón. 2009; CERVERA MACIÀ, Monserrat y otros.2009; LÓPEZ CASASNOVAS, Guillen.2011). Evidentemente la L.A.D. tiene camino por hacer para que la “variable interdependiente” pueda incidir positivamente en la aplicación de la Ley. Desde ese punto de vista la propuesta del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario quiere ser una oferta en la atención a personas dependientes en clave positiva y superar de esta manera la limitación existente en cuanto a una financiación estable del SAAD porque “no significa que L.A.D.¹⁶⁹ –LAPAD- haya solucionado el problema de financiación de las distintas situaciones de dependencia, ni tampoco que procure de hecho, un sistema de financiación suficientes, estable y sostenible, tal como se predica en su exposición de motivos. Es sabido que la cuestión más discutida de la LAPAD ha sido precisamente su posibilidad real de financiación, sobre todo cuando se encuentre plenamente en vigor y los beneficios previstos en ella se hagan extensivos a los grandes dependientes, a los dependientes severos y a los moderados. Ahora bien, es claro, que la financiación de la atención a la dependencia es ahora mayor que antes de la promulgación de la Ley”. (ALONSO SECO, José María.2011:188)

IV.2.1.2. Variable interdependiente: “corresponsabilidad”.

La segunda variable interdependiente, a mi entender, es la corresponsabilidad. La relación entre las Leyes de Servicios Sociales y la L.A.D. está sujeta a una dinámica corresponsable. Si queremos ser positivos y constructivos esta dimensión debe implicarnos a todos los que podemos formar parte del sistema; aquí nadie puede estar al margen de la misma. Todos en algún momento de nuestras vidas tendremos una relación directa o indirecta con la dependencia. Este punto, en cuanto que forma parte del marco teórico propuesto en el Segundo Capítulo ha sido suficientemente tratado; pero, entiendo, que en este momento es conveniente que le dedique un tratamiento diferenciado con respecto a lo que se trató en el segundo capítulo. Diferenciado por la propia relación existente entre Leyes Autonómicas de Servicios Sociales y la L.A.D. después de haber completado el apartado III.1 de esta memoria conviene resaltar algunos aspectos que nos pueden aportar “luz” para el desarrollo del capítulo IV.

El avance de la corresponsabilidad en estos años, desde la promulgación de la L.A.D., después de analizar el marco legislativo en el punto “III.1”, tengo

¹⁶⁹ También con las siglas LAPAD (Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia)

que reconocer que la financiación, que no está completada. Además hay camino para recorrer con respecto a la implicación de las Corporaciones Locales (CCLL) y en la interacción entre las Administraciones Públicas. El Modelo que propongo tiene en **la corresponsabilidad** un punto de apoyo esencial para su desarrollo. En estos momentos, que existen variables que están afectando negativamente al Estado de Bienestar, conviene no perder la perspectiva de **la corresponsabilidad**. Entiendo que solamente con corresponsabilidad el SAAD podrá ser sostenible y duradero en el tiempo, dada la crisis del Estado de Bienestar, y la magnitud y el peso que supone hacer frente a la dependencia, si queremos mantener los logros obtenidos hasta el momento va ser necesaria la colaboración y el esfuerzo de todos los ámbitos sociales (estatal, familiar, comunitario y mercantil), aunque el reparto de las responsabilidades es obviamente diferente. “El Estado debe asumir una parte de la responsabilidad y asegurar una cobertura mínima ante la dependencia, al igual que lo hace con otros riesgos sociales como el paro, la jubilación, la enfermedad, etc... Además de garantizar, lógicamente, las necesidades de los que no cuentan con ningún recurso. Debe, también, dejar muy claro la parte de la responsabilidad que asume para que los ciudadanos tengan una visión exacta de la realidad y de lo que pueden esperar. Para ello se hace imprescindible la existencia de una cartera de servicios públicos que informe con toda claridad acerca de las prestaciones y los servicios a los que se tiene derecho y a los que no” (ESCUREDO, Bibiana.2007:85). Esto es, precisamente, sobre lo que nos advierte la profesora Bibiana, y que, supuestamente, clarificó la L.A.D. porque está recogido en la misma; hoy sigue siendo una asignatura que aprobar. De ahí que yo insista en **la corresponsabilidad** como una variable interdependiente a potenciar.

La corresponsabilidad nos sitúa ante la necesidad de superar la primera “variable interdependiente” (**la financiación**); superada ésta nos conducirá a establecer un estudio sobre los servicios existentes tanto en el área sanitaria como social para establecer que el SAAD realmente sea un sistema con recursos propios desarrollando cambios estructurales (funcionales y orgánicos) así como de optimización de recursos. Esto se debe a que la corresponsabilidad comporta llegar a acuerdos operativos para planificar una atención a las personas dependientes más coherente; superando la idea de asimilar dependencia a población mayor por ser tener ésta un peso porcentual considerable. La corresponsabilidad implica interrelación ya que “el fenómeno de la dependencia, se evidencia a través de la observación de la existencia de personas con discapacidad asociada a diversos factores, por un lado, y de las personas con discapacidad asociada a la vejez, por el otro. Realmente no existe disimilitud entre ambas, únicamente ocurre que la

segunda dimensión es la que realmente está afectando al crecimiento del fenómeno de la dependencia como fenómeno social, por cuanto las sociedades modernas envejecen y la estructura demográfica presiona el contexto. Se hace necesario, por tanto, el objeto de describir la peculiaridad del contexto territorial andaluz en lo que se respecta a la aplicación de la *Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*". (DE LA FUENTE ROBLES, Yolanda, SOTOMAYOR MORALES, Eva.2007:204) La corresponsabilidad nos ayudará a romper la tendencia existente a la fragmentación y la dispersión tanto a nivel interno de las CCAA como a nivel externo en cuanto a la relación de las CCAA con la Administración General del Estado; y lo hará no porque esté escrito en una Ley, efectivamente esto ayuda, sino porque se va a dar un convencimiento de carácter intrínseco tanto en la propia "filosofía política" de los partidos políticos como en la conceptualización de la manera de Gestionar-Administrar superando las propias barreras territoriales.¹⁷⁰ De esta forma podremos superar el que no hayan existido más sinergias entre las distintas partes de la Administración del Estado. Esta falta de corresponsabilidad "ha tenido como consecuencia la demora progresiva en la aplicación de políticas de ámbito nacional, a la vez que las CCAA se han visto obligadas a actuar y han ido desarrollando diferentes políticas que han contribuido a crear realidades muy distintas. Este desarrollo de programas autonómicos en materia de dependencia, por un lado, ha promovido la innovación y ha estimulado la coordinación de los recursos, pero al mismo tiempo ha tenido también algunas repercusiones negativas como la generación de incoherencias, derechos desiguales y desequilibrio en la distribución de los recursos, lo que ha contribuido a incrementar algunas desigualdades sociales". (ESCUERO, Bibiana. 2007:68-69)

La corresponsabilidad es aceptar retos. La corresponsabilidad siempre es apertura de mente; es realizar un camino basado en la innovación; en cierta forma es superar las barreras que las personas nos solemos imponer al creer que lo que nosotros tenemos es lo mejor y lo único posible. La corresponsabilidad desde la apertura y la innovación que se plantea en la L.A.D. para desarrollar el SAAD interaccionándose con las Leyes de Servicios Sociales de las CCAA es un reto al que no hay que tener miedo porque nos posibilita seguir en el camino iniciado con la Constitución de 1978 en materia de Servicios Sociales dándonos la oportunidad de poder avanzar en la puesta en marcha de un PLAN CONJUNTO DE TRABAJO¹⁷¹. "El reto es poner en marcha todo un nuevo sistema de atención a la dependencia que ha de

¹⁷⁰ Esto se podrá observar cuando exponga el Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario en la aplicación práctica en la zona del Bajo Aragón (Comunidad Autónoma de Aragón)

¹⁷¹ El Plan de Trabajo Conjunto ha quedado justificado en los capítulos anteriores de esta de Tesis Doctoral.

convivir con el existente en cada autonomía en un periodo no inferior a 8 años, esto no es fácil; y no lo es porque el nuevo sistema SAAD obliga a compartir y a establecer criterios comunes entre todas las Administraciones competentes”. (ESTEBAN, Ana Isabel.2007:31)

Una sociedad corresponsable madura coherentemente ante los problemas que pudiera tener. En cierta forma se da una situación de automotivación alineándose con el Objetivo Final que, no es otro, que hacer que el SAAD sea operativo y responda a las necesidades de las personas dependientes a través de modelos coherentes de intervención. Los problemas vinculados generalmente a las propias diferencias marcadas por las CCAA tienen solución. Hemos visto en el análisis realizado en el punto “III.1” de esta Tesis Doctoral que existen muchas variables de “ideas fuerza” similares que nos aproximan más que nos distancian; lo único que nos falta es motivarnos para realizar un PLAN DE TRABAJO CONJUNTO. La Ley ampara y facilita; pero no motiva porque la motivación tiene que salir de dentro y esta dimensión se sitúa en la persona; si hay personas –políticos- y gobernantes que se motivan **la corresponsabilidad** será un punto de apoyo. “En cierta forma, precisamos activar lo que se puede denominar **estructura de la motivación** porque las fuerzas que mueven a las personas a actuar en un determinado sentido son principalmente dos: el interés por conseguir algo o el miedo a perder o tratar de evitar que se produzca algo. La motivación es una fuerza interna que se manifiesta por medio de la conducta o un comportamiento determinado con la finalidad de lograr un objetivo. De ahí que podamos señalar que la infraestructura de la motivación se compone de tres elementos: la necesidad, la conducta y el objetivo. Cuando el sujeto desarrolla una determinada conducta y logra el objetivo perseguido decimos que es una persona satisfecha y, por el contrario, cuando no lo logra decimos que una persona frustrada”. (Urcola, Juan Luis. 2008:69-70), Si todos que tenemos que implicarnos en la atención a la dependencia, desde la corresponsabilidad, vamos en la misma dirección no habrá frustración, de otra forma ésta será el producto final.

La atención a la dependencia no se agota en la atención a la población mayor esto lo vengo argumentando en esta Tesis Doctoral porque esto generaría frustración en otras personas y/o colectivos. La frustración no sólo quedaría en el ámbito relacional entre las distintas Administraciones del Estado, estaría también ubicada entre las personas dependientes, esto es un riesgo que está ahí, latente y presente. Por ejemplo, “ante la integración de la atención sanitaria y social de las personas con trastorno mental grave, nos encontramos con la necesidad de incluir intervenciones tanto sanitarias como no sanitarias si queremos dar respuesta a las necesidades múltiples de

las personas con trastorno mental grave, desde objetivos de inclusión social y recuperación. Necesidad que incluye intervenciones biológicas y psicosociales y que se corresponde con la disponibilidad de intervenciones efectivas y eficientes en el campo de los programas de apoyo social y lucha contra el estigma. Todo ello plantea de manera muy clara la necesidad de articular todo ese conjunto de intervención desde los campos o sectores en que habitualmente se prestan en sociedades como las nuestras y que incluyen el sistema sanitario por también los servicios sociales, educativos y de empleo, así como la administración de justicia y la industria de la comunicación y el ocio”. (LOPEZ, Marcelino; LAVIANA, Margarita y otros.2007: 21) Nos percatamos que **la corresponsabilidad** supone acompañar procesos, haciendo que éstos ayuden a integrar a las personas con dependencia, consecuencia de los trastornos mentales graves.

La L.A.D., y por tanto el SAAD vienen a perfeccionar/ completar las LEYES DE SERVICIOS SOCIALES desde el momento que la L.A.D. da cobertura subjetiva/universal a personas con problemas de dependencia; y no sólo influye en las Leyes de Servicios Sociales que, como hemos visto en las analizadas en este trabajo, estaban en una tensión positiva ante la dependencia incidiendo en el Sistema Sanitario, invitando a una coordinación constructiva y eficaz al Sistema Sanitario con el Sistema de Servicios Sociales y viceversa.

La corresponsabilidad también conlleva un proceso de educación. La educación al constituirse como un canal de socialización constructivo y eficaz para mejora la sociedad, en tanto y cuanto, las personas tienen mayor capacidad de analizar y tomar decisiones desde el ejercicio de la libertad, se hace realidad que las sociedades son más desarrolladas y democráticas. Educación y atención a la dependencia forman parte de la misma realidad a la que quieren atender: la persona. Al hablar de Autonomía Personal estamos hablando, también, de la capacidad que tiene la persona dependiente de tomar decisiones o ser aconsejado o ayudado para ello. Esto implica que la sociedad seamos corresponsables con esta evidencia. Evidencia que ya he puesto desde que en el primer Capítulo he hablado de la DIGNIDAD DE LAS PERSONAS; la educación es, ciertamente, un elemento social de primera clase; pero puede y debe ser vista, también, desde el individuo, y entonces aparece con una función, sin duda, todavía más excelente e importante: la promoción de las personas, en todas sus dimensiones, para ayudarles a vivir bien y satisfactoriamente, tanto en el plan individual como colectivo. Las personas dependientes también tienen sus derechos:

- “Derecho al respeto de su dignidad humana, al ritmo personal en la evolución de su dependencia, a su autonomía, a su participación en el

proceso de evaluación del grado de dependencia y en aquellas otras formas de decisión donde sus intereses puedan verse afectados.

- Toda persona dependiente será informada en la medida de sus posibilidades sobre sus derechos y libertades, sobre las opciones y facilidades disponibles y sobre la evolución de la legislación que le concierne.
- Los poderes públicos tienen la responsabilidad de adoptar las medidas legislativas necesarias, para alcanzar la plena igualdad de oportunidades y para garantizar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios ofertados”. (VEGA FUENES, Amando.2007:245)

Nos percatamos que en esta perspectiva, la L.A.D. también aporta innovación a las Leyes de Servicios Sociales. Es verdad que las Leyes mencionadas hablan de la libertad y de la igualdad amparándose en la Constitución de 1978; pero aquí se da un paso más adelante al entender que la dependencia no supone, en ningún, caso limitación para tomar decisiones libremente.

SEGUNDA CONCLUSIÓN EN LA INTERRELACIÓN DE LAS LEYES DE SERVICIOS SOCIALES Y LA L.A.D.:



Cuadro número 98. Variable interdependiente

IV.2.1.3. Variable interdependiente: “innovación”.

La tercera variable interdependiente es la innovación. Hemos constatado en el análisis de las Leyes de Servicios Sociales de las CCAA de referencia que en las mismas se halla implícita la dimensión innovadora. De hecho las leyes de Madrid, País Vasco y Aragón están en las que podremos denominar de Segunda Generación (Madrid) e inclusive de tercera generación para las que fueron promulgadas después de la L.A.D (Aragón y País Vasco), Andalucía, se puede decir que completó su ley de 2/ 1988 con la Ley 6/1999 en áreas de mejorar la calidad de vida de las personas mayores relacionando su atención en respuesta a la dependencia y a la atención sociosanitaria. La dimensión innovadora de las mismas se completó, desde mi punto de vista con la L.A.D., lo hemos podido contemplar en las variables e “ideas fuertes” expuestas en el análisis que he realizado en esta Tesis Doctoral. “El Sistema de Atención de la Dependencia es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los Servicios Sociales en nuestro país, respondiendo a la necesidad de la atención de las situaciones de dependencia y a la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades”. (DE LA FUENTE ROBLES, Yolanda y SOTOMAYOR MORALES, Eva. 2007:210).

Esto ha supuesto tener que comenzar a innovar. En palabras de Amparo Valcarce, “la Ley de Dependencia supondrá una auténtica revolución social en España en los próximos años. Garantizará servicios sociales y prestaciones económicas a los ciudadanos que nos pueden valer por sí mismos y, en 8 años, situará a nuestro país en la vanguardia mundial de la atención a las personas mayores y personas con discapacidad” (VALCARCE, Amparo.2007:191). Ciertamente el objetivo era muy importante y, yo diría, que demasiado optimista. Coincido con ella en que se trata de una **gran revolución**. La innovación siempre lleva una dosis de inconformismo revolucionario que bien tratado da excelentes resultados. El que quiere innovar tiene, a veces, que rebelarse contra el sistema que tiende a repetir lo de siempre. Ciertamente “lo de la vanguardia” ha quedado frustrado no sólo por la crisis económica que estamos atravesando sino por nuestra propia realidad, la primera variable interdependiente señalada en este apartado: **la financiación**, supone un problema para el avance real del SAAD.

Las Leyes de Servicios promulgadas por las CCAA de referencia y analizadas en este trabajo supusieron “per se” una revolución en cada una de las Comunidades porque hicieron posible que en los Municipios y en las Ciudades se establecieran puntos de referencia para atender a la población que precisara de atención social. Los Servicios Sociales de Base, con la

perspectiva de ser comunitarios, ayudaron a ir estableciendo poco a poco la idea de un Sistema y paralelamente los Servicios Especializados apoyaron que el Sistema se fuera afianzando. En este marco práctico de desarrollo de los Servicios Sociales la atención a la población mayor supuso para la Acción Social en general una socialización positiva del Sistema, universalizando, en cierta manera, al mismo y quitando esa percepción negativa que se podía tener al acudir a los Servicios Sociales de Base; se comenzó a borrar la estigmatización del Sistema. **Esto sí ha supuesto una verdadera revolución en una sociedad como la española.** La atención a personas mayores hizo plantearse poco a poco la importancia que tendría la dependencia; de ahí el alto peso que la dependencia tiene: la población es un colectivo muy importante al que dar respuesta. En esta “revolución” el Trabajador Social ha jugado un rol esencial, al haber sido un profesional de referencia y al “haber acercado” los Servicios Sociales a la población en general.

Lo anterior nos indica que la innovación no se construye en un momento puntual, sino que ésta se va fraguando poco a poco y para que siga siendo “innovación” precisa, como he dicho más arriba, de un cierto grado de inconformismo. La L.A.D. que sí plasma una gran innovación, lo hace con la trayectoria inaugurada en el ámbito de la Acción Social por las propias Leyes de Servicios Sociales. “Con la nueva Ley se adopta el criterio de que la organización técnica debe estar en función del bienestar de los ciudadanos y usuarios y no de las conveniencias de los agentes proveedores de prestaciones de los servicios sociales. La mejora institucional de los servicios sociales públicos parece exigir la reforma de la actual división de responsabilidades, en tal sentido, la Ley para las situaciones de dependencia funcional trae consigo un avance importante y debería de servir de pauta para otras áreas de la acción de los servicios sociales. Debe procurarse así, la asunción por el Estado central de aquellas responsabilidades concernientes a los Servicios Sociales que convengan al interés superior de los ciudadanos”. (DE LA FUENTE ROBLES, Yolanda y SOTOMAYOR MORALES, Eva. 2007:212)

A la innovación hay que unir revolución (**innovación-revolución**). Por mi parte el Modelo que propongo conlleva la presencia de este binomio y pone en evidencia un cierto inconformismo en la manera en cómo están organizados actualmente los Servicios Sociales en el área de la dependencia.

Las Leyes de Servicios Sociales analizadas y la L.A.D., nos señalan las estructuras funcionales para atender a la población. La L.A.D., ayuda a concretar las mismas en el ámbito de la dependencia. Esto conlleva una gran revolución; sin embargo, todavía, queda una parte de la revolución por hacer: El valor equiparable DEL SAAD a otros SISTEMAS como LA SANIDAD Y LA EDUCACIÓN. Aquí, precisamente, es donde tenemos que trabajar por la

innovación. El SAAD tal y como está fijado asume la dimensión sociosanitaria de la dependencia y esto tiene que concretarse operativamente más allá de las llamadas a la coordinación que se hacen tanto en las Leyes de Servicios Sociales analizadas como en la L.A.D. Una población que crece en la esperanza de vida precisará de contar con proyectos que le puedan ayudar a mantener la mejor autonomía cuando tenga que ser atendida por causas de dependencia. Esto per se nos está indicando que el Sistema actual tiene que innovarse con nuevos modelos de atención –intervención-. El envejecimiento es una constatación y la atención a la dependencia es una evidencia a la que no podemos dar la espalda; se trata de un derecho al que la población no renunciará. Se trata de trabajar por la dignidad de las personas. “La población de los países occidentales está envejeciendo progresivamente, entre otros motivos por una disminución relativa e importante de la mortalidad en las edades más elevadas. El envejecimiento de la población es uno de los factores que tienen un peso más determinante en la configuración de su nivel de discapacidad. Con el aumento de la supervivencia, se acentúa la prevalencia de trastornos crónicos y se incrementa la probabilidad de sufrir discapacidades como consecuencia de la enfermedad. Aunque la mayor supervivencia representa un éxito del bienestar de la sociedad, no deja de tener repercusiones importantes en lo que concierne al estado de salud de la población en su conjunto y en la necesidad de servicios sanitarios”. (GISPERT MAGAROLAS, Rosa; CLOT-RAZQUIN, Guillem y otros.2008:654)

La pregunta que debemos hacernos desde esta “variable interdependiente” es: ¿estamos dispuestos a realizar cambios estructurales, funcionales y de carácter orgánico? Si verdaderamente estamos alineados con la necesidad de innovar; la respuesta es sí. Esta respuesta positiva está fundamentada en lo explicado en los Capítulos I y II de esta Tesis Doctoral y, desde luego, fundamentada en el análisis realizado en el punto “III.1”.

La innovación, además, de estar relacionada con una cierta dimensión de inconformismo, sumada ésta a la “idea de revolución” conlleva MEJORAR LA CALIDAD.

Todas las Leyes analizadas, sin excepción, establecen la CALIDAD como un punto de referencia esencial en los Servicios Sociales y en concreto en la atención a las personas dependientes. Trabajar con CALIDAD implica la necesidad de estructurar los servicios sociales, también los asignados a la atención a la dependencia, de una determinada manera y, además, deberá de contar con un protocolo de trabajo que realmente pueda medir el nivel de atención, desde la calidad, que se ofrece y presta a la persona dependiente.

MEJORAR LA CALIDAD es igual a innovar y, por tanto, a generar una sana revolución. INNOVAR supone proponer modelos en donde la Calidad sea un punto de referencia y, a su vez ésta, implique revisar y evaluar para mejorar la atención a las personas dependientes. Todo esto supone aceptar que estamos en una Etapa Nueva. “Evidentemente la L.A.D. nos ha proporcionado la oportunidad de inaugurar un SISTEMA que nos haga renovarnos, en cuanto a recursos, servicios y estructuras, se puede decir que vivimos una nueva época ilusionante para la Política Social en nuestro país vinculada a la aprobación y puesta en marcha de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en situación de Dependencia”. (VILLALOBOS SANTOS, Julia. 2008:9)

He señalado anteriormente que la figura del Trabajador Social es esencial en el desarrollo de esta variable interdependiente, también lo señalé en el Segundo Capítulo¹⁷². La innovación no es posible si en el proceso no se implican las personas. En el caso del desarrollo del SAAD la aportación del Trabajador Social es esencial; y lo es porque se trata del profesional que conoce en detalle la realidad existencial de la persona dependiente que tendrá que ser apoyada y atendida por el SAAD. Las leyes analizadas de las CCAA de Andalucía, Aragón, Madrid y País Vasco hablan del profesional de referencia; bien, en relación con la L.A.D. y el consiguiente desarrollo del SAAD, teniendo éste que interaccionar con las Leyes de Servicios Sociales, desde mi punto de vista, el profesional, respetando que la atención es polivalente y multiprofesional, tiene que ser el Trabajador Social. El Trabajador Social, por formación y cualificación, tiene la capacidad **de ser la síntesis de la acción social** y al mismo tiempo el dinamismo de poder articular y diseñar la manera de proceder y actuar con la persona dependiente; está en el territorio y está también en la relación directa y afectiva con la persona; dispone de la información y, por tanto, es capaz de proponer la intervención más adecuada, más allá del marco legal; es por naturaleza innovador. Las Leyes de Servicios Sociales analizadas coinciden en la necesidad de buscar la innovación a través de una mejor coordinación y de empujar a las Corporaciones Locales a realizar un trabajo de gestión de los servicios para que realmente sean percibidos por las personas como parte de su territorio-comunidad. Esto es lo que proponen; pero al final las leyes no terminan de dejar que exista una verdadera innovación al respecto; tampoco la L.A.D.

Si bien la L.A.D. inauguró una etapa ilusionante en la Acción Social, los servicios pegados al territorio, a las personas desde las CCLLL (Corporaciones

¹⁷² Sobre este punto he expresado en el Segundo Capítulo que el Trabajador Social será el Coordinador General del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario que yo propongo llevar adelante.

Locales) han terminado ratificando un peligro: se han convertido en muchos casos, en la atención a las personas dependientes, en oficinas de tramitación administrativa y los Trabajadores Sociales en los responsables administrativos de las mismas. Desde esta perspectiva es difícil innovar. Por esta razón, ya lo he hecho saber cuándo he analizado las Leyes de Servicios Sociales y la propia L.A.D. –si queremos que exista una interrelación madura– será preciso cambiar. **La innovación implica cambiar** porque si no cambiamos las fortalezas que tenemos, y de las que se hablan el articulado de las Leyes, serán minimizadas por las debilidades y dejaremos de ver la L.A.D, en relación con las Leyes de Servicios Sociales, como una oportunidad haciendo que las amenazas terminen afectando al SISTEMA. Insisto en la importancia que tiene el Trabajador Social para que lo señalado anteriormente no ocurra; pero estemos atentos porque, sin percatarnos, la burocratización del Sistema y el perfil profesional del Trabajador Social son en sí mismas una amenaza y una debilidad. Perdemos la oportunidad de innovar; dejamos todo como ésta o creemos que nuestra Ley es la mejor. No se produce una verdadera interacción. Por mi parte, considero que la L.A.D. supone una gran oportunidad para arrinconar el peligro; pero el peligro está ahí. “La L.A.D. ha significado un gran avance para la Política Social de nuestro país, después de más de una década de estancamiento, y los profesionales del Trabajo Social en los Servicios Sociales Comunitarios hemos colaborado, como en otras ocasiones, a que efectivamente ese avance sea posible, pero hay que ser conscientes de dos grandes amenazas:

- Si los Servicios Sociales Comunitarios tal y como estos fueron concebidos hace dieciséis años, siguen asumiendo nuevas cargas sin profundizar en sus estructuras, en sus contenidos, en sus relaciones, en los ratios, etc... corren un serio riesgo de burocratizarse
- Los trabajadores sociales de los Servicios Sociales Comunitarios, estamos en peligro de convertirnos en meros gestores burócratas de requisitos, formularios, plazos y trámites, olvidando la identidad de la profesión.

Se está cumpliendo ahora el viejo objetivo de llegar a toda la población, y de la imagen que transmitimos a los ciudadanos dependerá que los Servicios Generales Comunitarios sean percibidos como servicios públicos de calidad y los trabajadores sociales como profesionales cualificados y con identidad específica o habremos perdido una oportunidad histórica”. (VILLALOBOS SANTOS, Julia. 2008:14). **La innovación** para que sea enriquecedora, además,

de todo lo señalado anteriormente se apoya en el **trabajo en equipo (cuarta variable interdependiente)**.

La innovación es seguir trabajando por superar la fase estrictamente sanitaria de la dependencia, aquí –desde mi punto de vista- por lo analizado y consultado para realizar este trabajo existe el problema de ejercitar una verdadera coordinación entre lo social y lo sanitario. En cierta manera aparece el ver quien tiene más poder o peso específico en la atención a la dependencia. A esto hay que añadir la visión interpretativa de la sociedad. La sociedad percibe la discapacidad como una tragedia y por esta razón ven que la única salida es la intervención médica que es la que podrá curar la dependencia. Si es verdad que las Leyes de Servicios Sociales analizadas, incluida, la L.A.D. intentan despejar esta situación haciendo valer los derechos de las personas y desde la perspectiva de la L.A.D de las personas dependientes; existe, todavía, en nuestra sociedad un peso sanitario muy importante en la atención a las personas dependientes. “Lo sociosanitario, todavía, tiene un camino largo e importante que realizar, así tenemos que con frecuencia la discapacidad ha sido vista como una tragedia personal que no requiere otra intervención que la puramente médica o terapéutica. En nombre de esta percepción de la discapacidad, que se conoce como modelo médico, las personas con discapacidad han sido privadas de ejercer el control sobre sus propios cuerpos y han sido sometidas a tratamientos e intervenciones sin su consentimiento, a menudo cruentos, innecesarios y de eficacia no contrastada, con el único objetivo de atenuar su discapacidad y hacerla menos visible”. (GUZMAN, Francisco; MOSCOSO, Melania; TOBOSO, Mario.2010:44)

TERCERA CONCLUSIÓN EN LA INTERRELACIÓN DE LAS LEYES DE SERVICIOS SOCIALES Y LA L.A.D.:



Cuadro número 99. Variable interdependiente

IV.2.1.4. Variable interdependiente: "trabajo en equipo".

El Trabajo en Equipo hace que las tres variables interdependientes antes señaladas puedan desarrollarse e influir positivamente en la aplicación de la L.A.D. Trabajar en Equipo significa implicarse. La L.A.D tiene verdadera vocación de hacer equipo, es decir de Trabajar en Equipo. De hecho esta variable interdependiente da contenido doctrinal y práctico a mi propuesta de organizar un PLAN DE TRABAJO CONJUNTO.

La realización del Plan de Trabajo Conjunto será posible si hay voluntad de trabajar en equipo. Sabemos, los profesionales –como es mi caso- que hacer o desarrollar un proceso que nos haga ser verdaderamente un equipo, supone remover formas y maneras, tanto personales como estructurales, que hagan posible el objetivo de ser un equipo, y por tanto de poder trabajar en equipo.

La pregunta que cabe hacerse es la siguiente: ¿se sienten verdaderamente un equipo de trabajo los políticos llamados a ejercer el servicio de gobernar? No se trata que en esta Tesis pueda dar respuesta a la pregunta, si bien es verdad, que en el siguiente punto **“III.3.2.- Análisis de lo que dicen los Partidos Políticos al respecto en las cuatro Comunidades de Referencia”** nos percataremos de la verdadera voluntad que pueda existir de trabajar en equipo. No es un hecho que debamos de ignorar los profesionales, los técnicos y los ciudadanos.; ya que los políticos tienen la capacidad ejecutiva de legislar y de organizar, y esto nos afecta directamente, como es nuestro caso, a la atención de personas dependientes. No son gestores directos pero posibilitan que se pueda o no hacer una verdadera gestión.

El trabajo en equipo es necesario y, además, pertinente. Lograr que un proyecto o servicio se trabaje en equipo conlleva su tiempo y maduración; si bien hay que tener claro que, aunque se den dificultades, nunca podemos renunciar a trabajar en equipo. “La aplicación de la L.A.D y, por ende, del SAAD no ha sido tan sencilla como pudiera parecer. De hecho, la implicación de la Ley tiene en la gestión de la demanda de los ciudadanos, que ejercitando el derecho subjetivo que se les reconoce, solicitan el acceso y la protección del sistema, uno de sus pilares fundamentales. Aunque la Ley sólo menciona la valoración y el establecimiento por los servicios sociales de cada Comunidad Autónoma del Programa Individual de Atención, es un proceso complejo. El desarrollo de este proceso requiere además de la implicación de actores diversos y de la utilización de recursos y herramientas de gestión que lo hagan posible, que en cada Comunidad Autónoma se están aportando según criterios, posibilidades y voluntades propios. Esta diversidad condiciona las muy diversas respuestas que se ofrecen a las demandas de los ciudadanos y conlleva una enorme variabilidad en el recorrido y el tiempo de trámite de los expedientes (solicitudes, valoraciones, programas individuales de atención) a través de los que la administración gestiona el ejercicio del derecho de los ciudadanos”. (CERVERA MACIÀ, Monserrat; HERCE SAN MIGUEL, José A. y otros.2009:10-11). El trabajar en equipo supone el asumir, en nuestra sociedad actual porque esto es una constatación experimental por aquellas personas que nos dedicamos a la gestión-administración¹⁷³, que hay que aceptar positivamente un cambio organizativo. Esto pasa también con las estructuras de las Administraciones Públicas; de hecho las Leyes analizadas y la propia L.A.D. suponen un esfuerzo por adaptarse a la realidad. Lo que pasa es que la realidad nos presenta una sociedad cambiante que precisa de respuestas dadas desde el trabajo en equipo para que éstas

¹⁷³ Es suficiente con que nos adentremos en lo que nos dicen los autores señalados en las citas números: 5, 6 y 7 de esta Tesis Doctoral.

puedan asimilarse de una manera más coherente y sintiéndolas como propias. Hoy las organizaciones, y no podemos obviar que las Administraciones Públicas son unas organizaciones (una organización) que nos hemos dotado para responder a las demandas de los ciudadanos y no son de los políticos. “Las estructuras con muchos niveles jerárquicos y comportamientos estancos han quedado obsoletas y han puesto de manifiesto en muchos casos su ineficiencia. Cuando las organizaciones se van a basar cada vez en mayor medida en un uso abierto de la información y en una gestión por objetivos, son superfluas muchas capas de niveles intermedios que apenas aportan valor añadido al proceso y que en muchas ocasiones son simples transmisores de órdenes que basan su poder precisamente en la cantidad de información que guardan. La burocracia que ha predominado en el modelo tradicional tiene los días contados. No es pensable mantener cara al futuro dotaciones elevadas de empleados en áreas indirectas dedicadas a planificar, organizar, administrar, asesorar..., en lugar de proporcionar auténtico valor a los clientes. Los departamentos centrales dependerán y estarán al servicio de las áreas de negocio, a la inversa de lo que ocurre en la actualidad, prestando su colaboración en aquellas áreas que por razón de su tamaño no les es factible atender, como pueden ser la investigación, la formación, etc.... Esta es la razón por la cual la estructura empresarial del futuro tenderá hacia una organización menos compleja y de menos niveles que la antigua. Es decir, la estructura se aplanará y se potenciarán los órganos de decisión descentralizados y las organizaciones funcionales”. (URCOLA TELLERIA, Juan Luis. 2010:29)

Trabajando en equipo tendremos la oportunidad de poder intercambiar experiencias a nivel global (entre CCAA, CCLL y Administración General del Estado) y a nivel particular, y concreto, entre los profesionales, investigadores, docentes, y entidades que formamos parte de la gestión-administración. Teniendo en el centro de la gestión a las personas. El trabajo en equipo implica superar dificultades y establecer un espíritu de cooperación que no limite, sino que integre. La integración es consecuencia del buen hacer que el equipo desarrolla. La realización del trabajo en equipo nos hará percatarnos que, en aras de realizar un trabajo con Calidad,¹⁷⁴ será necesario reorganizarnos tanto a nivel profesional como a nivel de estructuras. “Si bien la L.A.D. establece que las CCAA son las que coordinan las dimensiones sanitarias y sociales, conviene recordarles a éstas lo importante que es trabajar en equipo; y no solamente desde el ámbito técnico-profesional sino, también, desde la implicación política y desde de interacción constructiva de la Administración Autonómica con la

¹⁷⁴ No olvidemos que la Calidad la he situado como parte de la variable interdependiente de “la innovación”.

Administración General del Estado. Esta dimensión de **trabajar en equipo** va más allá de lo que establece la propia normativa de la L.A.D.; es decir, que mira más lejos de lo que señala el artículo 6.2 al configurarse como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios públicos y privados” ((CERVERA MACIÀ, Monserrat; HERCE SAN MIGUEL, José A. y otros.2009:34); desde mi punto de vista, el trabajar en equipo, es afianzar el PLAN DE TRABAJO CONJUNTO haciendo que la L.A.D. aproveche todos los resortes jurídicos del articulado para desarrollar un trabajo en equipo, “así tenemos que la L.A.D. deja en el ámbito de las Comunidades Autónomas la coordinación de los aspectos sociales y sanitarios de la atención, dado que se trata de aspectos organizativos de su exclusiva competencia. No obstante el Art. 11 insta a las Comunidades Autónomas a establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención. Así mismo, el Art. 21 establece la necesidad del desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos, encaminados todos ellos a la prevención de las situaciones de dependencia”.((CERVERA MACIÀ, Monserrat; HERCE SAN MIGUEL, José A. y otros.2009:35).

Las Leyes de Servicios Sociales analizadas explicitan claramente lo importante que es coordinarse; lo cual significa que es necesario trabajar en equipo. Esto enlaza totalmente con la voluntad de la L.A.D. de conducirnos a todos que podemos formar parte de la misma a dejarnos desafiar y ser capaces de hacer un camino conjunto.

El trabajo en Equipo, en el ámbito de la L.A.D. y de lo que he señalado anteriormente, tiene la gran bondad de invitarnos a afianzar un modelo de atención que recoja las variables interdependientes anteriores : financiación, corresponsabilidad e innovación y junto a ésta, ayudar a asumir a los poderes públicos la responsabilidad que tienen de amparar un proceso de atención a las personas dependientes que integre y mejore la calidad de vida, en el marco económico y social de lo señalado en esta Tesis Doctoral en el Primer y Segundo Capítulos. “El Estado tiene una la mayor responsabilidad en hacer que esto sea factible y posible; el Estado español actual, como Estado Social y Democrático de Derecho, tal como lo define el art. 1 de la Constitución Española, compromete a los poderes públicos a la protección de los derechos sociales como derechos fundamentales de la ciudadanía. Dicho compromiso debe tener su máxima expresión en la creación de un modelo social en el que

las necesidades de los ciudadanos constituyan una prioridad de orden público. Entre ellas, y de forma destacada, la política de asistencia a las personas que estén en situación de dependencia. Esta necesidad social es la que impulsa a iniciativa legislativa que se materializa en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Esta Ley configura el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia como cuarto pilar del Estado de Bienestar, y como tal debe dar respuesta a los derechos sociales en el área de cuidados de larga duración. La Ley de la Dependencia es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la atención a las necesidades de apoyos generalizados y la promoción personal, es el gran asunto de la política social del momento y de los próximos años, ya que de la respuesta que demos a ese desafío dependerá la calidad, la equidad y la viabilidad de nuestro Sistema de Protección Social”. (BARROSO-GONZÁLEZ, María y CASTRO-VADILLO, Nelly. 2010:115). Evidentemente esto afianza la idea de **trabajar en equipo**, acudiendo a referentes y especialistas en gestión- como Juan Luis Urcola nos podemos percatar que la L.A.D. debe funcionar como un motivante interno del Sistema de Acción Social para que todas las partes se impliquen con lo que la Ley propone. Ésta debe ser impulsada y corregida, después de la correspondiente evaluación, asumiendo los parámetros que en gestión se emplean para motivar. Desde esta perspectiva habremos logrado que **el trabajo en equipo** sea integrador y comprometido. Si los que trabajamos en el ámbito de la atención a la dependencia nos implicamos con la L.A.D. desde esta dimensión tendremos necesidad de establecer un PLAN DE TRABAJO CONJUNTO. Para ello deberemos de cumplir con los siguientes puntos: (URCOLA, Juan Luis.2008)

- Pensar que nuestro trabajo nos produce satisfacción positiva y constructiva
- Tener y mantener retos atractivos. Hay que lograr objetivos
- Generar participación y, sobre todo, **trabajar en equipo**
- Propiciar el crecimiento profesional
- Teniendo responsabilidad, libertad de actuación y autonomía desde **la corresponsabilidad**
- Poder **innovar** y desarrollar actividades creativas
- Tener orgullo de pertenencia al proyecto
- Trabajar en entornos de confianza
- Asumir la delegación
- Implicarse para que el proyecto tenga viabilidad desde **la financiación**

Estos diez puntos concretan muy bien el eje vertebrador de la motivación y ésta es parte esencial de la fuerza que tiene que tener **el trabajo en equipo**.

El Plan de Trabajo Conjunto, desde el **trabajo en equipo**, facilita la integración y la coordinación logrando que los diez puntos de la motivación sean impulsores de todo lo que vaya generando el propio Plan de Trabajo Conjunto. Las Leyes de Servicios Sociales analizadas invitan a trabajar en sus ámbitos de competencia con espíritu conjunto, lo cual no significa que se trabaje en equipo. La L.A.D también cuenta con esta vocación. En la línea de lo que vengo diciendo acerca del trabajo en equipo es interesante recoger y señalar que la coordinación e integración en sus aspectos territoriales y administrativos presenta facetas múltiples. Entendemos aquí “por Coordinación la articulación de recursos inicialmente independientes en los casos concretos atendidos dentro de cada ámbito asistencial; integración, a la de los servicios ofertados de modo conjunto (sanitario sociales y socio sanitarios existentes). El balance asistencial (evolución del indicador de dependencia de cada beneficiario como señalizador de la adecuación de recursos residenciales, atención domiciliaria y de centro de día) constituiría en este sentido el paradigma de la gestión coordinada del caso. La configuración de un Departamento Administrativo único con autoridad y potestad en el ejercicio competencial y en su financiación, sería paradigma de la integración. La integración garantiza una mejor coordinación, al coste de unos incentivos menos eficientes; una coordinación con incentivos descentralizados fuertes, en caso de alcanzarse, puede resultar superior....en razón de lo anterior consideramos que debería procederse a la integración contemplada entre el ámbito social y sanitario, a la vista de las disfunciones hoy detectadas, desde la financiación territorial (autonómica) y local, y en los aspectos organizativos, de gestión e institucionales (Departamento/s responsable/s). Remarcar en este sentido la importancia de la valoración médica base de las situaciones de dependencia, abierta desde una concepción pluridisciplinar, de equipo y no corporativa segmentada, capaz de incorporar perfiles y competencias sociosanitarias”. ((CERVERA MACIÀ, Monserrat; HERCE SAN MIGUEL, José A. y otros.2009:7-8).¹⁷⁵

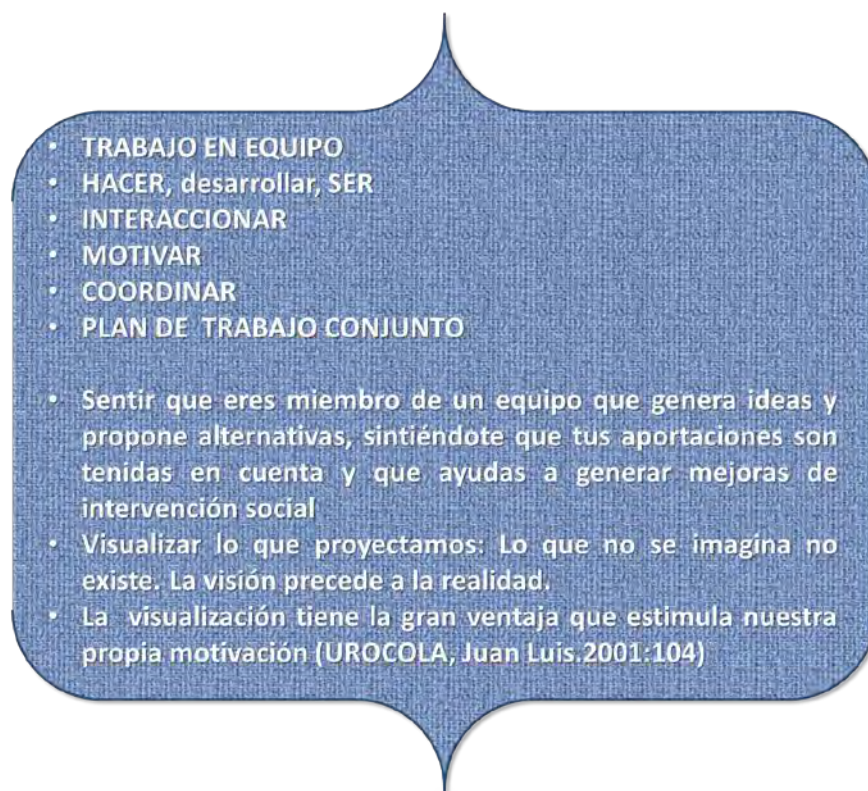
Esto pone sobre la mesa de las CCAA y la Administración Central una doble pregunta ¿Cómo se puede consolidar la manera de trabajar en equipo y qué se debería hacer para generar un PLAN DE TRABAJO CONJUNTO?

Desde la capacidad que tengamos de Trabajar en Equipo podremos entender y comprender que la persona dependiente hay que valorarla desde

¹⁷⁵ Segunda Parte del Informe.

la dignidad que tiene como persona suponiendo esta dimensión la búsqueda de la dignificación social. Todas las Leyes de Servicios Sociales que he tenido como referencia en esta Tesis Doctoral, así como la L.A.D., si sitúan en esta perspectiva; me toca, por tanto ahora, reflexionar al respecto; de esta forma nos acercamos a la quinta variable interdependiente: “**generosidad social-sociosanitaria**”.

CUARTA CONCLUSIÓN EN LA INTERRELACIÓN DE LAS LEYES DE SERVICIOS SOCIALES Y LA L.A.D.:



Cuadro número 100. Variable interdependiente

IV.2.1.5. Variable interdependiente: “generosidad social - sociosanitaria”.

Las Leyes analizadas también tienen en común con la L.A.D. el responder con eficiencia y eficacia, al mismo tiempo que con comprensión hacia las personas dependientes; buscan, sin lugar a dudas, la dignidad de estas personas.

Las Leyes, en sociedades democráticas, se realizan para avanzar en el desarrollo social y lograr que las personas tengan los derechos reconocidos. Las Leyes de Servicios Sociales quieren salvaguardar principios y derechos

con el fin de que las personas podamos contar con un Sistema adecuado y coherente. Esto está muy bien; pero la pregunta que conviene hacerse, una vez que tenemos las Leyes, que percibimos que existe una gran sensibilidad, que nos percatamos que entre las mismas no hay excesivas diferencias, ¿por qué se originan diferencias que nos llevan a tener un Sistema fragmentado y disperso?, desde mi punto de vista y viendo la opinión de expertos y profesionales, **por falta de generosidad social-sociosanitaria.**

La generosidad social-sociosanitaria se podría definir como ***el acto de articular respuestas constructivas, positivas y coherentes a las necesidades sociosanitarias que las personas podemos tener a lo largo de nuestra vida para que la dependencia esté basada en la dignidad que todos los seres humanos nos merecemos.***

El informe de expertos pedido por el Ministerio de Sanidad y Política Social para evaluar y analizar el desarrollo aplicativo de la L.A.D. en 2009 (CERVERA MACIÀ, Montserrat; HERCE SAN MIGUEL, José Antonio; LÓPEZ CASASNOVAS, Guillem; RODRIGUEZ CABRERO, Gregorio; SOSVILLA RIVERO, Simón.2009) pone en evidencia las dificultades encontradas para el desarrollo de la L.A.D y establece recomendaciones que se deberían tener muy en cuenta. Analizando el informe, por mi parte considero, que existen puntos que de no superarse los mismos influirán negativamente en el afianzamiento de la L.A.D.; pesa mucho la dimensión política; en función de los gobiernos existentes en las CCAA y en la Administración Central la aplicación de la L.A.D. y la interrelación que debería existir entre Administraciones es más o menos responsable y más o menos fluida. Esto, evidentemente, influye en la atención que tenemos que tener las personas. Se han dado pasos en favor de un avance conjunto; pero esto es difícil de acompañar debido al desarrollo de los Servicios Sociales en España a partir de la Constitución de 1978; la L.A.D. debería haber sido la Ley que hubiera tenido que corregir los errores surgidos de la variedad de Leyes de Servicios Sociales; al mismo tiempo que apostar por un verdadero SISTEMA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA que hubiera reorganizado el SISTEMA DE SANIDAD y el SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES; pero esto no ha sido posible.

Lo que existe actualmente, dado que, como hemos visto, no hay diferencias de calado entre las Leyes de Servicios Sociales analizadas y por parte de la L.A.D. es el interés de acompañar las distintas competencias de las CCAA a través de los Órganos de Coordinación propuestos en la propia Ley, concluyo, desde mi punto de vista, que lo que falta es **voluntad política** que se traduce en una **falta de generosidad social-sociosanitaria** por cuanto seguimos prefiriendo una manera de organizarnos que más que

fortalecernos nos limita entre nosotros mismos, es decir entre las distintas CCAA que forman parte del Estado Español. “Cabe destacar en este sentido que existe una notable diversidad autonómica de origen que constituye un reto importante que debe afrontar el nuevo SAAD. Las CCAA difieren entre sí no sólo en lo tocante al nivel actualmente ofrecido de servicios, sino también con respecto al número de potenciales beneficiarios del SAAD. Así, según un informe realizado por el centro de investigación encargado de desarrollar el baremo de la dependencia (Fundació Institut Català de l’Envel·liment, 2006), el porcentaje que sobre el total de población representan las personas elegibles en las distintas CCAA va desde el 2,1% hasta el 3,8%. Por otro lado, debido a que los costes unitarios de los distintos servicios también varían entre CCAA (IMERSO, 2005C), el volumen de recursos actualmente destinados a su provisión resulta también presumiblemente dispar. Dicha diversidad, en absoluto sorprendente si tenemos en cuenta que los servicios sociales son una competencia exclusiva de las CCAA, plantea sin embargo un desafío considerable de cara al desarrollo del SAAD: la presencia de impactos presupuestarios asimétricos”. (SOSVILLA RIVERO, Simón.2009:15)

Son constatables, por tanto, las diferencias; otro tema es si queremos seguir diferenciándonos desde esta perspectiva o bien queremos sumar esfuerzos para cambiar, y verdaderamente:

- resolver la situación financiera,
- poder innovar,
- apuntalar la corresponsabilidad,
- el trabajar en equipo.

Todo esto forma parte de la puesta en práctica de la **generosidad social-sociosanitaria**.

Significa esto que hay que tener visión de conjunto, al mismo tiempo que se debe dar la posibilidad de experimentar nuevas propuestas de Atención a la Dependencia, en la manera de articular recursos que ayuden a compactar la atención. El Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario pretende, acogiéndose a esta posibilidad de experimentar, demostrar que se pueden hacer las cosas de forma diferente; sin tener que elevar los presupuestos existentes –soy consciente que estamos en situación de crisis económica-¹⁷⁶ considero que se pueden hacer las cosas de manera diferente. Tendré que atenerme al marco que establecen las propias Leyes de Servicios Sociales y la L.A.D.; pero es posible –estando sujeto a la legislación vigente- proponer

¹⁷⁶ Este es un punto que me preocupa y por esta razón he dedicado el primer capítulo de esta Tesis Doctoral a hablar sobre “la realidad económica” que, además, viene apoyada la preocupación con el ensayo que en su día escribí sobre **Criterios e ideas para que exista menos desempleo: La solidaridad social ante la falta de trabajo**.

formas diferentes de trabajar. Lo importante es contar con la realidad existente y dibujar las soluciones de manera diferente a como están configuradas actualmente. Mi propuesta se basará en aplicarla de manera práctica en una zona de la Comunidad Autónoma de Aragón por haber colaborado en la realización de un estudio sociológico en el 2004; pero existen estudios que nos pueden dar “luz” para realizar esta aplicación práctica en otras zonas del territorio del Estado Español; por ejemplo el realizado por MINGUELA, María Ángeles (MINGUELA, María Ángeles. 2010)

Por otro lado conviene tener en cuenta que al problema interno en la realidad del Estado Español sobre la divergencia en el desarrollo de los Servicios Sociales, existe la gran pluralidad y diferenciación a la hora de abordar la Autonomía personal y Atención a la Dependencia en Europa¹⁷⁷

“Se pueden anotar cinco modelos de bienestar en relación con el tema de la Autonomía/Dependencia:

- Modelo residencial.
- Modelo corporativista.
- Modelo escandinavo.
- Modelo mediterráneo.
- Modelo post-socialista.

Así pues, y como señala Rostgaard (2002), los países europeos no han desarrollado coordinadamente sus sistemas de bienestar y provisión de cuidados a las personas mayores dependientes, sino de acuerdo a su propia tradición en la provisión de prestaciones sociales. Es por ello que se detecta en la UE una ausencia tanto de convergencia como de armonización en la atención y protección a las personas en situación de dependencia”. (SOVILLA RIVERO, Simón. 2009:17)

La aplicación de la “**generosidad social-sociosanitaria**” implica, también, la búsqueda del consenso político en aras de lograr una atención de calidad a las personas dependientes. Hoy existe “una tensión”, diría ideológica, sin embargo las Leyes de Servicios Sociales promulgadas en las cuatro CCAA de referencia con gobiernos políticos de diferentes principios ideológicos, no tienen casi diferencias. Es más, todas las leyes contemplan de manera unánime la responsabilidad pública y aceptando que los recursos públicos y privados deben formar parte de la Red Pública. “Podría decirse que caminamos hacia una nueva gestión del cuidado en la que siguen participando agentes tradicionales, principalmente familias, y a los que se

¹⁷⁷ Esto tiene que ver con lo que he señalado en esta Tesis Doctoral de la falta real de la existencia de un verdadero programa social en la Unión Europea y, por tanto, es difícil de hablar la existencia de un Derecho Social conjunto.

van a incorporar otras fuentes de gestión del cuidado sustentadas principalmente a través el Estado y el mercado. La labor del cuidado se convierte así en una responsabilidad compartida, al menos parcialmente, en las que participan a nivel macro varias esferas interconectadas entre sí y que incluso a veces intervendrían simultáneamente, precisamente por la insuficiencia de los recursos aportados por cada una de ellas”.(FUENTES GUTIÉRREZ; Virginia ; MAYOR RODRÍGUEZ, Jesús; GALINDO ROMERO, Zhaira.2010:86)

La interacción que se da a partir de la generosidad social-sociosanitaria forma parte de la corresponsabilidad en la Acción Social en general y, en particular, en la atención a la dependencia. Esto está unido al principio de Justicia Social y Solidaridad expuesto en el Primer Capítulo. Si aceptamos, y las Leyes de Servicios Sociales analizadas sí lo recogen, la participación de la Iniciativa Privada ésta tendrá que tener como único marco de referencia el Modelo Socioeconómico que yo propongo apoyado en la economía social de mercado y en la economía del bien común; lo lucrativo de carácter especulativo no coge en la articulación del SAAD. Si no atendemos a este marco económico puede darse un peligro en el propio desarrollo de las estructuras al servicio de la atención a la dependencia. Las entidades sin ánimo de lucro tienen, así se lo reconocen las propias Leyes de Servicios Sociales analizadas y la L.A.D., una corresponsabilidad en la instauración del SAAD. **La generosidad social-sociosanitaria** implica saber potenciar por parte de los políticos responsables de los gobiernos un procedimiento que recoja claramente la apuesta por la colaboración conjunta **–trabajo en equipo–** entre las propias Administraciones implicadas con la iniciativa privada sin ánimo de lucro u organizaciones privadas que cumplan los parámetros de la Economía Social de Mercado y Economía del Bien Común, “ y esto porque es preciso señalar que la creación de un sistema de Atención a la Dependencia, tal y como se ha configurado en nuestro país, implica no solo la participación del Estado, sino también que éste se apoye en una red concertada y privada de organizaciones del Tercer Sector por un lado y empresas dedicadas a la prestación de servicios sociales por el otro”. (FUENTES GUTIÉRREZ; Virginia; MAYOR RODRÍGUEZ, Jesús; GALINDO ROMERO, Zhaira.2010:89)

La necesidad de **generosidad social-sociosanitaria** supone el estar atentos a los retos que se vayan planteando (VARIOS AUTORES.2011). Conviene “escuchar” para poder “dejar desarrollar proyectos nuevos”.

Para concluir este punto de la 5ª Variable Interdependiente recordar que la dependencia no está únicamente circunscrita a las personas mayores; está también vinculada a la discapacidad y ésta unida al concepto de dignidad. Ante esto convendría unirse a la nueva tendencia de entender la

discapacidad en un modelo de diversidad; “por tanto las personas con discapacidad tienen el derecho a la igualdad de oportunidades, en razón de su igual humanidad, y no por ser iguales funcionalmente. Bajo estos planteamientos nació el denominado modelo de la diversidad, plantado en 2006 por Agustina Palacios y Javier Romañac en el libro El modelo de la diversidad: La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional”. (GUZMÁN CASTILLO, Francisco; TOBOSO MARTÍN, Mario; ROMANACH CABRERO, Javier.2010:54)

He querido terminar este punto con esta dimensión porque, tratándose de una dimensión ética, está en sintonía con lo tratado en esta variable interdependiente: avanzar en la aplicación de la generosidad social-sociosanitaria por parte de los responsables políticos significa que está cargada de una dimensión ética en esta decisión.

QUINTA CONCLUSIÓN EN LA INTERRELACIÓN DE LAS LEYES DE SERVICIOS SOCIALES Y LA L.A.D.:



Cuadro número 101. Variable interdependiente

En definitiva, el desarrollo y consolidación de la Ley de Dependencia es una realidad aún sin concluir, sujeta a cambios y mejoras que la hagan más funcional y operativa. Por ello, continúa siendo uno de nuestros retos más importantes como Gobierno hasta que termine su despliegue en 2015 (MARTÍNEZ LOZANO, Isabel María.2011:236)

IV.3.- TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer qué dicen o señalan los medios de comunicación generalista (Agencias y Prensa Escrita) sobre la Dependencia.

IV.3.1.- Análisis de Artículos de Prensa con respecto a la Ley de Dependencia en:

- *Las Comunidades de Referencia: Andalucía, Aragón, Madrid y País Vasco;*
- *El Gobierno Central, y*
- *Asociaciones, sindicatos, partidos políticos.*

COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
6	NAVARRO (consejera) asegura que la Ley de Dependencia no tendrá límites económicos.	11 de enero de 2007	El País
7	La Junta crea 392 plazas para las evaluaciones de la Ley de Dependencia.	3 de mayo de 2007	El País
8	Más de 350 personas inician los trámites para la solicitud de reconocimiento de dependencia (ALMERÍA).	18 de mayo de 2007	El Ideal
12	35.000 PERSONAS HAN SOLICITADO ACOGERSE A LA LEY DE DEPENDENCIA.	19 de julio de 2007	El País
13	EL MUNICIPIO ASTIGITANO (Écija) pionero en aplicar la Ley de Dependencia.	29 de julio de 2007	ABC
14	Andalucía tiene más de 40.000 solicitudes de acogida a la Ley Dependencia. Lo señala la Consejera de Igualdad y Bienestar Social Micaela Navarro.	20 de agosto de 2007	Agencia EFE
28	EL PP pedirá reprobar a Navarro (Consejera) por “defectuosa” aplicación de la Ley de Dependencia.	17 de octubre de 2007	Agencia EFE
29	La Junta sólo ha evaluado un 3% de las 57.000 peticiones para la Ley de Dependencia. El Ministro de Trabajo insta a las comunidades a adelantar las ayudas económicas a las familias que hayan sido evaluadas.	17 de octubre de 2007	ABC
31	PARLAMENTO rechaza la petición del PP de reprobar a la consejera de Igualdad ante el fracaso de la aplicación de la Ley de la Dependencia.	25 de octubre de 2007	Agencia EFE
39	CHAVES: Andalucía es la comunidad más avanzada en aplicar la ley Dependencia. Ante una pregunta de IU hecha por Concha Caballero. Se admite retraso en la aplicación.	15 de noviembre de 2007	Agencia EFE
40	Se da cuenta de que 50 expedientes (Ley de Dependencia) han sido enviados a la Junta de Andalucía comenta el Concejal de Servicios Sociales (Miguel Angel Barrientos) ALMERÍA.	17 de noviembre de 2007	El Ideal
41	Cincuenta cuidadores andaluces, los primeros en cobrar ayudas de la Ley de Dependencia (Baza. Granada) a nivel de España.	19 de noviembre de 2007	Agencia EFE
42	Subrayan los servicios sociales como un derecho fundamental gracias a la Ley. Así se ha puesto de manifiesto este fin de semana en los Cursos de Otoño. Se ha completado el sistema de bienestar generado para las personas dependientes. (Andújar).	27 de noviembre de 2007	El Ideal
43	Unos 78.000 andaluces han solicitado ayudas a la dependencia.	20 de diciembre de 2007	Agencia EFE
53	La Junta tilda de “salomónica” la crítica de Chamizo al retraso de la Ley de Dependencia. Navarro le pide al Defensor que se “informe” antes de hablar, pero reconoce que las ayudas “no van lo rápido que queríamos”. La consejera del Gobierno de Andalucía no está de acuerdo con el Defensor de Andalucía.	7 de febrero de 2008	ABC
54	VALDERAS apoya el “rigor” de Chamizo frente al “humor” de la Junta en la Ley de Dependencia. Queja de IU al gobierno autonómico (PSOE). Defiende el trabajo del Defensor del Pueblo de Andalucía.	9 de febrero de 2008	ABC

Propuesta de un modelo de atención polivalente sociosanitario

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
55	Guadix pide mayor agilidad en la aplicación de la Ley de Dependencia. El Primer Teniente Alcalde se queja al Gobierno Autónomo (PSOE).	14 de febrero de 2008	El Ideal de Granada
59	IU se marca como objetivo diez residencias de ancianos. Reivindicación de IU al partido Socialista (Gobierno en Andalucía).	4 de marzo de 2008	El Ideal de Granada
62	Las personas con Alzheimer tienen en la residencia municipal 30 plazas más. Las solicitudes para poder valorar a los ejidenses que están en situación de dependencia rondan ya las 900. Información del Delegado Provincial de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (Luis López): es la población (Ejido) donde mejor se está haciendo la valoración de toda la provincia de Almería.	6 de abril de 2008	El Ideal de Granada
66	El 65% de los grandes dependientes reciben prestación: MONTILLA JORNADA DE TRABAJO SOBRE LA NUEVA LEY; Cañero elogia el trabajo de los técnicos de servicios sociales, dice el Gobierno Autónomo.	21 de mayo de 2008	Diario de Córdoba
69	La exclusión de los menores de 16 años, otro motivo de queja sobre la polémica norma. Se queja el PP.	3 de junio de 2008	ABC
70	Navarro asegura que la Junta cumple los plazos de aplicación de las ayudas; LEY DE DEPENDENCIA, dice el Gobierno Autónomo.	4 de junio de 2008	Agencia EFE
72	El Ayuntamiento de Córdoba atiende ya a 1.952 personas dependientes. Balance de la aplicación de la Ley en la Capital. DE las 6.872 solicitudes, 2.681 se han calificado como "graves" o "severas".	17 de julio de 2008	Diario de Córdoba
75	El PP dice que la Ley de Dependencia es "un rotundo fracaso" en Andalucía.	29 de julio de 2008	Agencia EFE
76	Junta pide al PP que no cree alarmismo en ciudadanía por la Ley Dependencia.	30 de julio de 2008	Agencia EFE
77	Andalucía recibirá 42 millones para financiar la Ley de Dependencia.	2 de agosto de 2008	La voz de Cádiz
79	Más de 21.000 granadinos piden acogerse al servicio de la Ley de Dependencia.	9 de agosto de 2008	El Ideal de Granada
80	El PP dice que hay cien mil dependientes sin atender. Navarro (Consejera) sostiene que ya se ha evaluado un 83% de las solicitudes y Antonio Sanz (PP) anima al colectivo a llevar a la Junta a los tribunales.	9 de agosto de 2008	ABC
81	La Ley de Dependencia colapsa los centros sociales y hace la situación insostenible. Los trabajadores de la capital (Granada) avisan en un informe que tienen que dejar de acudir a procesos de malos tratos porque están desbordados.	17 de agosto de 2008	El Ideal de Granada
87	La Ley de Dependencia une a PP y sindicatos.	24 de septiembre de 2008	El Mundo
88	Andalucía acapara el 31% de valoraciones de dependencia realizadas en España.	24 de septiembre de 2008	Agencia EFE
90	Fundación GERON afirma que se han reconocido dependencias a 145.390 personas.	26 de octubre de 2008	Agencia EFE
91	Navarro –Consejera del Gobierno de Andalucía– reta a Cotino –Comunidad de Valencia– a denunciar irregularidades sobre la Ley de Dependencia.	28 de octubre de 2008	Agencia EFE
92	La falta de personal sanitario ralentiza la aplicación de la Ley de Dependencia. Satse dice que los profesionales no pueden hacer frente a la avalancha de valoraciones.	11 de noviembre de 2008	ABC

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
98	Andalucía acumula un tercio de las peticiones de la Ley de Dependencia.	7 de diciembre de 2008	El Mundo
103	La LEY DE LA DEPENDENCIA crea empleo y activa la economía en la ciudad (Andujar). El Consistorio recibió en 2008 para la Ayuda a Domicilio 198.844 euros. En la ciudad hay 570 personas reconocidas y un caso ya ha dado problemas.	14 de enero de 2009	El Ideal
104	Los antequeranos reciben un millón de euros anuales por la Ley de Dependencia.	20 de enero de 2009	Sur
105	El PP-A reclama una Ley andaluza de Dependencia y una Agencia de evaluación. UGT también considera necesario un estudio “riguroso” de la realidad laboral de los trabajadores que sean necesarios para la aplicación de la nueva norma.	29 de enero de 2009	ABC
106	La Ley de Dependencia da trabajo a 50 personas (Lucena). Es un balance de la Delegada de Igualdad. En total han presentado 1.259 solicitudes de valoración. Silvia Cañero dice que se atiende primero a los grandes dependientes.	12 de febrero de 2009	Diario de Córdoba
108	PP acusa a la Junta de hacer una “nefasta aplicación” de la Ley de Dependencia.	9 de marzo de 2009	Agencia EFE
115	Andalucía recibirá 55 millones por la Ley de Dependencia. 16 de abril de 2009.	16 de abril de 2009	Diario de Córdoba
120	Asociación pide que el baremo de la Ley proteja más a los enfermos mentales.	6 de junio de 2009	Agencia EFE
122	Aún arrastramos retrasos en la concesión de prestaciones. El responsable de valoraciones reconoce que se ha dado algún caso de intento de fraude para subir el grado de dependencia. (Jerez).	1 de julio de 2009	El Diario Vasco
124	LA Junta destina 200 millones más a los servicios para la Dependencia. (Navarro –Consejera-) no descarta posibles ampliaciones y asegura que para 2010 el fondo para estas políticas “no se congelará”.	24 de agosto de 2009	ABC
125	Casi 400 personas de Benalmádena reciben una prestación a través de la Ley de la Dependencia.	14 de octubre de 2009	Sur
135	Ley de Dependencia. Datos en la región (Andalucía): casi 200.000 personas tienen ya derecho a una prestación por dependencia. A 1 de enero de 2010, más de 144.000 dependientes grandes y severos están disfrutando ayudas con arreglo a la norma.	7 de enero de 2010	ABC
136	Andalucía concede el 30% de las prestaciones por Ley de Dependencia del país.	15 de enero de 2010	Agencia EFE
138	NAVARRO (Consejera): En Andalucía 202.000 personas tienen derecho a acogerse a la Ley de Dependencia.	24 de febrero de 2010	Agencia EFE
143	La Junta prevé completar esta año las ayudas por dependencia para los casos más graves. Casi 5.500 personas se incorporarán en los próximos meses a este programa, que ya atiende a 30.700 malagueños.	28 de marzo de 2010	Sur
145	PP cifra en 21.000 los fallecidos que esperaban prestación de la Ley de Dependencia.	1 de mayo de 2010	Agencia EFE
146	NAVARRO (Consejera): El PP quiere desviar la atención con críticas a la Ley de Dependencia.	3 de mayo de 2010	Agencia EFE
147	Los populares afirman que 21.000 personas han fallecido esperando una prestación. El PSOE niega las acusaciones del PP y les acusa de hacer política con los muertos. Rosa Torres afirma que Andalucía está a la cabeza en la aplicación de la norma y que en Cádiz hay tantas personas que reciben prestaciones como en Valencia.	3 de mayo de 2010	ABC

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
148	La Junta cree que la financiación de la Ley por población "no tiene sentido".	11 de mayo de 2010	Agencia EFE
156	La Ley de Dependencia, la gran mentira (dice una persona que la solicitó).	31 de octubre de 2010	El País
163	El Gobierno incumple el plazo para evaluar la Dependencia.	23 de diciembre de 2010	El País
167	LA Ley de Dependencia ofrece ayudas a 20.000 cuidadores en Málaga.	9 de febrero de 2011	Sur
171	La Ley de Dependencia emplea a 100 personas y atiende a más de 790 en Jaén.	19 de febrero de 2011	El Ideal
179	Micaela Navarro: Andalucía es lidere en el desarrollo de la Ley de Dependencia.	27 de abril de 2011	Agencia EFE
194	LEY DE DEPENDENCIA. Andalucía cree injusta la financiación de la dependencia y pide otro modelo.	27 de diciembre de 2011	Agencia EFE
195	ANDALUCÍA RECHAZA LA "paralización" UNILATERAL DE LA LEY DE DEPENDENCIA: crisis ajuste.	30 de diciembre de 2011	Agencia EFE
197	Más de 3.000 almerienses se quedarán sin prestación de la Ley de Dependencia. El POSE de Almería asegura que el "tijeretazo" del Partido Popular en la norma también afectará gravemente al empleo.	4 de enero de 2012	El Ideal
202	Micaela Navarro (Consejera) acusa al PP de paralizar la Ley de Dependencia.	21 de febrero de 2012	Agencia EFE
203	El PSOE dice que el PP pone en peligro la ley de dependencia. Rosa Aguilar y Soledad Pérez visitan el Centro de Alzheimer San Rafael. 2 de marzo de 2012.	2 de marzo de 2012	Diario de Córdoba
205	Griñán advierte de que Rajoy ha paralizado la Ley de Dependencia. Asegura que no habrá recortes en prestaciones sociales.	18 de marzo de 2012	Agencia EFE
207	Griñán exige al Gobierno de Rajoy que no paralice la Ley de Dependencia, Elecciones Andaluzas: La Campaña entre en su recta final. Afirma que la Junta ha empleado 4.000 millones en ayudas a necesitados.	22 de marzo de 2012	Diario de Córdoba
210	LEY DEPENDENCIA. Andalucía pide al Gobierno que aclare qué quiere hacer con la Dependencia.	12 de abril de 2012	Agencia EFE
213	Andalucía pide al Gobierno que aclare qué quiere hacer con la Dependencia.	12 de abril de 2012	Agencia EFE
232	La Vicesecretaria general del PSOE dice que la Ley de Dependencia es sostenible y genera bienestar. Dice que da servicio a 1.300 personas y genera 550 puesto de trabajo en Melilla.	6 de agosto de 2012	Sur
238	LA LEY DE LA DEPENDENCIA PUEDE CREAR 635.000 empleos.	26 de septiembre de 2012	La voz de Cádiz

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
241	El PP exige que se vuelva a contratar al personal de la Dependencia despedido. Denuncia que la Junta ha recortado sin motivo el dinero destinado a los profesionales de los servicios sociales comunitarios.	9 de enero de 2013	Sur
247	LA JUNTA DE ANDALUCÍA imputa al Gobierno la “derogación velada” de la Ley de Dependencia.	6 de febrero de 2013	Agencia EFE
249	LA JUNTA DE ANDALUCÍA rechaza que se equipare el cheque con las plazas para Dependencia.	13 de marzo de 2013	Agencia EFE
250	DEFENSOR propone arbitrar mecanismo de pago para afrontar dudas acumuladas en el sistema de la Dependencia.	25 de abril de 2013	Agencia EFE
252	LA JUNTA ALERTA DEQUE UN NUEVO RECORTE del Gobierno tumbará la dependencia. La Consejera de Salud y Bienestar Social avisa de que se tendrá que ralentizar la incorporación al sistema de nuevos beneficiarios.	3 de mayo de 2013	Sur

COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGÓN

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
64	La aplicación de la Ley de dependencia, a debate; CORTES. Información que solicita la Consejera. Información que da el Gobierno.	4 de mayo de 2008	El Periódico de Aragón
67	¿Es necesaria una Ley de Servicios Sociales y una Ley de Dependencia?.	22 de mayo de 2008	El Periódico de Aragón
84	¿LA LEY DE DEPENDENCIA CUBRIRÁ A TODOS LOS ARAGONESES?.	29 de agosto de 2008	El Periódico de Aragón
149	La Región (Castilla-León) recibe un notable al aplicar la Ley de la Dependencia. Castilla y León; Castilla-La Mancha, el País Vasco y Aragón son las comunidades mejor clasificadas.	14 de junio de 2010	El Norte de Castilla
185	El Observatorio estatal de la Dependencia crítica a la DGA: Servicios Sociales. Se censura el retraso en el pago de ayudas y el descenso de beneficiarios; 2001 ha duplicado las personas con derecho a prestación que no la han recibido.	29 de octubre de 2011	El Periódico de Aragón
235	Mil dependientes aragoneses más recibirán prestaciones hasta final de año.	10 de septiembre de 2012	Agencia EFE
236	IU pide garantías para los dependientes. 9.000 aragoneses tienen reconocidas las prestaciones.	15 de septiembre de 2012	El Periódico de Aragón
246	Uno de cada tres aragoneses con derecho a la Ley Dependencia está a la espera.	6 de febrero de 2013	Agencia EFE
252	EL PSOE insta a Oliván a “pedir disculpas” por la “demolición” de la Dependencia.	6 de mayo de 2013	Agencia EFE
253	DGA Y PSOE vuelven a chocar por la dependencia.	7 de mayo de 2013	El Periódico de Aragón

COMUNIDAD AUTONOMA DE MADRID

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
18	TOMÁS GÓMEZ (PSOE): “ No sé si es otro caso de objeción de conciencia” con respecto a la aplicación de la Ley de Dependencia en la Comunidad de Madrid.	11 de septiembre de 2007	El País
19	Ayuntamiento de Alcorcón pide Comunidad deje de “boicotear” el desarrollo de Ley d Dependencia.	11 de septiembre de 2007	Agencia EFE
20	LA LEY DE LA DEPENDENCIA DESATA LA SEGUNDA GRAN POLEMICA DE LA LEGISLATURA. EL PSOE acusa a Aguirre de que 23.400 dependientes madrileños aún no reciban ayudas, y la Comunidad replica que están siguiendo los plazos que marca el Gobierno. 11 de septiembre de 2007. Fuente: ABC. MA3.21/ 3.51) GONZÁLEZ reprocha que el Estado “no dé ni un euro” a Madrid para atender la dependencia.	13 de septiembre de 2007	Agencia EFE
21	GONZÁLEZ reprocha que el Estado “no dé ni un euro” a Madrid para atender la dependencia.	13 de septiembre de 2007	Agencia EFE
33	PSOE dice Madrid no envía al Ministerio peticiones de ayuda de dependencia.	26 de octubre de 2007	Agencia EFE
34	EL PSOE denunciará a Madrid por no aplicar la Ley de Dependencia.	31 de octubre de 2007	El País
38	IU pide dotación presupuestaria a ayuntamientos para aplicar Ley Dependencia.	13 de noviembre de 2007	Agencia EFE
48	GETAFE abre 10 puntos para informar sobre las ayudas de la Ley de Dependencia.	15 de enero de 2008	Agencia EFE
50	UGT asegura que en la Comunidad de Madrid no se aplica la Ley de Dependencia.	24 de enero de 2008	Agencia EFE
52	Zerolo acusa La PP boicotear la Ley de Dependencia desde la Comunidad y Ayuntamiento.	31 de enero de 2008	Agencia EFE
56	Zerolo: ningún madrileño tendrá ayudas hasta después 9-M por “boicot” del PP.	19 de febrero de 2008	Agencia EFE
58	Servicios Sociales. La “pelota” de la Ley de Dependencia. El PP critica la ley de Zapatero, en la presentación de un informe, y PSOE e IU denuncian que Madrid sea la única región donde ningún ciudadano ha percibido la ayuda. 26 de febrero de 2008. Fuente: EL MUNDO. MADRID.	26 de febrero de 2008	El Mundo
60	PSOE: 19.000 madrileños esperan que Comunidad tramite ayudas Ley de Dependencia. Se hace referencia por parte del PSOE al fracaso del Gobierno Autonómico en la aplicación de la L.A.D.	6 de marzo de 2008	Agencia EFE
68	IU pide presupuesto para que los ayuntamientos apliquen la Ley de Dependencia.	2 de junio de 2008	Agencia EFE
94	Ninguno de los 1.600 acogidos en Gefafe a la Ley de Dependencia recibe ayudas.	18 de noviembre de 2008	Agencia EFE

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
95	Profesionales Servicios Sociales.: Madrid atiende 6 veces menos a dependientes.	21 de noviembre de 2008	Agencia EFE
97	El CERMI madrileño pide el “encaje” de la Ley de Dependencia en la Comunidad.	3 de diciembre de 2008	Agencia EFE
100	Madrid recibirá 37,9 millones del fondo extraordinario para la Dependencia.	22 de diciembre de 2008	Agencia EFE
107	La Comunidad de Madrid está a la cola en cuanto al número de ciudadanos con derecho a prestación.	9 de marzo de 2009	El País
110	El Ayuntamiento de Getafe reclama a la Comunidad los datos sobre dependientes.	3 de abril de 2009	Agencia EFE
113	Hidalgo(Consejera) se queja que Madrid asume más del 72 por ciento del coste de aplicación de la Ley de Dependencia.	15 de abril de 2009	Agencia EFE
114	El Gobierno destina a Madrid 29, 7 millones para Dependencia.	15 de abril de 2009	Agencia EFE
117	Más de 42.000 madrileños han pedido ser valorados por la Ley de Dependencia.	31 de mayo de 2009	Agencia EFE
121	El PSM critica la congelación desde hace dos años de la ayuda a la dependencia.	25 de junio de 2009	Agencia EFE
123	Casi 189.000 madrileños necesitados de ayuda quedan fuera de la Ley de la Dependencia.	24 de julio de 2009	Agencia EFE
128	PSM (partido socialista de Madrid) anima a crear plataformas de afectados por la no aplicación de la ley de Dependencia.	12 de noviembre de 2012	Agencia EFE
144	Gobierno de Madrid reprocha a De la Vega (Ministra) que les critique por no aplicar la Ley de la Dependencia.	15 de abril de 2010	Agencia EFE
152	Gómez (PSOE) critica la “lentitud” de la Ley de Dependencia.	31 de agosto de 2010	El Mundo
154	EL 36% de los dependientes con derecho a prestación está en “lista de espera”.	20 de septiembre de 2010	Agencia EFE
155	Madrid sigue a la cola en aplicación de la Ley de Dependencia.	7 de octubre de 2010	El País
170	Valcarce trasladará a Ministerio de Sanidad quejas sobre Ley de Dependencia en Madrid.	17 de febrero de 2011	Agencia EFE
176	Madrid y la Ley de Dependencia. Los ciudadanos dependientes denunciamos que en Madrid no se está aplicando la Ley, pedimos a los políticos soluciones inmediatas.	31 de marzo de 2011	El País
177	Canarias, Valencia y Madrid siguen a la cola en aplicación de la Ley de Dependencia.	15 de abril de 2011	Agencia EFE

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
178	Ya han muerto 79 personas esperando la Dependencia.	24 de abril de 2011	El Mundo
215	PLATAFORMA DEFENSA DEPENDENCIA critica la aplicación de la Ley en Madrid.	19 de abril de 2012	Agencia EFE

COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
11	EL PSE denuncia la “desgana” institucional en la aplicación de la Ley de Dependencia. Los socialistas piden una mayor coordinación al Gobierno Vasco y a las diputaciones para conceder las ayudas.	4 de julio de 2007	El Diario Vasco
16	El PP pide Diputación de Vizcaya amplíe mínimos Ley de Dependencia porque hay recursos.	23 de agosto de 2007	Agencia EFE
17	EL PP pide a la Diputación que amplíe la cobertura de la Ley de Dependencia (Vizcaya).	24 de agosto de 2007	El Correo
22	EL PSE dice que la Diputación “ya no tiene excusas” para no aplicar la Ley de Dependencia.	26 de septiembre de 2007	El Diario Vasco
37	Estudio aboga por potenciar el cooperativismo en atención a dependientes. (Bilbao).	7 de noviembre de 2007	Agencia EFE
45	Acusan a Diputación (Vizcaya) y Ayuntamiento Barakaldo de incumplir Ley de Dependencia.	28 de diciembre de 2007	Agencia EFE
46	Mujeres de Ermua protestas por “incumplimiento” de la Ley de Dependencia en Vizcaya (BARAKALDO).	29 de diciembre de 2007	El Correo
47	300 dependientes alaveses cobran ya la ayuda para ser cuidados en sus hogares; Otras 200 personas reciben la prestación para sufragar parte del gasto de una residencia privada.	5 de enero de 2008	El Correo
51	El PSE-EE pide se promueva un plan en torno a la Ley de Dependencia; Solicitan que se impulse la autonomía personal de este tipo de personas. El Consistorio debería asumir recursos para su desarrollo efectivo (En ASTIGARRA).	24 de enero de 2008	El Diario Vasco
61	El Hogar del Jubilado acogerá una charla sobre la Ley de Dependencia el martes. Los ponentes serán trabajadores de Bienestar Social. En HERNANI. Se dará información en general sobre qué es la Ley de Dependencia.	9 de marzo de 2008	El Diario Vasco
65	46.000 vascos se acogen a la Ley de Dependencia en su primer año. Información del Gobierno Vasco a una pregunta del PSE.	11 de mayo de 2008	El País
102	La Ley de Dependencia beneficia a más de 25.000 vascos.	13 de enero de 2009	El Mundo
109	El PSE pide a la Diputación un plan para que la Ley de la Dependencia cree el mayor número de empleo. Le insta a que coordine las acciones necesarias con el INEM, el Gobierno Vasco, los Ayuntamientos y las Agencias Comarcales de desarrollo. Los efectos de la Ley podrían crear en Gipuzkoa entre 4.000 y 5.000 empleos.	24 de marzo de 2009	El Correo
129	UGT calcula que se han denegado 25.000 peticiones de ayuda por la Ley de Dependencia.	12 de noviembre de 2009	El Diario Vasco
130	Charla sobre la Ley de Dependencia. (desde 2007 once mil guipuzcoanos de han beneficiado de la Ley).	28 de noviembre de 2009	El Correo
132	EUSKADI saca la mejor nota en la aplicación de la Ley de Dependencia. Seis CCAA suspenden la evaluación final.	13 de diciembre de 2009	El Correo

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
134	14.000 guipuzcoanos reciben ayudas a la dependencia. El Observatorio de la Dependencia señala que su aplicación en Guipuzkoa es más eficiente que en otros territorios. La cifra de receptores se ha incrementado en 5.000 ciudadanos durante los últimos seis meses.	7 de enero de 2010	El Correo
157	DAÑO CEREBRAL Y LEY DE DEPENDENCIA. Afectado de daño cerebral dicen que no son valorados justamente.	6 de noviembre de 2010	El Diario Vasco
165	IRUN Bienestar Social hace balance positivo de la aplicación de la Ley de Dependencia. Cristina Laborda hace un llamamiento a la Diputación para acabar con la lista de espera más larga de Gipuzkoa.	28 de diciembre de 2010	El Diario Vasco
172	la Ley de la Dependencia llega a 20.000 personas.	25 de febrero de 2011	El Diario Vasco
191	Aumenta la Dependencia cero.	28 de noviembre de 2011	El País
198	El PNV insta a Álava a seguir con el calendario de grados de la dependencia.	5 de enero de 2012	El País
200	La Diputación asumirá este año los pagos de la prestación por dependencias leves. El abono será asumido por Política Social, ante el aplazamiento decretado por el Gobierno Central. El coste para las arcas forales será de 325.000 euros.	4 de febrero de 2012	El Diario Vasco
214	El País Vasco no recortará en la Ley de Dependencia, como plantea el Gobierno Central.	12 de abril de 2012	El Diario Vasco
227	La Diputación de Bizkaia opina que España “no se cree la Ley de Dependencia”.	9 de julio de 2012	Agencia EFE
228	Consejera Vasca cree que la reforma de la dependencia dinamita derechos.	10 de julio de 2012	Agencia EFE

GOBIERNO CENTRAL

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
2	Caldera (ministro) se compromete a dar estabilidad financiera al sistema de dependencia. El Congreso aprueba el proyecto de Ley.	6 de octubre de 2006	Cinco Días
3	EL NUEVO DERECHO podrá exigirse en los tribunales, dice Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.	20 de octubre de 2006	Cinco Días
4	LAS LEYES DE 2006 /Las normas estrella del Gobierno/ LEY DE DEPENDENCIA. Estatuto de Autonomía personal con 13.000 millones de euros. Mañana entra en vigor la norma, un nuevo derecho que se implementará de aquí a 2015 para atender a más de un millón de personas.	31 de diciembre de 2006	El Mundo
5	Las Personas que dependen de otras para vivir empezarán a recibir ayudas en abril. Caldera dice que hay suficiente financiación y se crearán 350.000 puestos de trabajo.	3 de enero de 2007	El Mundo
9	VALCARCE asegura que el Gobierno ha destinado 17,8 millones adicionales para la dependencia. VALLADOLID.	5 de junio de 2007	El Norte de Castilla
15	El Gobierno confía en que Navarra retire su recurso a la Ley de Dependencia. ANDALUCÍA.	22 de agosto de 2007	El País
27	El gobierno central le recuerda a la Comunidad de Madrid sus obligaciones con la Ley de Dependencia.	4 de octubre de 2007	El País
32	La Ley de Dependencia se atasca entre el Gobierno y las Autonomías. Fernández de la Veja insta a las Comunidades a evitar “estrategias partidistas”.	26 de octubre de 2007	El País
35	Un nuevo derecho de la ciudadanía.	31 de octubre de 2007	Cinco Días
36	DEPENDENCIA: Un derecho de todos los españoles. Lo dice Jesús Caldera (Ministro).	3 de noviembre de 2007	La Verdad
57	Caldera critica PP persiga a Montes en vez aplicar Ley Dependencia en Madrid.	23 de febrero de 2008	Agencia EFE
63	Robles afirma que no valen las disculpas en la Ley de Dependencia. El Secretario general del Imsero critica a la Generalitat en una jornada de la FEMP en Elche. VALENCIA.	25 de abril de 2008	La Verdad
74	Gobierno y CCAA ajustarán las previsiones de dependientes. La Ley de Dependencia entró en vigor hace un año y medio. Las Comunidades detectan una “disparidad” entre cálculos y datos reales.	15 de julio de 2008	El Diario de Córdoba
83	La Ministra (Mercedes Cabrera) dice que los acuerdos sobre el “copago” en la Ley de Dependencia se definirán la semana próxima.	28 de agosto de 2008	La Verdad
85	La Ministra (Mercedes Cabrera) dice que la financiación de la Ley de Dependencia está llegando a las CCAA.	2 de septiembre de 2008	Agencia EFE
96	Zapatero zanja el debate interno sobre el parón a la Dependencia por la crisis. Algunas voces dentro del partido han sugerido suspender la aplicación de la Ley. El líder del PSOE lo niega y cree que se deben gastar 1.158 millones en 2009.	25 de noviembre de 2008	ABC

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
99	El Fondo autonómico para potenciar Ley de Dependencia creará 35.000 empleos.	22 de diciembre de 2008	Agencia EFE
101	Andalucía y Cataluña acaparán el 33% de las ayudas del Estado a la Dependencia. El Gobierno limita a 70 euros al mes la asistencia de los dependientes severos.	23 de diciembre de 2008	ABC
111	700.000 personas tienen reconocida la prestación efectiva de Ley Dependencia.	14 de abril de 2009	Agencia EFE
112	Zapatero y la Ley de Dependencia. Trinidad Jiménez nombrada Ministra para hacer funcionar la Ley de Dependencia.	15 de abril de 2009	El Periódico del Mediterráneo
126	El Debate sobre la Ley de Dependencia vuelve a su origen (PRECARIA SITUACIÓN FINANCIERA).	16 de octubre de 2009	El País
133	Felicidades, gracias y un deseo; estamos hablando de una ley que da carta de naturaleza a un derecho al que pueden acceder las ciudadanas y ciudadanos españoles en igualdad de condiciones, con independencia de su lugar de residencia.	23 de diciembre de 2009	El Correo
141	Sanidad dice que se cumplirán los plazos de la Ley de Dependencia.	23 de marzo de 2010	El País
142	La Dependencia tiene unos plazos y se van a cumplir.	23 de marzo de 2010	El País
150	Jiménez (Ministra Trinidad Jiménez) augura que el desarrollo pleno de la Ley de dependencia se adelantará.	19 de junio de 2010	Agencia EFE
151	El Desarrollo de la Ley de Dependencia se adelantará. La ministra insta q que en el año 2013 tengan reconocido su derecho.	20 de junio de 2010	El Periódico del Mediterráneo
153	El IMSERSO afirma que la Ley de Dependencia creará empleo. 7 de septiembre de 2010.	7 de septiembre de 2010	El Diario Montañes
158	SANIDAD Y DEPENDENCIA. LEIRE PAJIN: Las prestaciones por dependencia se están garantizando.	10 de noviembre de 2010	Agencia EFE
160	Gobierno dota con 210 millones el fondo de contingencia de Ley de dependencia.	10 de diciembre de 2010	Agencia EFE
161	Sanidad y CCAA acuerdan la financiación para los nuevos dependientes de 2011.	22 de diciembre de 2010	Agencia EFE
162	El Ministerio de Sanidad dice que los dependientes moderados recibirán ayudas desde el 1 de enero de 2011.	22 de diciembre de 2010	El Correo
164	Los Dependientes moderados recibirán ayudas desde el 1 de enero.	23 de diciembre de 2010	El Diario Vasco
166	Desafío a Zapatero por la Dependencia. La Consejera de la Junta de Comunidades (Castilla-La Mancha) devolverá las competencias de la Ley de Dependencia al Gobierno Central.	4 de enero de 2011	ABC

Propuesta de un modelo de atención polivalente sociosanitario

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
168	Dependencia-Ayudas. Unos 140.000 dependientes moderados podrán acceder a las ayudas de la Ley.	11 de febrero de 2011	Agencia EFE
169	La Ley de Dependencia ha generado 250.000 altas en la Seguridad Social.	17 de febrero de 2011	Agencia EFE
174	Pajín: El Gobierno “cumple puntualmente” con el presupuesto para la dependencia.	12 de marzo de 2011	Agencia EFE
175	LOS GRUPOS POLÍTICOS buscan un pacto para impulsar la Ley de Dependencia.	16 de marzo de 2011	ABC
180	EL PNV pide cambiar la Ley y Pajín un acuerdo para garantizar los servicios.	4 de mayo de 2011	Agencia EFE
181	EL Congreso aprueba modificar la financiación de la Ley de Dependencia.	10 de mayo de 2011	Agencia EFE
182	DEPENDENCIA A MEDIAS. Gobiernos del PSOE y del PP suspenden en distintas autonomías al aplicar la principal apuesta social de Zapatero.	18 de mayo de 2011	El País
186	LEY DEPENDENCIA. El Estado financió el 39% del gasto total de ayuda a la dependencia en 2010.	4 de noviembre de 2011	Agencia EFE
187	Elecciones Generales PSOE. Pajín pide un pacto de empleo que asegure la Ley de Dependencia.	16 de noviembre de 2011	El País
196	Una moratoria dejará sin ayuda a 150.000 dependientes leves en 2012.	31 de diciembre de 2011	El País
211	LEY DEPENDENCIA. El Gobierno se da dos meses de plazo para evaluar la ley de la dependencia.	12 de abril de 2012	Agencia EFE
212	El Gobierno quiere una Ley de Dependencia viable y sostenible en el tiempo.	12 de abril de 2012	Agencia EFE
216	Los recortes a la dependencia abren otro frente contra Rajoy. Organizaciones sociales y sindicales amenazan con echarse a la calle ante el tijeretazo de 283 millones de ayudas a la autonomía personal.	20 de abril de 2012	El Correo
220	El Congreso acuerda revisar la financiación de la Ley de Dependencia.	26 de junio de 2012	Agencia EFE
224	El Gobierno aprobará la reforma de la Ley de Dependencia el 13 de julio.	5 de julio de 2012	Agencia EFE
229	Gobierno y Autonomías ultiman el tijeretazo a la dependencia. Mato quiere ahora vincular las ayudas al patrimonio y no solamente a la renta.	10 de julio de 2012	El Periódico de Aragón
239	Ley de Dependencia seguirá vigente pero se primará al sector empresarial.	30 de octubre de 2012	Agencia EFE
242	Mato y CCAA fijan mañana criterios para repartir nivel mínimo de dependencia.	15 de enero de 2013	Agencia EFE

ORGANIZACIONES (Partidos, Sindicatos, Patronal, Asociaciones, etc...)

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
10	Los familiares de enfermos psíquicos ven escasa la ayuda de la Ley de Dependencia. El colectivo guipuzcoano señala que no desean “cobrar por cuidar el enfermo, sino que esté bien atendido en un centro”.	20 de junio de 2007	El Diario Vasco
27	LEY DE DEPENDENCIA. Se avisa que no se puede anunciar algo a bombo y platillo y luego no aplicar manera presupuestaria fiable. (carta de Don Alfredo Sanz Hermosilla).	17 de octubre de 2007	El Correo
1	LANES DE LAS ASEGURADORAS EN DEPENDENCIA.	1 de mayo de 2013	Aseguranza
30	La Patronal de las Residencias critica la parálisis de la Ley de la Dependencia.	18 de octubre de 2007	La Voz De Cádiz
73	El PP reclama a Cabrera explique los recortes en la Ley de Dependencia.	25 de julio de 2008	El Mundo
82	FEMP pide autosuficiencia financiera para que municipios afronten servicios. (Presidente de la Federación de Municipios y Provincias).	27 de agosto de 2008	Agencia EFE
89	Frenazo al desarrollo de la Ley de Dependencia en los Presupuestos. El Gobierno deja de considerar excepcional y prioritaria la Dependencia cuando fija los límites de contratación del personal en el sector público.	10 de octubre de 2008	ABC
93	EL PSOE pide al Gobierno que cambie la financiación de la Ley de Dependencia y reclama más dinero.	12 de noviembre de 2008	ABC
116	DOS años después de su entrada en vigor, la Ley de Dependencia es una realidad demasiado variable. Las diferencias entre comunidades son notables y no se cumple con el principio de equidad.	2 de mayo de 2009	ABC
118	Dos años después de la Ley de la Dependencia (situación difícil para su aplicación).	18 de mayo de 2009	El Periódico de Extremadura
119	Díaz Ferrán (CEOE) pide más dinero para la dependencia porque generará empleo.	4 de junio de 2009	Agencia EFE
127	La Patronal culpa a la Administración de incumplir la Ley de la Dependencia. Los Empresarios acusan a las comunidades de pagar a cuidadores informales “para ahorrar”.	24 de octubre de 2009	El Comercio
131	Suspenden a Madrid y a otras cinco CCAA en la aplicación de la Ley de la Dependencia.(VALENCIA, CANARIAS, MURCIA, MADRID, BALEARES, EXTREMADURA, IMSERSO EN CEUTA Y MELILLA).	12 de diciembre de 2009	Agencia EFE
137	Pensiones y Ley de Dependencia. Da tristeza la situación y no existe la atención debida.	3 de febrero de 2010	El Correo
139	El Tribunal de Cuentas investigará la financiación de la Dependencia.	2 de marzo de 2010	El País
140	PSOE Y CIU pactan trasladar fondos de la formación continua a la dependencia.	17 de marzo de 2010	Cinco Días
159	PRESUPUESTOS 2011. SANIDAD. Los Grupos critican al Gobierno por reducir el presupuesto para dependencia.	17 de noviembre de 2010	Agencia EFE

Propuesta de un modelo de atención polivalente sociosanitario

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
173	CCOO augura posible recortes en dependencia tras las elecciones autonómicas.	9 de marzo de 2011	Agencia EFE
183	Más de 500 normas distintas para regular la Dependencia.	9 de junio de 2011	Cinco Días
184	JIMENEZ: PSOE quiere lograr en 2015 plena implementación. Ley de Dependencia.	4 de octubre de 2011	Agencia EFE
18	ELECCIONES GENERALES. CCOO exige a los candidatos compromiso público con la Ley de Dependencia.	17 de noviembre de 2011	Agencia EFE
189	LEY DE DEPENDENCIA. PSOE dice el “golpe” del PP a la dependencia afectará a un millón de personas.	17 de noviembre de 2011	Agencia EFE
190	PROGRAMA. PROGRAMA. PROGRAMA Lo que los partidos políticos dicen acerca de los Servicios Sociales. 17 de noviembre de 2011. Aquí me voy a extender un poco más en el cuerpo de la noticia: - PSOE: Planes específicos de empleo en el sector de los Servicios Sociales. Aplicación y pleno desarrollo en los próximos años de la Ley de la Dependencia. Potenciar la prestación de Servicios frente a las prestaciones económicas y refuerzo de la red de servicios. Garantizar un marco de financiación estable para la Ley. - PP: Fortalecer los sistemas de coordinación entre las Administraciones públicas y las organizaciones sociales para actuar con mayor eficacia en la asistencia a personas y familias en situación de necesidad o riesgo de exclusión. Modificar la Ley de Dependencia para garantizar una cartera de servicios básica y común para todas las personas dependientes, así como para garantizar la calidad y la equidad de las prestaciones y servicios. - IU. Ley de Servicios Sociales estatal, concibiendo los servicios sociales como un derecho instituido. Ley de Bases para la implantación de una renta mínima o salario social básico a nivel estatal para su desarrollo y gestión por las comunidades y financiación compartida. Financiación y gestión pública de la Ley de Dependencia. - UPyD. Ley nacional de garantía de derechos y servicios sociales que garantice el acceso a las prestaciones básicas a todos los ciudadanos. Modificación de la Ley de la Dependencia para situarla dentro de las competencias del Estado en materia de Seguridad Social. Ley nacional de rentas mínimas de inserción.	17 de noviembre de 2011	El País
192	DEPENDENCIA PERFIL (Previsión). Ser mujer, mayor y menos culta, aumenta la posibilidad de ser dependiente.	4 de diciembre de 2011	Agencia EFE
193	LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS QUE NO PARALICEN LA LEY DE DEPENDENCIA. CERMI pide a las comunidades autónomas que no paralicen la Ley de Dependencia.	11 de diciembre de 2011	Agencia EFE
199	Discapacidad Dependencia. El CERMI reclama un pacto de Estado para culminar la Ley de Dependencia.	21 de enero de 2012	Agencia EFE

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
204	SOCIEDAD DEPENDENCIA. Decae la propuesta de PSOE de mantener calendario de la Ley de Dependencia.	7 de marzo de 2012	Agencia EFE
206	Día Síndrome Down. PSOE: La paralización de la Ley de Dependencia afecta a los enfermos de Down.	21 de marzo de 2012	Agencia EFE
208	LEY DEPENDENCIA. UGT afirma que el “tijeretazo” en Dependencia dejará a 256.515 personas sin ayuda.	2 de abril de 2012	Agencia EFE
209	LEY DEPENDENCIA. Las CCAA del PP piden un pacto de Estado para desarrollar la Ley de la Dependencia.	12 de abril de 2012	Agencia EFE
217	Dependencia Ajustes. Patronal y sindicatos defienden la Ley de Dependencia como salida de la crisis.	24 de abril de 2012	Agencia EFE
218	El sector de la dependencia pide más implicación pública. Sindicatos y patronal solicitan al Ejecutivo que no use la crisis económica para recortar y no implantar en su totalidad la ley.	25 de abril de 2012	La Voz De Cádiz
219	El PSOE asegura que el Gobierno quiere “desmantelar” la ley de dependencia.	25 de mayo de 2012	Agencia EFE
221	El PSOE pide subcomisión parlamentaria que garantice ayudas a la dependencia.	3 de julio de 2012	Agencia EFE
222	CALDERA (PSOE) cree que recortes en dependencia pueden acentuar la recesión.	5 de julio de 2012	Agencia EFE
223	Un manual resuelve las 101 dudas más frecuentes sobre la Ley de Dependencia.	5 de julio de 2012	Agencia EFE
225	El PSOE acusa al PP de “despreciar” a los dependientes con la próxima reforma de la Ley.	7 de julio de 2012	La Voz De Cádiz
226	Directores de servicios sociales ven “incongruente” la reforma de dependencia.	9 de julio de 2012	Agencia EFE
230	CCOO dice que economía cifra en más de 1.200 millones de recortes en la Dependencia.	18 de julio de 2012	Agencia EFE
231	Representantes de afectados por parálisis cerebral alertan contra los ajustes.	26 de julio de 2012	Agencia EFE
233	Una asociación recurre ante el Supremo la reforma de la ley de dependencia.	4 de septiembre de 2012	Agencia EFE
234	Fundación Pilares defiende Ley de Dependencia como “conquista innegociable”.	6 de septiembre de 2012	Agencia EFE
237	SENADO ASUNTOS SOCIALES. Moreno (Secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, defiende la reforma de la Ley de Dependencia para sacarla del colapso.	19 de septiembre de 2012	Agencia EFE
240	PSOE denuncia que el PP en un año ha desmantelado la Ley de Dependencia.	14 de diciembre de 2012	Agencia EFE

Propuesta de un modelo de atención polivalente sociosanitario

Nº NOTICIA	RESUMEN	FECHA	MEDIO
243	CCAA del PSOE muestran su preocupación por el futuro de la dependencia.	16 de enero de 2013	Agencia EFE
244	El observatorio duda de que CCAA pueden mantener atención a los dependientes.	24 de enero de 2013	Agencia EFE
245	El PSOE acusa al PP de demoler de forma controlada la Ley de la Dependencia.	31 de enero de 2013	Agencia EFE
248	ALGUNAS COMUNIDADES AUTONOMAS han hecho caja con la dependencia. Acusa al Gobierno de realizar una derogación encubierta de la ley y afirma que este sector es estratégico para salir de la crisis, dice José Manuel Ramírez (Presidente de la Asociación de Directores y Gerentes en Servicios Sociales).	9 de febrero de 2013	El Periódico de la Rioja
251	La Resolución, dice José Manuel Ramírez, supone una pérdida de 100.000 puestos de trabajo directos.	2 de mayo de 2013	El Periódico de Aragón

IV.3.2.- Análisis de Artículos de Prensa con respecto a la Ley de Dependencia (Gráficos):

TOTAL DE NOTICIAS AGRUPADAS POR ORGANISMO

ORGANISMO	Nº de Noticias	%
Comunidad Autónoma de Andalucía	74	30,20%
Comunidad Autónoma de Aragón	10	4,08%
Comunidad Autónoma de Madrid	35	14,29%
Comunidad Autónoma del País Vasco	26	10,61%
Gobierno Central	51	20,82%
ORGANIZACIONES (Partidos, Sindicatos, Patronal, Asociaciones, etc...)	49	20,00%
TOTAL	245	100,00%

Cuadro 102. Elaboración propia

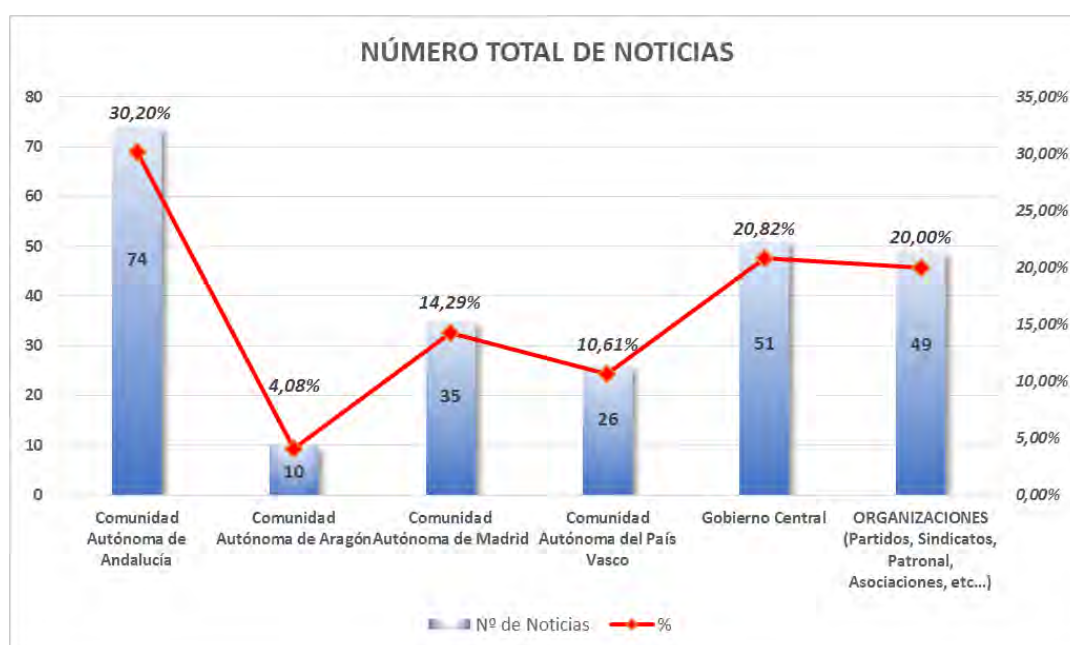


Gráfico Nº 1: Total de noticias y porcentaje por Organismo. Elaboración propia

He investigado, teniendo en cuenta la Agencia de Noticias EFE y los medios de comunicación (periódicos generalista) la información referida a la generación de noticias relacionadas con la Ley de la Dependencia, dado que ésta es un “eje” fundamental para el desarrollo del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario, y como se podrá comprobar más adelante en el análisis que desarrollo sobre los Programas Electorales de los Partidos Políticos (PSOE, PP, IU, PNV y UPyD) **la dependencia, desde las campañas electorales de 1996, pasa a ser un punto esencial**

del Estado del Bienestar y, todos los Partidos, sin excepción, consideran que el Sistema de Atención a la Dependencia es el cuarto pilar del Estado del Bienestar. Por esta razón he considerado pertinente, desde un punto de vista sociológico, el conocer la importancia de los medios de comunicación generalista daban a este tema y, también, la visión de la Agencia EFE con respecto al mismo; dado que la Agencia EFE es distribuidora de noticias y la interpretación que pueda hacer de un tema tan importante, al menos para los Partidos Políticos, y también para los ciudadanos –ya que somos demandantes de la Atención a la Dependencia-, tiene una relevancia significativa.

He analizado desde el año 2006 –cuando se concreta el texto de Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia que entrará en vigor el 1 de enero de 2007- hasta junio de 2013.

El número total de noticias es de 245, repartidas éstas en 74 (Andalucía), 10 (Aragón), 35 (Madrid), 26 (País Vasco), 51 relacionadas con el Gobierno Central y 49 relacionadas con Organizaciones (Partidos, Sindicatos, Patronal, Asociaciones)

Verdaderamente, la incidencia o preocupación por los medios de comunicación generalistas sobre el cuarto pilar del Estado del Bienestar no es excesiva, al contrario, es más bien pobre y, casi siempre –su preocupación- responde a momentos electorales.

Esto per se puede significar muchas cosas; desde mi punto de vista, la evidencia, pone sobre la mesa una disociación entre el discurso político y el tratamiento-seguimiento que los medios de comunicación generalista hacen sobre determinados puntos políticos; puntos que, por otra parte, se consideran –como es el caso de la dependencia- nucleares para el mantenimiento del Estado del Bienestar. La información que se pudiera generar al respecto en los medios de comunicación generalista sería de gran apoyo para nuestra “cultura democrática” ya que los ciudadanos podrían estar informados –sin las limitaciones y los intereses que marcan los Partidos Políticos- de algo que les atañe de manera directa.

Seguidamente presento una serie de gráficos por año (2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013). Estos gráficos nos ayudan a situarnos anualmente y comprobar el “poquísimo peso” que tiene, el llamado cuarto pilar del Estado del Bienestar.

TOTAL DE NOTICIAS EN 2006 AGRUPADAS POR ORGANISMO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
Comunidad Autónoma de Andalucía	0	0,00%
Comunidad Autónoma de Aragón	0	0,00%
Comunidad Autónoma de Madrid	0	0,00%
Comunidad Autónoma del País Vasco	0	0,00%
Gobierno Central	3	100,00%
ORGANIZACIONES (Partidos, Sindicatos, Patronal, Asociaciones, etc...)	0	0,00%
TOTAL	3	100,00%

Cuadro número 103. Elaboración propia

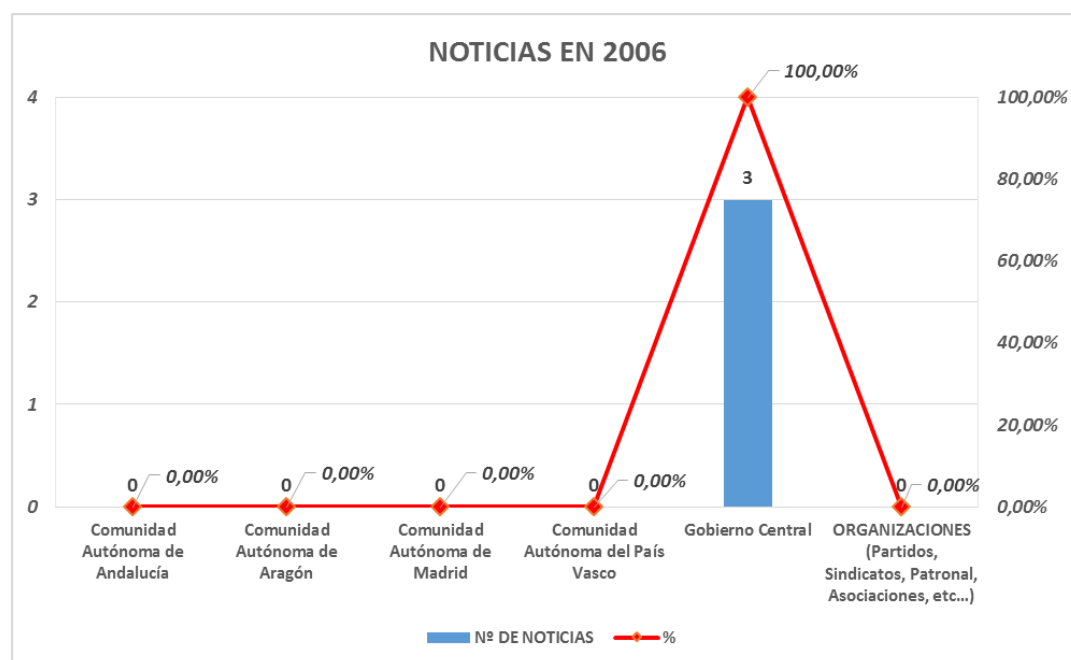


Gráfico Nº 2: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2006 .Elaboración propia.

Las noticias recogidas en el año 2006 son 3. Los puntos de estas noticias son **la estabilidad financiera de la dependencia y la entrada en vigor de una Ley que es un “nuevo derecho” para los ciudadanos.**

Son dos aspectos que acompañarán, con seguridad, a esta Ley a lo largo de los distintos programas electorales de los partidos políticos y que se analizarán en el siguiente apartado; por ser fundamentales para el desarrollo real y concreto de la Ley. Sin duda son aspectos recurrentes para poder criticar al Gobierno de turno; pero también pueden ser necesarios para construir de manera positiva un SISTEMA DE

ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y SOCIO SANITARIO que afiance el Estado del Bienestar y, además, considerado como “inversión social”, generar puestos de trabajo.

Las noticias aparecen en un medio generalista y en un medio especializado en economía (El Mundo y Cinco Días). Ambos medios recogen **la idea de que es un derecho y la necesidad de dotarlo presupuestariamente**. Si recogen estos temas es porque son dos temas sensibles que ya en la fase de estudio y elaboración de la Ley supusieron un gran debate. Hemos podido comprobar a apartados anteriores que ambas dimensiones no quedaron suficientemente consensuadas, si bien todas las fuerzas políticas –PSOE, PP, IU, PNV y UPyD- como podremos comprobar, coinciden en la necesidad de generar un SISTEMA viable de Atención a la Dependencia.

TOTAL DE NOTICIAS EN 2007 AGRUPADAS POR ORGANISMO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
Comunidad Autónoma de Andalucía	14	36,84%
Comunidad Autónoma de Aragón	0	0,00%
Comunidad Autónoma de Madrid	7	18,42%
Comunidad Autónoma del País Vasco	7	18,42%
Gobierno Central	7	18,42%
ORGANIZACIONES (Partidos, Sindicatos, Patronal, Asociaciones, etc...)	3	7,89%
TOTAL	38	100,00%

Cuadro número 104. Elaboración propia.



Gráfico Nº 3: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2007. Elaboración propia.

El 2007 es el año en que comienza a desarrollarse la Ley. Es, por tanto, un año clave. Se recogen 38 noticias. A Andalucía corresponden 14; a Aragón 0; a Madrid 7; al País Vasco 7, al Gobierno Central 7 y a las Organizaciones 3.

Dado que se trata del primer año hay que decir que el nivel de interés por los medios generalistas no es muy alto; más bien bajo. En el caso de Andalucía son noticias que tratan de dar a conocer el compromiso de ejecución por parte del Gobierno de la Comunidad Autónoma y de los Municipios. Se subraya el gran avance social que implica el desarrollo de la Ley.

En Aragón, por el contrario, no aparece ninguna noticia.

En Madrid nos encontramos con que las noticias recogen una gran polémica, fundamentalmente entre el Partido Popular (Gobierno) y PSOE (oposición). La Ley no sirve para unir y consensuar un Proyecto o un Plan de Aplicación con el cual todas las fuerzas políticas, con representación en la Asamblea de Madrid, busquen el bien común. Desde mi punto de vista esto es negativo; necesitamos remar en la misma dirección si se quiere que la Ley pueda lograr los objetivos planteados.

Curiosamente si cruzamos esta información con los Programas Electorales del año 2004 del PSOE y del Partido Popular nos encontramos que no hay grandes diferencias, en relación con las actuaciones a realizar, en favor de facilitar la puesta en marcha de un SISTEMA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. Evidentemente hay un tema de fondo: los intereses de partido; la pregunta que deberíamos hacernos, por tanto, son:

- ¿qué importancia real dan los partidos a la aplicación de determinadas leyes en favor de la población?
- ¿qué nos separa realmente de poder hacer un PROGRAMA CONJUNTO en temas tan sensibles como el que estamos tratando?

En el País Vasco, también se da polémica entre los Partidos Políticos, depende de quién esté gobernando en las Diputaciones Forales y en el Gobierno Vasco. Cabría, también, hacerse las dos preguntas anteriores.

En relación con las noticias del Gobierno Central, aquí también se percibe la situación polémica entre las fuerzas Políticas. Por un lado el Gobierno Central dando a conocer su implicación en el desarrollo de la Ley e instando, a la Comunidad de Madrid, a que comience su aplicación. También se reclama que “no se produzca un ataque” y se eviten “estrategias partidistas” que no benefician en absoluto a los ciudadanos.

Cuando nos acercamos a las noticias relacionadas con Organizaciones nos encontramos con el descontento por parte de familiares de enfermos psíquicos (País Vasco); con una constatación, no hay dotación presupuestaria fiable (País Vasco); el

interés de las aseguradoras por la dependencia (Madrid) y la preocupación de la Patronal de Residencias que no ve o no percibe que la Ley se esté desarrollando de manera eficiente y eficaz (Andalucía).

Se pierde a, mi entender, y lo quiero subrayar, en el 2007 la gran oportunidad de establecer un camino para construir un proyecto conjuntamente. Nos alejamos de esta posibilidad por interés partidistas; lo que tiene de bueno el haberme acercado a la fuente de las noticias es que se puede mostrar de manera objetiva la dinámica de los Partidos Políticos.

La gráfica número 12 señala los medios de comunicación que recogen las noticias del año 2007; éstos son: Agencia EFE (14); ABC (2); Cinco Días (1); El Correo (3); El Diario Vasco (3); El Ideal (3); El Mundo (1); El Norte de Castilla (1); El País (8); La Verdad (1) y la Voz de Cádiz (1).

TOTAL DE NOTICIAS EN 2008 AGRUPADAS POR ORGANISMO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
Comunidad Autónoma de Andalucía	21	41,18%
Comunidad Autónoma de Aragón	3	5,88%
Comunidad Autónoma de Madrid	11	21,57%
Comunidad Autónoma del País Vasco	4	7,84%
Gobierno Central	8	15,69%
ORGANIZACIONES (Partidos, Sindicatos, Patronal, Asociaciones, etc...)	4	7,84%
TOTAL	51	100,00%

Cuadro número 105. Elaboración propia.

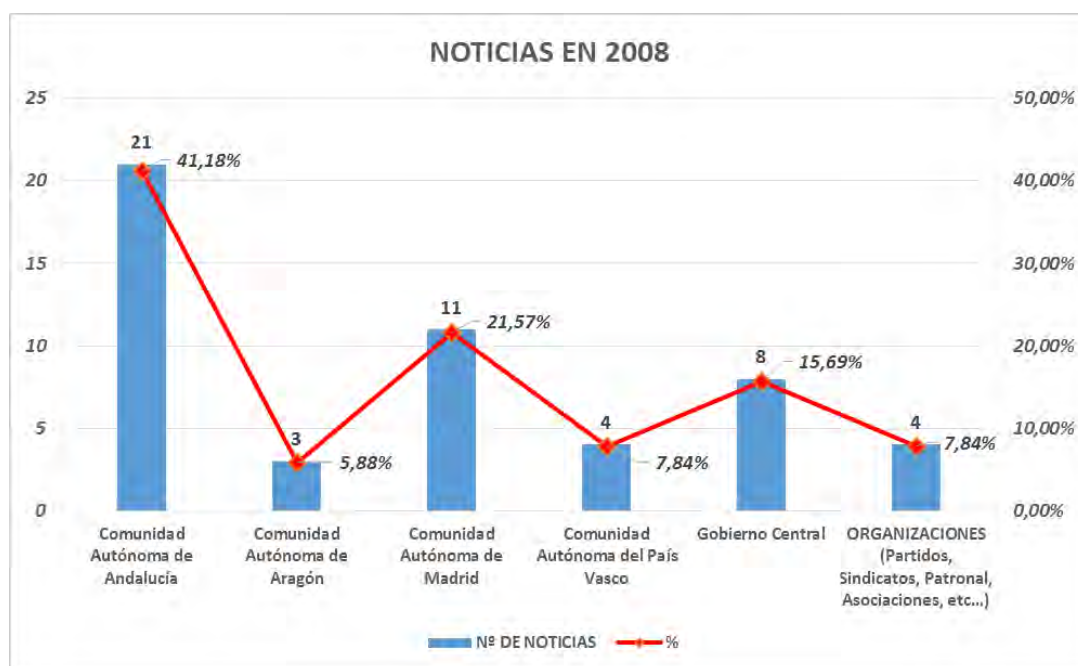


Gráfico Nº 4: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2008. Elaboración propia.

El 2008 recoge 51 noticias. Andalucía (21); Aragón (3); Madrid (11); País Vasco (4); Gobierno Central (8) y Organizaciones (4).

En Andalucía, una noticia crítica con la Junta es la que hace el Defensor del Pueblo de Andalucía acerca del retraso en la aplicación de la Ley de la Dependencia. Izquierda Unida se suma a la constatación del Defensor. La tónica del “debate” es la misma: El gran trabajo realizado por la Junta a la hora de aplicar el desarrollo de la Ley y las críticas de la oposición (Izquierda Unida y PP). También los Sindicatos se unen a las voces críticas. **No existe un “esfuerzo” por consensuar y caminar juntos; cada uno tiene sus criterios a la hora de analizar y de aplicar el contenido de la Ley.**

En Aragón aparecen tres noticias, todas ellas en el Periódico e Aragón. Una de ellas tiene que ver con el propio Gobierno de la DGA que pregunta a través de la Consejera sobre la aplicación de la Ley de la Dependencia; las otras dos noticias proponen hacerse las siguientes preguntas: ¿Es necesaria una Ley de Servicios Sociales y una Ley de Dependencia? ¿La Ley de Dependencia cubriría a todos los Aragoneses?

Se percibe también que existe en esta Comunidad Autónoma debate con respecto a la aplicación de la Ley. Es interesante la constatación entre ley de Servicios Sociales y Ley de la Dependencia. Esto significa que se nos invita a la reflexión para aportar soluciones y, por ende, coordinación positiva.

En el caso de la Comunidad de Madrid la tensión y polémica está servida. La oposición crítica con fuerza al Gobierno de la Comunidad Autónoma que es del PP. No se ponen de acuerdo y, tampoco, por lo que se percibe por las noticias hay “interés en hacerlo”. Además el PP de Madrid critica al Gobierno de Zapatero. Organizaciones como el CERMI piden que se “encaje” la Ley de la Dependencia.

En el caso de la Comunidad del País Vasco se sigue en la misma dinámica que el año 2007; sin embargo las diferencias entre Partidos Políticos no se explicitan de manera tan polémica como en el caso de la Comunidad de Madrid. El tratamiento que se da en las noticias significa que en el País Vasco existe un trabajo constante por hacer posible que la Ley se pueda desarrollar. Se percibe un “espíritu más constructivo”.

En relación con las noticias relacionadas con el Gobierno Central cabe significar que las mismas tratan de justificar las diferentes deficiencias detectadas en la aplicación de la Ley. Existe un gran esfuerzo por superar la no concordancia entre lo que dice el Gobierno que hace y lo que perciben –en realidad- las CCAA. De hecho el presidente del Gobierno (Zapatero) se implica directamente en este tema.

La tensión o parón de la Ley se percibe en las noticias recogidas en el apartado de Organizaciones, hay quejas del Partido Socialista (pide al Gobierno que cambie la financiación de la Ley de Dependencia); de la Federación de Municipios y Provincias (pide autosuficiencia financiera para que los municipios afronten los servicios); el PP pide explicaciones (reclama a la Ministra Cabrera que explique los recortes dado a la Ley de Dependencia).

Hay que contar con que el año 2008 ha sido un año electoral y todos los Partidos Políticos llevaban en sus programas como eje del Estado del Bienestar el desarrollo de la Ley de la Dependencia y la búsqueda de soluciones a los problemas planteados desde que entró en vigor el 1 de enero de 2007; entre estos problemas están el de la financiación, el de la coordinación entre las Administraciones Públicas y la dimensión sociosanitaria.

La gráfica número 13 señala los medios de comunicación que recogen estas noticias: ABC (9); Agencia EFE (20); El Diario de Córdoba (3); El Correo (1); El Diario Vasco (2); El Ideal de Granada (5); el Mundo (4); El País (1); El Periódico de Aragón (3); La Verdad (2); La Voz de Cádiz (1).

TOTAL DE NOTICIAS EN 2009 AGRUPADAS POR ORGANISMO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
Comunidad Autónoma de Andalucía	10	32,26%
Comunidad Autónoma de Aragón	0	0,00%
Comunidad Autónoma de Madrid	7	22,58%
Comunidad Autónoma del País Vasco	5	16,13%
Gobierno Central	4	12,90%
ORGANIZACIONES (Partidos, Sindicatos, Patronal, Asociaciones, etc...)	5	16,13%
TOTAL	31	100,00%

Cuadro número 106.Elaboración propia.

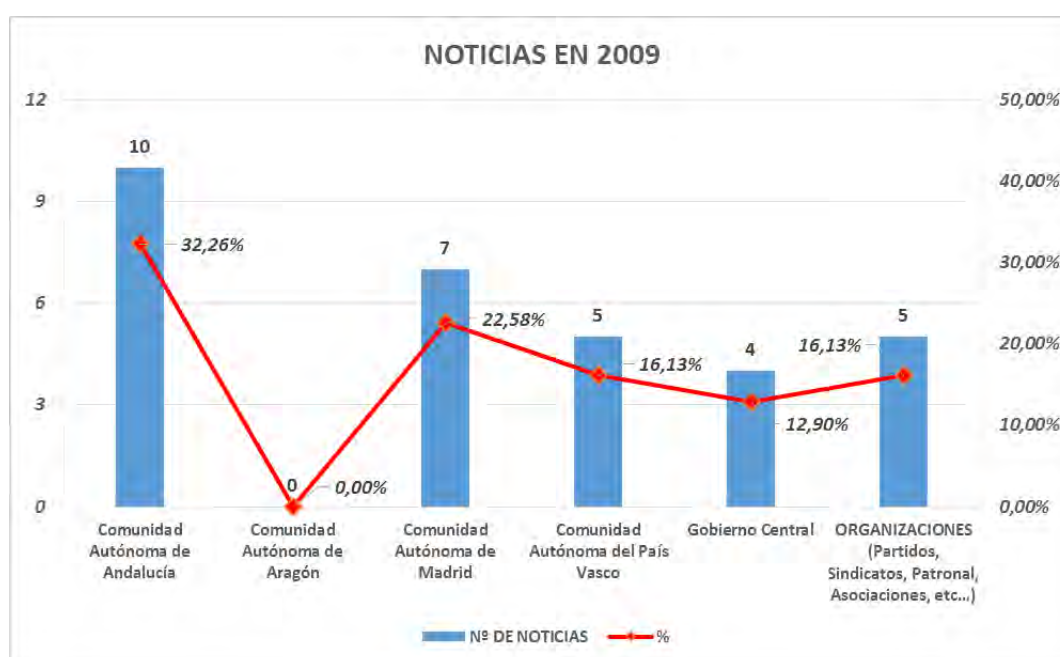


Gráfico Nº 5: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2009.Elaboración propia.

En año 2009 se han recogido 31 noticias: Andalucía (10); Aragón (0); Madrid (7); País Vasco (5); Gobierno Central (4) y Organizaciones (5).

En la Comunidad Autónoma, por parte de la Junta, se sigue en la misma dirección que en años anteriores; pone en valor el trabajo que está realizando para lograr alcanzar los objetivos marcados por la Ley de Dependencia. Por parte del PP se quiere constatar las carencias reales de lo que dice el Gobierno autonómico que hace; por ejemplo dice que la “Junta hace un nefasta aplicación de la Ley de la Dependencia”. Hay Asociaciones, como es el caso de la de Enfermos Mentales, que pide que el baremo proteja más a estas personas. La Junta tiene clara su apuesta: no congelará los fondos para la Ley de la Dependencia.

En Aragón curiosamente –otra vez- no se pueden recoger noticias al respecto.

En La Comunidad de Madrid sigue existiendo una gran polémica-debate. Se dice que Madrid está a la cola en cuanto al número de ciudadanos con derecho a prestación (El País). Las noticias del 2009 están todas relacionadas con *“falta de interés por parte del Gobierno de la Comunidad Autónoma por desarrollar la Ley de la Dependencia”*, existen criterios diferentes.

En El País Vasco quizá, la nota más llamativa, es que “saca la mejor nota” en la aplicación de la Ley a la Dependencia (El Correo).

En relación con el Gobierno una noticia importante es el nombramiento de Trinidad Jiménez ya que supone, por parte del Presidente, la activación de la Ley frente al “parón” que estaba detectando en la aplicación de ésta. A partir de este momento se quiere que la Ley “adquiera” el ritmo adecuado para su aplicación. El Correo Vasco explicita “la bondad” de esta Ley *“Felicidades, gracias y un deseo; estamos hablando de una ley que da carta de naturaleza a un derecho al que pueden acceder las ciudadanas y ciudadanos españoles en igualdad de condiciones, con independencia de su lugar de residencia”*.

Desde mi punto de vista esta visión debería ser la que marcara la agenda de todos los partidos políticos en materia de Atención a la Dependencia y atención socio-sanitaria.

Si nos vamos al apartado de Organizaciones nos encontramos con que las noticias son críticas con respecto a la aplicación, alejándonos, de lo expresado en el párrafo anterior. Se afianzan las diferencias, no hay suficiente dinero. De hecho la Patronal culpa a la Administración de incumplir la Ley de la Dependencia. De nuevo Madrid vuelve a suspender en la aplicación y desarrollo de la Ley.

La gráfica número 14 representa los medios de comunicación que recogen noticias en el 2009: ABC (3); Agencia Efe (11); Diario de Córdoba (2); El Comercio (1); El Correo (4); El Diario Vasco (2); El Ideal (1); El Mundo (1); El País (2); El Periódico de Extremadura (1) y el Periódico del Mediterráneo (2).

TOTAL DE NOTICIAS EN 2010 AGRUPADAS POR ORGANISMO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
Comunidad Autónoma de Andalucía	10	31,25%
Comunidad Autónoma de Aragón	1	3,13%
Comunidad Autónoma de Madrid	4	12,50%
Comunidad Autónoma del País Vasco	3	9,38%
Gobierno Central	10	31,25%
ORGANIZACIONES (Partidos, Sindicatos, Patronal, Asociaciones, etc...)	4	12,50%
TOTAL	32	100,00%

Cuadro número 107. Elaboración propia.

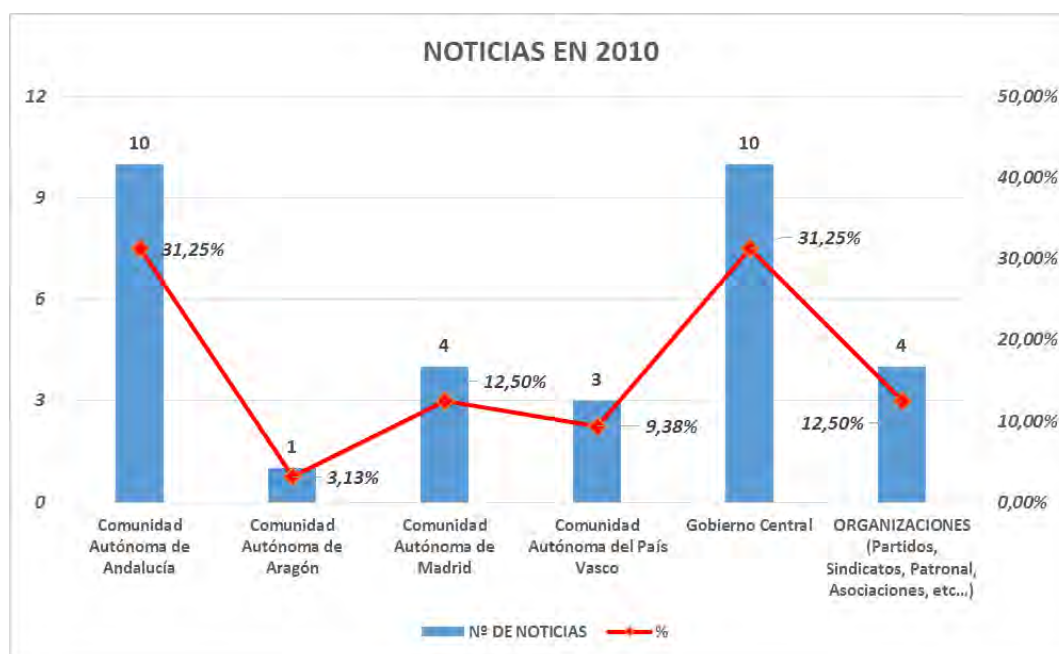


Gráfico Nº 6: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2010. Elaboración propia.

El 2010 nos acerca a los siguientes datos: Andalucía (10); Aragón (1); Madrid (4); País Vasco (3); Gobierno Central (10) y Organizaciones (4).

En Andalucía se resalta que se ha reconocido que 200.000 personas tienen derecho a la Ley de Dependencia y de éstas 144.000 baremados como grandes y severos están disfrutando ya ayudas al respecto.

La tendencia entre los Partidos Políticos es poner en evidencia lo que se deja de hacer. No ni una sola línea que explicite un espíritu colaborador.

La buena noticia para Aragón es que es una Comunidad muy bien valorada en la aplicación de la Ley.; igual que el País Vasco.

En relación con la Comunidad de Madrid se sigue en la misma dinámica, quejas y críticas por parte de la oposición. El PP responde criticando al Gobierno.

En el País Vasco la tendencia es reconocer que se está trabajando bien y en la dirección correcta. De hecho el Daño cerebral considera que es tratado justamente en la aplicación de la Ley.

En las noticias referidas al Gobierno Central se “acentúa” que se cumplirán los plazos por parte del Ministerio de Sanidad en el desarrollo de la Ley de la Dependencia; es más se prevé que se adelante el proceso. Existe, también, una visión social en lo referente a que la Ley facilitará la creación de empleo. Este es un punto recogido en el programa electoral del PSOE del año 2008. También hay que significar la voluntad de acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y las CCAA en cuanto a la financiación para los nuevos dependientes para el ejercicio del 2011.

Las noticias que se dan desde las Organizaciones evidencian, sin embargo, que el problema de financiación es muy importante, tanto es así que se pacta entre PSOE y CIU la transferencia de fondos de la formación continua a la dependencia (CINCO DÍAS) y por parte de los Grupos Parlamentarios hay una crítica a que el Gobierno pretende reducir el presupuesto de la Dependencia en los presupuestos del 2011 (EFE). Estas noticias entran en contradicción con lo señalado en el párrafo anterior.

Conclusión: Dudas y dudas respecto a la evolución de la aplicación de la Ley de la Dependencia.

La procedencia de las noticias está reflejada en la gráfica número 15: ABC (2); Agencia EFE (12); Cinco Días (1); El Correo (3); El Diario Montañés (1); El Diario Vasco (3); El Mundo (1); El Norte de Castilla (1); El País (6); El Periódico del Mediterráneo (1); El Sur (1).

TOTAL DE NOTICIAS EN 2011 AGRUPADAS POR ORGANISMO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
Comunidad Autónoma de Andalucía	5	16,13%
Comunidad Autónoma de Aragón	1	3,23%
Comunidad Autónoma de Madrid	4	12,90%
Comunidad Autónoma del País Vasco	2	6,45%
Gobierno Central	11	35,48%
ORGANIZACIONES (Partidos, Sindicatos, Patronal, Asociaciones, etc...)	8	25,81%
TOTAL	31	100,00%

Cuadro número 108. Elaboración propia.

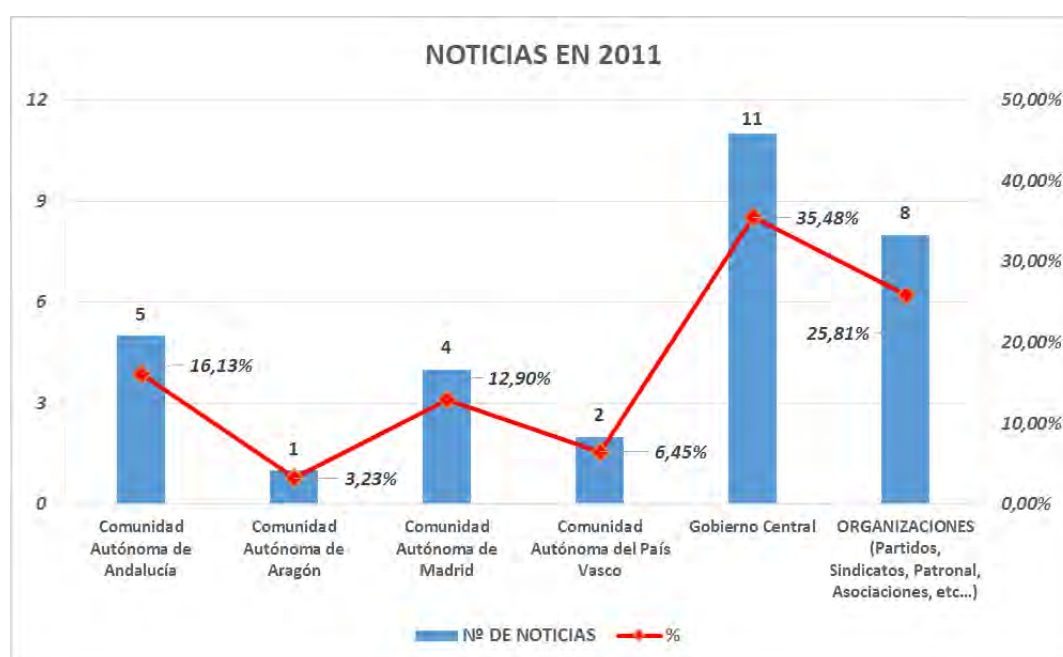


Gráfico Nº 7: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2011. Elaboración propia.

En el 2011 se han podido extraer 31 noticias. Andalucía (5); Aragón (1); Madrid (4); País Vasco (2); Gobierno Central (11); Organizaciones (8)

Es importante resaltar que en el 2011 se producen elecciones Municipales, Autonómicas (mayo) y Generales (noviembre).

En el apartado siguiente he analizado los programas para las elecciones generales; en el mismo en relación con las elecciones del 2011 nos percatamos que la Ley de la Dependencia sigue siendo un punto esencial para el Estado del Bienestar. Todos los Partidos se comprometen a que se pueda aplicar mejorando la coordinación, optimizando y procurando ser eficientes con el coste económico. Todos coinciden en que es preciso mejorar su desarrollo.

En Andalucía las noticias esta vez marcan las diferencias que comienza a tener con el Gobierno Central, en diciembre ya hay una noticia que señala el rechazo de la Junta a la “*paralización unilateral de la Ley de la Dependencia*” (Agencia EFE)

En el caso de Aragón existe una queja del Gobierno Central (PSOE) con respecto al Gobierno Autonómico (PP-PAR) en donde expresa el malestar por el retraso en el pago de ayudas y el descenso de beneficiarios. (EL PERIÓDICO DE ARAGÓN).

En la Comunidad de Madrid se continúa en la misma dinámica que los años anteriores. Las noticias señalan quejas, los ciudadanos dependientes expresan una queja continúa en el desarrollo de la Ley de la Dependencia.

Madrid aparece junto a Valencia y Canarias en la cola del Sistema. (Agencia EFE).

El País Vasco presenta su plan de aplicación para la Dependencia que ha conseguido lograr cubrir las necesidades en esta área; de hecho habla de “existencia 0 en la demanda”.

Con respecto al Gobierno se sigue detectando el gran problema para poder aplicar y desarrollar la Ley de la Dependencia. De hecho, aunque la Ministra Leire Pajín insiste en que el Gobierno cumple puntualmente con el presupuesto de la dependencia (12 de marzo de 2011), en ese mismo mes (16 de marzo) los Grupos Políticos buscan un pacto para impulsar la Ley de la Dependencia. Lo cierto es que tanto Gobiernos del PSOE como del PP en las CCAA suspenden en el desarrollo de la Ley de la Dependencia. Se habla de Dependencia a media (EL PAÍS). Con la llegada al gobierno del PP se hace una moratoria de la Ley de Dependencia; la misma dejará a 150.000 personas con dependencia leve sin ayuda (EL PAÍS).

En el apartado de Organizaciones, CCOO dice que tras las elecciones Autonómicas vendrán recortes para la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

Es muy significativa la noticia de CINCO DÍAS, dice que hay más de 500 normas distintas para regular la Dependencia. Ciertamente esto “choca de frente” con la propuesta política de ser eficientes y eficaces, y de coordinar para optimizar y no duplicar y triplicar las estructuras.

Según CCOO los candidatos tienen que comprometerse con la aplicación de la Ley de la Dependencia.

Lo que es cierto es que entre el PSOE, PP, IU y UPyD no hay grandes diferencias, traigo aquí lo que he recogido en el análisis de las noticias; en concreto lo publicado el 17 de noviembre de 2011 por el País.

PSOE: Planes específicos de empleo en el sector de los Servicios Sociales. Aplicación y pleno desarrollo en los próximos años de la Ley de la Dependencia.

Potenciar la prestación de Servicios frente a las prestaciones económicas y refuerzo de la red de servicios Garantizar un marco de financiación estable para la Ley.

- PP: Fortalecer los sistemas de coordinación entre las Administraciones públicas y las organizaciones sociales para actuar con mayor eficacia en la asistencia a personas y familias en situación de necesidad o riesgo de exclusión. Modificar la Ley de Dependencia para garantizar una cartera de servicios básica y común para todas las personas dependientes, así como para garantizar la calidad y la equidad de las prestaciones y servicios.
- IU. Ley de Servicios Sociales estatal, concibiendo los servicios sociales como un derecho instituido. Ley de Bases para la implantación de una renta mínima o salario social básico a nivel estatal para su desarrollo y gestión por las comunidades y financiación compartida. Financiación y gestión pública de la Ley de Dependencia.
- UPyD. Ley nacional de garantía de derechos y servicios sociales que garantice el acceso a las prestaciones básicas a todos los ciudadanos. Modificación de la Ley de la Dependencia para situarla dentro de las competencias del Estado en materia de Seguridad Social. Ley nacional de rentas mínimas de inserción.

No hay grandes diferencias; pero al final existe un problema de operatividad.

La gráfica número 16 señala la fuente de las noticias: ABC (2); Agencia EFE (17); Cinco Días (1); El Diario Vasco (1); El Ideal (1); El Mundo (1); El País (6); El Periódico de Aragón (1) el Sur (1).

TOTAL DE NOTICIAS EN 2012 AGRUPADAS POR ORGANISMO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
Comunidad Autónoma de Andalucía	9	20,45%
Comunidad Autónoma de Aragón	2	4,55%
Comunidad Autónoma de Madrid	2	4,55%
Comunidad Autónoma del País Vasco	5	11,36%
Gobierno Central	7	15,91%
ORGANIZACIONES (Partidos, Sindicatos, Patronal, Asociaciones, etc...)	19	43,18%
TOTAL	44	100,00%

Cuadro número 109. Elaboración propia.

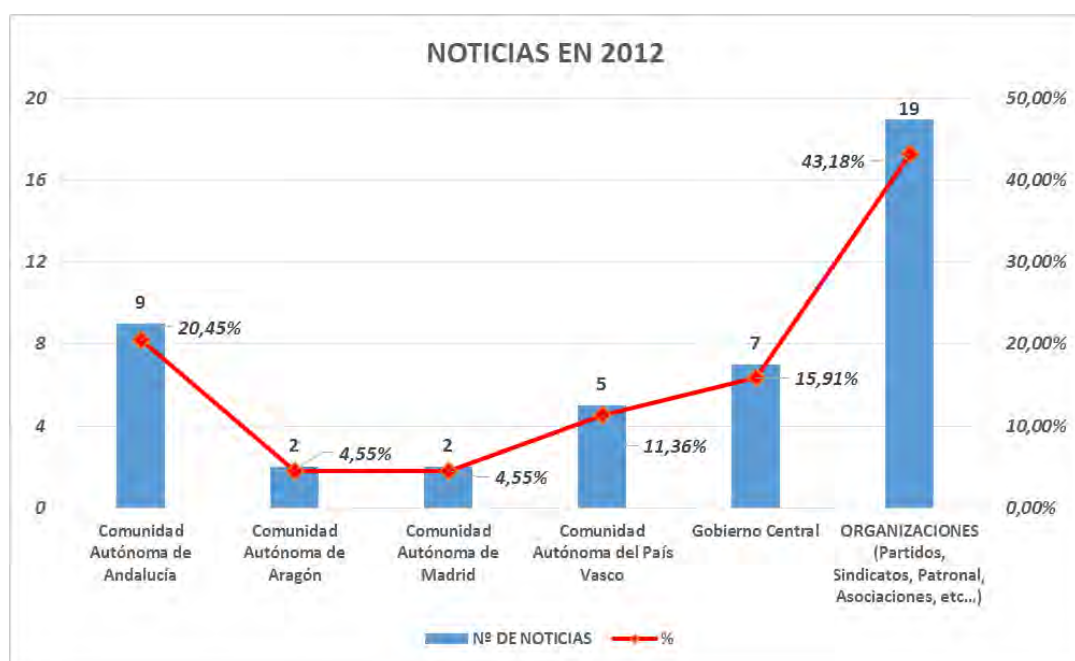


Gráfico Nº 8: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2012. Elaboración propia.

Las noticias correspondientes al año 2012 se dividen: Andalucía (9); Aragón (2); Madrid (2); País Vasco (5); Gobierno Central (7); Organizaciones (17).

En este periodo el discurso de la Junta (PSOE) ha cambiado sustancialmente con respecto a los años anteriores. Expresa el mismo una perenne “queja” ante el Gobierno Central (ha cambiado es del PP). Se explicita que el PP ha paralizado la Ley de la Dependencia; sin embargo el gobierno de la Junta no hará recortes al respecto.

En las noticias existe una muy positiva, relacionada con que la Ley de la Dependencia puede crear 650.000 puestos de trabajo (La VOZ DE CADIZ).

La paradoja está en que el gobierno de la Junta protesta ante el gobierno Central (Rajoy); sin embargo el PP exige a la Junta que vuelva a contratar al personal

despedido adscrito a la Dependencia, ya que no existe motivo para ello. Esto se da entre finales del 2012 y principios del 2013.

En Aragón, sin embargo, el gobierno de la DGA anuncia que 1.000 dependientes más recibirán las correspondientes prestaciones.

En Madrid una Plataforma de la Dependencia critica la aplicación de la Ley.

En el País Vasco será el gobierno de esta Comunidad quien asuma el coste de la dependencia leve, ante el retraso o paralización del Gobierno Central. Por otro lado la Consejera del Gobierno Vasco dice que la reforma de la Ley de la Dependencia promocionada por el Gobierno Central “dinamita los derechos” (Agencia EFE).

A nivel de Gobierno, el discurso del mismo será el trabajar por una Ley de la Dependencia creíble y sostenible. Introduce para ello, el gobierno, una reforma de la Ley. Al final se dice que se aplica un tijeretazo a la dependencia. También se da cabida en la reforma de la Ley al sector empresarial.

En el apartado de Organizaciones nos encontramos con la petición del CERMI en hacer un pacto de Estado para culminar la ley de la Dependencia (Agencia EFE).

La Patronal y los Sindicatos apoyan la Ley de la Dependencia como un espacio para crear empleo y poder salir de la situación en la que se está laboralmente. Se está utilizando la crisis económica para recortar. Afectado de Parálisis Cerebral alertan contra los ajustes.

Todo esto nos dice que estamos ante una situación muy delicada que, además, nos aleja de los compromisos políticos de “defender adecuadamente el Estado del Bienestar”. Cruzando estas noticias con el análisis de los Programas Electorales del 2011 nos encontramos que lo que en los mismos se decía y, en concreto, lo que señalaba el PP se “aleja de la realidad actual”.

Lo señalado en el párrafo anterior debe de ser un punto que nos haga reaccionar. De ahí mi propuesta de Modelo de Atención Polivalente Socio-sanitario.

La situación en la que nos encontramos, desde mi punto de vista, y teniendo en cuenta lo expresado hasta el momento en esta Tesis, es la consecuencia, no de la crisis económica como máxima responsable, sino de la falta de coherencia en las Administraciones Públicas de cara a “solventar” de manera conjunta el Desarrollo del Estado del Bienestar. La falta de coherencia viene dada por los propios “discursos políticos” que al final más que aproximarnos nos alejan de la posibilidad que tenemos de tener un PROYECTO CONJUNTO que pueda responder adecuadamente a las necesidades de los ciudadanos.

La procedencia de los artículos analizados aparece en la gráfica número 17: Agencia EFE (31); El Diario de Córdoba (2); El Correo (1); El Diario Vasco (2); El Ideal (1); El País (1); El Periódico de Aragón (2); La Voz de Cádiz (3); El Sur (1).

TOTAL DE NOTICIAS EN 2013 AGRUPADAS POR ORGANISMO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
Comunidad Autónoma de Andalucía	5	33,33%
Comunidad Autónoma de Aragón	3	20,00%
Comunidad Autónoma de Madrid	0	0,00%
Comunidad Autónoma del País Vasco	0	0,00%
Gobierno Central	1	6,67%
ORGANIZACIONES (Partidos, Sindicatos, Patronal, Asociaciones, etc...)	6	40,00%
TOTAL	15	100,00%

Cuadro número 110. Elaboración propia.

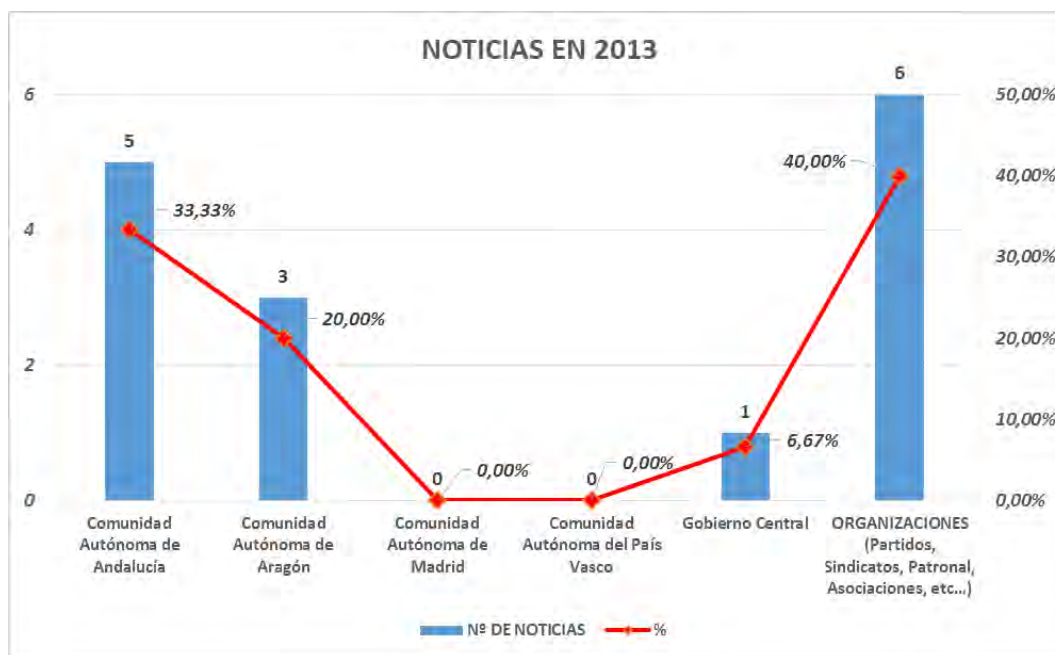


Gráfico Nº 9: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2013. Elaboración propia.

Las noticias del 2013 comprenden solamente hasta mitad de año (junio). El total de noticias son 15: Andalucía (5); Aragón (3) Madrid (0); País Vasco (0); Gobierno Central (1); Organizaciones (6).

En Andalucía (PSOE) se expresa “la terrible” situación de la Dependencia debido a la política del Partido Popular; de seguir de esta manera se alerta que se “tumbará la Ley” (DIARIO DEL SUR).

En Aragón, el PSOE que está en la oposición, acusa al gobierno de la DGA (PP-PAR) que se “ha demolido la Ley de la Dependencia” (Agencia Efe). Existe un choque frontal entre el Gobierno Autonómico y la oposición. (EL PERIODICO DE ARAGÓN).

De Madrid y el País Vasco no se han encontrado noticias en la prensa generalista.

Con respecto al gobierno Central existe una noticia que está relacionada con los criterios para repartir el nivel mínimo de la dependencia. (Agencia EFE).

En el apartado de Organizaciones, la percepción de la aplicación de la Ley es que ha entrado en un camino “de parada técnica”. Hay desánimo. No ven una verdadera voluntad, por parte del Gobierno y de varias Comunidades Autónomas, para su desarrollo.

La fuente de las noticias está señalada en la gráfica número 18: Agencia EFE (9); Aseguranza (1); El Periódico de Aragón (2); El Periódico de la Rioja (1); El Sur (2).

TOTAL DE NOTICIAS AGRUPADAS POR MEDIO DE PUBLICACIÓN

MEDIO	Nº de Noticias	%
ABC	18	7,35%
Agencia EFE	114	46,53%
Aseguranza	1	0,41%
Cinco Días	5	2,04%
El Comercio	1	0,41%
El Correo	12	4,90%
El Diario de Córdoba	7	2,86%
El Diario Montañes	1	0,41%
El Diario Vasco	13	5,31%
El Ideal	6	2,45%
El Ideal de Granada	5	2,04%
El Mundo	9	3,67%
El Norte de Castilla	2	0,82%
El País	24	9,80%
El Periódico de Aragón	8	3,27%
El Periódico de Extremadura	1	0,41%
El Periódico de la Rioja	1	0,41%
El Periódico del Mediterraneo	2	0,82%
La Verdad	3	1,22%
La voz de Cádiz	5	2,04%
Sur	7	2,86%
TOTAL	245	100,00%

Cuadro número 111.

Elaboración propia.

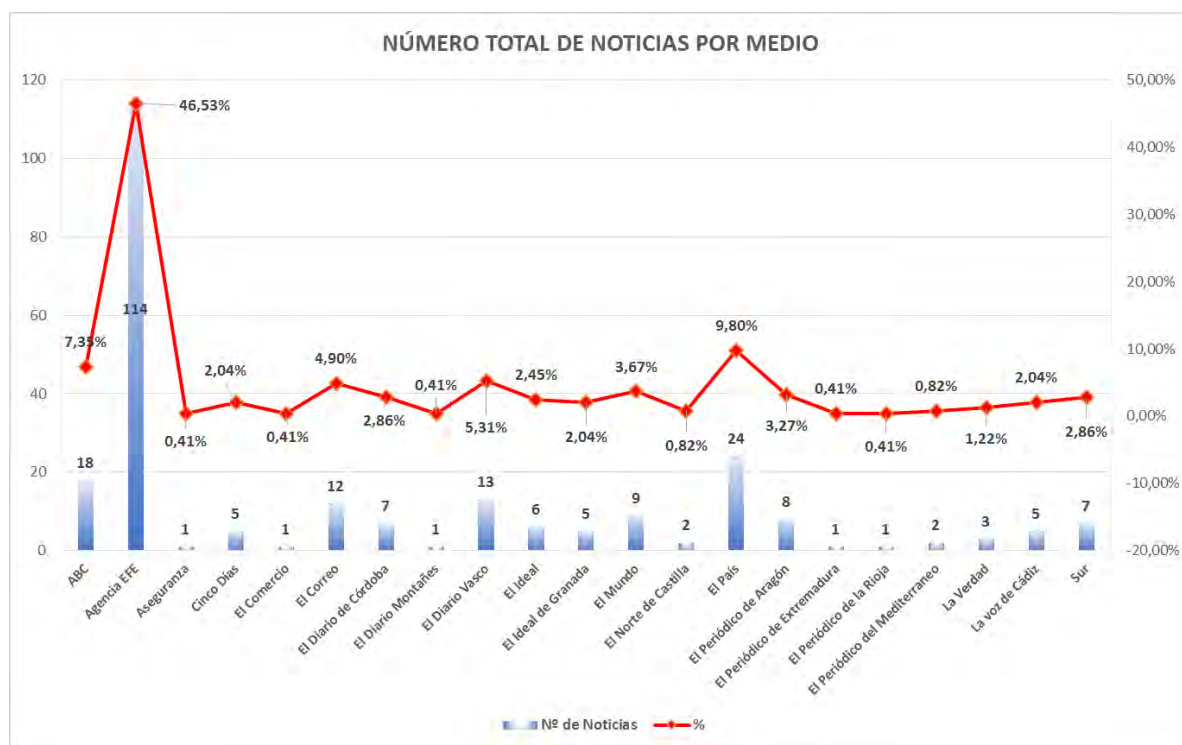


Gráfico Nº 10: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación. Elaboración propia.

TOTAL DE NOTICIAS EN 2006 AGRUPADAS POR MEDIO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
Cinco Días	2	66,67%
El Mundo	1	33,33%
TOTAL	3	100,00%

Cuadro número 112. Elaboración propia.

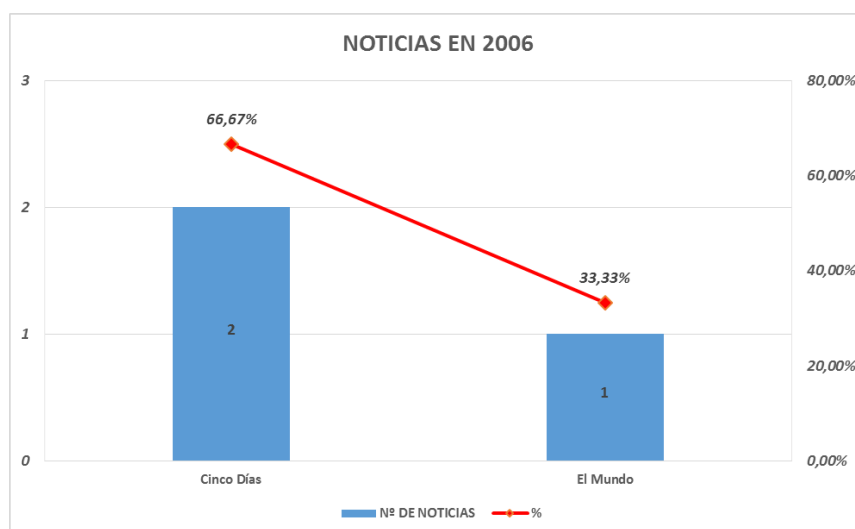


Gráfico Nº 11: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2006. Elaboración propia.

TOTAL DE NOTICIAS EN 2007 AGRUPADAS POR MEDIO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
ABC	2	5,26%
Agencia EFE	14	36,84%
Cinco Días	1	2,63%
El Correo	3	7,89%
El Diario Vasco	3	7,89%
El Ideal	3	7,89%
El Mundo	1	2,63%
El Norte de Castilla	1	2,63%
El País	8	21,05%
La Verdad	1	2,63%
La voz de Cádiz	1	2,63%
TOTAL	38	100,00%

Cuadro número 113. Elaboración propia.

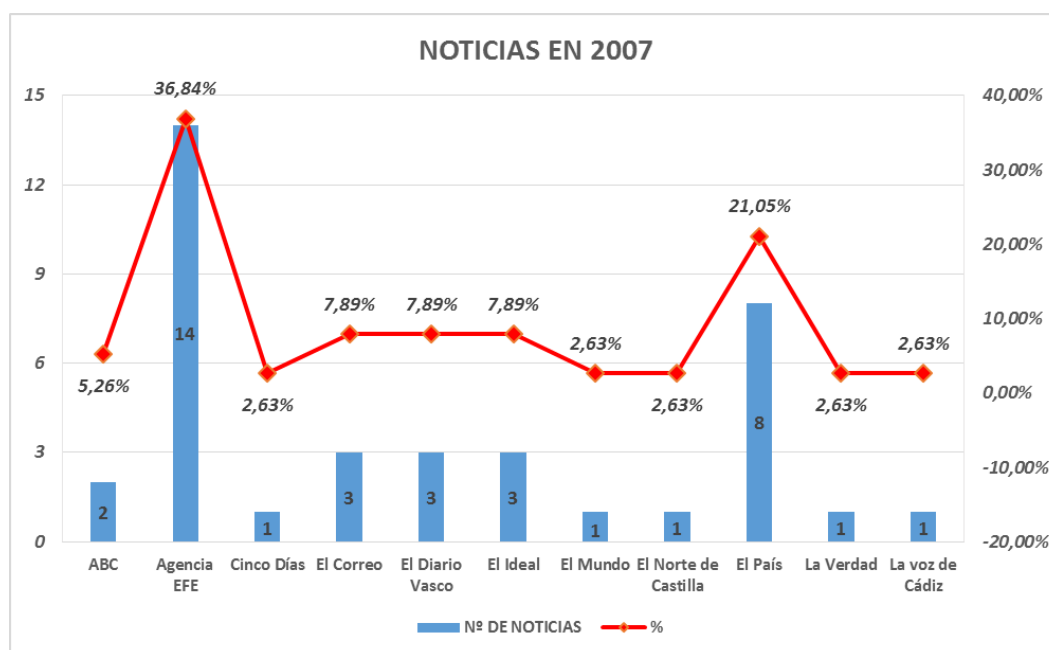


Gráfico Nº 12: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2007. Elaboración propia.

TOTAL DE NOTICIAS EN 2008 AGRUPADAS POR MEDIO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
ABC	9	17,65%
Agencia EFE	20	39,22%
El Correo	1	1,96%
El Diario de Córdoba	3	5,88%
El Diario Vasco	2	3,92%
El Ideal de Granada	5	9,80%
El Mundo	4	7,84%
El País	1	1,96%
El Periódico de Aragón	3	5,88%
La Verdad	2	3,92%
La voz de Cádiz	1	1,96%
TOTAL	51	100,00%

Cuadro número 114. Elaboración propia.

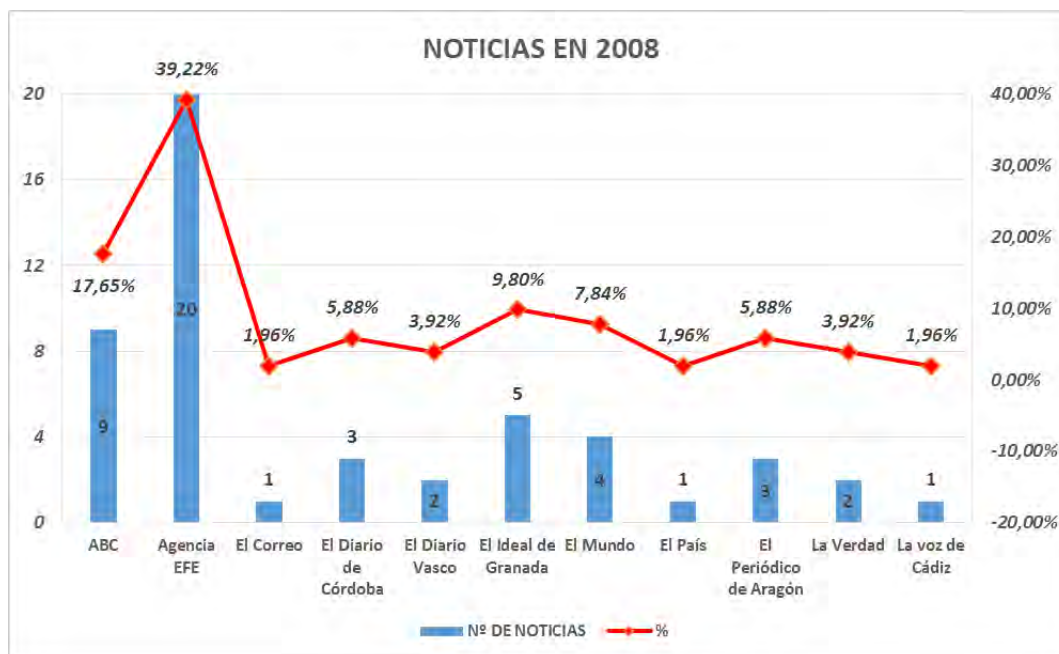


Gráfico Nº 13: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2008. Elaboración propia.

TOTAL DE NOTICIAS EN 2009 AGRUPADAS POR MEDIO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
ABC	3	9,68%
Agencia EFE	11	35,48%
Diario de Córdoba	2	6,45%
El Comercio	1	3,23%
El Correo	4	12,90%
El Diario Vasco	2	6,45%
El Ideal	1	3,23%
El Mundo	1	3,23%
El País	2	6,45%
El Periódico de Extremadura	1	3,23%
El Periódico del Mediterraneo	1	3,23%
Sur	2	6,45%
TOTAL	31	100,00%

Cuadro número 115. Elaboración propia.

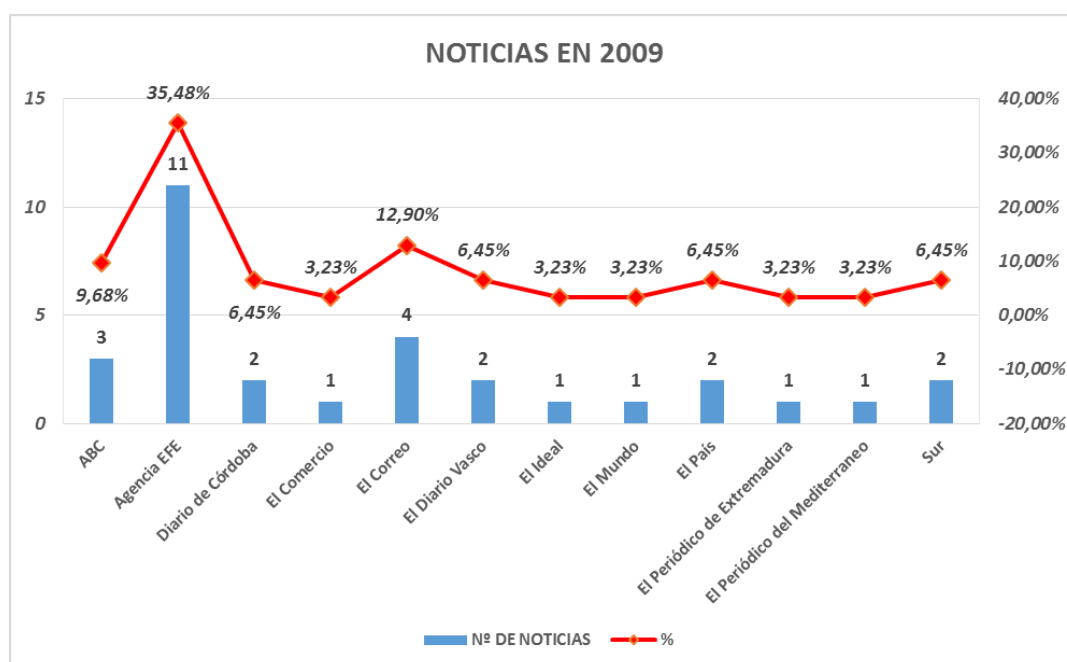


Gráfico Nº 14: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2009. Elaboración propia.

TOTAL DE NOTICIAS EN 2010 AGRUPADAS POR MEDIO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
ABC	2	6,25%
Agencia EFE	12	37,50%
Cinco Días	1	3,13%
El Correo	3	9,38%
El Diario Montañes	1	3,13%
El Diario Vasco	3	9,38%
El Mundo	1	3,13%
El Norte de Castilla	1	3,13%
El País	6	18,75%
El Periódico del Mediterraneo	1	3,13%
Sur	1	3,13%
TOTAL	32	100,00%

Cuadro número 116. Elaboración propia.

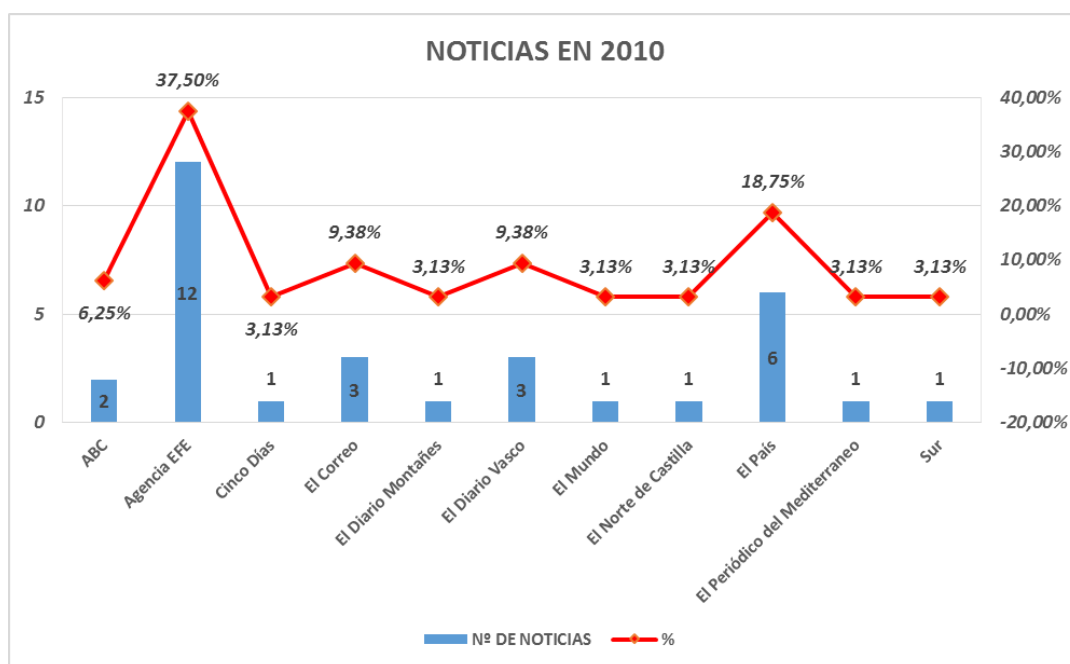


Gráfico Nº 15: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2010. Elaboración propia.

TOTAL DE NOTICIAS EN 2011 AGRUPADAS POR MEDIO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
ABC	2	6,45%
Agencia EFE	17	54,84%
Cinco Días	1	3,23%
El Diario Vasco	1	3,23%
El Ideal	1	3,23%
El Mundo	1	3,23%
El País	6	19,35%
El Periódico de Aragón	1	3,23%
Sur	1	3,23%
TOTAL	31	100,00%

Cuadro número 117. Elaboración propia.

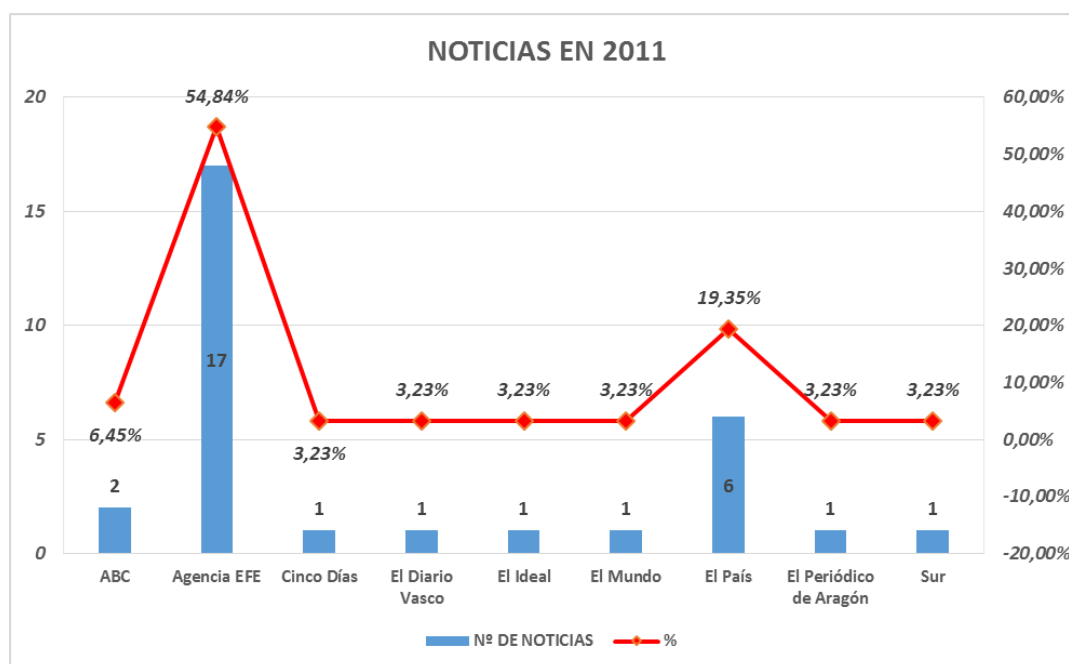


Gráfico Nº 16: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2011. Elaboración propia.

TOTAL DE NOTICIAS EN 2012 AGRUPADAS POR MEDIO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
Agencia EFE	31	70,45%
Diario de Córdoba	2	4,55%
El Correo	1	2,27%
El Diario Vasco	2	4,55%
El Ideal	1	2,27%
El País	1	2,27%
El Periódico de Aragón	2	4,55%
La voz de Cádiz	3	6,82%
Sur	1	2,27%
TOTAL	44	100,00%

Cuadro número 118. Elaboración propia.

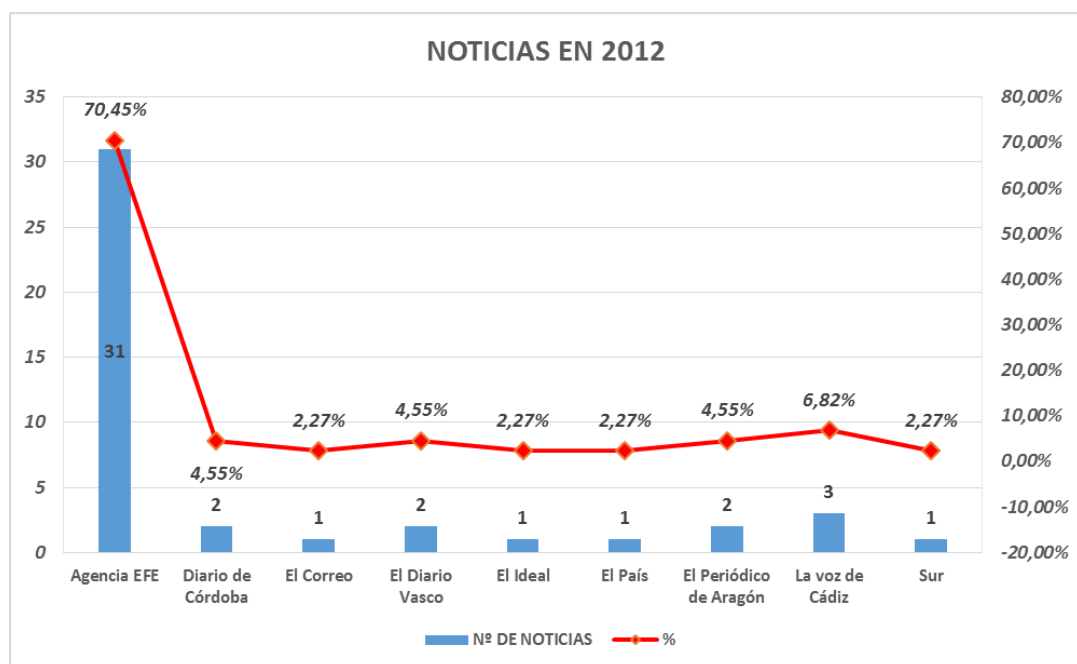


Gráfico Nº 17: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2012. Elaboración propia.

TOTAL DE NOTICIAS EN 2013 AGRUPADAS POR MEDIO

ORGANISMO	Nº DE NOTICIAS	%
Agencia EFE	9	60,00%
Aseguranza	1	6,67%
El Periódico de Aragón	2	13,33%
El Periódico de la Rioja	1	6,67%
Sur	2	13,33%
TOTAL	15	100,00%

Cuadro número 119. Elaboración propia.

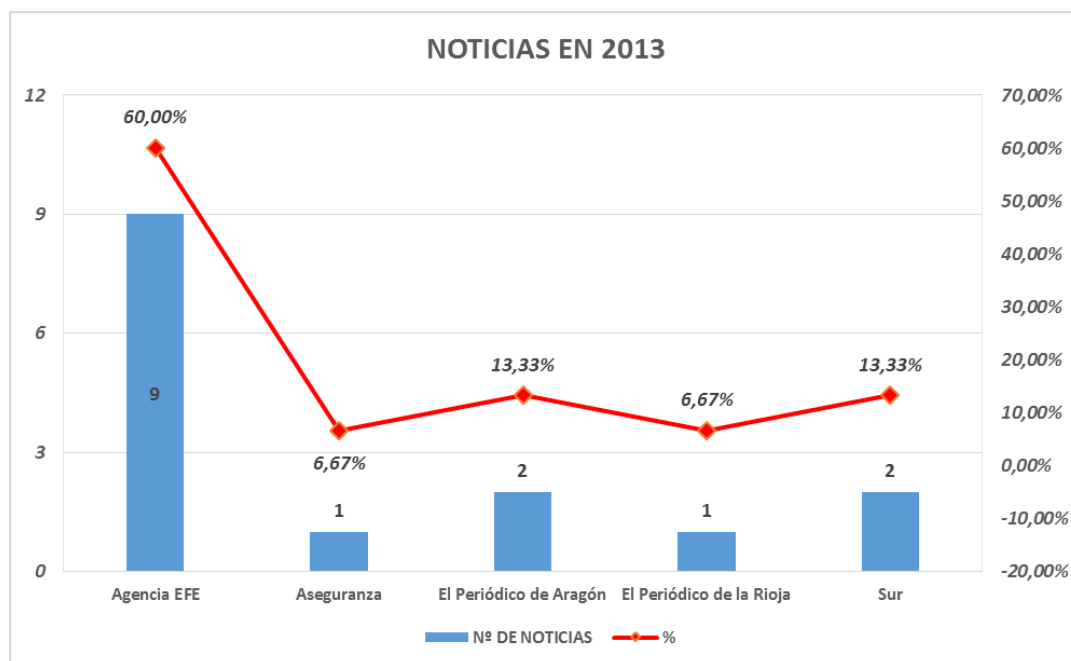


Gráfico Nº 18: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2013. Elaboración propia.

IV.3.3.- Conclusiones del Análisis de los Artículos de Prensa con respecto a la Ley de Dependencia:

Teniendo en cuenta que el análisis realizado anteriormente nos ayuda a comprender el peso social, en cuanto a información, en la prensa generalista sobre un tema de vital importancia como es la Dependencia, dimensión que en mayor o menor medida nos afectará a todos los ciudadanos; creo que es conveniente señalar lo que sigue:

- Desde que se hace el análisis de los contenidos en los medios señalados anteriormente nos encontramos que políticamente:
 - ✓ En la Junta de Andalucía han existido y existen: Dos Gobiernos del PSOE –con mayoría- y Dos Gobiernos de Coalición PSOE-IU, este último por renuncia del Presidente Griñán y por el nombramiento de la Diputada Susana Díaz como Presidenta de la Junta.
 - ✓ En Madrid, han existido y existen: Cuatro Gobiernos del PP.
 - ✓ En Aragón, han existido tres gobiernos. Dos en coalición PSOE-PAR y uno PP-PAR.
 - ✓ En el País Vasco tres gobiernos. Uno del PNV; otro del PSOE con apoyo del PP y el último PNV.
 - ✓ A nivel nacional han existido, Dos gobiernos del PSOE (José Luis Rodríguez Zapatero). Uno del PP (Mariano Rajoy).
- En la **Comunidad Autónoma de Andalucía** nos encontramos que en estos seis años y medio, prácticamente, toda la información se mueve en una visión informativa que apoya la labor realizada por el Gobierno de la Junta de Andalucía en esa materia. Tampoco existe una crítica con respecto al Gobierno Central, durante el periodo que éste estuvo dirigido por José Luis Rodríguez Zapatero (PSOE); sin embargo sí existe crítica y discrepancias con la etapa que se halla al frente Mariano Rajoy (PP).
- En la etapa que es presiente José Luis Rodríguez Zapatero, el PP de Andalucía realiza críticas al Gobierno de la Junta, haciendo constar la poca diligencia que tiene la Junta para solucionar los problemas planteados por la aplicación de la Ley de la Dependencia. Estas críticas se paran una vez que Mariano Rajo es elegido Presidente de España.

- Izquierda Unida en su periodo de oposición también realiza críticas al Gobierno de la Junta; una vez que entra en coalición a gobernar en la Junta, digamos que la visión crítica se pierde.
- Atendiendo a estas constataciones nos podemos percatar que, no existe, una verdadera preocupación por los políticos, tanto los responsables de gobernar –Gobierno- como por parte de los que son oposición, en profundizar en los temas importantes para los ciudadanos de Andalucía relacionados con la Dependencia.
- No existen noticias que entren a tratar de manera constructiva aspectos señalados en las variables tratadas anteriormente (financiera, corresponsabilidad, innovación, trabajo en equipo y generosidad social).
- Se echa en falta un espíritu constructivo que busque de encontrar soluciones conjuntas en favor de las personas dependientes. No se está construyendo el presente para afianzar el futuro.
- Son artículos recogidos en seis años y medio, no existe ninguno que señale que los partidos políticos se han reunido para trabajar y diseñar conjuntamente la aplicación de la Ley de la Dependencia. Es una simple constatación; pero que ilustra bastante bien la falta de espíritu por hacer un camino juntos. La dispersión y fragmentación del desarrollo de los Servicios Sociales y de la Ley de la Dependencia, en buena parte puede darse a no querer hacer “un camino juntos” en esta materia. Mi propuesta del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario pretende ser una herramienta que nos ayude a caminar juntos.
- En la **Comunidad Autónoma de Aragón**, aparte de la pobreza informativa existente en medios de comunicación generalista, se da una situación parecida a la señalada en la Junta de Andalucía.
- Mientras coincidieron los Gobiernos Autonómicos con el Gobierno Central (2007-2011), estoy hablando del PSOE no existen divergencias. Se refuerza en esta etapa la bondad de la Ley de la Dependencia. Sin embargo a partir del 2011 la información aparece relacionada con el peligro que la aplicación de la Ley de la Dependencia quede “en parada técnica”; esto coincide con el cambio de Gobierno tanto en la DGA como en el Gobierno de España.

- Señalo que, de nuevo, hemos perdido una gran oportunidad. No existe, tampoco, voluntad de hacer un camino conjunto. En esta perspectiva es difícil conciliar las variables que he señalado y, además, nos “centramos” en aspectos que nos aportan valor añadido a la necesidad de buscar una vía para desarrollar la Ley de la Dependencia con coherencia.
- En la **Comunidad Autónoma de Madrid** quien gobierna en este periodo es el Partido Popular en la Comunidad Autónoma y el PSOE hasta el 2011 y a partir de esta fecha el PP en España.
- Por parte de IU y del PSOE en todo este período se da una crítica constante que señala el bajo interés del gobierno del PP –Comunidad Autónoma- por desarrollar la aplicación de la Ley de la Dependencia.
- Por parte del PP –Gobierno de la Comunidad Autónoma- existe un desacuerdo de bastante calado con el Gobierno de España (PSOE).
- A las críticas de IU y PSOE, también se suman algunas Organizaciones Sociales.
- Conclusión gran pobreza por lo que respecta a la búsqueda conjunta de soluciones. Se pone en evidencia que es necesario hacer un camino para poder construir un Proyecto que tenga sentido en relación con la aplicación de la Ley de la Dependencia; pero ¿cómo proceder? ¿nos hallamos en un punto sin retorno? ¿qué sería necesario hacer para “superar esta falta de diálogo? Entiendo que el Modelo que propongo puede ayudarnos a construir.
- Tenemos ante nosotros una encrucijada a la que deberemos de dar repuesta. Seguir en la dirección de no entendimiento nos perjudica a todos; y no solo en el presente, sino también en el futuro. Esto nos lleva a un camino que no tiene trazado; los objetivos se pierden, y sin éstos no se puede diseñar una estrategia conjunta que nos ayude a todos a gozar del bienestar que nos merecemos.
- En la **Comunidad del País Vasco**. El tono de la información en cuanto al planteamiento –cómo son tratados los temas- se puede decir que es más conciliador; si bien, se pone en evidencia la dificultad en aplicar la Ley de la Dependencia. Se enaltece lo realizado por las Diputaciones Forales y por el Gobierno Vasco. También desde quien ejerce la oposición, según los periodos

electorales y en este caso el PP y el PSOE, hacen notar que quienes tienen la responsabilidad de gobierno deben de cumplir con el compromiso de desarrollar la Ley de la Dependencia. Durante el periodo que fue el PSOE gobierno apoyado por el Partido Popular se hace notar la importancia que esta Ley tiene para el Gobierno Vasco (PSOE).

- La dinámica de fondo es la misma que la señalada en los casos anteriores: Falta de voluntad por trabajar en Equipo.
- A partir de la responsabilidad del Partido Popular como Gobierno de España también se hace notar por parte del Gobierno Vasco el alejamiento de los postulados del Gobierno de Mariano Rajoy en materia de Dependencia y no procederá a aplicar los recortes que el PP quiere que se den en la Ley de la Dependencia. Dice el Gobierno Vasco que el Gobierno de Rajoy no se cree la Ley de la Dependencia.
- En las cuatro realidades de las Comunidades Autónomas se evidencia ya, en los discursos políticos, fragmentación y dispersión. Existe un claro acento de discurso político de partido y no se subraya la importancia de realizar un Proyecto Conjunto.
- La idea de realizar un Proyecto Conjunto ha sido señalada en páginas anteriores, ya que esta visión de trabajo posibilitará y ayudará a mantener el Estado de Bienestar.
- Lo reseñado en la prensa nos da a conocer una realidad. Es la realidad de los partidos políticos; pero hay que considerar que no puede ser valorada como única realidad posible. La realidad posible es proponer nuevas formas de hacer; tener la idea de planificar y organizar de manera diferente. El Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario puede ofrecer, sin duda, esta posibilidad.
- En **lo referente al apartado de noticias del Gobierno Central** existe una positividad hacia la Ley de la Dependencia, sobre todo en la etapa de los dos Gobiernos del Partido Socialista estando José Luis Rodríguez Zapatero como Presidente. También se percibe la fricción entre el Gobierno de España y las Comunidades Autónomas. Esto se debe, sin duda, a la falta de claridad por lo que respecta a la financiación de la aplicación de la Ley.
- Lo anterior cobra más fuerza cuando el Partido Popular se hace cargo del Gobierno de España a partir de noviembre de 2011. La crisis económica -

según el PP- obliga a repensar el desarrollo de la Ley de la Dependencia. De hecho se produce una reforma de la Ley el 13 de Julio de 2012. (Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia).

- De nuevo se desaprovecha la oportunidad de consensuar y establecer posibilidades conjuntas en la búsqueda de soluciones.
- Llegados al punto de **Organizaciones (Partidos, Sindicatos, Patronal, Asociaciones)** nos percatamos que existe, casi desde el principio de la entrada en vigor de la Ley, un desacuerdo entre el Gobierno, en ese caso del PSOE, y muchos agentes de la sociedad civil. Se detecta que la aplicación o desarrollo de la Ley será complicada, no hay claridad presupuestaria y, tampoco existe un plan estratégico de actuación. Evidentemente “aflora” la constatación de una realidad dispersa y fragmentada. No hay forma que los Partidos Políticos se pongan de acuerdo para trabajar en equipo; si bien ateniéndonos a un breve resumen de los Programas Electorales para las Elecciones Generales de noviembre del 2011, las diferencias no parecen significativas en lo partidos con presencia en todo el territorio del Estado.

Veamos lo que dicen:

- **PSOE:** Planes específicos de empleo en el sector de los Servicios Sociales. Aplicación y pleno desarrollo en los próximos años de la Ley de la Dependencia. Potenciar la prestación de Servicios frente a las prestaciones económicas y refuerzo de la red de servicios Garantizar un marco de financiación estable para la Ley.
- **PP:** Fortalecer los sistemas de coordinación entre las Administraciones públicas y las organizaciones sociales para actuar con mayor eficacia en la asistencia a personas y familias en situación de necesidad o riesgo de exclusión. Modificar la Ley de Dependencia para garantizar una cartera de servicios básica y común para todas las personas dependientes, así como para garantizar la calidad y la equidad de las prestaciones y servicios.
- **IU.** Ley de Servicios Sociales estatal, concibiendo los servicios sociales como un derecho instituido. Ley de Bases para la implantación de una renta mínima o salario social básico a nivel estatal para su desarrollo y gestión por las comunidades y financiación compartida. Financiación y gestión pública de la Ley de Dependencia.

- **UPyD.** Ley nacional de garantía de derechos y servicios sociales que garantice el acceso a las prestaciones básicas a todos los ciudadanos. Modificación de la Ley de la Dependencia para situarla dentro de las competencias del Estado en materia de Seguridad Social. Ley nacional de rentas mínimas de inserción.
- Esta noticia, por lo menos, debemos de considerarla como una oportunidad aunque existan dificultades.
- Se trata de una oportunidad perdida ya que la reforma de la Ley a la que he hecho referencia anteriormente tendrá consecuencias negativas. De hecho todas las noticias que se publican en los medios de prensa diaria después de la reforma de la Ley resaltan las consecuencias negativas de esta reforma.
- Otra vez de debe concluir que nos alejamos más que nos aproximamos. Esto significa que la sociedad civil debería de tomar conciencia y ser la impulsora de una propuesta de cambio en el ámbito de la aplicación de la Ley de la Dependencia. Hay que buscar nuevas formas y vías de colaboración. Esta Tesis pretende ayudar a esta búsqueda para hallar soluciones conjuntas. El Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario quiere ser una propuesta, por ende una oportunidad y una fortaleza; frente a la debilidad de la falta de consenso por parte de los partidos políticos y a la amenaza existente de la dispersión y fragmentación de la Ley de la Dependencia.
- **Nos jugamos el futuro del Estado de Bienestar y seremos, por tanto, más vulnerables desde el punto de vista sociosanitario.**

IV.4.- CUARTO OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer lo que dicen o señalan los Programas Electorales de los Partidos Políticos (PSOE, PP, IU, PNV y UPyD) de las elecciones generales desde el año 1982.

El capítulo II de esta Tesis nos ha ayudado a situarnos en la realidad de los servicios sociales desde la reflexión teórica, intentando presentar la evolución y la problemática existentes en relación con la articulación de una estructura que pudiera dar respuesta al sentido que debe de tener, en un Estado de Bienestar, el desarrollo de prestaciones con base jurídica solvente para que sean servicios amparados en el derecho subjetivo y en la universalidad del servicio para el conjunto de la población del Reino de España.

Evidentemente el desarrollo de esta reflexión ha venido a ser enriquecida por lo tratado posteriormente a la hora de profundizar, desde el punto de vista sociológico, en las distintas leyes autonómicas y en la Ley de la Dependencia.

Se han ido proponiendo una serie de variables, a modo de ejes vertebradores, que darán consistencia a la propuesta que realizo sobre un MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO; aun reconociendo la evidente realidad: *la dispersión y fragmentación de la atención en materia de servicios sociales y, por ende, en todo lo relacionado con la dependencia existente en el Estado Español.*

La aproximación hecha a lo que los medios de comunicación generalista hacen con respecto a la Dependencia según los seis apartados (Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Madrid y País Vasco; Gobierno/Administración Central y Organizaciones –partidos políticos, sindicatos, asociaciones-) ha puesto en evidencia la realidad de la atención a la dependencia desde el punto de vista de los partidos políticos. Lo que dicen y lo que se transmite a través de los medios de comunicación generalista es muy significativo.

En esta búsqueda de intentar analizar el interés de los Partidos Políticos sobre los Servicios Sociales, la Atención Sociosanitaria y el desarrollo de la Ley de la Dependencia, creo que es de gran utilidad para mi propuesta del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario acercarnos a lo que dicen los Partidos Políticos o señalan que van a hacer si llegan al Gobierno en favor de la Acción Social/Sociosanitaria. No se puede obviar que un Programa Electoral se constituye en un documento obligatorio, al menos debería serlo, para el Partido que es elegido para configurar el Gobierno. El programa electoral es un contrato con los ciudadanos.

Por esta razón he considerado pertinente dedicar un capítulo de la Tesis a este análisis; haciendo la correspondiente investigación de las fuentes: *Los programas políticos de los años 82, 86, 89, 93, 96, 00, 04, 07, 11.*

Se trata de los programas para las elecciones generales, dado que por la estructura política de los Partidos, sirven éstos como referencia y como guía para los programas que se presentan para las elecciones autonómicas.

IV.4.1.- AÑO 1982

IV.4.1.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar). Fuente: Programa electoral. Págs. 22-32.

- La Seguridad Social en su situación actual es insuficiente y está mal gestionada. Gasta poco en comparación con los países de la Comunidad

Económica Europea; gasta mal los recursos de que dispone; **amplios sectores sociales se encuentran desprotegidos**; su sistema de financiación es excesivamente gravoso para las empresas, especialmente para las pequeñas, medianas y más intensivas en trabajo, convirtiéndose en una forma de penalización del empleo y en factor perjudicial para la competitividad de las empresas españolas. El PSOE llevará a cabo un programa de reformas que comprende tres objetivos:

- Incrementar inmediatamente la eficacia en la gestión.
 - Racionalizar y mejorar el actual sistema de prestaciones.
 - Extender progresivamente los beneficios de la Seguridad Social a todos los ciudadanos, como exige la Constitución.
-
- La política sanitaria socialista quiere crear un servicio de salud integrado, que extienda a todos los ciudadanos la atención a la misma. Tal política se basará en la promoción de la salud, en la prevención individual y colectiva, **en la atención primaria, en la asistencia eficiente y en la reinserción social del enfermo.**
 - La reforma y racionalización de la gestión del sistema entraña la siguientes medidas:
 - La reforma del hospital público. Se potenciara la autonomía de gestión imponiendo criterios generales de maximización de la eficiencia, así como controles de calidad.
 - La asistencia sanitaria concertada obedecerá a criterios de complementariedad, normalización, transparencia y controles de las cláusulas, de la calidad y de los derechos de los enfermos.
 - Los Servicios Sociales son un instrumento básico de la política de bienestar social y calidad de vida. El PSOE concibe la acción de los servicios sociales basada en la solidaridad y extendida a todos los ciudadanos, mediante la promoción de los recursos sociales en función de las necesidades y características específicas de individuos, grupos y comunidades.
 - El PSOE se compromete a establecer un sistema de bienestar social que, mediante servicios sociales, comunitarios y sectoriales, ofrezca información asesoramiento y medios necesarios a todos los ciudadanos y grupos sociales para que puedan ejercer derechos sociales reconocidos,

promoviendo las condiciones para que la libertad la igualdad del individuo y grupos en que se integran sean reales y efectivas.

- El Programa socialista de servicios sociales desarrollará las siguientes líneas de actuación:
 - Creación de un sistema público de servicios sociales alternativo a la beneficencia pública y asistencia social como garantía frente al paternalismo y desprotección social.
 - Establecimiento de las medidas legislativas para garantizar el derecho a los servicios sociales de todos los ciudadanos. Planificación y coordinación de los recursos dispersos, descentralización de servicios, financiación a cargo de los Presupuestos Generales del Estado y participación de los afectados.
 - Puesta en marcha de un Plan General de Servicios Sociales de la Comunidad, de base local, en coordinación con los entes territoriales, incluyendo la creación de un centro estatal que coordine y promueva la información de recursos sociales.
 - Programas específicos para el desarrollo del bienestar social en las diversas áreas que integran el campo de actuación de los servicios sociales: promoción y animación comunitaria; bienestar de la familia y de la infancia carente de ambiente familiar adecuado; bienestar de la Tercera Edad y de los minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales; prevención y reinserción social de toxicómanos, marginados y delincuentes; promoción de minorías étnicas y sociales y programas para situaciones de emergencia social.
 - Impulso de formas de convivencia y participación ciudadana que fortalezcan la conciencia social.

- En Tercera Edad se trata de promover el bienestar básico. Supone la progresiva transformación de sus condiciones materiales de vida:
 - Garantizar la atención sanitaria en el sistema sanitario público mediante la creación de servicios de Geriatria y Gerontología.
 - Asegurar el nivel de pensiones.
 - Reformar el Fondo Nacional de Asistencia Social.
 - **Crear los Servicios Sociales de la Tercera Edad y reformar los existentes para mantener al anciano en su entorno familiar y comunitario. Para ello se llevara a cabo:**

- *reconversión de las instituciones públicas ya caducas adaptándose a los objetivos de la política de bienestar social,*
- *construcción de residencias asistidas con el fin de dar asistencia permanente de cuidados especializados,*
- *extensión de la ayuda a domicilio, atención integral en su propio domicilio y en el marco de su vida habitual.*
- *el desarrollo de actividades de dinamización cultural mediante la utilización polivalente de los servicios públicos existentes en cada zona.*

IV.4.1.2. ALIANZA POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 99-102.

- Alianza Popular considera urgente y queda comprometida a la promulgación de una nueva Ley de Sanidad Nacional que responda a las exigencias de los artículos 41, 43 y conexos de la Constitución y otorgue a los poderes públicos la organización y la tutela de la salud.
- Sanidad Nacional y Salud Pública:
 - Necesidad de sustituir el esquema actual basado en la enfermedad por un esquema basado en la salud.
 - Consideración de la sanidad, dentro del marco de planificación socioeconómica, un planteamiento global de la misma, estableciendo un sistema sanitario moderno donde se busque no sólo la eficacia, sino la eficiencia, y donde los recursos escasos en una situación como la de España sean gestionados correctamente.
 - Aceptación **del sistema mixto de sanidad** y en el cual se complemente el sector público y el sector privado, potenciándose los servicios de inspección para conseguir optimizar los niveles de calidad.
 - Planificar y ordenar las instalaciones de los centros sanitarios en un sentido estricto de rentabilidad social y utilización óptima de los recursos disponibles,...estableciéndose la autonomía de gestión de cada centro y responsabilizando de dicha gestión a la dirección del mismo.
 - Coordinación de las distintas redes sanitarias (estatal, INSALUD, Corporaciones Locales, etc...) el objeto de evitar duplicidades innecesarias que carezcan de costos de explotación.
 - Potenciar la educación sanitaria para que el individuo coopere de forma activa en la salvaguardia mejora de su propia salud.

- La función de los servicios de Salud Mental debe ser la profilaxis y asistencia precoz, con una asistencia continuada y una visión total globalizadora de la misma. Hay que favorecer la integración social.
- Alcoholismo y toxicomanías. Prevención y tratamiento (centros abiertos e internado para la desintoxicación)
- Tercera Edad. Integración familiar, ayudas sociales, asistencia social y sanitaria primaria en las Residencias y Hogares de Ancianos, potenciación y actualización de las unidades geriátricas, potenciación y creación de hospitales de día.
- Consideración de la problemática que afecta a los disminuidos psíquicos, físicos y sensoriales, a través de la confección de un censo real, establecimiento de un plan de prevención nacional y planes para la rehabilitación de los minusválidos, que posibiliten su integración en la sociedad; cobertura sanitaria a través de la Seguridad Social.
- La sanidad tendrá un tratamiento global e integral.
- Sanidad pública debidamente planificada, no afecta sólo a la medicina asistencia, sino también a la preventiva.

IV.4.1.3. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE Y ALIANZA POPULAR.

Lo primero que nos podemos percatar es la diferencia de páginas existente entre ambos programas electorales.

Existen puntos en común; pero el programa del PSOE es un texto que especifica con más exactitud aquello que se pretende desarrollar.

He creído conveniente hacer referencia al área de salud, dado que en el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario, el ámbito de la salud es un punto importante.

El PSOE enmarca su Política Social en los ámbitos de seguridad social-sanidad y Servicios Sociales, *¡atención! cuando habla de Servicios Sociales lo hace diciendo que es un PROGRAMA, sin embargo LA SALUD per se tiene nombre propio*, lo hace haciendo referencia **a una sociedad más justa e igualitaria**. El “marco conceptual” es de gran importancia. Sin embargo Alianza Popular habla de POLITICA SANITARIA y, dentro de ésta, hace referencia a funciones de la sanidad en el ámbito de la salud mental y en lo relacionado con las Toxicomanías; en la Tercera Edad habla de “consideración”.

El PSOE se puede decir que afronta con mayor claridad el reto de transformar el ámbito de la salud y el ámbito de los Servicios Sociales. Es un “programa” pero el mismo conllevará a la creación de **sistema público de servicios sociales**. Se habla de **sistema**. Esto es de gran importancia porque ayudará, con el paso del tiempo, a configurar una red de Servicios Sociales.

Señala, también, el PSOE de la necesidad que el servicio de salud sea un servicio integrado y descentralizado.

Volviendo al ámbito de los Servicios Sociales y bajo la idea de organizar un **sistema** abogará por la puesta en marcha de un Plan General de Servicios Sociales de Comunidad y de base local; también de Programas Específicos de atención señalando con claridad las áreas: promoción y animación comunitaria; bienestar de la familia y de la infancia carente de ambiente familiar adecuado; bienestar de la Tercera Edad y de los minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales; prevención y reinserción de toxicómanos, marginados y delincuentes; promoción de minorías étnicas y sociales y programas para situaciones de emergencia social.

Todo lo señalado en los párrafos anteriores configurará, una vez que el PSOE llegue al Gobierno en 1982, la estructura y diseño de los Servicios Sociales.

Se va perfilando la razón de ser y la justificación de un **sistema de Servicios Sociales**. Sin embargo la propia evolución del Estado de las Autonomías nos alejó de la posibilidad real de hacer todo esto de manera consensuada y planificada coherentemente a nivel del Estado español.

Los planteamientos del PSOE eran buenos y estratégicamente, sin dudarlo, estaban bien pensados para proceder a un desarrollo equilibrado, en donde todas las partes se sintieran protagonistas del Proyecto de poner o fomentar un **sistema nacional de servicios sociales de manera conjunta**.

Lo anterior, como hemos visto en el segundo capítulo de esta Tesis, no se pudo dar al 100 por 100 y en el Capítulo III cuando hemos analizado la legislación nos ha recordado que la falta de una Ley de Servicios Sociales a nivel general ha imposibilitado un avance sostenido y sostenible de los Servicios Sociales a nivel de Estado y esto, tampoco ha beneficiado a las Comunidades Autónomas.

El Programa Electoral del PSOE en gran medida y el Programa Electoral de la Alianza Popular, éste en menor medida, pretenden cambiar los parámetros existentes en el área de los Servicios Sociales; esto per se es positivo. De hecho considero, una vez analizado el Programa del Partido

Socialista Obrero Español, que lo que dice su Programa de 1982 está en sintonía con **los ocho puntos de apoyo del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario**. Esta consideración es importante porque en esta Tesis estoy intentando argumentar un Modelo que es fruto o consecuencia de los planteamientos que hacen los Partidos Políticos en sus Programas Electorales, por ser éstos –como he dicho más arriba- el texto del contrato que adquieren con los ciudadanos una vez que ganan unas elecciones.

QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS (1982):

- **Una sociedad más justa e igualitaria**
- **Integración**
- **Descentralización**
- **Sistema**
- **Sistema Público de Servicios Sociales**
- **Financiación a cargo de los Presupuestos Generales del Estado**
- **Plan General de Servicios Sociales de Comunidad de base local**
- **Coordinación con entes territoriales**
- **Programas específicos**
- **Prevención**
- **Reinserción Social**

IV.4.2.- AÑO 1986

IV.4.2.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 59-88.

El Partido Socialista se sitúa en el siguiente marco: ***“Una sociedad más justa: redistribución de la renta y la calidad de vida”***

Conlleva lo anterior una “idea” de gran calado que comenzó con el programa de 1982: **“Una sociedad más justa e igualitaria”**; pero esta vez concreta que lo hará redistribuyendo y mejorando la calidad de vida.

Sanidad y Servicios Sociales ayudarán a que esto pueda concretarse de una manera visible en la población del Estado Español.

Sanidad y Protección de la Salud “van de la mano”.

- El Sistema Nacional de Salud regulado por la Ley General de Sanidad, garantiza el derecho de todos los ciudadanos a la salud, lo que supondrá la consecución de la universalización de las prestaciones, a través de un modelo sanitario integrado y coordinado, basado en los principios de promoción, protección de la salud y prevención de la enfermedad.
- Conseguir una administración sanitaria coordinada que utilice eficazmente los servicios públicos y asigne al sector privado un carácter complementario. Se trata de dotar al conjunto del Sistema de mayor eficacia y mejor gasto, teniendo en cuenta los colectivos de mayor riesgo y las desigualdades interterritoriales de equipamiento de servicios hoy existentes.

Los Servicios Sociales han dejado de ser un concepto relacionado con un Programa para tener “entidad propia”; se está en proceso de asentar la idea y el modelo de **un sistema**.

Entre ambos periodos electorales (82 y 86), no hay que olvidar que se empiezan a promulgar las Leyes de Servicios Sociales como hemos visto en páginas anteriores.

- Se propiciará un sistema concertado de Servicios Sociales que garantice unas prestaciones básicas para todos los ciudadanos.
- Se primaran las acciones preventivas frente a las situaciones de necesidad, acompañadas de actividades de carácter asistencial y rehabilitadoras, todo ello sin perjuicio de las competencias de las distintas administraciones públicas:

- *Información y orientación sobre derechos y recursos sociales existentes.*
 - *Prevención y reinserción social.*
 - *Prestación de ayuda a domicilio.*
 - *Prestación de alojamiento, manutención y convivencia en centros adecuados.*
- Los servicios sociales ajustarán su actividad a los anteriores objetivos, desarrollando diversos programas específicos (Bienestar de la infancia; Bienestar de la Tercera Edad; Bienestar de los Minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales apoyando a las organizaciones no gubernamentales; Promoción de minorías étnicas y sociales; Prevención y reinserción de toxicómanos, marginados y delincuentes; programas para impedir las situaciones de emergencia social; Incremento y eficiencia de las Fundaciones y entidades tuteladas por el Estado; Apoyo a entidades no gubernamentales de autoayuda y voluntariado social.

IV.4.2.2. COALICIÓN POPULAR (aspectos a resaltar). Fuente: Programa electoral. Págs. 52-57.

El marco en el que se moverá la Coalición Popular será para la salud tiene que ver con que la protección de la salud constituye uno de los derechos y aspiraciones fundamentales de la persona, a cuya satisfacción debe atender prioritariamente el Poder público, en toda la sociedad moderna.

- Coalición Popular ha defendido y defiende una reforma sanitaria integral, basada en los siguientes principios:
 - *Una sanidad en libertad, centrada en la persona y no en las estructuras.*
 - *Lo poderes públicos deben de garantizar pero no constituirse en monopolio único, debe quedar abierto a todas iniciativas generadas desde la sociedad.*
 - *Plena libertad de Independencia técnica.*
 - *Sistema sanitario integral con coordinación e interconexión.*
 - *Una financiación sólo subordinada a la satisfacción de los derechos de los usuarios.*

En relación con los Servicios Sociales, la Coalición habla de Sectores Susceptibles de Especial Atención. El “marco” es que la calidad de vida pende sobre todo de la mejor integración de los cuidados en la vida de la sociedad y de la solidaridad de sus miembros. Desde esta perspectiva habla de:

- Infancia (renovar la figura de acogimiento; flexibilizando la normativa de adopción; fortaleciendo la red asistencial y hospitalaria infantil; dotando de manera adecuada la organización tutelar de menores)
- Tercera Edad (nivel de pensiones adecuadas; una red de centros asistenciales; una red de Clubs y centros de esparcimiento; fortalecimiento de la asistencia social –ambulatoria y a domicilio–; atención especial en centros públicos de salud a enfermos irreversibles; campañas de mentalización.
- Disminuidos físicos y mentales (educación especial de calidad; posibilidades de empleo preferente; cauce de integración social con eliminación de barreras sociales y físicas; nivel digno de pensiones; desburocratización en trámites administrativos; centros de asistencia; atención sanitaria preferente.

IV.4.2.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 32-33.

Parten del planteamiento que durante la legislatura 82/86 el PSOE contribuyó a degradar los servicios sociales en general, y de forma particular la sanidad.

El marco en el que se mueve IU es que un buen sistema de servicios sociales no debe perseguir sólo la calidad de las atenciones, sino que además ha de construirse en un elemento de verdadero progreso que contribuya al reparto de la riqueza y de la renta de forma más equitativa, y que haga posible una participación ciudadana que estimule los niveles de calidad. Se aspira a un sistema sanitario público y único, universal y gratuito para los ciudadanos, financiando íntegramente por los Presupuestos Generales de las Administraciones Públicas, descentralizado y participativo y orientado a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

- Propone:
 - *Aumentar el gasto público*
 - *Promover sistemas de participación real de los ciudadanos*
 - *Configurar una red de centros de atención primaria*

- *Cobertura hospitalaria suficiente con un índice de camas adecuado para atender a agudos y crónicos*
- *Ampliación de las actuales coberturas*
- *Desarrollo de la salud laboral*
- *Desarrollo de iniciativas parlamentarias (farmacia, sanidad de alimentos y desarrollo normativo de la Ley General de Sanidad)*
- *Atención al síndrome tóxico*

También el área de salud y servicios sociales es necesario subrayar que el Gobierno del PSOE ha hecho dejación de sus promesas de modo que al finalizar la legislatura 82/86 no existe una política social coordinada con un verdadero **sistema** de servicios sociales. De hecho, coexisten manifestaciones de beneficencia, asistencia social y servicios sociales, que en la realidad impiden una verdadera política preventiva de la marginación.

- Creación de un servicio público que permita la completa integración de colectivos e individuos marginados en la sociedad con los correspondientes recursos humanos y financieros, sin parcializar su atención y favoreciendo la máxima descentralización hasta llegar al nivel de los municipios y con la mayor participación ciudadana.

IV.4.2.4. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE, COALICIÓN POPULAR E IZQUIERDA UNIDA.

Podemos decir que los tres partidos tienen en común lo de coordinar y descentralizar.

El PSOE propone seguir en las líneas de actuación y aplicación que inauguro en año 1982. Apuesta por ir consolidando una Proyecto de Acción Social que lleve verdaderamente al desarrollo de un **Sistema de Servicios Sociales**.

Aporta una gran novedad, **el sistema del plan concertado**, en el área de los Servicios Sociales. Evidentemente se trata de lograr una herramienta que ayude a que exista un equilibrio en la atención social dado que, el desarrollo de las primeras leyes autonómicas de Servicios Sociales pudiera terminar afectando negativamente al principio subjetivo y universal de un **sistema de servicios sociales como “cuerpo” de un Estado del Bienestar a nivel del Estado de España**.

El marco general se basa en la conciencia de que *“el crecimiento económico es un bien social si va acompañado de la creación estable de*

empleo, la construcción de una sociedad más justa y solidaria y un aumento general de la calidad de vida”¹⁷⁸

En el área sanitaria existe un planteamiento similar entre lo dicho anteriormente en cuanto a coordinación y descentralización y, lo es, para los tres partidos. Aquí, sin embargo, existe una gran diferencia dado que hay una SISTEMA real sustentado jurídicamente por la Ley General de Sanidad.

Evidentemente en el planteamiento de los partidos políticos comienza a existir una diferenciación entre el Sistema de Salud y la intencionalidad de constituir un Sistema de Servicios Sociales. De hecho Izquierda Unida habla de *área de salud y servicios sociales*.

Con la perspectiva que nos puede dar el tiempo, yo coincido –y esto se ha puesto en evidencia en lo que digo en esta Tesis- con la visión de Izquierda Unida en hablar del **área de salud y servicios sociales**, y más teniendo en cuenta el ámbito de lo sociosanitario.

Si el PSOE tiene como marco la redistribución y la calidad; COALICIÓN POPULAR enmarca su discurso en *una calidad de vida para todos*. Este es su objetivo y desde esta perspectiva coincide en alguna de sus propuestas con lo que el PSOE dice; sin embargo la gran diferencia es que el PSOE es Gobierno y sí tiene un plan de actuación definido tanto en el área social como en el área de la salud.

Izquierda Unida es crítica con el PSOE y le recuerda que se está alejando de los principios sociales, basados éstos en una política progresista en aras de la solidaridad.

Señalo que IU y COALICIÓN POPULAR proponen intencionalidades; sin embargo el PSOE, con la experiencia que ha ido adquiriendo en los años de gobierno, establece prioridades con un plan de actuación. Se atreve el PSOE a establecer los ejes de trabajo del **sistema de servicios sociales**; de hecho, éstos servirán –como veremos- al seguir analizando los Programas Políticos Electorales para ir perfilando y asentando el espacio de los Servicios Sociales.

Esta perspectiva, desde luego, que hay que considerarla de manera muy positiva para la consolidación del Estado del Bienestar Social; sin embargo la propia evolución de la sociedad está haciendo que nos replanteemos la organización del Sistema de Salud y del “sistema de Servicios Sociales”¹⁷⁹.

¹⁷⁸ Programa Electoral del PSOE año 1986. Pág. 59

¹⁷⁹ Pongo entre comillas el Sistema de Servicios Sociales para señalar que, aunque se han hecho grandes esfuerzos por consolidarlo, no se puede concluir que existe un **sistema** en esta área.

La sociedad se desarrolla y esto significa que avanza; lo estamos viendo en el análisis que estamos haciendo de los programas electorales.

El Programa Socialista de 1986 en salud y servicios sociales es un programa con objetivos claros y concisos.

Lo anterior está en sintonía con los **puntos de apoyo al Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.**

**QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:
(1986):**

- Una sociedad más justa: redistribución de la renta y calidad de vida
- Una vida de calidad para todos
- Una política de bienestar, salud y servicios sociales
- Coordinación
- Descentralización
- Sistema de Servicios Sociales
- Plan Concertado
- Prestaciones básicas del Sistema de Servicios Sociales.(se concretan)
- Apoyo a las Fundaciones y ONG's

IV.4.3.- AÑO 1989

IV.4.3.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 25-29.

Se propone un marco más definido, en el cual la Tercera Edad, va a tener un protagonismo o referencia nuclear. Para los Servicios Sociales esta dimensión señalará la hoja de ruta a seguir.

El PSOE habla de Protección Social concretando en el *proteger a los mayores y reducir la desigualdad*.

- Reforzar la solidaridad. En un tiempo caracterizado por un fuerte dinamismo social surgen situaciones de inadaptación o marginación. Sus causas no siempre son económicas, también a veces surgen por razones de otro tipo: culturales, físicas y sociales.
- La sociedad tiene la obligación de hacer frente a estas situaciones, por razones de solidaridad y porque si no se esfuerza en integrar el mayor número de sus miembros en una tarea común puede quedar abocada al fracaso.
- Hay que centrarse:
 - *En acentuar el principio de solidaridad mediante la universalización del derecho a la pensión.*
 - *Continuar con la mejora de las pensiones ya existentes.*
- Apoyo para lograr un mayor bienestar para nuestros mayores. **El debilitamiento de los lazos familiares tradicionales y la limitación de los servicios sociales, especialmente residencias, hace que numerosos ancianos deben ser atendidos en hospitales, cuando sus problemas son más sociales que sanitarios.**
 - *Ampliación de oferta de plazas residenciales en colaboración con las CCAA y las Corporaciones Locales (públicos-concertados)*
 - *Incrementar los Programas de Ayuda a Domicilio.*
 - *Establecer un complemento de pensión en favor de los mayores de 80 años para facilitarles la ayuda de una tercera persona.*
 - *Reforzar los Programas de Vacaciones.*
 - *Se elaborará un Plan Gerontológico para la aplicación y coordinación de todas las políticas.*

- Prestaciones para la inserción social.
- Prestaciones familiares.
- Apoyo a la Familia.
- Promoción e integración social de los minusválidos. Se pretender intensificar los niveles de protección para los minusválidos, desarrollando nuevas acciones destinadas a incrementar los servicios de rehabilitación, la oferta de plazas para personas con deficiencias graves y los programas de acciones de integración laboral. Pensión de invalidez, prestaciones familiares de mayor cuantía, fomento de movimientos asociativos.
- Trabajadores emigrantes.
- Acciones Positivas en Favor de los Gitanos.
- Participación y cooperación social. Nueva iniciativa legislativa sobre Asociaciones y Fundaciones de carácter social, con el fin de mejorar y potenciar las existentes y estimular la dedicación de mayores recursos de la iniciativa privada a programas de bienestar social.

IV.4.3.2. PARTIDO POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 11-33.

El Partido Popular en esta ocasión, aun siendo herencia de Coalición Popular y Alianza Popular quiere marcar una diferencia con respecto a su anterior etapa. De hecho se nota y se percibe en la elaboración del Programa Electoral de 1989.

Enmarca las diferentes áreas constitutivas del Estado del Bienestar en **una calidad de vida.**

En referencia al Modelo Sanitario. Habla de modelo y esto es significativo con respecto a su anterior etapa; significa que sí está sistematizando un plan de actuación en esta área; por lo tanto tiene contenido teórico y posibilidad de un diseño estructural. Todo esto le lleva a presentarse ante la sociedad como un Partido que sí dispone de una estrategia a seguir en el ámbito de la salud.

Su estrategia para alcanzar los objetivos *se basa en conseguir el aumento de la calidad de los ciudadanos sanitarios a través de la **competitividad entre hospitales y profesionales que han de prestarlos.***

- Las medidas a seguir serán:

- *Todos los ciudadanos podrán elegir libremente la modalidad asistencial en la que quieran ser atendidos.*
 - *Posibilidad de elegir médico de familia, especialista y hospital, sin limitaciones ni trabas administrativas.*
 - *Descentralización de la gestión, **funcionarán en competencia de calidad y precios entre todos ellos, sean públicos o privados.***
 - *Potenciación de la figura del médico de familia.*
 - ***Centros de apoyo sanitario, donde se sitúen los equipos de distintas profesiones dedicadas especialmente a las labores de medicina preventiva y salud pública.***
 - *Los profesionales sanitarios serán remunerados en función de su actividad.*
 - *Adaptación de criterios definidos y estables para la cualificación y promoción de los profesionales.*
- Para el desarrollo de lo anterior establecerá medidas de urgencia. Entre éstas cabe resaltar:
 - *Se promoverá la creación de entidades colaboradoras del INSALUD en las empresas o agrupaciones de empresas de más de 500 empleados.*
 - *Autonomía de gestión y administración en los hospitales gestionados por el INSALUD.*
 - *Modificación en el sistema de conciertos (pago por proceso).*

En relación con los Servicios Sociales habla de **una política social compensatoria.**

- El Partido Popular procederá a aplicar, en sus justos términos, la Constitución Española, **extiende la cobertura social** a todos los ciudadanos, por su simple condición de tales. Ello requiere una **reorganización profunda de la actual Seguridad Social....**coordinar mejor la acción protectora de los distintos organismos públicos y establecer un sistema de financiación suficiente, que no afecte negativamente a la evolución económica y que se base en un sistema fiscal reformado y unas cotizaciones sociales menores.
- Impulsará el desarrollo de las competencias que en materia de protección social corresponden a las CCAA y a las Corporaciones Locales, manteniendo la unidad básica **del sistema de protección social, aproximar la gestión a los problemas que afectan a los ciudadanos.**

- Se establecerá un programa de pensiones para la tercera edad.
- Se desarrollará un programa de atención geriátrica.
- Actuación de programas de acción asistencial y social.
- Potenciar un programa de alojamiento y manutención.
- Al hablar de **sistema de Servicios Sociales** hay que hacer referencia a:
 - *Que ayudará a dar sistemática unitaria a las actuales organizaciones de asistencia y prestación social, dando cobertura en todos los términos de la Constitución.*
 - *Se incorporará en la tarea a todas las iniciativas sociales solventes, sean éstas públicas y privadas: Municipios, Instituciones benéficas, instituciones religiosas, fundaciones, asociaciones, Cáritas, **coordinando e integrando**.*
 - *Asistencia a minusválidos y deficientes mentales (rehabilitación y recuperación social-laboral.*
 - *Programas de atención a la infancia desvalida.*
 - *Mejora de los programas de intervención con drogodependientes.*
 - *Atención especial al síndrome tóxico.*
 - *Establecimiento de prestaciones económicas y medidas asistenciales en favor de las familias en situación de indigencia y objetiva necesidad.*

IV.4.3.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 39-69.

Izquierda Unida se posiciona en el marco de la política social y la calidad de vida. En concreto considera a la salud como el componente fundamental de la calidad de vida.

- El objetivo de asegurar la mejor salud posible para todos conecta directamente con el modelo de vida, que defendemos como opción política, el cual pasa sin duda, por asegurar la igualdad ante la salud, y por fomentar un pleno desarrollo físico y mental que permita gozar plenamente de la vida y realizarse como persona de una manera sana.

- Señala que la situación actual de salud de nuestra población, tras el primer decenio de democracia, continúa manteniendo deficiencias casi seculares.
- Incide que la salud es para el actual gobierno (PSOE) algo superfluo. Crítica que la Ley General de Sanidad no se está desarrollando después de cuatro años de su promulgación. **No se está dando la descentralización.**
- La salud es, todavía un negocio.
- El Servicio Nacional de Salud lo entendemos como un instrumento de la Administración del Estado con la capacidad y vocación para intervenir en la protección de la salud y en la prevención de la enfermedad y que cuenta con un dispositivo sanitario producto de la integración y armonización de las distintas redes sanitarias públicas que, alcanza un nivel de prestación a partir de los Presupuestos Generales del Estado, y en el que descentralización administrativa y de recursos junto con la participación de la población son elementos fundamentales.

El parámetro al que debe tender el **sistema de Servicios Sociales** no es otro que el que éstos estén en un **sistema de bienestar social integrado**.

- La sociedad española demanda un sistema de Protección Social eficaz, coordinado, y con capacidad de respuesta. El modelo actual es ineficaz: fomenta la existencia de grupos marginados, mediante actuaciones arbitrarias se intenta atender “al necesario” y no corregir la causa que lo produce.
- Los servicios sociales como servicio público, lo que comporta:
 - *Un modelo público de manera que la planificación, organización, gestión y control esté siempre en manos de la Administración.*
 - *Una ley marco de Servicios Sociales que garantice una “coordinación real” entre aquellos que tienen la responsabilidad de atención (Corporaciones Locales, CCAA y Administración Central) y evite la existencia de redes paralelas o servicios duplicados.*
 - *Una mayor descentralización de los recursos, desde la Administración central hacia las CCAA y de éstas hacia las Corporaciones Locales.*

- *Servicios Sociales Comunitarios apoyados en el estímulo de los movimientos ciudadanos como formas de controlar la gestión de los servicios.*

IV.4.3.4. Aproximaciones y diferencias de los programas del PSOE, PARTIDO POPULAR E IZQUIERDA UNIDA.

Hay que señalar que para las elecciones de 1989 tanto el Partido Popular –en su evolución– como Izquierda Unida presentan un Programa con contenidos en salud y servicios sociales más coherentes; por lo tanto con más posibilidades de ser desarrollados, en caso, de llegar a ser gobierno.

De nuevo y desde la positividad que está planteada esta Tesis hay que señalar que, en esta ocasión –si cabe– existen más puntos en común entre las tres fuerzas políticas; si bien el Partido Popular deja claro que la colaboración con la iniciativa privada es necesaria. En esto el PSOE lo señala en la dimensión de lo concertado y de las asociaciones y fundaciones. Izquierda Unida opta por lo público desde las Administraciones Públicas.

Sorprende el Programa del PP en sus contenidos en salud y servicios sociales; esto, sin duda, se debe en buena parte a cultura social y sanitaria que los gobiernos del PSOE han ayudado a instaurar a través de su acción de gobierno. De todas a todas es positivo porque se va afianzando el concepto y el contenido de lo que es un Estado de Bienestar.

El PSOE sigue en su línea de ir consolidando el sistema de salud y el sistema de servicios sociales. En cuanto a este segundo hace una apuesta significativa por la población mayor; digamos que concreta el ámbito de actuación de los servicios sociales priorizando la sensibilidad social hacia este grupo de personas. La iniciativa de apoyar las competencias del Consejo Estatal de la Tercera Edad serían también claves para reconocer la importancia de este colectivo.

Este hecho no pudo pasar desapercibido para quienes trabajamos en el ámbito social por cuanto marcará la evolución dentro de los servicios sociales hacia un sistema propio muy “ligado” con la atención a la dependencia. Esto en esta época se intuía y se “comenzaba” a ver entre los profesionales; pero serán necesarias llegar al proceso electoral de 1996 para percatarnos de esta influencia.

El Partido Popular también comenzó a asimilar en su discurso esta realidad.

Para el PSOE este punto se añade al inaugurado en la legislatura anterior (86/89) como “punto fuerte”: EL PLAN CONCERTADO; sobre el mismo he tratado en capítulos y apartados anteriores señalando que éste supone un gran apoyo para mi propuesta del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

Evidentemente los Programas Electorales van mejorando en cuanto al contenido y las propuestas; esto significa que la sociedad española va alcanzando grados de madurez democrática y puede confiar en que el Estado de Bienestar es un bien que se consolida más allá de lo que puede ser una campaña electoral.

El Estado de Bienestar posibilita alcanzar logros sanitarios y sociales y, éstos, independientemente de quien gobierne deberán de ser mantenidos y acrecentados; dado que la población, los ciudadanos, van asumiendo una sensibilidad de pertenencia y permanencia con respecto a los mismos. Por esta razón esto nos va indicando la necesidad de consensuar las actuaciones que se vayan dando en materia de sanidad y servicios sociales, en donde la línea de separación con respecto a la atención que se pueda dar a determinados colectivos, como por ejemplo con los mayores, es difícil de ver. **Estoy hablando del espacio sociosanitario.**

Consensuar es un concepto que está relacionado con la evolución, la adaptación, la comprensión, la administración-gestión y la compatibilidad que debe tener un Sistema moderno de Acción Social (Servicios Sociales).

Estos programas, en general, nos ayudan a entender que la salud y los servicios sociales deben de ir buscando caminos conjuntos de colaboración e interrelación. Hay que comenzar a reflexionar, por parte de las fuerzas políticas de **la interacción social necesaria para responder de manera integral** a las personas cuando se hallan en un espacio que precisan atención sanitaria y social, como puede ser el caso de las personas mayores; en definitiva una mayor calidad de vida.

La dimensión integral para Izquierda Unida supone *“una concepción de la salud entendida como una parte fundamental del desarrollo de la persona y que forma parte esencial del concepto de calidad de vida”*¹⁸⁰ Por esta razón dice que *“la sociedad española demanda un sistema de **protección social** eficaz, coordinado, y con capacidad de respuesta”*¹⁸¹

Nos encontramos, todavía, en la fase de transferir servicios desde la Administración General del Estado. Hay que avanzar en esta dirección. Esto

¹⁸⁰ Programa Electoral de Izquierda Unida 1989. Pág. 42

¹⁸¹ Programa Electoral de Izquierda Unida 1989. Pág. 46

es positivo; sin embargo se echa en falta en los tres Programas en qué consistirá **la coordinación**. Este punto, si bien se menciona como intencionalidad, debería haber quedado reflejado en cuanto a su contenido de manera más explícita. Descentralizar es necesario; pero, entonces, coordinar pasa a ser esencial si no queremos romper el sistema; más bien hacer que la intencionalidad de construir un sistema de servicios sociales puede llevarse adelante. En esto Izquierda Unida es más valiente cuando plantea *“una ley marco de Servicios Sociales que garantice una coordinación real”*¹⁸². En esta dirección yo he defendido en esta Tesis la necesidad de haber configurado o tenido una Ley de Servicios Sociales a nivel del Estado Español, la falta de ésta –he señalado– ha ayudado, en buena parte, a la dispersión y fragmentación de los Servicios Sociales.

**QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:
(1989):**

- Proteger a los mayores y reducir la desigualdad
- Una vida de calidad
- Una política social compensatoria
- Política Social y Calidad de Vida
- Salud como componente fundamental de la calidad de vida
- Los servicios sociales en un sistema de bienestar social integrado
- Descentralización
- Coordinación
- Establecimiento de un Sistema de Servicios sociales
- Ley de Servicios Sociales
- Mayor bienestar para nuestros mayores

¹⁸² Programa electoral de Izquierda Unida 1989. Pág. 46

IV.4.4.- AÑO 1993***IV.4.4.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 47-83.***

El PSOE avanza en sus propuestas electorales en cuanto al concepto de Bienestar y centra su programa en los ámbitos sanitario y social en las siguientes variables:

- La atención personalizada para la sanidad;
- Impulso del bienestar para las personas mayores, la familia y la infancia.

Nos percatamos que la sociedad es más madura desde el punto de vista democrático y va configurando necesidades personales, de ahí las variables que tendrá en cuenta el PSOE. Las Personas Mayores son también un eje esencial para la sanidad y los servicios sociales.

La experiencia de gobierno que ha acumulado desde el año 82 hace posible que el Partido Socialista vaya configurando unos servicios sanitarios y sociales centrados en las personas.

- Una política sanitaria para la mejora de la salud de los ciudadanos.
- Atención segura y eficaz. Construcción de 350 centros de salud.
- Una atención personalizada.
- Atención rápida. Reducción de los tiempos de espera.
- Sanidad más participativa.
- Sanidad que promueva igualdad y solidaridad.
- Lucha contra el sida.
- Sanidad equilibrada y eficiente.
- Hacia una Europa más sana.

La atención a los mayores va configurando un cambio en el diseño de los servicios de salud y de los servicios sociales.

- Mayor seguridad económica, bienestar y presencia activa y participación de los mayores en sociedad.
- El avance social que han experimentado ha cambiado sustancialmente sus necesidades, sus demandas y requieren la proximidad de los servicios y de los equipamientos sociales así como un mayor protagonismo social, económico y político.

- Se propone el Plan Gerontológico como compromiso con las actuales y posteriores generaciones de mayores. Se trata de una propuesta de convergencia social con Europa y nuestra oferta de solidaridad intergeneracional para con los mayores. Junto al Plan Gerontológico se seguirá:
 - *Garantizando la seguridad económica a través de la cobertura de las pensiones.*
 - *Mejorar el bienestar físico y psíquico, previniendo enfermedades y ofreciendo la asistencia sanitaria adecuada.*
 - ***Se desarrollará el programa de atención al anciano en los equipo de atención primaria. Continuaremos la creación de unidades geriátricas en los hospitales e intensificaremos la coordinación de los servicios sociales y sanitarios para mejorar la atención y cobertura a los enfermos crónicos.***
 - *Se ampliará la red de servicios sociales personales, domiciliarios y residenciales, para posibilitar que los mayores envejezcan en su domicilio y convivan en su entorno habitual, favoreciendo las ayudas necesarias a personas con mayor discapacidad.*

A esto, siempre en el ámbito de los Servicios Sociales, se sumará:

- Garantizar la protección de los derechos del niño.
- Reforzar la solidaridad:
 - *Avanzar en la integración real y efectiva.*
 - *Se seguirá trabajando para ampliar la cobertura actual de la red de servicios sociales básicos, en colaboración con las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales.*
- Avanzar en la integración social de las personas con minusvalía.
 - *Avanzar en la integración social y productiva de este colectivo.*
 - *Desarrollar un Plan de Acción Integral para las personas con minusvalía en colaboración con las CCAA y Ayuntamientos, movimiento asociativo e iniciativa privada.*
- Acciones positivas en favor de los gitanos.
- Promover y activar la participación social en la gestión del bienestar.

IV.4.4.2. PARTIDO POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 43-79.

El Partido Popular enmarca su programa de los espacios sanitario y servicios sociales en la siguiente frase:

“Entre la Solidaridad y la Calidad de Vida: Un concepto de solidaridad”

Para el PP esto se basa en que la solidaridad es un principio constitucional en el marco del Estado Social. Hay que superar, por tanto, la marginación social para lograr una estabilidad social.

Es preciso tener claro en una sociedad del bienestar que las necesidades básicas del ser humano deben estar suficientemente cubiertas. *“Se trata de garantizar un mínimo que permita que el principio de igualdad de oportunidades tenga sentido”*¹⁸³

En el ámbito de la salud se reconoce que *“la asistencia sanitaria ha mejorado en España bajo los gobiernos democráticos. La universalización de la prestación sanitaria y al mejora perceptible de algunos índices....sin embargo el sistema sanitario español tiene grandes carencias. Su gestión, además es ineficiente porque responde a un diseño que impide administrar bien todos los recursos sanitarios...son necesarias nuevas fórmulas de organización y gestión”*¹⁸⁴

- Una financiación pública coexistiendo con una provisión mixta.
- Una atención integral.
- Un sistema equitativo.
- Una gestión eficiente.
- Un modelo descentralizado.
- Un sistema participativo.
- Una orientación antropocéntrica
- Se hará un programa de reorganización sanitaria.
- Poner en marcha la Ley General de Sanidad de 1986 en lo que respecta a la prevención de enfermedades y promoción de la salud.
- Afrontar de manera decidida con una política adecuada el Sida (preventiva-tratamiento) con especial atención a la población drogodependiente.
- Reforma del INSALUD.

¹⁸³ Programa Electoral del Partido Popular 1993. Pág. 44

¹⁸⁴ Programa Electoral del Partido Popular 1993. Pág. 55

En el área de los servicios sociales, la atención a la mujer y la atención con las causas y efectos de la drogodependencia serán puntos importantes; pero el de los MAYORES tiene una dedicación especial. Cuando trata este punto lo hace diciendo que se merecen un **respeto y un compromiso**.

Habla de principios: Solidaridad, integración, autonomía del mayor, flexibilidad, pluralidad, coordinación.

- Si llega a gobernar el PP impulsará la coordinación sobre la base de la prioridad de las Administraciones más próximas al ciudadano: Ayuntamientos, Diputaciones, Cabildos, Consejos y Comunidades Autónomas, han de contar con competencias y recursos para atender a los mayores.
- Se compromete para los ciudadanos de la Tercera Edad a promover, con independencia de las obligaciones familiares, su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.
- El compromiso del PP en relación con la atención sanitaria para los Mayores:
 - *Se elaborará y desarrollará un programa especial de atención sanitaria para la tercera edad subsanando el actual silencio de la Ley General de la Sanidad al respecto y primando la atención preventiva.*
 - *Se mejorará la integración de los servicios sanitarios y sociales y de los primeros entre sí con objeto de mejorar la atención dispensada a los mayores.*
 - *Se garantizará la atención geriátrica hospitalaria y extrahospitalaria a los mayores, promoviendo unidades geriátricas y aumentando el número de especialistas en geriatría.*
 - *Se incrementará el número de camas para crónicos que no precisen atención intensiva permanente, hasta alcanzar una cama por cada mil habitantes, frente al 0.3 existentes.*
- El compromiso del PP en relación con atención se los servicios sociales para los Mayores:
 - *Se impulsará un Plan de fomento y apoyo del voluntariado.*
 - *Se generalizarán los programas de preparación a la jubilación.*
 - *Se promulgará una Ley de participación de los mayores en la administración y funcionamiento de los Servicios Sociales.*

- *Se fomentarán los programas de ayudas a domicilio, viviendas tuteladas y compartidas, sistemas de telealarma, atención domiciliaria y centros de día.*
- *Se incrementará la oferta de plazas en residencias públicas y privadas, hasta poder atender la demanda por razones **de dependencia** de los mayores.*
- *Se implantará, progresivamente, un programa de ayudas económicas a familiares con limitaciones en su actividad laboral por tener que atender a personas mayores a su cargo.*
- *Fomento de programas intergeneracionales.*

En relación con las personas con minusvalía habla de una **conquista pendiente**. Señala como puntos a conseguir:

- Prioridad a la atención a las personas con minusvalías psíquicas, físicas o sensoriales.
- Posibilitar que estas personas encuentren solución rápida y eficaz a sus peculiares necesidades, reciban una educación adecuada, se integren en el mercado laboral y puedan llevar una vida autónoma de calidad.
- Promover las condiciones necesarias para que la libertad y la igualdad de los minusválidos sean reales y efectivas, facilitando su participación en los diferentes ámbitos de la vida política, económica, cultural y social.
- Inspirar su actuación en los principios de **integración, normalización, autonomía y solidaridad, así como derecho y respeto** a las características diferenciales de las personas.

IV.4.4.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Punto IV: Políticas de Bienestar Social.

Izquierda Unida comienza señalando que más que una crisis del Estado de Bienestar hay que hablar de una crisis de un modelo determinado de bienestar. Esta visión se encuentra en “sintonía”, con parte, de lo que he escrito en el Primer Capítulo de esta Tesis. *“El Bienestar Social es un punto de llegada, una de las metas a alcanzar. Por ello IU propugna más políticas de bienestar social que conduzcan hacia la consecución de esa meta”*¹⁸⁵

- Si el principal objetivo de toda la política social es conseguir el bienestar social de la población; tenemos que la política social que se aplique tendrá que dar respuestas a las necesidades de esa población teniendo

¹⁸⁵ Programa Electoral de IU 1993. Punto “A”: Marco General del Capítulo IV. Políticas de Bienestar Social.

en cuenta la realidad social y los cambios sociodemográficos y culturales que se están produciendo en la sociedad española.

- Las líneas de actuación serán:
 - *Mejora y desarrollo de los Servicios Públicos de Salud y Servicios Sociales.*
 - *Transferencia de competencias a las CCAA, respetando los mínimos establecidos estatalmente, y primando el principio de compensación interterritorial.*
 - *Coordinación entre las diversas redes públicas de protección social, con el fin de optimizar los recursos.*
 - *Dedicar mayores recursos al ámbito de bienestar social, para el desarrollo pleno de las prestaciones de servicios garantizados.*
 - *Reconocimiento del papel positivo que pueden y deben jugar las Organizaciones no Gubernamentales de carácter social, velando por los derechos de las personas voluntarias.*
 - *Universalización de los servicios públicos, subordinando los conciertos con Entidades privadas, tendrán que hacerse en función de necesidades y prioridades establecidas por la propia Administración y no como forma de apoyar o beneficiar intereses privados.*
 - *Flexibilización y adaptación de las políticas públicas de bienestar social.*
 - *En el orden organizativo, crear una Vicepresidencia de Bienestar Social, refundiendo los ministerios de Sanidad, Seguridad Social y Asuntos Sociales. El área de Bienestar Social debería contar con un órgano asesor: El Consejo Estatal de Bienestar Social.*
 - *Impulsar un nuevo modelo de sociedad, donde la paz, la igualdad, la tolerancia, el respeto y la solidaridad, sean los ejes de la convivencia entre grupos, sectores y sexos.*

Izquierda Unida plantea una “revolución” –a mi modo de entender muy válida como fondo teórico- para cambiar estilos y formas. Considero que lo que señala específicamente en el punto “B” (Seguridad Social Básica. Apartado IV. Políticas de Bienestar Social) puede ayudar a la sociedad a interrogarnos cómo estamos haciendo las cosas. El “espíritu” que anima estas propuestas es positivo y nos puede ayudar a todos en aras de acertar con el desarrollo de un Estado Social de Derecho en materia de Política Social. Sin embargo, también tengo que señalar, que las aportaciones del Partido Socialista Obrero Español son mucho más viables y posibles, y reconocer que las propuestas del Partido Popular “se alinean” perfectamente

con los principios fundamentales de una Política de Servicios Sociales en un Estado Moderno y Democrático; en algunos puntos su visión es valiente y decida en defender los principios que marca la Constitución desde la solidaridad que ésta reclama en favor de todos los ciudadanos. **Considero que las tres fuerzas políticas asumen los principios democráticos de convivencia y esto es muy positivo para el desarrollo de un verdadero sistema de servicios sociales.**

Retomando las líneas que propone Izquierda Unida se pueden resaltar las siguientes:

- Considerar que la Seguridad Social es un elemento importante de la solidaridad, de prevención, de lucha contra la marginación, de promoción y de participación.
- La Seguridad Social Básica deber ser prestada por las Corporaciones Locales en su primer nivel, por ser esta Institución la que está en más estrecho contacto con los problemas y necesidades sociales de la población.
- **El eje de estos servicios y prestaciones tendrían que ser los Centros de Servicios Sociales que deberían ser polivalentes, lo que exige una reconversión de recursos.**

IV.4.4.4. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE, PARTIDO POPULAR E IZQUIERDA UNIDA.

Izquierda Unida intuye que la polivalencia es necesaria a la hora de afrontar un Sistema de Servicios Sociales. Esta concepción es muy importante porque es reconocer que en el desarrollo de los Servicios Sociales es preciso “innovar” y proponer nuevas formas de organización y gestión.

El Partido Socialista Obrero Español señala con claridad de articular un sistema de coordinación entre lo sanitario y lo social en el área o espacio de Personas Mayores. Esta preocupación asentará “un futuro proyecto” sociosanitario. Junto a la coordinación se establece la elaboración de un Plan Gerontológico Nacional. Este proyecto será clave para configurar a partir de este momento un Plan de Actuación con las Personas Mayores. De hecho, fruto de esta propuesta, se elaboraran planes autonómicos de atención a personas mayores. El Plan dará “cuerpo” a un modelo de Servicios Sociales con atención social y sanitaria (sociosanitarios) para esta población. El

estudio necesario para elaborar el Plan Gerontológico nos posibilitará conocer en profundidad la realidad de los servicios y el modelo asistencial existente hasta el momento en España (Comunidades Autónomas, Diputaciones, Municipios); por primera vez tendremos un “dibujo” aproximado y, a partir del mismo, podremos establecer objetivos claros, tareas y procesos para lograr responder de manera coherente a las necesidades de la población mayor.

Todo esto, sin embargo, tiene un bien mayor. Éste es: ***la necesidad de innovar los servicios sociales y sanitarios proponiendo nuevas estructuras organizativas.***

Significa el anterior párrafo que se comienza a asentar ***la base de un sistema sociosanitario que “supera” el sistema de salud y el incipiente – pero no aceptado- sistema de servicios sociales; esto último debido a la fragmentación y dispersión en nuestra realidad española consecuencia de la falta de una Ley General de Servicios Sociales.***

A lo largo de esta tesis se ha puesto en evidencia con los fundamentos expuestos ***que precisamos de un verdadero sistema sociosanitario*** porque la realidad de la población nos demanda servicios que superan la estructura existente en las áreas de salud y de servicios sociales. La propuesta del Modelo de Intervención Polivalente Sociosanitario puede ser una “herramienta práctica” que ayude al desarrollo del sistema sociosanitario.

Los tres partidos políticos hacen referencia al tema de las minusvalías y de las personas con problemas de salud mental. Son áreas que, también, deberán ser recogidas, a mi modo de entender, en el sistema sociosanitario.

Las propuestas que hacen suponen tener que hacer un esfuerzo importante para lograr que sean personas con todos los derechos que la Constitución les otorga como ciudadanos el Estado Español.

Nos percatamos que en el debate político fomentado por los programas electorales poco a poco se comienza a introducir la necesidad de debatir y reflexionar sobre el modelo de atención a las personas con problemas “de dependencia”; es, en este periodo electoral (1993), un tema incipiente; pero ya comienza a estar ahí. Esto, por otra parte, no hubiera sido posible si no se hubiera planificado un trabajo, a nivel de Gobierno, en el área de salud y en el espacio de los servicios sociales; acertando con la Ley General de Sanidad y con la puesta en marcha del Plan Concertado.

Es importante tomar conciencia acerca de los planteamientos que hacen los Partidos Políticos porque los mismos irán estructurando la organización

de los servicios. Nos podemos percatar al acercarnos a los Programas Políticos, y lo hemos hecho desde 1982, el peso específico que tienen las áreas de salud, de pensiones y de educación; pero, también, nos percatamos de la energía con que se hace presente el área de la población mayor. El PSOE diseñó unos servicios sociales que pretendían dar respuesta, a través, de la especialización a determinados colectivos: mayores, infancia, jóvenes, personas con problemas de droga, minusválidos, mujer, grupos étnicos, inmigrantes, emigrantes; situaciones de emergencia social. Todo este esfuerzo por diseñar una atención especializada ha sido muy pertinente; pero también, es verdad -lo hemos podido observar en la redacción de los programas políticos-electorales que la atención a la población mayor va tomando “unas características” concretas. Esto significa que la realidad nos va proporcionando la necesidad de cambio y adaptación; por lo tanto la búsqueda de soluciones nuevas e innovadoras.

**QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:
(1993):**

- **Atención Personalizada**
- **Las personas Mayores, la familia y la infancia (impulso del bienestar)**
- **Entre la solidaridad y la Calidad de Vida**
- **Las políticas de bienestar social**
- **Interrelación entre salud y servicios sociales**
- **Plan Gerontológico Nacional**
- **Polivalencia**
- **Coordinación**
- **Descentralización**
- **Participación**
- **Optimización**

IV.4.5.- AÑO 1996

IV.4.5.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 20-91.

El Partido Socialista Obrero Español en este programa en materia de política social quiere recalcar que ha hecho un gran esfuerzo como Gobierno de España y precisan más tiempo para poder desarrollar lo iniciado en materia de acción social; para ello, entre los puntos a apoyar, está el “nuevo protagonismo” de las Organizaciones No Gubernamentales y un **contrato social** que servirá *“activar las Organizaciones No Gubernamentales y los movimientos sociales, en general, en el desarrollo de las políticas de bienestar.....para que nuestro país avance en su modernización, con el empleo como objetivo primordial, sobre bases de cohesión social y de solidaridad, utilizando siempre el diálogo, el compromiso colectivo y la participación, que nutren la democracia económica desde la profundización de la democracia política”*¹⁸⁶

La salud es un punto prioritario para el PSOE entiendo que es necesario seguir avanzando para alcanzar los niveles de “superar desigualdades” y “garantizar un sistema sanitario público de calidad”.

Para lo anterior propone:

- Modernizar la organización de la salud pública española, clarificando las responsabilidades de las distintas administraciones y su coordinación.
- Regular de manera restrictiva las sustancias peligrosas para la salud.
- Establecer, **conjuntamente con las Comunidades Autónomas**, una estrategia nacional para superar las desigualdades en salud, fijando objetivos de mejora de los indicadores sanitarios.
- Elaboración de un informe anual de Salud Pública.
- Un nuevo impulso en la prevención del SIDA.
- Atención especial a los problemas de salud pública que plantean las drogas ilegales.
- Prevención de los accidentes de trabajo.
- Nuevos esfuerzos en la prevención de los accidentes de tráfico.

Todo esto se hará en el marco del desarrollo de la Ley General de Sanidad. Lo cual conlleva, ante todo, a gestionar de otra manera; en donde se potenciará, entre otros temas, la reforma de los hospitales. Merece

¹⁸⁶ Programa Electoral del PSOE 1993. Pág. 21

especial atención el punto dedicado a la **atención a los problemas sanitarios de los ancianos y la salud mental**.

- La vejez requiere más atención sanitaria y que ésta proporcione cuidados y atención continuada. En este sentido, la puesta en marcha generalizada de los servicios de Enfermería Domiciliaria será un avance importante. **La coordinación de los servicios sociales y sanitarios**, contribuirán también de forma significativa a mejorar la calidad de vida de los ancianos.
- El gobierno socialista seguirá considerando prioritaria la atención a los grupos de población más desfavorecidos, entre ellos los enfermos mentales. Los servicios de salud mental serán objeto periódicamente de informes para su revisión y evaluación, de modo que se garantice siempre un adecuado nivel de calidad, de respeto a los derechos de los pacientes y de apoyo a las familias.

El PSOE en el marco del Bienestar Social, además de la salud, entiende que es prioritario **“la lucha contra la exclusión social: que nadie quede fuera”**, conseguir **“una vejez digna”**, establecer un programa de **“lucha contra las drogas”** y priorizar una atención a **“los discapacitados para que sean capaces de integrarse”**; además de tener una sensibilidad especial hacia la comunidad gitana.

- Pese al aumento global del bienestar social y la prosperidad, se producen nuevos riesgos de desigualdad y de marginación e inadaptación social y se extienden los fenómenos de exclusión social que impiden a aquellos que la padecen cualquier posibilidad de ejercer los derechos sociales fundamentales y básicos para el resto de la población.
- En los últimos quince años se ha producido en nuestro país una transformación importante en el colectivo de las personas mayores, un colectivo cada día más numeroso, que vive más seguro económicamente, cuya salud y autonomía es cada día mayor y que han optado, de forma mayoritaria, por un modelo de vida independiente.
- Se seguirá con el cumplimiento de los compromisos en anteriores legislaturas con las personas mayores a través del Plan Gerontológico; y en concreto por medio de:
 - *Garantizar su seguridad económica.*
 - *Mejorar su bienestar físico y psíquico, protegiendo su salud y ofreciendo la asistencia sanitaria adecuada.*

- *Mantener la continuidad de los cuidados entre los diversos niveles de atención.*
 - *Evitar internamientos hospitalarios inapropiados.*
 - ***Coordinar los distintos niveles y los servicios sanitarios y sociales.***
 - *Primar los equipamientos asistidos residenciales, descargando así a la red hospitalaria de una atención que no requiere de cuidados médicos sofisticados.*
 - *Potenciar la prevención del deterioro funcional y la promoción de la salud, favoreciendo el mantenimiento de los ancianos en su medio habitual.*
- Se continuará con la implantación de los **servicios de Coordinación Sociosanitaria** hasta cubrir todo el término nacional, para proporcionar tratamientos integrales y cuidados alternativos a la hospitalización de las personas mayores dependientes.
 - Deberían potenciarse programas que favorezcan la convivencia de varias personas mayores en pisos de su propiedad, o en pisos tutelados de convivencia intergeneracional (mayores y jóvenes), o de experiencias de acogimiento de mayores en familias.

Nos encontramos en este Programa Electoral un tema muy importante, éste se refiere que, por primera vez, el PSOE pone en el ámbito –es decir dentro de la Atención a las Personas Mayores- de los Mayores a los Servicios Sociales. Con esto se está reconociendo que en relación con las personas mayores se construye un Sistema Propio de Atención; esto, sin duda, fue marcado y potenciado por el Plan Gerontológico Nacional; sobre este punto se ha reflexionado en apartados anteriores en esta Tesis. Es a raíz del desarrollo de este Plan que se empieza a reconocer la necesidad de dar respuesta a **las situaciones de dependencia**.

- Hay mayores en situaciones de marginación, que necesitan medidas específicas de apoyo, para compensar las desigualdades, pero también cada vez más, hay mayores que tienen otras demandas comunes a la mayoría de los ciudadanos. Los Servicios Sociales dirigidos a los mayores con carácter específico serán:
 - *Atención domiciliaria (servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia y adaptación de viviendas)*
 - *Servicios Sociales Intermedios, en colaboración con las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos, se potenciará la creación de mini-residencias en el medio rural.*

- ***Atención institucional mediante residencias asistidas y centros de atención socio-sanitaria, garantizando los cuidados específicos de carácter humano y social y los servicios médicos y rehabilitadores adecuados.***
 - ***Programa de Coordinación-Sociosanitaria dirigido a personas en las que coexisten necesidades de atención por parte de los servicios sanitarios y los servicios sociales.***
 - ***Programa de Apoyo Familiar, fomentando el desarrollo de servicios de apoyo a cuidadores informales.***
- Las personas con discapacidad siguen constituyendo un colectivo prioritario en nuestra acción política. Es el momento de iniciar una nueva etapa caracterizada por el impulso de su calidad de vida y para ello es necesario fomentar la corresponsabilidad de todas las Administraciones y de los actores sociales para diseñar y ejecutar las políticas sociales necesarias.

IV.4.5.2. PARTIDO POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 163-212.

El Partido Popular sitúa la salud y los servicios sociales en el marco de **una sociedad solidaria**. Como ideas fuerza en este espacio de solidario se pueden recapitular las siguientes:

- La solidaridad es uno de los valores inspiradores de nuestra acción política.
- Igualdad de oportunidades.
- El Estado no puede suplantar a la iniciativa privada.
- El excesivo intervencionismo estatal es inviable.
- Hay que hacer una política moderna de la solidaridad.
- Una solidaridad activa que se asiente en el empleo.
- El voluntariado es pieza clave de una sociedad que ejerce la solidaridad.

Para el PP a los mayores hay que darles seguridad y bienestar. Ideas fuerza son:

- Garantía de respeto y arraigo para nuestros mayores.

- Mantener el poder adquisitivo de las pensiones.
- Pensión de viudedad.
- Jubilación flexible.
- Prevención.
- Mejorar la atención sanitaria.
- Aumentar el número de especialistas de geriatría.
- Ayuda a voluntarios para nuestros mayores.
- Participación.
- Ayuda en domicilio.
- Incremento de plazas residenciales.
- Recursos para que los mayores permanezcan en casa.

Tendrá especial importancia teniendo en cuenta los puntos anteriores:

- La elaboración y el desarrollo de un programa especial de atención sanitaria a la tercera edad que prime la atención preventiva.
- Se mejorará la integración y coordinación de servicios sanitarios y sociales, y de los primeros entre sí, con objeto de mejorar la atención dispensada a los mayores.
- Se garantizará la atención geriátrica, hospitalaria y extrahospitalaria a los mayores, promoviendo unidades geriátricas y aumentando el número de especialistas en geriatría.
- Se fomentarán los programas de ayudas a domicilio, viviendas tuteladas y compartidas, sistemas de telealarma, atención médica domiciliaria y centros de día.
- Se incrementará la oferta de plazas en residencias públicas y privadas hasta atender la demanda motivada en razones de dependencia de los mayores.

El Programa del PP popular también recoge extensamente una serie de puntos a desarrollar en el ámbito de las minusvalías:

- Políticas activas de integración laboral. Se fomentará e incrementará la integración laboral y el empleo de personas con minusvalía, ya que la mejor forma de protección social es un puesto de trabajo digno.
- Se impulsará la creación de centros ocupacionales de empleo para las personas que nos sea posible la integración laboral.
- Fomento de una vida autónoma; y

En el ámbito de la drogodependencia:

- Un compromiso de todos para luchar contra las drogas.
- La formación y la información son los ejes básicos para erradicar el consumo.
- Cultura de rechazo en las escuelas.
- Fomentar los valores positivos para desarrollar la personalidad.
- Asistencia y rehabilitación para ayudar a los drogodependientes a superar la situación.

EL PP en el área de la salud se sitúa en la perspectiva de una sanidad mejor y más humana.

- Una sanidad universal, gratuita y solidaria.
- Superación de los problemas y carencias actuales.
- Establecer un modelo que permita aprovechar todos los recursos sanitarios del país, independientemente de la titularidad de los mismos.
- Eliminación de las listas de espera.
- Financiación pública.
- Atención integral.
- Una gestión eficiente con controles.
- Desburocratización.
- Participación.
- Mayor libertad de elección.
- Conocer y sanear la deuda existente.
- Gestión eficiente que reduzca costes.

- Modernizar el Sistema Nacional de Salud.
- Aumentar la capacidad (concierto, contrato público con entidades asistenciales)
- Libre elección de médico.
- Terminar con las listas de espera.
- Despolitizar la gestión.
- Programas específico (impulsar y crear programas socio-sanitarios): Mujer; Mayores -atención sociosanitaria integral-; Enfermedades crónicas -atención continuada diferenciada de las enfermedades agudas-; Enfermedades mentales -atención coordinada y en los niveles adecuados tanto ambulatorios como hospitalarios-; SIDA -prevención y atención prioritaria-; Drogodependencias -evitar consumo, restringir publicidad, promoción de hábitos saludables- Salud Bucodental- mayores y niños-.
- Coordinar actividades y políticas de las Administraciones Públicas.
- Sanidad para todos.
- Tarjeta sanitaria.
- **La asistencia a las personas mayores y a los enfermos crónicos se ordenará haciendo coincidir las necesidades sanitarias y sociales, de forma que todos los recursos públicos y privados sean aprovechados en su totalidad, persiguiendo con ello niveles de máxima humanización, calidad y eficacia.**

IV.4.5.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar). Fuente: Programa electoral. Págs. 214-367.

Izquierda Unida para las elecciones de 1996 recoge, en el fondo y en muchas propuestas, prácticamente lo mismo que proponía en las elecciones de 1993.

En la parte que podríamos llamar novedosa del Programa casualmente estructura al igual que el Partido Popular el desarrollo de programas integrales para mujeres, jubilados y pensionistas, enfermos de sida, inmigrantes; reforzando lo intersectorial en los enfermos de sida, drogodependientes e inmigrantes y minorías étnicas.

Propone con detalle un plan de actuación para las Minusvalías.

En el área de Jubilados y Pensionistas realiza un discurso crítico sobre cómo se está procediendo a tratar a los mayores.

En el espacio de Residencias señala lo siguiente:

- Impulsar la creación de mini-residencias y de residencias de tipo medio, donde el número de mayores no supere los 50, con el fin de garantizar que la calidad, la convivencia y atenciones a esas personas pueden estar totalmente aseguradas.
- Construir 1.000 nuevas plazas anuales para válidos y 2.000 para asistidos, cerca de los centros de población.
- **Potenciar la creación de residencias diurnas, tanto en las ciudades grandes como pequeñas y en comarcas rurales. Deberán tener asegurada una alimentación adecuada, revisiones médicas periódicas, lavado de ropa y planchado.**
- En la prestación de servicios por residencias privadas, promover y garantizar la participación de jubilados y pensionistas a través de sus Organizaciones, en la inspección de dichas residencias para, de esa forma, controlar su gestión y vigilar la calidad de sus instalaciones y servicios.
- El área de jubilados y pensionistas de IU defiende y defenderá las residencias públicas; aunque, reconoce que las residencias privadas resuelven, en la actualidad, parte de las necesidades que no *cubre la Administración*.

IV.4.5.4. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE, PARTIDO POPULAR E IZQUIERDA UNIDA.

En estas elecciones el PSOE y el PP coinciden en el fondo; si bien el PP incidirá, en la parte de gestión, que ésta no está limitada únicamente a las Administraciones públicas. Hay que contar con la iniciativa privada.

Sin embargo, en la estructuración de cómo se desarrollarán las propuestas, el PSOE lo concreta mucho más.

El PSOE parte señalando que hará un **contrato social**; se trata de una idea pertinente y buena de cara a dejar claro el nivel de compromiso que adquiere con las personas. En la parte “privada de la gestión” aboga y apuesta por la Iniciativa Privada sin ánimo de lucro (Organizaciones No Gubernamentales).

Tanto el PSOE como el PP hacen aflorar –el PSOE con más insistencia- en la necesidad de trabajar coordinadamente las distintas áreas implicadas en la atención al colectivo de Mayores. Para estas formaciones políticas, este grupo de personas, merece un tratamiento “ad hoc” tanto desde la dimensión sanitaria como desde la dimensión social.

Aflora lo sociosanitario y la dependencia. Esta doble dimensión es muy importante dado que irá configurando –en estas elecciones con más fuerza- lo necesario que es establecer un **sistema sociosanitario**. La puesta en marcha de Plan Gerontológico por los datos que en el mismo se recogen y por las propuestas que se vislumbran que hay que desarrollar “conducen” a las áreas sanitaria y social, al menos en la atención a personas mayores, a tener que configurarse “alrededor” de un área nueva, ésta corresponde a la dimensión sociosanitaria.

Esto, además, implica que las Administraciones Públicas tengan que ponerse de acuerdo a la hora de planificar aquellos servicios más oportunos para las Personas Mayores. Se está dando una evolución y ésta implicará realizar un diseño más equilibrado de las prestaciones.

Pare el PP es preciso racionalizar el costo/gasto. Insiste que hay que conocer las necesidades y la verdadera disponibilidad presupuestaria. El PSOE en este sentido es menos insistente. IU entiende que la única manera de racionalizar será a través de la gestión pública; admite la existencia de agentes privados; pero esto, en principio, se trataría de una situación “transitoria” hasta que las Administraciones dispongan de las suficientes plazas públicas.

Existen coincidencias en los tres partidos; pero en estos programas electorales, el PSOE advierte que se perderán derechos si gana el PP; el PP, sin embargo, entiende que si llega a gobernar habrá más solidaridad. Izquierda Unida hace un discurso más “filosófico” y “teórico” sobre las áreas del Bienestar.

Lo que a me interesa constatar en esta ocasión es que las coincidencias hacen posible la esperanza de desarrollar el Modelo de Intervención Polivalente Sociosanitario.

**QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:
(1996):**

- Más bienestar
- Contrato Social
- Atención Sociosanitaria
- Atención a la Dependencia
- Apoyo a la iniciativa privada (ONGs, Fundaciones, Instituciones sin ánimo de lucro)
- Participación de todos los actores, incluida la iniciativa privada con ánimo de lucro
- Establecer Programas de Intervención Conjunta entre Administraciones Públicas
- Cercanía de los servicios
- Potenciar servicios intermedios
- Plan de atención a personas crónicas
- Interacción de los recursos

IV.4.6.- AÑO 2000

IV.4.6.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 2-54.

El desarrollo de los ámbitos de la salud y servicios sociales, en esta ocasión el PSOE lo hace desde la oposición, los sitúa en el marco de *“que todos los ciudadanos merecen que los poderes públicos les ayuden a comprender el significado de las nuevas realidades, favorezcan el desarrollo de sus propias, nuevas, capacidades para aprovechar las oportunidades, complementen su dedicación y su esfuerzo y les permitan, así alcanzar –para ellos, para sus hijos, para los hijos de sus hijos- una vida mejor y más completa de la que hasta ahora hemos disfrutado”*¹⁸⁷

¹⁸⁷ Programa Electoral PSOE 2000. Pág. 2

El Programa establece un **mayor compromiso con la gente mayor**. Nos percatamos que se va consolidando en el Estado del Bienestar un discurso específico para este colectivo. Esto va afianzando mucho más la idea de ir “pesando” y “reflexionando” sobre un área especializada de atención al mismo. De hecho explicita que el grupo de mayores porcentualmente en la población es muy importante *“en España hay más de seis millones y medio de personas mayores de 65 años. De ellas más de un millón superan los 80 años. La creciente prolongación de la vida es la expresión de una aspiración humana: vivir más y mejor”*¹⁸⁸

Entre los puntos a destacar o a tener en cuenta por parte del PSOE están los siguientes:

- Salimos del siglo XX mejor pertrechados para vivir la vejez con más seguridad y calidad de vida; pero sabemos que es preciso afrontar nuevas realidades con inteligencia y responsabilidad. **Todos aspiramos a ser mayores y debemos defender la solidaridad ineter-generacional.**
- Queremos liderar políticamente un nuevo impulso colectivo de solidaridad con los mayores. Queremos garantizar y mejorar su independencia económica, reforzar su autonomía personal y su calidad de vida, **articular soluciones para superar las situaciones de dependencia derivadas de la edad y reforzar los mecanismos que faciliten su integración social y su realización personal.**
- **Incrementaremos, en Coordinación con Comunidades Autónomas y Ayuntamientos, la protección de las personas mayores dependientes con una atención reforzada en el medio rural y en los núcleos pequeño, donde ahora apenas llegan los servicios. Con este propósito desarrollaremos la teleasistencia y la asistencia domiciliaria. Por otro lado daremos un fuerte impulso a los Centros de Día.**
- Activaremos un Plan de Residencias que, en el plazo de una legislatura, nos dote, al menos de un número de plazas equivalente al 80% de las existentes en los países de la Unión Europea. Un porcentaje de ellas será destinado a estancias temporales.
- Incrementaremos los recursos personales y materiales dirigidos a las personas afectadas **por situaciones de dependencia**, derivadas de enfermedades degenerativas, mentales, demencias, etc...

¹⁸⁸ Programa Electoral PSOE 2000. Pág. 23

- Garantizaremos la participación de las Organizaciones de personas mayores en las decisiones que les afecten.
- Se desea incrementar notablemente la participación de los mayores en la sociedad. Para ello, animaremos el Consejo Estatal de Mayores e impulsaremos los correspondientes a nivel autonómico y local.

En el ámbito de las familias y en relación con lo anterior la idea ***es apoyar a las mismas compartiendo socialmente las responsabilidades***. Esto significa trabajar coordinadamente con las CCAA, Diputaciones, Corporaciones Locales. Recuerdan que la colaboración es una herramienta necesaria para asegurar el Estado del Bienestar *“la colaboración con las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos representa un nuevo pilar del Estado de Bienestar que los socialistas hemos puesto en marcha en España”*¹⁸⁹ Esta idea se concreta en relación a la atención a la dependencia en:

- Asistencia domiciliaria para las familias que tengan a su cargo a personas que no puedan valerse por sí mismas. En cuatro años cubriremos el 100% de las necesidades de personas en situación de gran dependencia y el 60% del resto, mediante una red que proveerá cuidados para la vida diaria y **atención sociosanitaria**.
- Ampliación del número de plazas en centros de día para ancianos hasta llegar a las 60.000, lo que nos situaría en la media de Europa.
- En relación con la discapacidad (se cambia el término minusvalía) pero en sintonía con “el espíritu de la dependencia” señalar:
- Constitución de un Fondo para la creación de puestos de trabajo destinados a discapacitados físicos, psíquicos o sensoriales, como instrumento necesario para su inserción social.
- Apoyo público al acceso de los discapacitados a las nuevas tecnologías, como medio para reforzar su autonomía, formación y ocio.
- En el espacio sanitario la filosofía será ***servicios de más calidad para garantizar la igualdad***. Por esta razón el PSOE está satisfecho por lo que hasta ahora tenemos en sanidad. Evidentemente hay que reconocer la magnífica labor realizada a lo largo de los gobiernos socialistas en esta materia (82,86,89,93) *“El PSOE se siente orgulloso de haber contribuido decisivamente a la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y a su progresiva mejora”*¹⁹⁰
- Los socialistas queremos fortalecer el sistema sanitario público que hicimos posible, no destruirlo ni desnaturalizarlo. Queremos hacerlo más

¹⁸⁹ Programa Electoral PSOE 2000. Pág. 28

¹⁹⁰ Programa Electoral PSOE 2000. Pág. 30

eficaz, mejor administrado, más moderno en todos sus aspectos. Pero, sobre todo, queremos que siga siendo un instrumento básico de la igualdad de todos los ciudadanos.

- Renovación del Sistema Nacional de Salud:
 - *Se propondrá la modernización asentada en tres pilares: Un SNS concebido como un servicio público; un SNS integrado y de gestión descentralizada; **un SNS mejorado desde la gestión pública y lugar de una mercantilización.***
 - *Los Centros sanitarios públicos tendrán autonomía de gestión. Los Servicios de Salud establecerán los sistemas de colaboración entre los centros sanitarios, incentivando la cooperación y la complementariedad en contraposición a la competencia del mercado.*
 - *Promoveremos activamente una mayor vinculación local de la población con sus servicios sanitarios.*

IV.4.6.2. PARTIDO POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 111-160.

El Partido Popular se sitúa en la perspectiva de que se ha avanzado y se han dado pasos pertinentes para lograr que la sociedad participe más de la dinámica democrática *“hemos propiciado un sociedad más integrada, activa y dinámica. Hemos apoyado el protagonismo de una sociedad que genera iniciativa; porque son las personas con sentido del compromiso quienes más contribuyen al progreso y bienestar de un país”*¹⁹¹

Sigue manteniendo en su discurso el concepto de solidaridad. Ésta pretende que sea el eje central de sus propuestas en sanidad y área social. La persona es lo que cuenta *“el PP es un partido al servicio del conjunto de la sociedad. La solidaridad es uno de los valores que inspiran nuestra acción política. Está sustentada en la dignidad de cada persona, porque es el único concepto sobre el que se puede construir una sociedad libre, integrada y abierta”*¹⁹²

Las personas mayores constituyen un eje central del Programa, por ende la atención a la dependencia y la atención sociosanitaria serán esenciales *“la esperanza de vida de las personas mayores se ha aumentado y seguirá*

¹⁹¹ Programa Electoral PP 2000. Pág. 111

¹⁹² Programa Electoral PP 2000. Pág. 111

*incrementándose en el futuro. Afrontaremos esta realidad con una política **integral de atención a las personas mayores**, que comprenderá la garantía de las pensiones, la mejora de la asistencia sanitaria y el impulso de la atención sociosanitaria. Promoveremos fórmulas para hacernos menos dependientes, para retrasar la jubilación voluntaria, y para hacerles partícipes de actividades creativas relacionadas con su experiencia vital. Defenderemos estos compromisos en la renovación del Pacto de Toledo”¹⁹³*

Con respecto a las personas discapacitadas –también se aplica el nuevo término- se pretende que éstas alcancen un nivel óptimo de integración *“la sociedad en la que queremos vivir debe prestar una atención especial a las personas discapacitadas en función de sus necesidades. Promoveremos una nueva ley que desarrolle unas políticas integrales de prevención, rehabilitación, formación, empleo e integración social basadas en la atención personalizada”¹⁹⁴*

A los mayores se les quiere mejorar la atención social.

- Promoveremos, con la colaboración de las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos, un **Plan Nacional específico de atención a personas mayores dependientes** que, junto a las medidas de apoyo fiscal y de conciliación familiar y laboral, contemple un sistema específico de prestaciones.
- Seguiremos mejorando, desde todas las administraciones y con el concierto de la iniciativa social, la mejora de la oferta de fórmulas alternativas a la residencia de las personas dependientes, con especial incidencia en la atención domiciliaria.
- Incremento de los niveles de atención social a las personas mayores:
 - *Incrementar la oferta de plazas en residencias públicas y privadas para atender a la demanda motivada por situaciones de dependencia.*
 - *Mejorar la atención al anciano con la promoción de programas específicos de prevención y detección de los problemas sanitarios de las personas mayores.*
 - *Impulsar el Servicio de estancias diurnas.*
 - *Desarrollar el Servicio de Estancia Temporal en Residencias de personas mayores dependientes.*

¹⁹³ Programa Electoral PP 2000. Pág. 112

¹⁹⁴ Programa Electoral PP 2000. Pág. 113

- *Impulsar con carácter prioritario el esfuerzo en atención a enfermos de Alzheimer y otras demencias con **estrecha colaboración y coordinación con los servicios de atención sanitaria.***
- *Elaborar un marco jurídico favorable para la iniciativa social de atención a las personas mayores dependientes, en el que se contemple la posición de los diferentes agentes que intervienen: voluntariado social, entidades sin ánimo de lucro, empresas privadas y Administraciones. **En dicha elaboración participarán todos los agentes implicados.***
- *Potenciar el asociacionismo.*
- *Potenciar la participación de las personas mayores en las cuestiones que les afectan a través del Consejo Estatal de Mayores.*

Con respecto a la sanidad existe el objetivo de hacer de ésta una respuesta nuclear en el Estado del Bienestar “*el PP se compromete a garantizar la Universalidad, Equidad y Solidaridad en el Sistema Nacional de Salud*”¹⁹⁵

- Se culminará el nuevo modelo territorial del Sistema Nacional de Salud, **asegurando su unidad.**
- Reforzaremos la información sanitaria como factor estratégico en el desarrollo de unidad y coherencia interna del sistema.
- Estableceremos un Sistema General de Acreditación de Centros y Servicios que haga obligatorio el seguimiento de los mismos tanto en el ámbito público como privado.
- Crearemos la Agencia Española de Calidad Asistencial.
- **Potenciaremos las prestaciones sociosanitarias como prestaciones complementarias con cargo a las Administraciones Sociales y Sanitarias, en las situaciones de enfermedad crónica o dependencia física o psíquica.**
- **Para el desarrollo de los servicios sociosanitarios impulsaremos una doble vía: la del apoyo a las familias que asisten a las personas necesitadas de cuidados específicos y la vía institucional.**
 - *Pondremos a disposición de las familias servicios tales como centros de día, hospitales de día, atención domiciliaria, unidades de*

¹⁹⁵ Programa Electoral PP 2000. Pág. 126.

valoración geriátrica, unidades de fisioterapia, cuidados y atenciones básicas de carácter personal y servicios de teleasistencia.

- *Potenciaremos las prestaciones sociosanitarias.*
- *Crearemos un sistema unificado de Información y Atención al Usuarios sociosanitario (Red de coordinación de servicios sociosanitarios)*
- *Se crearán 60.000 plazas de larga estancia (36.000 asistidas y 24.000 para personas sin necesidad de cuidados especiales)*

IV.4.6.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 135-188.

El posicionamiento de IU es de intentar corregir los errores cometidos por los gobiernos del PSOE y del PP; para ello propone que el Estado del Bienestar se base en la garantía de los derechos subjetivos, por ser éstos el pilar fundamental que sostiene una auténtica sociedad del bienestar *“Izquierda Unida apuesta por un nuevo modelo de Bienestar social en el que la prioridad sea el empleo, que corrija las deficiencias señaladas hasta su desaparición, mediante la garantía de derechos subjetivos, es decir, exigibles antes la autoridad competente, a las prestaciones económicas (Seguridad Social Pública y Contributiva) y servicios (Educativos, Sanitarios y Sociales) así, como a medidas de acción positiva para sectores de población en situación de desigualdad”*¹⁹⁶

En relación con el colectivo de personas mayores el Programa de IU presenta una novedad; ésta es la diferenciación que hace entre:

- ✓ Prejubilados,
- ✓ Mayores-jóvenes, (65-75 años)
- ✓ Mayores-mayores, (más de 75 años)

A la población mayor, desde IU, hay que darle soporte en el ámbito de la sanidad; no emplea el término sociosanitario; pero el diseño de esta atención se halla en este marco.

- El colectivo de jubilados y pensionistas se diferencia de otros sectores de población por la permanencia y cronicidad de muchas enfermedades y discapacidades, por lo que precisan una serie de actuaciones específicas:
 - *La atención sanitaria a los mayores ha de ser pública y gratuita, incluidos fármacos y prótesis.*

¹⁹⁶ Programa Electoral IU 2000. Pág. 136

- *Dicha atención ha de ser prestada por especialistas en geriatría.*
- *Extender la medicina preventiva.*
- *Creación de Hospitales especializados para mayores, habilitar, en los ya existentes, plantas dedicadas a tratamientos geriátricos.*
- *Instalación urgente de telealarmas para todos los mayores que vivan solos.*
- *Viviendas adaptadas para mayores.*
- *Potenciar las residencias públicas. Contrucción de 1.000 plazas anuales para válidos y 2.000 para asistidos.*
- *Creación y potenciación de Residencias Diurnas.*
- *Promover y garantizar la participación de los mayores a través de sus Organizaciones.*
- *Crear espacios de encuentro intergeneracional y promover el asociacionismo entre los mayores.*

IV.4.6.4. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE, PARTIDO POPULAR E IZQUIERDA UNIDA.

Vamos “ganando en democracia”. Los programas electorales en materia de propuestas para atender a la dependencia no tienen grandes diferencias; esto es positivo porque demuestra que los partidos políticos van marcando unas líneas de acción en respuesta a los “ejes” marcados por el gobierno o gobiernos democráticos.

Nos hallamos ante las elecciones del 2000, anteriormente hemos tenido, desde el análisis que estamos haciendo, las del 82, 86, 89, 93 y 96; en este periodo ha habido un cambio de gobierno (96). En los programas electorales podemos percatarnos que la solidaridad es una variable esencial en el diseño de la Política Social.

Si es verdad que, en cuanto a propuestas de recursos no hay grandes o excesivas diferencias, sí las hay en el concepto de gestión; por cuanto IU se aleja de los postulados del PP y el PSOE está en una línea más intermedia. La gestión para IU tiene que ser prácticamente –en exclusividad- pública, aunque acepta transitoriamente la realidad de la gestión privada; para el PP perfectamente puede haber una sintonía entre lo público, privado sin ánimo de lucro y privado con ánimo de lucro; para el PSOE, la apuesta pública no contradice la colaboración –siempre complementaria- de la iniciativa privada, preferentemente sin ánimo de lucro.

Lo significativo es que se va consolidando una atención específica para la población mayor, al mismo tiempo que se hace un reconocimiento de la existencia de la dependencia y de la necesidad de actuar sociosanitariamente con las personas que tienen esta situación.

La dimensión sanitaria se ve “inmersa” en esta dinámica y, por tanto, hay que poner una especial atención al trabajo conjunto; entre lo social y lo sanitario. **Desde mi perspectiva esto comienza a significar que se consolida una base suficientemente solvente para comenzar a abordar de una manera más eficiente la posibilidad de plantearse la existencia de un SISTEMA ESPECÍFICO Y PROPIO que ofrezca una respuesta integral a la población con problemas de dependencia comenzando por la población mayor que es la más afectada por este tema.**

Los tres partidos políticos hablan de que es necesaria una coordinación y que ésta será prioritaria para el gobierno que salga de las urnas. Se señala la necesidad de que exista un **Plan Nacional Específico de las personas mayores.**

Empieza a ver conciencia de que hay que realizar nuevas propuestas y nuevos diseños para atender a la población mayor y dependiente. Incluso sorprende la de IU de crear hospitales o unidades especializadas para personas con enfermedades/dependencia crónicas. Lo señalo como concepto que, desde mi punto de vista, puede ser interpretado de diferentes formas con una visión tanto positiva como negativa.

Es verdad que la insistencia en coordinar los ámbitos: social, sanitario y administrativos (Estado, CCAA, Diputaciones, Ayuntamientos) pone en evidencia que, después de varios años de gobiernos democráticos, existe un problema que imposibilita realmente el avanzar en una respuesta conjunta y coherente. Quizá sea este uno de los mayores “defectos” de nuestra organización política-administrativa.

Repetir este tema y pretender solucionarlo; pero cuando se llega a ejercer la responsabilidad de gobierno, tampoco queda solucionado indica algo de más calado: **la realidad de una fragmentación y dispersión en espacios tan vitales para el mantenimiento del Estado del Bienestar como son la salud y los servicios sociales, y el espacio emergente de la dependencia y, por tanto, de la búsqueda de servicios sociosanitarios.**

Precisamente la propuesta de esta Tesis va en la dirección de sumar y lograr avanzar de manera conjunta en la respuesta que la población necesita para mantener un Estado del Bienestar acorde con las demandas de la población.

**QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:
(2000):**

- Mayor compromiso con la gente mayor
- Servicios de más calidad para garantizar la igualdad
- Sociedad más integrada
- Solidaridad
- Coordinación
- Atención especializada a la dependencia
- Atención a personas mayores
- Atención a personas con discapacidad
- Plan sociosanitario
- Dimensión social de la salud
- Plan Nacional de las personas mayores
- Aumento de recursos (dispositivos de atención) para personas dependientes
- Fomento del Asociacionismo

IV.4.7.- AÑO 2004

IV.4.7.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 69-99.

El PSOE se sitúa en esta ocasión ante lo que España necesita: un nuevo impulso de políticas de Bienestar y modernizar nuestros servicios públicos haciéndolos suficientes y eficientes. *“La sociedad española de hoy, del año 2004, nos presenta fuertes demandas para una nueva organización social.*

NO son sólo llamadas morales a la justicia social. Son problemas que nos presenta una sociedad en gran parte nueva y que la política deber resolver, porque sabemos que el mercado es insaciable y ajeno a las soluciones y porque reivindicamos esa función noble y principal de la política para organizar la convivencia en libertad y con justicia”¹⁹⁷

De nuevo, aparece en el Programa Electoral la atención a los mayores. Centra la atención en **más calidad de vida para las personas mayores y sus familias. El eje central será la atención a la dependencia.**

- Son muchas las personas en situación de dependencia que no pueden realizar por sí mismos las actividades de la vida diaria y que no tienen, ni ellos ni sus familias, ninguna ayuda para atender esas necesidades. El PSOE se compromete a cubrir esa necesidad social con las prestaciones y los servicios adecuados, ampliando los derechos sociales **de los ciudadanos con el reconocimiento del derecho a la protección de las situaciones de dependencia.**

Es muy importante esta sensibilidad reconocer el derecho dado que esto presupone dar un paso significativo con respecto a todos los anteriores programas electorales: **pasa a la categoría de reconocimiento, es un derecho que se reconoce. Se pueda asentar en una Ley y, por tanto, equiparse verdaderamente a los derechos de educación, sanidad y pensiones. Se abre una posibilidad real de que se pueda constituir un SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.**

- La dependencia es una situación personal, ligada a la falta de autonomía física o intelectual, que se caracteriza por una necesidad importante y prolongada de ayuda o asistencia para realizar los actos corrientes de la vida cotidiana, y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.
- El PSOE se propone regular la atención a estas situaciones mediante la creación de un Sistema Nacional de Atención a las Personas Dependientes, que se completará a lo largo de dos legislaturas, al final de las cuales la Red de Atención a Personas Dependientes incluirá una cartera de servicios según el nivel de dependencia.
- El Gobierno Socialista propondrá a las CCAA y a la FEMP un Plan Nacional de la Dependencia para el desarrollo y la ejecución de este programa, que será respetuoso con las competencias de las Comunidades Autónomas y Entidades Locales, y que será financiado con aportaciones de las tres Administraciones (General del Estado, Autonómica y Local)

¹⁹⁷ Programa Electoral PSOE 2004. Pág. 70

En el área de la discapacidad se puede resaltar lo siguiente:

- Los socialistas –con el objetivo de lograr una sociedad más inclusiva, más solidaria, más justa y más respetuoso con la diversidad, en la que todas las personas pueden llevar una vida independiente y plena -nos comprometemos a desarrollar una política activa, coherente y cohesionada, que permita de forma efectiva la no discriminación, la igualdad de oportunidades y la equiparación de derechos de las personas con discapacidad con el resto de los ciudadanos. **Se trata de fomentar Derechos sociales universales, vinculantes, exigibles e iguales en todo el territorio del Estado.**

En el espacio sanitario el PSOE sigue posicionándose como en la campaña electoral del 2000. *“El Sistema Nacional de Salud (SNS) es un pilar esencial del bienestar social español y una de las instituciones que más beneficios han producido a millones de ciudadanos y ciudadanas en nuestro país; es una fuente de cohesión social y de seguridad para las personas”*¹⁹⁸

- Se asegurará la coordinación eficaz de los servicios sociosanitarios, con el objetivo de garantizar una respuesta rápida y adecuada a las necesidades de los mayores. Apoyaremos el desarrollo de servicios y programas de geriatría así como la atención personalizada e integral de los problemas sociosanitarios.

IV.4.7.2. PARTIDO POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 97-211

El PP popular sitúa su programa electoral explicitando lo logros adquiridos y lo que busca a través de sus políticas sociales es **conducirnos hacia un mayor bienestar; por esta razón para los mayores quiere más calidad de vida.**

- El Partido Popular quiere seguir mejorando los servicios sociales y sanitarios.
- El Partido Popular seguirá apoyando la labor de asistencia y cuidado de las personas mayores que realizan sus familias, e impulsando fórmulas alternativas a las residencias.

¹⁹⁸ Programa Electoral del PSOE 2004. Pág. 80

- Se considerará prioritaria la atención a las personas que han perdido su autonomía. **La dependencia** es un reto que abordaremos buscando el consenso de las fuerzas políticas y de los agentes sociales.
- Se impulsará un Sistema de Protección Social de las personas mayores.
 - *El sistema se basará en los principios de atención equitativa a todos los ciudadanos dependientes, cooperación entre las distintas administraciones públicas y colaboración con el sector privado.*
 - ***Este sistema preverá y coordinará los recursos y las tareas que correspondan a las distintas Administraciones Públicas con la finalidad de adecuar las prestaciones y servicios a las nuevas necesidades sociales de las personas dependientes.***
 - *Reconoceremos distintos niveles de dependencia de las personas mayores y discapacitadas, según su autonomía personal, de acuerdo con las escalas de valoración validadas internacionalmente.*
 - *Estableceremos los niveles de atención a los que tienen derecho las personas dependientes y las Administraciones responsables de su prestación.*
 - *Promoveremos un sistema de ayuda a todas las personas dependientes, que incluya medidas concretas como la teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y residencias, de acuerdo con sus necesidades.*
 - *Impulsaremos un uso intensivo de las nuevas tecnologías al servicio de las personas dependientes y de sus familias.*
 - *Promoveremos acciones de formación y empleo destinadas a profesionales, trabajadores sociales y cuidadores de personas dependientes.*
 - ***Se potenciara la atención domiciliaria.***
 - ***Promover el control de patologías crónicas a domicilio.***

En relación a la Discapacidad hay que señalar que se aprobó en esta legislatura (2000-2004) La Ley de Igualdad de Oportunidades, No

Discriminación Accesibilidad Universal; sin embargo el PP seguirá apostando por la Plena Integración Laboral y por una mayor accesibilidad.

Con referencia a la Salud seguirá trabajando por una modernización del Sistema Nacional de Salud. Se seguirá apostando por una mayor coordinación.

IV.4.7.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 13-26

El planteamiento de Izquierda Unida en el estado del Bienestar **es ampliar el Estado del Bienestar**. *“Los servicios sociales, escasamente desarrollados en nuestro país, deben formar parte de una estrategia por el empleo. Proponemos un impulso a los Programas y Servicios de Protección Social y Planes Integrales de Atención Sectorial dirigidos a **personas con dependencia, mayores, discapacitados** y de apoyo a la infancia, para atender múltiples carencias de nuestro sistema de Bienestar Social, apoyado básicamente en el cuidado que prestan las mujeres a estos sectores sociales”*¹⁹⁹

Ciertamente en el desarrollo de los Servicios Sociales se pone en evidencia la necesidad de coordinarse, lo cual significa que existe un problema de dispersión y fragmentación, realidad que no se puede obviar si, queremos realmente **“crecer -de manera equilibrada, coherente, eficiente, ajustándose a nuestra situación económica- en un verdadero Sistema de Servicios Sociales”**, que una ayuda muy importante sería la aprobación de una Ley de Servicios Sociales. En esta esta Tesis he hecho referencia en anteriores apartados e este tema.

Izquierda Unida considera que es pertinente tener una Ley Básica de Servicios Sociales; se trata para IU en una reivindicación recurrente ya que en otros programas electorales también lo ha señalado. Yo estoy totalmente en sintonía con esta propuesta. *“IU propugna un Sistema público de servicios sociales, apoyado normativamente en una Ley Básica de Servicios Sociales, acordada previamente con las Comunidades Autónomas, que reconozca el carácter subjetivo y universal de sus prestaciones, y con una financiación suficiente por parte de las Administraciones Públicas”*²⁰⁰

En relación con los Mayores considera los siguientes puntos:

¹⁹⁹ Programa Electoral IU 2004. Pág. 18

²⁰⁰ Programa Electoral IU 2004. Pág. 18

- Aprobar la Ley de atención a las personas mayores y personas dependientes.
- Mejorar su calidad de vida con incentivos que les ayuden a la participación ciudadana. Generalización de los Consejos de las Personas Mayores.
- Unificación de criterios en los ingresos de las Residencias Públicas.
- Creación de 62.000 plazas públicas.
- Reconversión de 75.000 plazas de válidos para personas asistidas.
- Aumentar en 155.000 las personas usuarias de ayuda a domicilio.
- Creación de 50.000 nuevas plazas de estancias diurnas de las que el 75% serán públicas de gestión directa.
- Extensión de Teleasistencia –generalizado para todas las personas mayores de 80 años-
- 17.000 plazas de viviendas tuteladas de carácter público.
- Desarrollar a partir de los Centros de Día, Hogares de Tercera Edad y Residencias sistemas de comida y lavandería a domicilio, alcanzando a 70.000 usuarios nuevos.

En sanidad apuesta por que sea pública y próxima a la ciudadanía.
Propone:

- Aumentar el gasto sanitario público.
- Defender el sistema sanitario público. Esto lo hará de acuerdo con las Comunidades Autónomas. Se potenciara el servicio de geriatría; aprobará el plan de alzhéimer, de otras demencias y de salud mental.

IV.4.7.4. PNV (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 1-40

- Desde el PNV se señala que la protección social está fundamentada en Euskadi y en España en tres ingredientes básicos:
 - El sistema público de pensiones.
 - El mutualismo complementario.
 - La asistencia social.
- El PNV entiende que la política social necesita, como mínimo, en su definición y aplicación, para ser entendida como realmente solidaria, de una doble orientación: por un lado, ha de plantearse y gestionarse orientada con claridad al individuo, hacia la persona, hombre o mujer, niño, joven o mayor, hacia quien se dirige tal política; por otro, modularse y dirigirse con decisión, hacia los más desasistidos, los necesitados, las personas con dependencia o discapacidad,; los discriminados; los desprotegidos sean cuales sean las causas; las personas en situación de desigualdad; los parados...los inmigrantes...en fin todos aquellos y aquellas, hombres y mujeres, incapaces de, por sí solos, hacer frente a las complejas circunstancias de la vida.

IV.4.7.5. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE, PARTIDO POPULAR, IZQUIERDA UNIDA Y PNV.

De nuevo hay que concluir que todos los partidos, incluido el PNV, en su declaración de principios lo que buscan es poder ayudar –desde su perspectiva- a los ciudadanos haciendo que el Estado de Bienestar persista.

En la propuesta del Partido Socialista se concreta ya el planteamiento y desarrollo de un SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. En esto es claro y conciso.

El Partido Popular también hace referencia a un Plan de Atención a la Dependencia; pero se trata de un plan que realizará en dialogo con las Comunidades Autónomas. El PSOE, atención, dice SISTEMA.

Izquierda Unida también hace referencia a la dependencia; pero apuesta por promover una Ley Básica de Servicios Sociales.

La visión de los tres partidos políticos es coherente a sus principios y, desde luego, demuestra que se quiere consolidar una atención a la dependencia.

En las propuestas, de nuevo, vuelve a haber bastante aproximación. La diferencia más importante está relacionada con quien tiene que hacer la gestión. Nos movemos en la “tensión” de si tiene que ser estrictamente por las Administraciones Públicas o bien puede darse que participen otros agentes de iniciativa privada.

En todo caso, ningún Partido Político deja de manera clara la necesidad de dar un paso adelante en el establecimiento tanto de un Sistema de Servicios Sociales como en un Sistema de Atención a la Dependencia, salvo la intencionalidad del PSOE. Tampoco IU. El dar un paso adelante implicaría, como explicaré cuando exponga los principios del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario, una reestructuración del Sistema de Salud. Lo sociosanitario implica reorganizar porque, si esto no lo hacemos, seguiremos debatiendo “eternamente” sobre la coordinación.

Es verdad que, como hemos podido comprobar hasta el momento en el recorrido de los programas electorales, se ha avanzado significativamente en la comprensión del Estado del Bienestar en cuando a las repuestas que se deben de dar desde la sanidad y de los servicios sociales; pero también se pone en evidencia que seguimos intentando avanzar conjuntamente sin terminar de “dar con la fórmula” que, de verdad, nos haga trabajar como un equipo en aras de que la población tenga el mejor de los Estados de Bienestar de una sociedad avanzada y moderna.

Una sociedad democrática y madura como se está demostrando que es la española no puede limitarse a confiar que los políticos resolverán todos los problemas. Ni, tampoco, los políticos son los que deben de establecer las únicas propuestas factibles para desarrollar una Política Social. Se nos invita a participar y a proponer; este es un aspecto que, todavía, no ha calado en la sociedad española. Se crean los órganos como, por ejemplo el Consejo Estatal de Personas Mayores; pero, al final, no se le da la suficiente importancia.

Lo que es cierto es que precisamos de ser innovadores y creativos sin anclarnos en principios estáticos e intentando buscar nuevas fórmulas de colaboración que hagan posible que todo aquello que nos une se pueda poner al servicio de los ciudadanos.

Creo, por lo recogido en estos Programas Electorales, que la Atención a la Dependencia es una oportunidad que nos da la sociedad –nuestra

sociedad- con nuestra realidad político-administrativa para demostrar los políticos y la sociedad que somos capaces de generar confianza por medio del establecimiento de una PROYECTO CONJUNTO DE TRABAJO.

La dependencia es una realidad a la que todos, la gran mayoría de la población, tendremos que llegar; no es algo –si cumplimos años- que no nos afectará; es una realidad que precisa de solidaridad y equidad. Hagamos posible esta equidad y actuemos con solidaridad.

**QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:
(2004):**

- **Un nuevo impulso de políticas de Bienestar**
- **Más calidad de vida para las personas mayores**
- **Atención a Dependientes**
- **Coordinación con los servicios**
- **Creación de un Sistema Nacional de Atención a la Dependencia**
- **Plan Nacional de la Dependencia**
- **Sistema de Protección Social de las Personas Dependientes**
- **Ley Básica General de Servicios Sociales**
- **Creación de Dispositivos y Recursos**
- **Fomentar la participación**
- **Gestión Pública**
- **Gestión Privada**

IV.4.8.- AÑO 2008

IV.4.8.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 49-104

El Partido Socialista Obrero Español sigue apostando por **fortalecer el Sistema de Bienestar**. En esta perspectiva entiende que las pensiones y la seguridad social tiene que ser un sistema solidario y sostenible.

La salud debe de establecerse en la perspectiva de que es un **sistema al servicio de la ciudadanía y de los pacientes**.

- Más cohesión, más calidad, más igualdad.
 - *Garantizaremos que la ciudadanía recibe una atención sanitaria mediante el establecimiento de criterios comunes, que garanticen la mejor calidad asistencial y la práctica de derechos y deberes de los pacientes en condiciones similares, tanto en centros públicos como en privados y concertados.*
 - *Se desarrollarán reglamentariamente las funciones de la Alta Inspección, establecidas en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, cuya función principal es la garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las CCAA en materia de sanidad y de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en la Constitución, en los Estatutos de Autonomía y en las leyes.*
- Refuerzo de las políticas preventivas.
- Medidas para mejorar la organización, la calidad y la accesibilidad de los servicios sanitarios.
- Mejorar la atención a mayores y pacientes en situación de gran dependencia y pacientes con patologías crónicas.
 - *Elaboraremos una Estrategia para fomentar el envejecimiento saludable y los cuidados geriátricos, que potencie su desarrollo en el Sistema Nacional de Salud, asegurando la coordinación con la atención primaria.*
 - *Desarrollaremos una Estrategia específica para la atención a las personas en situación de dependencia que garantice la calidad en*

la continuidad de la atención sanitaria, la simplificación de los procedimientos, y la calidad de vida en su domicilio, en coordinación con las estrategias de atención desarrolladas a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

En el área específica de **la dependencia** lo que se busca es ampliar y desarrollar los nuevos servicios. *“Para seguir avanzando en el desarrollo y aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, el PSOE propone que la atención a las personas mayores en situación de dependencia se preste con suficiencia de recursos, mediante programas y servicios de calidad”*²⁰¹

- Facilitar la coordinación institucional y social del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
 - *Establecer marcos institucionales adecuados para el desarrollo de la coordinación social y sanitaria. Especialmente, es necesario promover la coordinación del Programa Individual de Atención previsto en la Ley, y que corresponde elaborar a los Servicios Sociales, y el Plan de cuidados que elaborará el sistema sanitario en torno a una misma persona. También hay que impulsar programas integrales (sociales y sanitarios) de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.*
 - *Apoyar al Tercer Sector incentivando la máxima profesionalización, fomentando el voluntariado y la potenciación de la responsabilidad social corporativa. Impulsar la economía social y **posibilitar marcos de concertación que garanticen la estabilidad y la viabilidad de los proyectos.***
 - *Facilitar que las empresas de inserción y los Centros Especiales de Empleo operen en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como proveedores y prestadores de servicios, ya que aportan su valor añadido en forma de contribución a la autonomía económica y personal y a la integración social de personas con dificultades.*
- Favorecer la igualdad de oportunidades y la equidad del sistema.
 - ***Garantizar la atención en los entornos rurales que permita la permanencia de las personas en su medio. Se deberán potenciar los***

²⁰¹ Programa Electoral PSOE 2008. Pág. 65

servicios y las redes de apoyo a las personas dependientes que viven en el mundo rural. Es necesario crear modalidades específicas de atención a las personas dependientes en su entorno, potenciando la creación de recursos y servicios de carácter flexible, adaptados a las necesidades concretas de los territorios que combinen servicios como: terapia ocupacional, comedor, comida a domicilio, rehabilitación, reparaciones domiciliarias....

- *Desarrollar programas de intervención que fomenten los hábitos de vida saludables.*
- Apostar por la Calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
 - *Proponer criterios comunes para la acreditación de centros y servicios en las CCAA.*
 - *Reconocer, en el marco del Sistema Nacional de Cualificaciones, las formaciones específicas relacionadas con las atenciones sociales a las personas en situación de dependencia, con una titulación oficial y su correspondiente currículo formativo.*
- Impulsar medidas complementarias de acompañamiento a la Ley.

La discapacidad desde el Partido Socialista Obrero Español tiene que ser apoyada a través del empleo, accesibilidad e igualdad de derechos. *“Desarrollaremos la iniciativa Participación 2012 con objetivos y medidas definidos para que, a lo largo de la Legislatura y con el horizonte del 2012, se dé un paso sustancial en la inclusión y la ciudadanía de las personas con discapacidad sus familias”*²⁰²

IV.4.8.2. PARTIDO POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 103-326

El Partido Popular pretende desarrollar una **sociedad con mayor igualdad**. Desde esta perspectiva entiende que se deben de trabajar las políticas para las personas mayores y para las personas con discapacidad.

Curiosamente el PP **evidencia que los mayores cada vez son más jóvenes**; esta visión coincide con la constatación señalada por Izquierda

²⁰² Programa Electoral PSOE 2008. Pág. 68

Unida en un Programa Electoral anterior en donde hacia una división de la población mayor en tres grupos.

Al PP le preocupan las cuentas, *“hay que garantizar la sostenibilidad de las cuentas públicas ante las necesidades de gasto futuras que se generarán en materia de pensiones, sanidad y servicios sociales”*²⁰³

Con respecto a la Ley de Dependencia señala que ésta tiene grandes problemas por cuanto existen *“importantes carencias, en particular por la insuficiencia de su financiación estatal”*²⁰⁴

- Trabajaremos por un mayor reconocimiento de los mayores.
- Mejoraremos sustancialmente sus pensiones.
- Aseguremos el cumplimiento y la mejora de la Ley de Dependencia.

En cuanto a **la discapacidad** el trabajo se basará en políticas de igualdad. De esta forma se abordará la atención a la discapacidad como política prioritaria. Se promoverá la formación de las personas con discapacidad. Se facilitará el acceso al empleo a las personas con discapacidad. Se mejorará la accesibilidad y se potenciarán las prestaciones, mejorándolas, para dar un apoyo a la autonomía personal.

El objetivo del PP es aumentar el bienestar social. **Esto conlleva el lograr una sanidad más personalizada.**

- Queremos un Sistema Nacional de Salud de calidad, sostenible y que se adapte a las necesidades de la sociedad.
- Se priorizará la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos saludables.
- Aprovechar las nuevas tecnologías.
- Se fomentará una gestión eficaz con técnicas que permitan ganar en eficiencia y mejorar en calidad.
- **Para avanzar en la sostenibilidad, la calidad y la equidad del Sistema Nacional de Salud, promoveremos un PACTO NACIONAL con las Comunidades Autónomas, los grupos políticos, los interlocutores sociales y profesionales.**

²⁰³ Programa Electoral PP 2008. Pág. 177

²⁰⁴ Programa Electoral del PP 2008. Pág. 178

- La prevención y la promoción de la salud, ejes de la política sanitaria.
- Una nueva cartera de servicios:
 - *Elaboraremos un Plan Integral de Salud Mental, que mejore los cuidados asistenciales y disminuya la carga familiar y social y evite situaciones de exclusión, con especial atención a los problemas psiquiátricos infantojuveniles.*
 - *Plan integral del cáncer.*
- Calidad e igualdad en el acceso a la sanidad pública
 - *Impulsaremos la implantación de sistemas y proyectos que permitan la atención remota de los pacientes crónicos y postoperatorios en el hogar, a través de la teleasistencia.*
 - *Se impulsará la teleconsulta y el telediagnóstico.*
 - *Promoveremos protocolos de actuación inmediata y de atención continuada para las lesiones cerebrales sobrevenidas.*

En la dependencia el PP propone:

- Impulsaremos la plena efectividad de la Ley de Dependencia.
- Calidad y equidad.
- Se garantizará el derecho subjetivo de los ciudadanos a la promoción de la autonomía personal y a la atención a las situaciones de dependencia. **Este derecho se hará efectivo a través del Sistema Nacional de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD), en todo el territorio nacional.**
- Fomentaremos la investigación de enfermedades que puedan derivar en pérdida de autonomía para buscar y aplicar las mejores respuestas sanitarias y sociales.
- **Se definirá la cartera de servicios.**
- **Se buscará la adecuada coordinación entre el Sistema Nacional de Salud y el Sistema Nacional de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, todo ello orientado a fomentar la calidad en la atención a los mayores y discapacitados dependientes.**

- Mejoraremos las actuales aportaciones del Estado a la Dependencia para asegurar la calidad y equidad de los servicios y prestaciones incluidos en el marco de la Ley de la Dependencia.

IV.4.8.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 20-37

El planteamiento de Izquierda Unida es **hacer una política social para hacer reales los derechos de la ciudadanía.**

En el área de la salud considera importante:

- Mejorar las condiciones teóricas, sociales, sindicales y políticas para que las izquierdas reconstruyan y proyecten al futuro un pensamiento fuerte en política sanitaria.
- Proponer y apoyar la profundización democrática del sistema sanitario.
- Poner freno al desdibujamiento del papel del Estado en la política sanitaria.
- Potenciar el Sistema Nacional de Salud.
- Las izquierdas, IU, deben asumir la responsabilidad de promover un cambio profundo del sistema sanitario español que lo defienda de las posibles agresiones y disfuncionalidades que padece y que lo fortalezca como parte esencial de nuestro modelo de estado.
- Es necesaria y oportuna una nueva ley general de sanidad como reflejo del nuevo nivel de interlocución social que proponemos.

En relación con los mayores propone (refleja las mismas peticiones que en las elecciones anteriores):

- Servicio de Geriátría en cada Área o Comarca sanitaria, tanto en el medio rural como urbano. Creación de hospitales para mayores con enfermedades crónicas o, en su defecto, habilitar hospitales plantas especializadas en cuidados geriátricos de acuerdo con las situaciones de enfermedad: aguda, incapacidad física o mental.

- Aprobar el Plan de Alzheimer y otras demencias y el Plan de Salud Mental.

En cuanto a **la dependencia**:

- Sistema de carácter público que integra de forma coordinada centros y servicios públicos concertados.
- Reconocimiento de la enfermedad mental y discapacidad intelectual como situación dependencia.
- Catálogo de servicios y prestaciones básicos iguales en todo el territorio y financiados por el estado ampliables por las CCAA.
- No obstante, aún quedan importante escollos que resolver y una decidida voluntad política en una dirección: garantizar una provisión pública de esos servicios. Evitar el camino hacia la privatización por la vía de la concertación con entidades privadas.
- Mejora de los derechos en la Ley de Dependencia, supresión del copago, ampliación del sistema personal, **asegurar la coordinación sociosanitaria y cooperación interadministrativa**.
- Financiación suficiente, estable y sostenida en el tiempo.

IV.4.8.4. PNV (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 20-36

El punto de partido del PNV está en **unas políticas de empleo y seguridad social centradas en el ciudadano y en la búsqueda de la cohesión**. En cuanto a la consolidación del Estado Social tiene que tener en cuenta *“que por definición, la acción política supone marcarse objetivos en virtud de recursos limitados y 20 años de autogobierno avalan la capacidad de las instituciones vascas para adecuarse a las circunstancias. La encrucijada en que nos encontramos es la de garantizar unos niveles adecuados de bienestar social, a pesar de las adversas condiciones económicas. Ello implica, entre otras cosas, imponernos una notable exigencia a la hora de gestionar los recursos existentes y adoptar las medidas correctoras necesarias para seguir proporcionando la necesaria cobertura social, eludiendo de ese modo tanto*

*criterios demagógicos como resignación ante la permanencia crónica de sectores marginales o desfavorecidos”*²⁰⁵

El PNV ateniéndose a lo anterior propone:

- Ajustar las prestaciones sociales al concepto del estado de necesidad, conteniendo así determinadas formas de gasto alentadas en momentos de euforia presupuestaria y que no corresponden a verdaderas situaciones de carencia física, económica o cultural.
- Hay que insistir en medidas preventivas.
- Estudiar la posibilidad de cofinanciación de los servicios sociales, al igual que ocurre en otros servicios públicos.
- Dar suficiente importancia a la planificación y a los análisis de prospectiva. La previsión va ser fundamental en el futuro para evitar los colapsos financieros.
- Trabajar en función de un criterio de integralidad.....en la configuración del Estado de Bienestar, en armonía con otras actividades más tradicionales dentro de este ámbito, como la acción social o los servicios sanitarios.
- Reforzar un carácter complementario buscando la colaboración entre los ámbitos público y privado.
- En cuanto a la aparición del fenómeno de la dependencia:
 - *Impulsar programas de apoyo a familias cuidadoras.*
 - *Programas de apoyo a mayores en situación de fragilidad.*
 - *Impulso del voluntariado.*
 - *Mejora de la oferta de plazas residenciales para personas dependientes.*
 - ***Preparar servicios socio-sanitarios de atención que asuman la diversidad de las situaciones de dependencia y el hecho de que la dependencia es un concepto evolutivo.***

²⁰⁵ Programa Electoral PNV 2008. Pág. 31

- *Poner en marcha recursos innovadores para personas dependientes con mejora en la calidad de vida, así como con costes económicos menores.*

Existe, sin embargo, una discrepancia importante *“En el ámbito de la dependencia, debemos denunciar la recientemente aprobada por las Cortes Generales, Ley de Dependencia. Se trata de una Ley que vulnera la habilitación del legislador estatal para regular en materia que corresponde en exclusiva a las Comunidades Autónomas; que utiliza títulos competenciales transversales como el previsto en el art. 149.1.1 de la Constitución garante de las condiciones de igualdad entre los ciudadanos pero que no legitima la actuación legislativa del Estado y por último, se trata de una ley que no mejora el sistema protector de la dependencia de Euskadi, sino que lo reduce, e incorpora notables incertidumbres en relación a su aplicabilidad en un análisis prospectivo”*²⁰⁶

IV.4.8.5. UPyD (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 19-21

El Partido Unión Progreso y Democracia concurre a las elecciones generales con un Programa que intenta dar “luces” sobre **las políticas económicas y sociales**.

El punto de partida es ubicarse en una realidad social complicada para el desarrollo de una economía sostenible y por tanto que ayude verdaderamente a la salvaguarda del Estado del Bienestar *“Los españoles afrontamos las próximas elecciones generales dentro de un clima económico lleno de incertidumbre. En los últimos meses hemos asistido a la elevación de los tipos de interés, a un repunte muy acusado de la tase de inflación y, en general, a un empeoramiento de nuestras perspectivas para el futuro. Ello no es sino el resultado del agotamiento del modelo de crecimiento que ha caracterizado a la economía española durante la última década”*²⁰⁷

Unión Progreso y Democracia señala seis propuestas para una política de equidad.

- Atención a los problemas de las familias.
- Mejora del sistema de pensiones.

²⁰⁶ Programa Electoral del PNV 2008. Pág. 33

²⁰⁷ Programa Electoral de UPyD 2008. Pág. 19

- Atención a las personas dependientes.
 - *La aplicación de la Ley de Dependencia y la homogeneización de los servicios de atención a las personas dependientes constituyen retos relevantes para completar en España el Estado de Bienestar. A este respecto, se hace necesario dotar suficientemente los presupuestos destinados a la financiación de las prestaciones y servicios correspondientes cuya competencia recae principalmente en las CCAA.*
 -
 - *El PSOE, aún, cuando ha promovido la regulación de las prestaciones por dependencia, lo ha hecho de manera demagógica al no arbitrar los recursos necesarios para dar cumplimiento a los derechos reconocidos. UPyD se compromete a incrementar los recursos destinados a dar cumplimiento a la ley de la dependencia logrando que al final de la legislatura alcance al 75% de la población dependiente.*
- Los servicios básicos públicos: Educación y Sanidad. Acepta el copago. Siempre habrá un número de visitas exentas, la cronicidad también estará exenta, y luego habrá que tener en cuenta la renta.
- La vivienda.
- La política de inmigración.

IV.4.8.6. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE, PARTIDO POPULAR, IZQUIERDA UNIDA, PNV y UPyD.

En términos generales puedo, volver a afirmar, que existen más aproximaciones que diferencias. Esto es importante resaltarlo porque es una buena base para el desarrollo del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

Las diferencias vienen marcadas fundamentalmente por la insistencia de Izquierda Unida en que la gestión tiene que ser pública; aunque se intuye que podría estar abierta a una gestión realizada por entidades sin ánimo de lucro y por la visión del PNV que entiende la Ley más que como una posibilidad de aproximación entre las CCAA como una injerencia en las competencias propias de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Considero que, lo destacable, es el análisis de estos programas electorales me ayuda a posicionarme en la idea que es posible abordar un trabajo conjunto en materia de atención sociosanitaria, vinculando ésta a la dependencia.

Al tener esta visión estoy reconociendo que los Partidos Políticos que aspiren a gobernar en España y en las CCAA tienen que aceptar que hay que articular un SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y SOCIO SANITARIO. Es necesario innovar y evolucionar.

Me parece, también, realista el posicionamiento del PNV y de UPyD en cuanto a que el Sistema habrá que adecuarlo a la realidad económica. Se supone que cuando el PSOE y el PP hacen referencia a una coordinación entre Administraciones Públicas en este “espíritu” también existe la idea de tener en cuenta la situación económica. Sobre este punto esta tesis en el capítulo I ha dejado en evidencia que el marco económico es esencial para el desarrollo de un Estado de Bienestar.

Hay consenso en el reconocimiento de la dependencia esto es esencial para poder establecer propuestas que ayuden a optimizar, aplicar, desarrollar, establecer y fomentar, en el marco de una atención eficiente, coherente y adecuada, un sistema que sea sostenible en el tiempo.

La existencia de la Ley de la Dependencia que entró en vigor el 1 de enero de 2007, independientemente que el soporte financiero no haya quedado asegurado **—sobre este punto ya he hecho el correspondiente análisis en apartados anteriores—**, ha supuesto la afirmación de que el tema es importante y, por lo tanto, habrá que ir buscando la manera de llegar a establecer, con todo el rigor que corresponde, operativamente el SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y SOCIO SANITARIO.

Estamos en un camino de no retorno. Esto quiere decir que, desde mi punto de vista, hay que optimizar los recursos existentes y esto supone reorganizar y planificar de manera diferente. Los esquemas y planteamientos con los que se “inauguró el espacio de los servicios sociales” a partir del año 1982 han cambiado; lo hemos podido comprobar en el análisis que hemos hecho de los programas electorales hasta la fecha.

La sociedad ha progresado y las necesidades sociales han ido, también cambiando, de hecho están en permanente transformación debido a variables que afectan a la realidad social en la que nos encontramos.

La “crisis económica” nos ha hecho tomar conciencia de que es necesario establecer una colaboración estable entre las Administraciones

Públicas en lo referente a espacios tan importantes como son la sanidad y los servicios sociales, y en la evolución de ambas áreas en favor de un SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y SOCIO SANITARIO.

**QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:
(2008):**

- Fortalecer el sistema de bienestar
- Una sociedad con mayor igualdad.
- Un servicio de salud al servicio de la ciudadanía y los pacientes.
- Mejorar la atención a los mayores en situación de dependencia.
- Desarrollo el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Apoyo a la Ley de la Dependencia.
- Favorecer la Equidad del Sistema.
- Apoyar las personas con discapacidad: un compromiso del gobierno.
- Políticas inclusivas para las personas con discapacidad.
- Reconocimiento de que los mayores son cada vez “más jóvenes”.
- Las Entidades Sociales en la gestión de los servicios.
- Se mejoran los recursos para la aplicación de la Ley de la Dependencia.
- Garantizar la sostenibilidad del Sistema.
- Coordinación.
- Corresponsabilidad en el sostenimiento económico.
- Equidad en el Sistema.

IV.4.9.- AÑO 2011

IV.4.9.1. PARTIDO SOCIALISTA OBRERO ESPAÑOL (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 10-109

Se parte reconociendo la existencia de la crisis y “la fuerza” que ésta tiene en España. Se acentúa que nos hallamos ante una crisis a nivel mundial que nos obliga a tener que cambiar el modelo de la economía española. *“La crisis financiera mundial iniciada en 2008 se ha transformado en los últimos tres años en una dura crisis económica de carácter real con destrucción de empleo y cierre de empresas.....necesitamos transformar la economía española, porque nuestro futuro está en ello. La crisis económica nos fuerza a cambiar, pero también es una oportunidad para resolver los problemas estructurales que nos han situado en donde estamos”* ²⁰⁸

El Estado del Bienestar “lo centra” el PSOE en la igualdad del siglo XXI como la igualdad de oportunidades. Así los ejes de la política social serán:

- Una inversión social que genere crecimiento económico y empleo.
 - *La política social del futuro debe concebirse y diseñarse como inversión, y no como gasto.*
 - *El Estado del Bienestar que queremos es un sistema con una fuerte dimensión activadora, orientado hacia inversiones sociales preventivas.*
- Una política social adaptada a la realidad de las personas. Respondiendo a todas las dimensiones de la igualdad.
 - *Mejoraremos la eficacia y la equidad de nuestro Estado del Bienestar si adaptamos los servicios públicos a las necesidades reales de las personas.*
- La nueva igualdad de oportunidades define lo que hacemos, no de dónde venimos.
 - *Sólo unos servicios públicos universales, gratuitos y de máxima calidad pueden materializar esos derechos esenciales. Lo haremos sin reducir el gasto social, buscando nuevas fórmulas de financiación*

²⁰⁸ Programa Electoral del PSOE 2011. Pág. 10

pública y aplicando medidas para generar mayor eficacia en el uso de los recursos.

- Una política social de futuro, y con futuro. Gestión y prestación de servicios eficiente, y racional con el uso.
 - *La inversión social debe ser financieramente sostenible en épocas de crisis.*
 - *La mejora de la sostenibilidad financiera de la política social pasa para nosotros por garantizar una mejor gestión y funcionamiento de nuestros servicios públicos.*
 - *Los servicios públicos deben aplicar con creatividad y rigor mejoras en la gestión que maximicen la eficiencia en la prestación y garanticen la calidad.*
- Una política social igual en derechos y coordinada entre territorios. Igales derechos para todos, y más cerca.
 - *Combatir la desigualdad con la política social también implica atender a las desigualdades inter-territoriales fortaleciendo la cohesión territorial*
 - *Necesitamos la concertación a todos los niveles para hacer eficaces los programas y efectivos los derechos.*
 - *Hay de “derribar” barreras territoriales para garantizar la completa movilidad entre los servicios sociales de todo el territorio estatal.*
- La salud, clave para la igualdad. La sanidad pública un logro a defender.
- El futuro de la política de salud para los socialistas: nuevos retos, mejores soluciones.
 - *No al copago sanitario.*
 - ***Un sistema adaptado a las nuevas realidades en materia de salud, como el envejecimiento de la población y la mayor incidencia de enfermedades crónicas***
 - *Un sistema sanitario público, gratuito y universal mejor gestionado y mejor dotado de recursos, y que se usado de manera responsable.*
 - ***Se diseñarán estrategias de coordinación entre el sector social y el sanitario.***
 - ***Se pasará de un modelo centrado en la atención de procesos agudos a otro centrado en la cronicidad.***

- La autonomía personal, es el pilar de la libertad y de la igualdad. El desarrollo pleno del a Ley de la Dependencia.
 - *Nos comprometemos al pleno desarrollo de la Ley de la Dependencia.*
 - *Potenciaremos la prestación de servicios frente a las prestaciones económicas, reforzando los servicios.*
 - *Se garantizará un marco de financiación estable. Priorizaremos la atención a las personas con servicios de calidad, flexibles y adaptados a la diversidad de necesidades y demandas de las personas.*
 - *Introduciremos mejoras en el sistema, impulsando los servicios de promoción de la autonomía personal en cooperación entre los sistema de Salud y Servicios Sociales, reforzando los servicios de atención a domicilio, y promoviendo una red de recursos de la comunidad.*

- La integración plena de las personas con discapacidad (inclusión)
 - *La discapacidad no puede subsumirse ni desaparecer en la dependencia, tiene identidad propia y precisa de políticas y dispositivos concebidos expresamente para esta realidad.*
 - *Se establecer un Plan de Estrategia Global de Acción para el Empleo de las Personas con discapacidad.*
 - *Se elaborará una “estrategia global de acción” para las personas con discapacidad en el Medio Rural.*

IV.4.9.2. PARTIDO POPULAR (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 98-131

El punto de partida del PP es **el compromiso con el bienestar**. Es preciso que nos sintamos corresponsables y que confiemos en nuestras capacidades. El capital Humano se hace presente y necesario para poder abordar los problemas que tiene nuestra sociedad. *“Es el momento de la sociedad. Nosotros confiamos en la gente. La salida de la crisis es responsabilidad de todos, ya que todos tenemos que adaptarnos y dar lo mejor de nosotros mismos para construir un futuro mejor. Necesitamos un gobierno que haga mejor su tarea, que administre mejor, que tenga las mismas prioridades que los españoles. Y necesitamos una sociedad que se implique más en su propio*

futuro, que haga también mejor las cosas. Estamos convencidos de que ésta es la mejor respuesta a la crisis”²⁰⁹

En el ámbito de la salud nos encontramos que debido *“a la ausencia de reformas en el modelo organizativo y las rigideces burocráticas a las que está sujeto el sistema ha convertido a los servicios hospitalarios en compartimentos estancos insuficientemente comunicados. La transparencia está siendo escasa”²¹⁰*

- Queremos un modelo sanitario centrado en el ciudadano y en el paciente, caracterizado por una gestión eficiente e integrada.
- Promoveremos la colaboración de todos los recursos sanitarios en favor de los pacientes.
- Fomentaremos la reorganización de los servicios sanitarios en función de las necesidades del paciente.
- Garantizaremos una atención adecuada a sus necesidades en todos los ámbitos (sanitario y socio-sanitario) fomentando la autonomía personal.
- Se promoverá la colaboración con las CCAA.
- Haremos del sistema nacional de salud un espacio común de atención al paciente. Pondremos a disposición todas las capacidades del sistema, estén en donde estén. Promoveremos la libre elección de médico y las alianzas de centros sanitarios para garantizar niveles de excelencia y sostenibilidad.

En la dimensión de los mayores se tiene como elemento nuclear la Ley de la Dependencia. Ésta es necesaria y hay que seguir apostando por ella; pero se reconoce que la no existencia de un modelo de financiación es un problema. *“La aprobación de la Ley de la dependencia respondía a una necesidad real de la sociedad española. Su aplicación ha defraudado las expectativas, con cientos de miles de ciudadanos esperando recibir una prestación que no ha llegado. No existe un modelo de financiación suficiente y sostenible de estos servicios y prestaciones. El informe de expertos requerido por el Parlamento considera muy deficiente el modelo actual”²¹¹*

²⁰⁹ Programa Electoral del Partido Popular 2011. Pág. 103

²¹⁰ Programa Electoral del Partido Popular 2011. Pág. 110

²¹¹ Programa Electoral del Partido Popular. Pág. 115

- Se mejorará el modelo de atención a la dependencia para hacerlo más eficaz y sostenible en el tiempo
- Simplificaremos el proceso de acceso a los servicios y prestaciones de atención a la dependencia con el objeto de que no se produzcan retrasos.

Con los discapacitados propone más autonomía personal.

- La plena integración de las personas con discapacidad es una asignatura pendiente. La falta de coordinación entre el Estado y las comunidades autónomas en el diseño de una política transversal ha traído un reconocimiento desigual de los derechos de estas personas y sus familias, en función del territorio en donde vivan.
- Se avanzará en la adaptación de la normativa interna a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

IV.4.9.3. IU-Izquierda Unida (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs.6-20/ 35- 52.

La línea de acción de Izquierda Unida será la de unos servicios públicos de calidad.

Insiste como en el programa electoral anterior (2004) en la defensa del concepto de sanidad pública, alejada de una posible visión mercantilista (La sanidad como mercancía). *“Nos pronunciamos en defensa del Sistema Nacional de Salud en todo su carácter conquistado: público, universal, de calidad, integral, solidario y de equidad garantizada. Consideramos que su objetivo irrenunciable es el de dar la cobertura y servicios para garantizar el derecho constitucional de la ciudadanía a la protección de la salud, sin discriminación de ningún tipo. Y no sólo en la vertiente reparadora o curativa sino también en las acciones de prevención y promoción de la salud. Entendemos que la salud es un derecho y no una mercancía”*²¹²

- Se defiende el carácter público del sistema nacional de salud, sin “híbridos-mixtos” ni fórmulas parasitarias, siempre orientadas hacia el beneficio del mercado. Queremos acabar con el desequilibrio existente entre las CCAA en gasto per cápita en Sanidad.

²¹² Programa Electoral de Izquierda Unidad.2011.Pág. 44

- Exigimos la derogación de la Ley 15/97 para recuperar la Sanidad Pública y para acabar con la privatización y reivindicamos una sanidad libre de re-pago.

En el ámbito de los Servicios Sociales se puede señalar:

- Elaboración de una carta de Derechos Sociales.
- Se exige una Ley de Servicios Sociales estatal, concibiendo los Servicios Sociales como un derecho instituido.
- Financiación y gestión pública de la Ley de la Dependencia.
- **Se propone la construcción de una red nacional de residencias públicas para mayores.**
- **Defendemos unos servicios sociales 100% públicos. No queremos trabajadores en precario por las subcontratas.**
- Políticas de apoyo a la discapacidad deben implicar una apuesta radical por la promoción de autonomía personal y por la igualdad de derechos.

IV.4.9.4. PNV (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 6-35

En esta ocasión, como también, en los programas electorales anteriores su objetivo mira hacia la reivindicación de su autonomía y la petición de que le pasen más competencias.

En cuanto a la Ley de la Dependencia dice:

- Que es una ley que debe ser revisada y reestructurada.
- No tiene resuelto el tema de la financiación.

En relación con la discapacidad pide:

- Cumplir con la Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad.

IV.4.9.5. UPyD (aspectos a resaltar).Fuente: Programa electoral. Págs. 8-31

En materia de Políticas Sociales en los apartados que estamos analizando (salud y servicios sociales) cabe significar:

- **Modificación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia para situarla dentro de las competencias del Estado en materia de Seguridad Social, a fin de asegurar una igualdad y equidad mínimas y la existencia de un único Sistema.**
- **Los servicios sociales y la atención a la dependencia** serán, sobre todo competencia de los Ayuntamientos, puerta de entrada y fundamento del sistema protector.
- Una Ley Nacional de Garantía de Derechos y Servicios Sociales: un sistema de gestión común para el conjunto del Estado, con una financiación estable, y que atribuya la competencia de la gestión a las Entidades Locales.
- La Jurisdicción de lo Social será la competente en la determinación del derecho a las prestaciones y en la revisión del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia.
- Reconocimiento de la figura del Asistente Personal con un perfil profesional y académico, y creación de Oficinas de Vida Independiente con financiación pública, gestionadas por el colectivo de personas con discapacidad.
- Plan Estratégico de atención a personas con Trastorno del Espectro Autista y sus familias y Plan Nacional de Atención a las Enfermedades Neurodegenerativas que aborde la necesaria intervención en el área sanitaria, social y de investigación.

En cuanto a la dimensión de salud propone la devolución al Estado de las competencias de sanidad. Un pacto sobre la sanidad.

IV.4.9.6. APROXIMACIONES Y DIFERENCIAS DE LOS PROGRAMAS DEL PSOE, PARTIDO POPULAR, IZQUIERDA UNIDA, PNV y UPyD.

En esta ocasión nos hallamos ante unos programas más de contenido “doctrinal”. Existen propuestas pero éstas hay que valorarlas desde la realidad económica que se está atravesando.

La Ley de la Dependencia para el Partido Socialista es clave, también la tienen en cuenta el resto de las fuerzas políticas aquí analizadas; pero reconocen que tiene un gran problema: **la financiación**.

En cuanto a la gestión Izquierda Unida sigue en la misma dirección: **únicamente pública**. Las otras fuerzas entienden que es posible “sondear” otras posibilidades.

Todos quieren mejorar y todos reclaman más coordinación; si bien el PNV quiere más autonomía, no desea más coordinación. En esta perspectiva Izquierda Unida y el UPyD son más valientes con respecto a la necesidad que ven de que exista una **Ley General de Servicios Sociales**; UPyD va más lejos: reclama “la vuelta” de competencias en materia de sanidad y servicios sociales-dependencia a la Administración General del Estado que será quien determine cómo se procederá a gestionar. En esta perspectiva entiende que la gestión de determinados servicios sociales-dependencia puede ser realizada por los Ayuntamientos.

Las propuestas de UPyD son bastante “innovadoras”.

El PSOE señala algo muy significativo e importante: **La política social no puede ser entendida exclusivamente como gasto**. En este punto coincido totalmente con esta visión; para mí es una inversión positiva capaz de generar “riqueza social”.

El PSOE y el PP reconocen las dificultades en el desarrollo del sistema de salud y de la Ley de la Dependencia, así como de los servicios sociales, hablan de coordinación con las Administraciones Públicas; pero, al final, programa tras programa electoral seguimos con las mismas dificultades ; entonces ¿qué hacer?. El Capítulo IV nos podrá dar “luz” al respecto.

**QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:
(2011):**

- No gasto es una inversión
- Mejora el sistema de la dependencia
- Coordinar con las Administraciones Públicas
- Adecuar el Sistema a nuestra capacidad económica
- Ser creativos e innovadores en los procesos de gestión, mejorar la eficiencia y la eficacia
- Promocionar una Ley General de los Servicios Sociales
- Devolver las competencias de sanidad y servicios sociales-dependencia al Estado
- Delegar la gestión en los Ayuntamientos
- Integración plena de las personas con discapacidad
- Convención de Naciones Unidas

IV.4.10.- Cuadros de términos clave a raíz de los programas electorales del PSOE, PARTIDO POPULAR, IZQUIERDA UNIDA, PNV y UPyD que nos puedan ayudar a construir EL Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.



QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS: (1993):

- Atención Personalizada
- Las personas Mayores, la familia y la infancia (impulso del bienestar)
- Entre la solidaridad y la Calidad de Vida
- Las políticas de bienestar social
- Interrelación entre salud y servicios sociales
- Plan Gerontológico Nacional
- Polivalencia
- Coordinación
- Descentralización
- Participación
- Optimización



QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS: (1996):

- Más bienestar
- Contrato Social
- Atención Sociosanitaria
- Atención a la Dependencia
- Apoyo a la iniciativa privada (ONGs, Fundaciones, Instituciones sin ánimo de lucro)
- Participación de todos los actores, incluida la iniciativa privada con ánimo de lucro
- Establecer Programas de Intervención Conjunta entre Administraciones Públicas
- Cercanía de los servicios
- Potenciar servicios intermedios
- Plan de atención a personas crónicas
- Interacción de los recursos



QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS: (2000):

- Mayor compromiso con la gente mayor
- Servicios de más calidad para garantizar la igualdad
- Sociedad más integrada
- Solidaridad
- Coordinación
- Atención especializada a la dependencia
- Atención a personas mayores
- Atención a personas con discapacidad
- Plan sociosanitario
- Dimensión social de la salud
- Plan Nacional de las personas mayores
- Aumento de recursos (dispositivos de atención) para personas Dependientes
- Fomento del Asociacionismo



QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:
(2004):

- Un nuevo impulso de políticas de Bienestar
- Más calidad de vida para las personas mayores
- Atención a Dependientes
- Coordinación con los servicios
- Creación de un Sistema Nacional de Atención a la Dependencia
- Plan Nacional de la Dependencia
- Sistema de Protección Social de las Personas Dependientes
- Ley Básica General de Servicios Sociales
- Creación de Dispositivos y Recursos
- Fomentar la participación
- Gestión Pública
- Gestión Privada



QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:
(2008):

- Fortalecer el sistema de bienestar
- Una sociedad con mayor igualdad.
- Un servicio de salud al servicio de la ciudadanía y los pacientes.
- Mejorar la atención a los mayores en situación de dependencia.
- Desarrollo el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Apoyo a la Ley de la Dependencia.
- Favorecer la Equidad del Sistema.
- Apoyar las personas con discapacidad: un compromiso del gobierno.
- Políticas inclusivas para las personas con discapacidad.
- Reconocimiento de que los mayores son cada vez "más jóvenes".
- Las Entidades Sociales en la gestión de los servicios.
- Se mejoran los recursos para la aplicación de la Ley de la Dependencia.
- Garantizar la sostenibilidad del Sistema.
- Coordinación.
- Corresponsabilidad en el sostenimiento económico.
- Equidad en el Sistema.



QUEDÉMONOS CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS:
(2011):

- No gasto es una inversión
- Mejora el sistema de la dependencia
- Coordinar con las Administraciones Públicas
- Adecuar el Sistema a nuestra capacidad económica
- Ser creativos e innovadores en los procesos de gestión, mejorar la eficiencia y la eficacia
- Promocionar una Ley General de los Servicios Sociales
- Devolver las competencias de sanidad y servicios sociales-dependencia al Estado
- Delegar la gestión en los Ayuntamientos
- Integración plena de las personas con discapacidad
- Convención de Naciones Unidas



CAPÍTULO V
CONCLUSIÓN
PROPUESTA DEL MODELO DE ATENCIÓN
-INTERVENCIÓN- POLIVALENTE
SOCIOSANITARIO

V.- CONCLUSIÓN: PROPUESTA DEL MODELO DE ATENCIÓN - INTERVENCIÓN- POLIVALENTE SOCIO SANITARIO.

V.1.- ¿POR QUÉ SE PROPONE EL MODELO?

En los apartados anteriores de esta Tesis he podido dejar constancia que en el Estado Español la Acción Social, concretada en buena parte en los Servicios Sociales, ha sufrido una transformación a lo largo de la etapa democrática que se inauguró con la entrada en vigor de la Constitución de 1978.

La realidad social, configurada ésta por todos los acontecimientos impregnados de las relaciones económicas, políticas, educativas, culturales, jurídicas, internacionales y religiosas, ha ido transformándose.

Las personas, que formamos parte de esta realidad, también hemos ido evolucionando. España ha avanzado junto al avance que sus habitantes hemos ido realizando. El desarrollo económico ha aportado una buena parte de las condiciones necesarias para que este avance se pudiera dar.

La tecnología aplicada a nuestra vida profesional y personal –doméstica- nos ha transformado, introduciendo en nosotros usos y costumbres que hace 40 años no nos podíamos imaginar.

Lo anterior ha supuesto una gran revolución en la manera de comunicarnos. La sociedad de la información ha pasado a ser una de las columnas de nuestra sociedad, haciendo posible el desarrollo de una globalización informativa; lo cual implica el intercambio, prácticamente sin percatarnos, de parámetros culturales que inciden en los principios y fundamentos que forman parte de nuestra vida social.

Todo se transforma y todo cambia. Hoy el cambio no se da por la lucha de clases; hoy, el verdadero cambio se está dando por el fenómeno de la globalización; quien controle *el motor* de la globalización podrá influir en la nueva configuración social.

¿Qué nos trae la nueva configuración social? Esto es difícil de contestar; pero sí podemos observar que las sociedades se transforman rápidamente; lo que nos obliga a la búsqueda de soluciones que hoy “sirven”; pero “mañana” se han quedado obsoletas.

Hoy el mundo en globalización se debate, buena parte del mismo, en el esfuerzo de salir de una crisis económica; otra parte en seguir manteniendo su poder económico y por tanto de influencia; otra parte en intentar dejar o abandonar su realidad afectada por una pobreza que no les deja posibilidad de vivir dignamente y otra parte –muy importante- aceptando, sin ninguna esperanza y sin ninguna posibilidad, el tener que “morir” sumida en una pobreza extrema.

Nuestra realidad, la de España, se halla en la conjugación de salir de la crisis y el interés por estar en grupo de los países influyentes; al menos es lo que se deriva de la lectura de los Programas Políticos (electorales) de las elecciones de los años 2000, 2004, 2008 y 2011.

Los países que, como España, normalmente del ámbito europeo, se encuentran en esta dinámica de conjugar entre salir de la crisis y estar en el club de los influyentes han procedido, cada uno a su ritmo, a realizar cambios estructurales en la configuración Administrativa-Política y de Servicios para mantener de manera equilibrada el Estado de Bienestar y, de esta forma afianzar la dimensión democrática que sostiene el Estado Social de Derecho.

A lo anterior, yo añado lo que he escrito y expuesto en el Primer Capítulo de esta Tesis y que resumo en la necesidad de darnos cuenta que estamos ante un cambio de ciclo social en donde la economía deberá encontrar su ajuste en los parámetros de una economía que mira al bien común y tiene el objetivo de moverse como Economía Social de Mercado. En esta reflexión he aportado un decálogo -principios- que deben de marcar el desarrollo económico y que yo tengo en cuenta para el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

El análisis y reflexión realizada en el segundo capítulo me ha permitido constatar que en el ámbito de los Servicios Sociales existe una dificultad, a la hora de que éstos “mantengan o faciliten” una cohesión que articule un Sistema de Servicios Sociales en el territorio del Estado Español, y si esto no se da desde el ámbito de los Servicios Sociales, tampoco es posible que se dé desde el espacio de la Atención a la Dependencia relacionada con el área sanitaria que conlleva una actuación sociosanitaria.

He expuesto en este capítulo que nuestro Sistema Social está fragmentado y disperso; pero también he propuesto **el trabajar conjuntamente** apoyándonos en cinco puntos –o columnas- que he llamado “eje de actuación” o “eje del Sistema”: **“eje del Modelo de Atención –intervención- Polivalente Sociosanitario”**.

Los ocho puntos de apoyo al Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario reflejados en este capítulo son la reflexión que he realizado para fundamentar, desde el punto de vista teórico, lo que me ha conducido a ofrecer el Modelo.²¹³

El análisis de investigación realizado en el capítulo IVI, tanto desde el apartado de las Leyes Autonómicas, la Ley de la Dependencia como desde los artículos de prensa generalista como desde los Programas Electorales, nos conduce a la necesidad que tenemos, como sociedad española, de buscar ponernos de acuerdo en un PLAN DE TRABAJO CONJUNTO que afiance un SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES y, en concreto, un

²¹³ Cfr. Figura número 14: “Los ocho elementos sobre los que fundamentar la operatividad (desarrollo práctico) del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA SOCIONITARIO que nos ayude a afianzar el Estado de Bienestar.

En el análisis realizado en el Capítulo III he podido extraer los puntos que nos pueden unir para la realización de este Plan de Trabajo Conjunto.

Así tenemos que en el apartado de las Leyes he relacionado estos puntos de unión, que he concretado en “variables” e “ideas fuerza”, con el **decálogo del Nuevo Ciclo Económico y Social (variables)** y en el caso de las “ideas fuerza” con lo que he definido como **“eje del sistema” (eje del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario)**.

En cuanto a los artículos de prensa las conclusiones a las que he llegado a través del análisis me llevan a la necesidad de proponer el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario como una herramienta que puede ayudarnos a salir de la dimensión partidista que ejercen los Partidos Políticos cuando intentan sacar rédito político a proyectos que deberían ser, sin excusas, de los ciudadanos; por cuanto un partido cuando llega a gobernar lo que tiene que hacer es proyectar, de manera conjunta, un Proyecto que sume y no que reste. Para esto, ciertamente, hay que tener generosidad. Considero que las variables que señalo en el apartado III.3.1 son una buena síntesis del camino que deberían marcarse los Partidos Políticos.

En el análisis de los programas electorales he querido extraer aquellos puntos que unen y ayudan a sumar; los he nominado como **“términos con los que quedarnos”**. Son conceptos que conllevan una dimensión teórica y “superan” la parte doctrinal que tienen los partidos políticos. Son términos que ponen en evidencia la realidad en la que estamos y nos hacen interrogarnos sobre muchos aspectos; por ejemplo ¿por qué aparecen constantemente los términos o conceptos como necesidad de coordinarnos entre Administraciones, potenciar los actores, reconocimiento de la dependencia, potenciar la interrelación entre sanidad y servicios sociales = sociosanitarios”, salvaguarda de un derecho subjetivo / universal...¿.? Lo cierto es que son términos recurrentes que ponen en evidencia varios problemas en el desarrollo de un verdadero Sistema de Atención Social /Dependencia/Sociosanitario.

Se debería tener un avance, un progreso, que demostrara que, conforme se avanza en años de democracia, se obtienen, también, soluciones y se plantean nuevas vías y nuevas respuestas ante las necesidades y/o demandas de la población.

Podríamos plantearnos aquí una cuestión: **¿sumar años de democracia supone también crecer en democracia?** No os objeto de esta Tesis responder a esta pregunta; la dejo simplemente planteada porque una reflexión al respecto nos ayudaría a todos a poder valorar con coherencia nuestro sistema político y lo que la población verdaderamente demanda o pide a los políticos que hagan.

Desde luego, en el ámbito de la Dependencia/Sociosanitario **-esto sí es objeto de esta Tesis-** como un espacio que precisa de una respuesta de los Partidos Políticos a una demanda de la población; el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario es una oferta basada en todo lo que he reflexionado hasta este punto en esta Tesis.

La solución no puede ser el alejarnos entre sí la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas, las Diputaciones Forales, los Municipios; la solución es conjugar un trabajo que tiene que ser conjunto, con una visión estratégica que vele realmente por los intereses de la población para que ésta pueda tener respuestas adecuadas a las necesidades que se le van planteando en el ámbito de la dependencia. Nos falta, en esta área, visión estratégica y de conjunto en donde existan objetivos comunes –compartidos por todos- y, a partir de este momento, diseñar un Plan de Actuación que no esté sujeto a los cambios políticos ni a los intereses de partido.

En esta tesis he resaltado todos aquellos aspectos o puntos que nos pueden unir; es mucho lo que se ha hecho y elaborado legislativamente hasta la fecha; ayudando esta dimensión a ir afianzando soluciones en áreas como la salud, los servicios sociales, la dependencia, lo sociosanitario; pero es necesario dar un paso más, porque esta Tesis, en el análisis que he desarrollado sobre los problemas que tenemos he procurado, también, la búsqueda de soluciones; una de estas soluciones es el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

Evidentemente el Modelo conlleva una revolución en el sistema que actualmente tenemos implantado en el área de salud. Por esta razón, en el análisis que he hecho sobre los Programas Electorales he recogido aquellos aspectos, que he considerado importantes, del ámbito de la salud con el fin de señalar y resaltar que **el espacio de la salud** también necesita de una transformación viéndose afectado en mi propuesta organizativa del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

Concluyo este apartado señalando que la población en España, desde el punto de vista demográfico, ha cambiado. La esperanza de vida es una constatación que nos obliga a dar respuestas coherentes, eficaces y próximas a las demandas que la población realiza desde áreas tan importantes para el mantenimiento del Estado del Bienestar como son: la salud, la dependencia, la inclusión y lo sociosanitario. Todo esto está por encima de otros discursos políticos que responden más a estrategias de Partido que a necesidades sanitarias y sociales del conjunto de la población del Estado Español.

V.2.- ¿EN QUÉ CONSISTE EL MODELO?

V.2.1.- Consideraciones generales a las que está sujeto el Modelo.

- El Modelo quiere responder, en primer lugar al problema de la dependencia y no solo de la población mayor sino de toda población sujeta a un nivel de dependencia.
- El Modelo no se puede limitar ni está sujeto al debate político de las competencias que tienen las Autonomías; está amparado en la Constitución cuando ésta reclama que todos los Españoles somos iguales y tenemos derechos subjetivos/universales que no pueden quedar limitados a las circunstancias particulares de la CCAA.
- El Modelo encaja en una visión integral e integradora que tiene en cuenta la realidad de población española en su conjunto con problemas de dependencia y no sujeta a un territorio específico.
- La visión del problema de la dependencia es global –estrategia conjunta- si bien la atención se concreta en las personas que viven en un espacio geográfico determinado.
- El “centro de atención” son las personas y no los territorios. El territorio es el espacio geográfico en donde se desarrolla el Plan (Proyecto de Atención Polivalente Sociosanitario).
- Se tiene en cuenta la realidad social-cultural; pero ésta no es la que marca el ritmo de la atención. Esta realidad formará parte de la idiosincrasia antropológica que todo servicio debe tener en cuenta; pero no podrá determinar la política social a aplicar en el área de la dependencia.
- La gestión, teniendo en cuenta, lo puntos anteriores ***será –una vez planificada la atención-intervención por parte del Organismo Competente²¹⁴*** - del ente territorial más próximo, en este caso los Ayuntamientos.
- Se podrá delegar la gestión, siempre con la supervisión directa del Ayuntamiento o Ayuntamientos, en entidades **sin ánimo de lucro** o también en empresas

²¹⁴ Se entiende como Organismo Competente al Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales con las Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas.

privadas que cumplan los parámetros que se establezcan a través de la Economía del Bien Común y la Economía Social de Mercado.

- En caso de delegar la gestión se hará mediante la figura jurídica del Consorcio; por entender que es una figura jurídica de carácter público en donde la gestión es compartida por parte de la Administración y la entidad encargada de la gestión directa (sin ánimo de lucro).
- **Todos los puntos anteriores nos “conduce” a tener que re-planificar los servicios de salud y sociales en aras de atender a la dependencia con el soporte sociosanitario correspondiente.**
- Para lo anterior sería necesario articular una LEY GENERAL BÁSICA DE SERVICIOS SOCIALES con un apartado concreto referido a la dependencia y a su atención sociosanitaria. Una Ley que estableciera un SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES, DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y SOCIO SANITARIOS.²¹⁵
- En la primera legislatura del Gobierno del Partido Socialista Obrero Español se intentó articular una Ley General Básica de Servicios Sociales; pero esto fue imposible dado que había CCAA que ya habían empezado a legislar en esta materia. Este un tema que he explicado en este tesis. Sin embargo, hay que considerar, que nunca nada puede quedar “cerrado” y “finiquitado”. La realidad social ha cambiado y necesitamos, sin “medias tintas” articular un marco jurídico que salvaguarde verdaderamente el Estado del Bienestar que todos los ciudadanos de España deseamos tener. Hace falta fomentar la generosidad política y la idea que juntos sumamos mucho más.
- Esta Ley sería el primer trabajo que debería de desarrollar el Gobierno de España con los distintos Gobiernos Autonómicos.²¹⁶
- Un “ensayo” en una Comunidad Autónoma. Se propone la de Aragón.
- La aplicación del Modelo conlleva romper las limitaciones que impone el encorsetamiento legislativo y realizar un pacto entre las fuerzas políticas, las Administraciones Locales, los sindicatos y el Gobierno Autónomo, contando con el Visto Bueno de la Administración General del Estado. Todo esto con el objetivo de hacer posible la puesta en marcha de un PROYECTO PILOTO que conlleve el

²¹⁵ De todas formas mientras llegará esta Ley, el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario se puede comenzar a desarrollar tal y como veremos en el siguiente apartado.

²¹⁶ Mientras esta Ley se elabora y aprueba se pueden hacer experiencias o “pilotos” en las Comunidades Autónomas que se quiera; en este caso se propone en la Comunidad Autónoma de Aragón, en la zona del Bajo Aragón; para esto tan solo es necesaria la voluntad política de hacerlo apoyándose en la legislación vigente, tanto a nivel nacional como autonómico: Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia de 1 de enero de 2007 ;Ley 5/2009 de Servicios Sociales de Aragón y Ley 6/2002 de 15 de abril de Salud de Aragón y la Ley 33/2011 de 4 de octubre General de salud Pública. Proyecto de Ley de Salud Pública de Aragón (2013)

TRABAJAR CONJUNTAMENTE, algo que ha salido en repetidas ocasiones a lo largo de esta Tesis. **La iniciativa, en este caso, tiene que ser del Gobierno Autónomo.**

- Llegados a este punto me tengo que situar en el “eje del sistema” (eje del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario).
- El “eje”²¹⁷ nos ayuda a pensar de forma diferente; tenemos que olvidar la dinámica de trabajo generada por la ordenación legislativa hasta la fecha y por la estructuración de los recursos en función de esta ordenación. ***Sin embargo, sí tenemos que saber que contamos con una serie de recursos (centros de salud, residencias, centros de día, hogares de pensionistas, ayuda a domicilio, teleasistencia, residencias de crónicos, hospitales, centros de adultos, centros especiales de empleo, talleres ocupacionales, centros-residencias para personas discapacitadas, centros-residencias para personas con problemas de salud mental, viviendas tuteladas, viviendas que facilitan la inclusión de personas con discapacidad, universidades con sus centros universitarios para formar profesionales y hacer investigación, etc...), y estos recursos sí nos sirven para el MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO.***

V.2.2.- Los fundamentos del modelo.

- ***El modelo no es un edificio ni una estructura edificable.*** El Modelo es la reordenación y optimación de los Recursos Existentes. Sí, se aprovecharán estructuras (edificios: Residencias, Centros de Día para personas con Dependencia).
- Sí, se puede contemplar la posibilidad de adaptar recursos existentes – principalmente residencias y centros de día para personas dependientes - en zonas geográficas que se puedan considerar “estratégicas” de la Comunidad Autónoma para ser transformados, estos Centros, en ***“Centros de Referencia”***.
- En la introducción de esta Tesis, el punto “2.1” tiene cinco cuadros que son un reflejo de las características del MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO:
 - Es un espacio nucleador de los servicios sociosanitarios de atención a la dependencia.

²¹⁷ Evolución, adaptación, comprensión, administración-gestión y compatibilidad.

- Lo anterior significa que el “*el espacio*” son todos los recursos existentes en una zona geográfica y que tengan relación con la atención a personas dependientes:
 - Hogares del Pensionista,
 - Residencias de Mayores,
 - Residencias/Centros de Crónicos,
 - Residencias para personas con problemas de salud mental,
 - Residencias/Centros/Dispositivos para personas con discapacidad,
 - Centros de Día,
 - Ayuda a Domicilio,
 - Teleasistencia,
 - Centros de Salud,
 - Centros Especiales de Empleo,
 - Centros Ocupacionales, Empresas de Reinserción Laboral,
 - Centros de Rehabilitación, y cualquier otro recurso que tuviera que ver con la Dependencia.

- “El centro”, también, es un “espacio físico”. Se readaptarán estructuras (Residencias de Mayores Asistidas; Centros-Residencias de Crónicos, Centros-Residencias de personas con problemas de salud mental; Centros-Residencias de personas mayores con discapacidad; Centros de Día, etc...) en **Centros de Referencia.**²¹⁸

- Teniendo en cuenta los puntos anteriores el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario es un **espacio para la integración, un lugar para el desarrollo social-sociosanitario y un centro de investigación y formación.**

- **Integrador:**
 - Por cuanto integra los recursos existentes para una mayor calidad y optimización.
 - Por cuanto posibilita la integración de personas con diversidad de problemáticas.
 - Por cuanto integra a personas con planes de formación y trabajo
 - Genera Centros Especiales de Empleo / Empresas de Inserción Laboral (Ayuda a fomentar la autonomía de personas con Discapacidad)

²¹⁸ Estos espacios físicos readaptados tendrán como referencia lo señalado en los esquemas 1, 2, 3, 4 y 5 del punto “0.2.1”

- **Desarrollo social-sociosanitario:**

- *Por cuanto articula herramientas y recursos para dar respuesta a los problemas sociales y sociosanitarios de la población.*

- **Centro de Investigación y formación:**

- *Interacciona el conocimiento con la práctica.*
- *Ayuda a que el Modelo sea un espacio de referencia en la atención a la Dependencia.*

- Lo anterior comporta realizar una nueva estructura de los recursos y una reorganización de los servicios.
- El personal de las Administraciones Públicas que trabajen en los recursos asignados al Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario y el personal de las organizaciones sociales (Fundaciones, Cooperativas, Asociaciones, Ongs) y empresas que gestionen servicios en estos recursos pasará a formar parte del MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO.²¹⁹
- Lo anterior significa que debería existir un ente público dependiente de la Comunidad Autónoma; pero el mismo ente y con el mismo nombre en todas la CCAA, del que dependiera exclusivamente el MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO. Los diversos “**entes**” autonómicos, que serían órganos operativos, estarían integrados en una “**unidad de coordinación operativa del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales de la Administración General del Estado que tuviera como único objetivo animar y apoyar el desarrollo del Modelo en las diversas Comunidades Autónomas**”.
- La asignación de recursos y de personal significa **reasignación presupuestaria** de Sanidad y Servicios Sociales hacia el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.
- Junto a esta **reasignación presupuestaria** habría que dotar al sistema de la asignación económica correspondiente, obtenida ésta a través de los impuestos que los ciudadanos pagamos; por ejemplo: subida de un punto del IRPF, asignando la misma al SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES, DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y SOCIO SANITARIOS.

²¹⁹ Ya he señalado anteriormente que para dar soporte a todo esto, desde el punto de vista de la Administración Pública, sería necesaria una LEY BASICA DE SERVICIOS SOCIALES con sus apartados correspondientes a la DEPENDENCIA y al espacio SOCIO SANITARIO. Un Ley que generara realmente un SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DESDE LA DIMENSIÓN SOCIO SANITARIA; pero mientras esto llega hace falta una voluntad de planificar de manera diferente. Una Ley que posibilite verdaderamente una asignación presupuestaria al SISTEMA.

- Es evidente y constatable que el perfil de la población española está cambiado: vivimos más años y la demanda de atención está dirigida mucho más hacia una atención a la dependencia que hacia una atención aguda-sanitaria. El concepto de atención sanitaria está cambiando, es muy importante la prevención y la atención a la cronicidad, ésta está en relación con la dependencia.
- He podido constatar en el análisis de los Programas Electorales, desde las elecciones del año 1996 que la sanidad, la dependencia y lo sociosanitario se cruzan en un punto: la dependencia/cronicidad. **Se percibe que se está en la búsqueda de soluciones que den la mejor respuesta posible para poder mantener el Estado de Bienestar. La búsqueda de soluciones implica el tener que dar respuestas que verdaderamente transformen el Sistema que tenemos; un cambio que pretende estar más de acorde con la realidad social y económica que nos toca vivir.**
- Las personas valoradas, y con un reconocimiento de situación de dependencia, deberían ser atendidas en el SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES, DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y SOCIOSANITARIOS.



Figura número 16: La estructura de dirección y coordinación del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. Elaboración propia.

La operatividad de funcionamiento del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario se basa en lo recogido en la figura número 14 de esta Tesis.

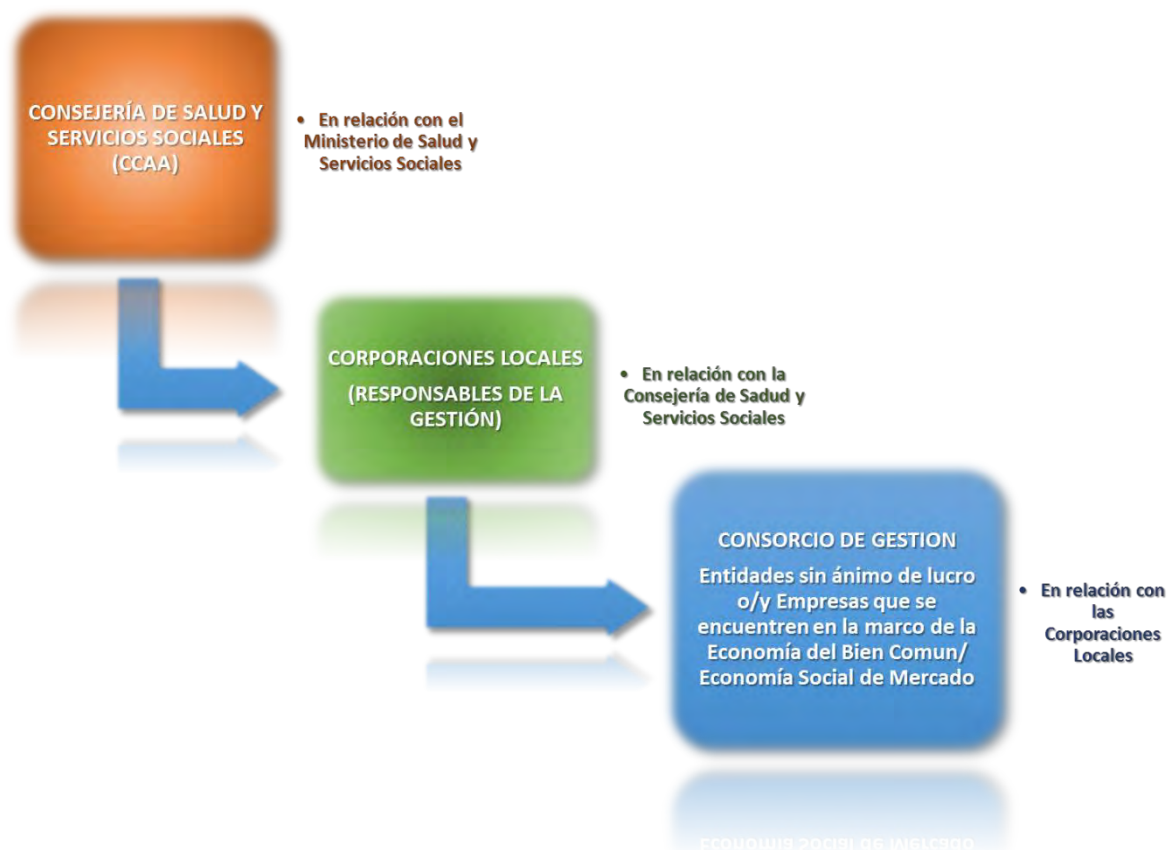


Figura número 17: La estructura operativa de gestión del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. Elaboración propia.



Figura número 18: La estructura operativa de gestión del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario desde las CCAA y CORPORACIONES LOCALES. Elaboración propia.

Unidad Práctica Operativa de Gestión.



Figura número 19: La estructura operativa de gestión del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario desde CORPORACIONES LOCALES Y CON LAS ENTIDADES COLABORADORAS (consorcio). Elaboración propia.

La figura **del Trabajador Social** es clave en la coordinación/animación y dirección del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario por cuanto tiene la misión clave de hacer que todas las “piezas del puzle” se vayan desarrollando adecuadamente. Es la persona que coordina la estrategia a seguir en la operatividad gestora del Modelo en la zona correspondiente de intervención/actuación. Es la persona encargada de “construir equipo” y de que los diversos equipos existentes, en función de los servicios, puedan lograr los objetivos operativos y cumplir adecuadamente las tareas encomendadas. El/La Trabajador/a Social es el/la responsable de “dar vía” a los elementos constitutivos del **“eje del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitaria”** (*evolución, adaptación, comprensión, administración-gestión, compatibilidad*)



Figura número 20: Interrelación entre el CONSORCIO Y EL PROYECTO CONJUNTO DE ATENCIÓN EN EL TERRITORIO en el Modelo de Atención Polivalente. Elaboración propia

V.2.3.- Los puntos síntesis que resumen el Modelo del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario.

1. La atención Sociosanitaria estaría dirigida a todas aquellas personas que por sus características por razones de edad, salud, o cualquier tipo de discapacidad, necesiten ayuda profesional especializada para mantener la independencia en las actividades de la vida diaria y evitar así la institucionalización crónica o prematura. También hay que tener en cuenta que puede ser un recurso de apoyo sanitario, además de social, para personas altamente dependientes a causa de alguna patología clínica.
2. Nos encontramos ante un gran número de personas con distintos grados de dependencia con la necesidad de disponer de recursos especializados que permitan prevenir, atender y paliar las situaciones de riesgo y dependencia que les afectan.
3. Se debe considerar que dichos recursos especializados deben cubrir no sólo las necesidades de todos los beneficiarios (sin distinción por el colectivo al que pertenezcan: personas mayores, personas con problemas de salud mental, personas con problemas de discapacidad, etc...) mejorando su calidad de vida, sino que, además, deben permitir cumplir con su deseo de permanecer en su domicilio y, por tanto, en su entorno, algo que indudablemente, y de forma directa, mejorará sensiblemente la calidad de vida a la que antes nos referíamos.
4. Se trata de un Proyecto de Atención- Intervención- Social de carácter preventivo-integrador con un nivel asistencial especializado. Asimismo es interdependiente por cuanto busca ser un lugar de formación para personas con problemas sociales y al mismo tiempo integral por cuanto pretende desarrollar un modelo INTER-SOCIAL abordando diversos problemas sociales de manera conjunta. Responde, por ende, a los principios de prevención, integración y asistencia.
5. La necesidad de la atención sociosanitaria EN APOYO A LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA sólo podrá ser entendida si desde el inicio de dicha atención, el punto de partida se establece tomando como referencia a la persona desde la perspectiva global que incluye todos y cada uno de los aspectos que formen parte ella. A partir de este supuesto, parece evidente que el tratamiento o atención parcial, ya sea social o sanitaria, estaría siendo un tratamiento que en ningún caso no cubriría las necesidades reales de ninguna de las personas atendidas.
6. Desde la perspectiva integradora, no sólo de los Servicios, sino también de los colectivos atendidos, no sería justo primar unos recursos sobre otros, sino que se

debe tender a una atención global e integral que desemboca, sin ningún tipo de duda, en la atención sociosanitaria entendida como un único punto de partida para la puesta en marcha de los recursos especializados necesarios para la cobertura de las necesidades de determinada población.

7. Si partimos de los mayores como población diana de la atención de la DEPENDENCIA debido a las características que presentan en cuanto a su número y necesidades en nuestra zona, nos encontramos con la necesidad de tener que hacer frente y atender distintas demandas que podrán ser sanitarias en relación al grado de dependencia que presenten, pero que, sin ninguna duda también serán sociales en relación a su red de apoyo social, la necesidad de permanecer en su entorno, la institucionalización prematura, el desarraigo, la soledad y/o las relaciones familiares, así como la participación social.

Sin embargo este PROYECTO basándose en el marco de la LEY DE LA DEPENDENCIA atiende, sin distingo de edad ni sexo, a colectivos afectados con problemas de diversa consideración vinculados a la dependencia, etc.

Es por tanto, cuando a partir de todo lo desarrollado anteriormente, podemos definir la atención sociosanitaria de la DEPENDENCIA desde aspectos diferentes que se describen a continuación:

- **Integración / polivalencia:** coordinación de todos los recursos que se proponen en el presente proyecto, tanto de identificación como de intervención, para dar una respuesta global a las necesidades de cada uno de los individuos desde su realidad de dependencia.
- **Prevención:** recursos de identificación de los factores de riesgo para situaciones de deterioro y dependencia y la mediación que permita paliar dichos factores de riesgo.
- **Atención:** recursos de intervención destinados al mantenimiento de la calidad de vida.
- **Comunitario:** todos los recursos existentes se dirigen a la población general, teniendo en cuenta que las propias características de cada uno de los colectivos tendrán su incidencia a la hora de la utilización de dichos recursos.

Estos cuatro puntos resumen el espíritu del modelo de intervención polivalente de atención a la dependencia.

V.3.- PROPUESTA DE APLICACIÓN PRÁCTICA-OPERATIVA EN LA ZONA DEL BAJO ARAGÓN (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN)

Todo lo señalado en los puntos anteriores voy a concretarlo en una Comunidad Autónoma y en un “espacio geográfico” (territorio): **La zona del Bajo Aragón en la Comunidad Autónoma de Aragón.**²²⁰

V.3.1.- ¿Por qué he elegido este espacio geográfico?

- **El Modelo** ha de dar servicio a una población dependiente que precisa de atención profesional.
- **El Modelo** tiene que articular distintas herramientas interaccionando lo sanitario y lo social.
- **El Modelo** tiene que ofrecer la posibilidad de integrar herramientas según lo reflexionad y lo investigado-analizado en esta Tesis.
- Para dar viabilidad **al modelo** era necesario hacer el esfuerzo de conocer en detalle una zona de una Comunidad Autónoma y para ello era necesario contar con una investigación de referencia que nos posibilitará “conocer la realidad”. Evidentemente una investigación que hubiera estado realizada a iniciativa del doctorando: David López Royo.
- De ahí que **el modelo** nace vinculado a la realidad estadística de la dependencia tanto por la población existente como por los recursos dedicados a esta población. Esto es necesario hacerlo para poder aplicar de manera práctica **el modelo**.
- Al hilo de lo señalado, en los puntos anteriores, decidí escoger este estudio, dado que fue realizado para analizar el nivel de dependencia de una zona de la Comunidad Autónoma de Aragón; en concreto, en la zona conocida como del Bajo Aragón.

²²⁰ Tengo en cuenta el Estudio Sociológico sobre la situación de la Dependencia en la Zona del Bajo Aragón. TRABAJO REALIZADO POR UN EQUIPO DE INVESTIGADORES DE “MATIA INSTITUTO GERONTOLÓGICO”. Este trabajo fue realizado a propuesta de David López Royo que actuó como coordinador institucional-técnico del trabajo. La investigación desarrollada en la zona del Bajo Aragón resalta el nivel de dependencia existente y la necesidad de diseñar nuevos recursos que den respuesta a la población en esta situación.

- Cuando yo propuse elegir esta zona lo hice por entender que reúne una serie de condiciones referenciales para desarrollar una “experiencia piloto” del MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO; precisamente, este trabajo, fue “el embrión” de esta Tesis Doctoral.
- Con mi propuesta de aplicación práctica **del Modelo** en la zona del Bajo Aragón lo que deseo motivar es que **el mismo** pueda ser aplicado a otras Comunidades Autónomas.
- El desarrollo del **Modelo en esta zona del Bajo Aragón** tiene un carácter interprovincial: ZONA DEL BAJO ARAGÓN: Teruel y Zaragoza.
- **El modelo NO ES REDUCCIONISTA NI LOCALISTA: ES INTEGRADOR Y PARTICIPATIVO.**
- Se entiende que, además, de la labor social y sociosanitaria de la aplicación **del Modelo** se va a dar una respuesta a los problemas de la población que es el “motor del proyecto”; por cuanto, supone un desarrollo económico y social para la zona del Bajo Aragón de grandes magnitudes:
 - *Frena la despoblación.*
 - *Puede acoger a nueva población*
 - *Genera empleo femenino.*
 - *Se establece una nueva manera de dar respuesta al problema de la dependencia.*
 - *Genera relaciones económicas con cual se mantienen negocios: tiendas, restaurantes, etc.*
 - *Generará otro tipo de inversiones.*
 - *Racionalizará el gasto sanitario de la Comunidad Autónoma dado que muchas personas serán atendidas dentro del proyecto polivalente.*
- El Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario se centra, desde la dimensión de una Política Social, en los siguientes puntos:
 - *Es un proyecto que se apoya en LOS PRINCIPIOS DE LO QUE PODEMOS LLAMAR “EL CUARTO PILAR DEL ESTADO SOCIAL DE DERECHO”.*
 - *Es un Proyecto que sistematiza y optimiza los recursos a favor de dar una respuesta coherente y positiva a la población con problemática de dependencia.*

- *Trata de una manera “eficaz” de interaccionar: PREVENCIÓN, ASISTENCIA, INTEGRACIÓN e INVESTIGACIÓN en la dimensión: SOCIOSANITARIA.*
- *Pretende articular una respuesta innovadora en donde Administración Central (por lo que le puede tocar por el tema de la Dependencia), Administración Autonómica (por las competencias en esta materia), la Administración Local (por la proximidad) y la participación de un agente privado (CONSORCIO) puedan trabajar conjuntamente una metodología de atención a la dependencia que pueda responder a las necesidades de la población. Cfr. Figura número 16.*
- *Esta metodología se basa en la especialización del servicio bajo la supervisión directa de la Administración Pública: **Unidad operativa de coordinación nivel autonómico con corporaciones locales** .Cfr. Figura número 18.*

V.3.2.- Aplicación Práctica:

En primer lugar la aplicación del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario en la Zona del Bajo Aragón tiene en cuenta las conclusiones y propuestas que aparecen en el anexo número 3 (Estudio Sociológico sobre la Situación de Dependencia en la Zona del Bajo Aragón).

1. En este caso el MODELO DE ATENCION POLIVALENTE SOCIOSANITARIO tendrá los espacios geográficos que se señalan en la siguiente figura; todos estos “espacios geográficos” dependerán orgánicamente de **La Unidad Operativa de Coordinación nivel autonómico con corporaciones locales**. (Cfr. *Figura número 18*). **Habrà tres zonas de Corporaciones Locales/Consortios de Gestión.: Zona “A”; Zona “B”; Zona “C”.**

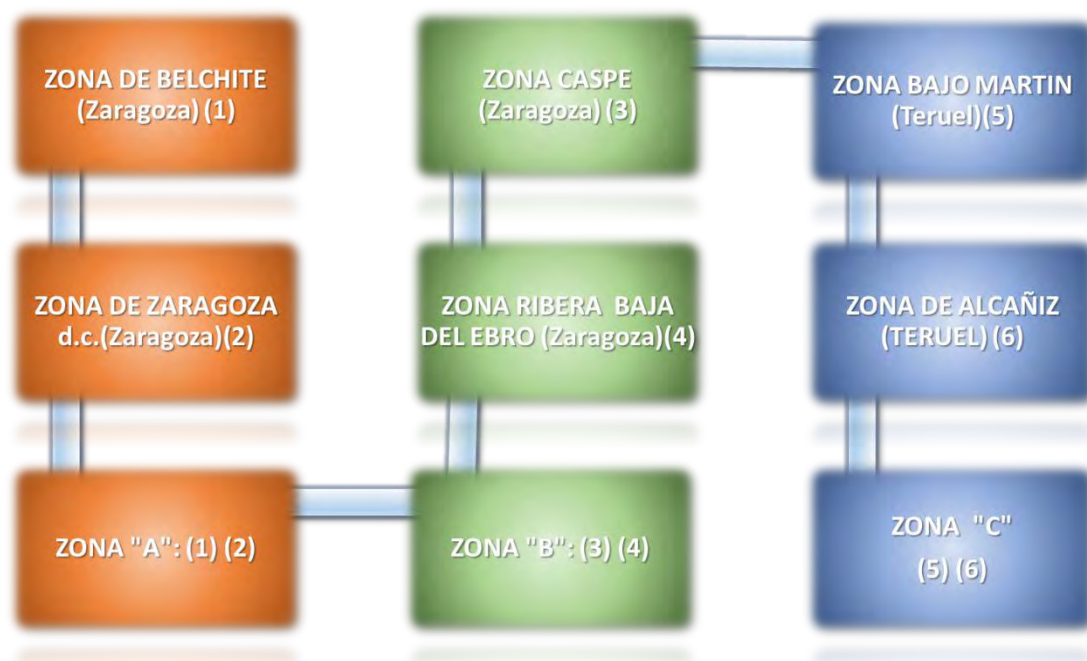


Figura número 21: Aplicación Práctica en el territorio (Bajo Aragón): División por zonas. Modelo de Atención Polivalente. Elaboración propia.

2. Las zonas “A”, “B” y “C” desarrollarán el esquema organizativo de la **figura número 19**.

2.1. Lo anterior significa que todos los recursos existentes²²¹ en cada zona formarán parte del MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO.

2.2. La capacidad y responsabilidad de la gestión será de la Unidad Operativa de Coordinación, en este caso, de la zona correspondiente; es decir su “empleador” será la Unidad Operativa de Coordinación de Zona, en este caso:

- *Unidad Operativa de Coordinación de Zona “A”;*
- *Unidad Operativa de Coordinación de Zona “B”,*
- *Unidad Operativa de Coordinación de Zona “C”.*

2.3. A cada Unidad Operativa de Coordinación de Zona se le asignará el presupuesto correspondiente por parte de la Administración Central y de la Administración Autonómica en función de la realidad que el servicio

²²¹ Recursos dotacionales (residencias, tele-asistencia, ayuda a domicilio, centros de inserción sociolaboral, Centros de día, Hogares del Pensionista, Centros-Residencias de Crónicos, etc...) como el personal pasará a depender del Modelo y del Consorcio de Gestión.

de Atención Polivalente Sociosanitario deba de cubrir para atender a la población dependiente.

- 2.4. Cada Unidad podrá establecer, con el fin de poder delegar la gestión operativa de los recursos, un CONSORCIO entre Administraciones Locales, o con una entidad sin ánimo de lucro o empresa que cumpla los principios marcados por la Economía del Bien Común / Economía Social de Derecho.
- 2.5. Los municipios que formen parte de cada zona, en este caso las zonas “A”, “B” y “C” deberán delegar en la Unidad Operativa de Coordinación de su zona todos los servicios municipales que tengan asignados, normalmente los de Ayuda a Domicilio y Residenciales (Residencias de Mayores). Los servicios que estuvieran mancomunados y los servicios especializados que dependieran directamente de la Comunidad Autónoma también deberán de traspasarlos a la Unidad Operativa de Coordinación de Zona.
- 2.6. Cada Zona, tendrá, en función de la población Dependiente –habrá que establecer un baremo- UN CENTRO DE REFERENCIA DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIOSANITARIO que corresponda al Esquema número 1 y que pueda evolucionar según se recoge en el Esquema número 5. Si en una zona no fuera posible, por la falta de población, se unirán dos zonas y si es el caso tres zonas (dos-tres Unidades Operativas) para poner en marcha el Centro de Referencia.
- 2.7. La estructura organizativa y de gestión quedaría de la siguiente manera:

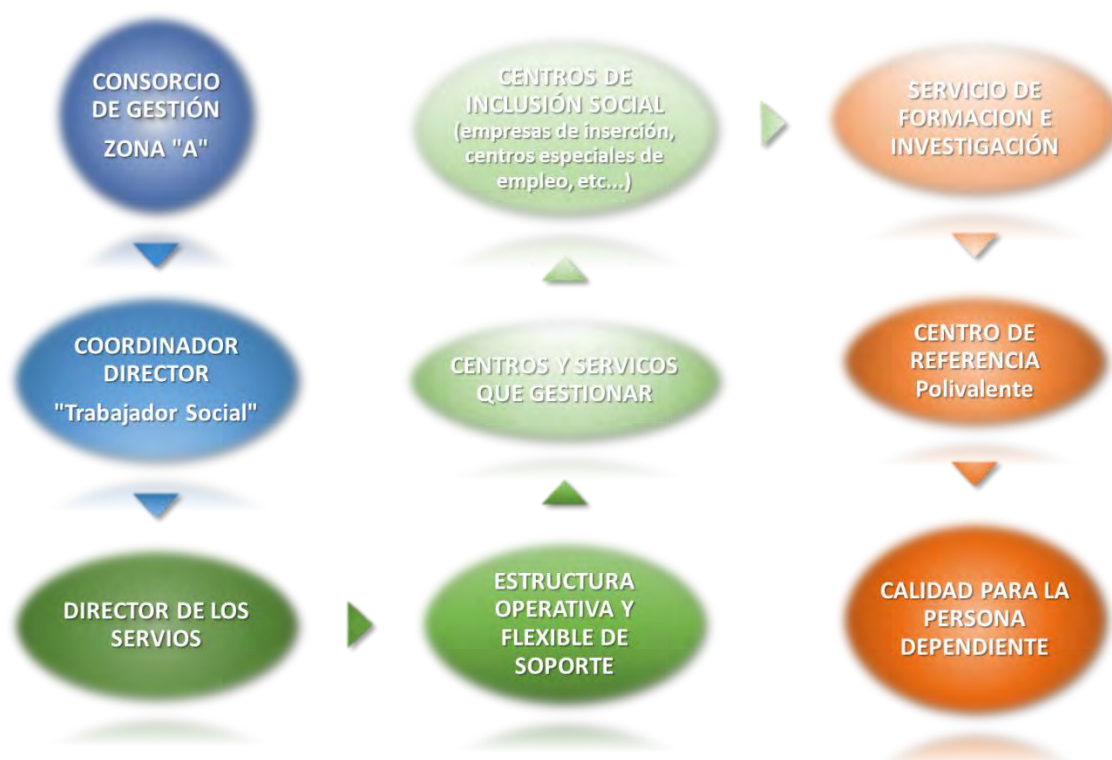


Figura número 22: Organización y Gestión operativa en Zona del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. Elaboración propia.

Se repite el mismo esquema para las Zonas "B" y "C".

2.8. Las poblaciones que formarían parte de esta estructura de Gestión serían:

ZONA "A":

Valmadrid, Puebla de Albortón, Fuendetodos, Codo, Belchite, Almonacid de la Cuba, Azuara, Samper del Saiz, Lagata, Letux, Lécera, Moneva, Moyuela y Plasas (Zona 1). Zuera, San Mateo de Gallego, Villanueva de Gallego, Utebo, Cuarte de Huerva, Cadrete, María de Huerva, Botorrita, Mozota, Jaulin, Mediana de Aragón, Fuentes de Ebro, Osera de Ebro, Villafranca de Ebro, El Burgo de Ebro, Nuez de Ebro, Pastriz, La Puebla de Alfindén, Alfajarín y Zaragoza (Zona 2)

ZONA “B”:

Caspe, Maella; Fabara, Nonaspe y Fayón (Zona 3) Pina de Ebro, Quinto, Gelsa, Velilla de Ebro, La Zaida, Aforque, Cinco Olivas, Alborge, Sástago, Escatrón, Chiprana, (Zona 4)

ZONA “C”:

Vinaceite, Azaila, La Puebla de Híjar, Jatiel, Castelnou, Urrea de Gaén, Albalate del Arzobispo, Híjar, Samer de Calanda, (Zona 5) Alcañiz, Valdealgorfa, Torrecilla de Alcañiz, Calteserás, Calanda, La Codoñera, Torrevellilla, Foz-Calanda, Alcorisa, Los Olmos, La Mata de los Olmos, Berge, Seno, Mas de las Matas, Aguaviva, Las Parras de Castellote, La Cerrollera, La Ginebrosa, La Cañada de Verich, Belmonte de San José (Zona 6).

2.9. La Unidad Operativa de Coordinación a nivel autonómico con las corporaciones locales y los Consorcios de Gestión de se pongan en marcha –según la zonificación- pueden considerar, además de tener en cuenta las valoraciones realizadas hasta la fecha a partir de la aplicación de la Ley de la Dependencia, el Estudio Sociológico sobre la Situación de la Dependencia en la Zona del Bajo Aragón ya que el mismo hizo una serie de propuestas, muchas de ellas todavía son necesarias a tener en cuenta, y se especifican seguidamente:

- **Propuestas de carácter general al hilo del estudio realizado en la zona denominada del Bajo Aragón.**
 1. La Comunidad Autónoma de Aragón presenta una clara necesidad de incrementar su red de recursos para personas en situación de dependencia en todas las modalidades de servicios y programas previstos para cada uno de los colectivos objeto de atención.
 2. En el ámbito rural y en concreto en las comarcas objeto de estudio, es necesaria la realización de un plan de acción a favor de las personas en situación de dependencia que elimine la discriminación que actualmente sufre su población por razones de ubicación geográfica, aislamiento, falta de

accesibilidad a los recursos incrementada por la situación de las infraestructuras viarias y de comunicación.

3. Las actuaciones que se realicen en estas comarcas han de contemplar la prevención como un aspecto irrenunciable. Evitar la fractura social de la dependencia y mantener el máximo grado de autonomía de las personas que ya la padecen debe ser un objetivo consustancial a la intervención.
4. Los programas y servicios que se diseñen debe tener un enfoque rehabilitador. Asumir el principio de reversibilidad y recuperación en el afrontamiento de la dependencia es indispensable aunque sea con carácter residual.
5. El diseño de recursos en el área de referencia, debe tener un carácter innovador y flexible. Los modelos que funcionan en ámbitos urbanos a veces son inviables e inapropiados en el medio rural. En esta línea, pensar en centros polivalentes de recursos y en la creación de nuevos servicios de proximidad para conseguir un mayor acercamiento a las necesidades de las personas, parece una estrategia acertada.
6. El diseño de servicios y programas debe contar con la participación activa de sus potenciales usuarios y cuidadores. Fomentar el desarrollo de asociaciones y dinamizar las existentes es un objetivo que debe tenerse en cuenta.
7. La coordinación es un aspecto imprescindible en la organización de la atención a las situaciones de dependencia. Su necesidad es incuestionable en todos los ámbitos: entre el sistema sanitario y social, entre los diferentes niveles de atención, entre la iniciativa privada y el sistema público, entre los profesionales, el mundo asociativo y los cuidadores informales. Para que realmente funcione, es necesario un esfuerzo de consenso y protocolización de los procesos a coordinar. También necesita voluntad política y profesional.
8. Las especiales características de las comarcas objeto de estudio, imponen la necesidad de adoptar un enfoque comunitario en la planificación de programas y servicios. La metodología de trabajo comunitario puede optimizar los recursos intersectoriales logrando la movilización de todos los disponibles además de los propios servicios sociales: centros de salud, escuelas, bibliotecas, agentes de desarrollo rural, casas de cultura...

9. Se observa la necesidad prioritaria de disponer de un servicio de transporte accesible que facilite el acercamiento de las personas a los recursos y viceversa. Es indispensable garantizar su buen funcionamiento todos los días de la semana, así como la flexibilidad en su utilización que será polivalente. (acceso a recursos, excursiones, asistencia a espectáculos, acompañamiento a consultas y gestiones...)
10. El necesario incremento de recursos en las zonas estudiadas debe ir acompañado además de la consiguiente dotación de personal, de un plan de formación de los profesionales, con especial atención a los de menor cualificación que son los que suelen establecer un contacto más estrecho con los usuarios. La experiencia de las personas que han sido cuidadoras en el ámbito familiar deberá ser considerada.
11. El plan de actuaciones en las comarcas objeto de este estudio deberá contemplar toda una serie de actuaciones con las familias cuidadoras que incluyan, además de los correspondientes servicios de respiro, acciones formativas y programas específicos de intervención.
12. Es indispensable la puesta en marcha de un plan de información a los ciudadanos de estas comarcas que haga realmente accesible el conocimiento de los recursos disponibles y de todas sus posibilidades de utilización. Será imprescindible tener en cuenta las características ideosincráticas de esta población a la hora de diseñarlo.

- **Propuestas específicas**

- **Servicios domiciliarios**

- **Servicio de ayuda a domicilio (SAD)**

13. Es necesario incrementar el servicio de ayuda a domicilio en la práctica totalidad de las comarcas estudiadas. Caspe, Campo de Belchite, Bajo Martín y Bajo Aragón.
14. Es necesario aumentar la intensidad horaria del SAD, de acuerdo a las necesidades de atención de las personas dependientes. Se establecerán diferentes niveles de intensidad conforme a la gravedad y necesidad de ayuda de los usuarios.

15. La distribución de las tareas a realizar, debe contemplar de manera prioritaria la prestación de cuidados personales coordinada con los servicios sanitarios que ejercerán un papel asesor y de tutela en esta faceta del SAD. La generalización de la prestación de cuidados no eliminará la realización de tareas domésticas.
16. Realizar un programa de intervención individualizado en el que participen todos los implicados en el caso: profesionales, usuarios, familiares y voluntarios.
17. Incrementar el servicio de comidas a domicilio, poco desarrollado hasta el momento.
18. Crear el servicio de lavandería procurando optimizar los recursos que se puedan ofrecer desde un centro polivalente. En cada uno de los municipios estudiar la fórmula más eficaz de implantación de este servicio.

- **Telasistencia domiciliaria**

19. Generalizar la extensión de este servicio en todas las comarcas a las personas mayores de 80 años que vivan solas o que aun viviendo 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.

- **Accesibilidad y ayudas técnicas**

20. En el diseño de servicios y otros equipamientos de uso público aplicar el principio de universalidad o diseño para todos, evitando la estigmatización de los colectivos objeto de nuestro estudio.
21. Ampliar la línea de subvenciones y créditos para la adquisición de ayudas técnicas y adaptación de las viviendas. En todos los casos realizar una evaluación exhaustiva sobre la eficacia y eficiencia de estas intervenciones.

22. Crear un servicio especializado de préstamo de ayudas técnicas que facilite la movilidad de las personas en situación de dependencia y de sus cuidadores.

- **Servicios intermedios**

- **Centros de día.**

23. Impulsar la creación de centros de día para personas mayores dependientes en cada comarca. En cada uno de los centros se habilitará módulos de atención específica para la atención psicogeriatrica.
24. En los actuales centros sociales para mayores crear el servicio de estancias de día para personas en situación de fragilidad o dependencia moderada. Este servicio se puede diseñar con carácter de respiro familiar, menos especializado que los centros de día. Las distancias entre los pueblos y la poca accesibilidad de los recursos disponibles justifican este planteamiento.
25. Crear un centro de día para personas con discapacidad en cada comarca, atendiendo a las características y necesidades de esta población menor de 65 años y de sus cuidadores.
26. En el ámbito de la salud mental aplicar lo establecido en el Plan Estratégico de salud mental de Aragón.
27. Los servicios diurnos es interesante que se presten todos los días de la semana con vistas a favorecer la diversificación de servicios como respuesta a la diversidad de necesidades. Dadas las distancias y dificultades en las comunicaciones, así como las diferentes necesidades y circunstancias de los potenciales usuarios, se debe procurar un recurso flexible que responda de manera diferenciada.
28. Con carácter experimental, analizar la conveniencia de crear un centro de noche para hacer frente a la diversidad de situaciones de necesidad que pueden presentar las personas dependientes en estas comarcas (condiciones climatológicas adversas, problemas de salud, problemas de conducta nocturna, etc).
29. Considerar el interés de desarrollar otros recursos y servicios alternativos: Unidades de Convivencia para personas mayores y para

personas con discapacidad, Viviendas Tuteladas, Programas de respiro con plazas temporales.

30. Las estancias temporales en todos los casos deberán contar con un programa de intervención que contemple la adaptación de las personas y sus familias a la entrada y salida de este recurso.

- **Residencias y alojamientos alternativos**

31. Las comarcas de referencia es conveniente que dispongan de un índice de cobertura de 4 plazas residenciales por cada 100 personas de 65 y más años. Todas ellas accesibles a personas en situación de dependencia.
32. Impulsar la creación de Unidades de Convivencia en cada una de las comarcas, destinadas a los siguientes colectivos: personas con discapacidad física o mental (según necesidades) personas mayores dependientes físicas y personas con demencia.
33. Se debe planificar una distribución racional de las plazas residenciales, estableciendo acuerdos con la iniciativa privada sobre su ubicación y también sobre el modelo de residencia de futuro.

- **Centro Polivalente de recursos en entornos rurales**

En los contextos rurales es más necesario que en ningún otro desarrollar centros en los que se ofrezca una amplia gama de servicios para la población en situación de dependencia. En los hábitats rurales no es posible el desarrollo de muchos servicios específicos y diferenciados. Por ello se debe crear dispositivos capaces de ofrecer, desde un mismo recurso, todos los programas reseñados en los apartados anteriores, convirtiéndose en centro de referencia para una amplia área, a través del cual se realiza la provisión de múltiples servicios y programas. Todo ello desde la doble perspectiva de lugar de recepción y provisión de programas y servicios y centro que irradia y ofrece servicios de proximidad, acercando los recursos a las necesidades de las personas dependientes.

Ciertamente todo lo anterior responde de manera práctica para lograr establecer modelos de gestión operativa, en el marco del **Modelo de Atención Sociosanitario Polivalente**, que tengan en cuenta todo lo reflexionado a lo largo de la Tesis en los tres primeros capítulos.

Ya he señalado lo necesario que es tener una LEY BASICA DE SERVICIOS SOCIALES con sus apartados correspondientes a la DEPENDENCIA y al espacio SOCIOSANITARIO. Un Ley que posibilite un SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DESDE LA DIMENSIÓN SOCIOSANITARIA; una Ley que posibilite verdaderamente una asignación presupuestaria; pero mientras esto llega hace falta una voluntad de planificar de manera diferente; de ahí la propuesta aplicativa como “experiencia piloto” en la Zona del Bajo Aragón.

Evidentemente se podría argumentar que **la experiencia piloto** no se puede llevar adelante porque no hay soporte jurídico-legislativo que lo posibilite. Voy a argumentar seguidamente que sí existe.

V.4.- Argumentación del Soporte Jurídico-Legislativo para realizar la experiencia piloto en la Zona del Bajo Aragón (Comunidad Autónoma de Aragón)

En primer lugar voy a tener en cuenta “**Las variables**” y las “**ideas fuerza**” que he extraído del análisis de la Ley 5/2009 de 30 de junio de Servicios Sociales

- **Las variables:**

- *Reconocimiento que los Servicios Sociales consolidan el Estado de Bienestar.*
- *Vocación universal de la atención.*
- *Son el cuarto pilar del Estado Social de Derecho.*
- *La Comunidad Autónoma asume competencias en función de lo que posibilita.*
- *Articular la colaboración entre lo público y la iniciativa privada.*
- *Búsqueda del desarrollo personal y social.*
- *Organización del Sistema Público.*
- *Se afianza la idea de un Sistema de Servicios Sociales público.*
- *No se puede “solucionar” todo de manera exhaustiva. Se precisa tiempo. Visión de medio y largo plazo.*
- *Sistema descentralizado.*
- *Atender al Sistema Organizativo Territorial.*
- *Se pone en “valor” las Comarcas.*
- *La responsabilidad está en las Entidades Locales.*
- *Coordinación.*
- *Cooperación.*
- *Misión Conjunta Administración Central y Administración Autonómica.*
- *Sistema de Atención a la Dependencia.*
- *Reorganizar /adecuar el Sistema de Servicios Sociales en función de la L.A.D.*
- *Existe un reto que puede ser positivo y constructivo para la sociedad del Bienestar.*

- *Definir Principios del Sistema.*
- *Concretar Estructura.*
- *Integra recursos (públicos) con recursos de entidades privadas.*

- **Las “ideas fuerza”:**
 - *Promueve el Bienestar Social.*
 - *Contribuye al desarrollo pleno de las personas.*
 - *Trabajar en Red.*
 - *Coordinarse con otras áreas de política social.*
 - *El rol de la iniciativa privada en los Servicios Sociales.*
 - *Ordenar, Organizar y Desarrollar.*
 - *Conjunto de recursos, prestaciones, planes, programas, proyectos, equipamientos y equipos técnicos.*
 - *Titularidad Pública y Privada de los Servicios.*
 - *Responsabilidad Pública.*
 - *Igualdad, participación y responsabilidad Social.*
 - *Optimizar bien los recursos.*
 - *Cooperación entre Administraciones.*
 - *Rentabilidad Social.*
 - *Eficacia.*
 - *Calidad.*
 - *Profesionalidad, interdisciplinariedad, referencia, formación, investigación e innovación.*
 - *Asegurar la financiación desde las Administraciones Públicas.*
 - *Fomento de la Iniciativa Social.*
 - *El rol de la iniciativa privada social y mercantil.*
 - *Correlación con el Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia por parte del Sistema de Servicios Sociales de Aragón.*

Tanto “las variables” como las “idea fuerza” dan soporte a la posibilidad de establecer una **experiencia piloto** en la Zona del Bajo Aragón según los parámetros expuestos a lo largo del capítulo IV.3

Dado que la propuesta es la de un Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario y, por ende, se “cruza” con al área de salud voy a tener en cuenta la LEY 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.

En el preámbulo (Título I) nos encontramos con el siguiente texto:

“Los poderes públicos podrán organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, todo ello de acuerdo con el concepto de Estado Social contemplado en el artículo 1, apartado 1º del texto

constitucional En virtud de lo señalado, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, ley de carácter básico, destaca en su regulación el protagonismo de las comunidades autónomas para diseñar y ejecutar una política propia en materia sanitaria, considerando a éstas como administraciones suficientemente dotadas para hacer frente a las necesidades de eficiencia en la gestión con la perspectiva territorial necesaria”

Esto conlleva que la Comunidad Autónoma se “dota” de la autoridad correspondiente para organizar los servicios de salud. A esto hay que añadir que la ley debe de facilitar la coordinación, la coherencia y la equidad teniendo en cuenta que la atención sanitaria conlleva un coste económico elevado. La dimensión preventiva está “en sintonía” con la vocación del MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO.

“En el desarrollo de esta previsión estatutaria, la Ordenación Sanitaria de esta Ley se define como el conjunto de acciones que permiten hacer efectivo el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud mencionado con anterioridad, de acuerdo con los principios de igualdad, equidad, solidaridad e integración de los servicios sanitarios, criterios que han de combinarse con los de eficacia, eficiencia y racionalidad en la gestión para hacer frente a los costes crecientes generados por los cambios sociodemográficos en la población aragonesa o el empleo de tecnologías avanzadas, sin renunciar a lo que ha de ser en todo caso un servicio público universal”

El anterior párrafo del Preámbulo (1) señala la importancia del cambio demográfico, hecho que también se recoge en detalle en el **Estudio Sociológico sobre la situación de la dependencia en la Zona del Bajo Aragón**. La realidad demográfica es una variable que incide de manera directa en el diseño de los servicios de salud y servicios sociales, de ahí que la LEY DE SERVICIOS SOCIALES con sus aparados correspondientes a la DEPENDENCIA y al espacio SOCIO SANITARIO²²², asumiendo esta ley los determinados espacios sanitarios considerados, hasta el momento, exclusivamente sanitarios²²³.

En el preámbulo (4) se insiste sobre la visión que lo sanitario requiere de readaptaciones a la realidad. Esta idea tiene una gran importancia porque si la aplicamos adecuadamente nos percataremos que nos puede ayudar a **establecer la experiencia piloto del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario**.

“Teniendo en cuenta que la planificación sanitaria es un proceso continuo de previsión de recursos y servicios sanitarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, el Plan de Salud de Aragón regulado en la presente Ley constituye la herramienta fundamental para establecer las prioridades de las actuaciones sanitarias en la Comunidad Autónoma, proponiendo líneas de actuación para mejorar los problemas de salud”

²²² Ley que propone Izquierda Unida y UPyD

²²³ Como es el caso de enfermos crónicos, salud mental, y determinadas dependencias severas.

Del preámbulo (5) cabe señalar:

El Área de Salud es la estructura básica del Sistema que dispone de una organización que asegura la continuidad de la atención a la salud de la población, además de promover la efectiva aproximación de los servicios al usuario, así como la coordinación de todos los recursos sanitarios y sociosanitarios, públicos y privados, quedando abierta la vía para la articulación territorial a nivel intracomunitario, citada en el apartado I de este Preámbulo.

Asimismo, la Ley de Salud de Aragón contempla en su articulado a las comarcas como entes territoriales intracomunitarios de especial relevancia, respondiendo así a la necesaria descentralización y desconcentración territorial en la gestión.

Esta concepción territorial se hace sin perjuicio de la creación por la Ley General de Sanidad del Sistema Nacional de Salud, que incluye el conjunto de sistemas de salud de las comunidades autónomas que integran o adscriben funcionalmente todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias, y que estará gestionado bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma”

Lo expresado en este párrafo posibilita la interacción de los servicios que estarían adscritos al Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario; por cuanto la propuesta de gestión y organización **del modelo** posibilita el cumplimiento y desarrollo de lo que se dice en este párrafo.

A lo anterior se puede añadir que el Proyecto de Salud Pública de Aragón (agosto de 2013) puede ser una oportunidad para facilitar la adscripción sociosanitaria a la puesta en marcha de la experiencia piloto del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitaria.

Termino este capítulo y esta Tesis Doctoral con la siguiente cita:

“La dignidad de cada persona humana y el bien común son cuestiones que deberían estructurar toda política económica, pero a veces parecen sólo apéndices agregados desde fuera para completar un discurso político sin perspectivas ni programas de verdadero desarrollo integral ¡Cuántas palabras se han vuelto molestas para este sistema! Molesta que se hable de ética, molesta que se hable de solidaridad mundial, molesta que se hable de distribución de los bienes, molesta que se hable de preservar las fuentes de trabajo, molesta que se hable de dignidad de los débiles, molesta que se hable de un Dios que exige compromiso por la justicia. Otras veces sucede que estas palabras se vuelvan objeto de un manoseo oportunista que les deshonra. La cómo indiferencia ante estas cuestiones vacía nuestra vida y nuestras palabras de todo significado” ²²⁴

²²⁴ Exhortación Apostólica Evangelii Gaudium. Nº 203. Papa Francisco.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA.

ALARCON CARACUEL, M. Ramón. "Cuestiones competenciales en la ley de dependencia". *Temas laborales: Revista andaluza de trabajo y bienestar social*. ISSN 0213-0750; nº 89. 2007. Págs. 239-264.

ALBERDI ALONSO, Cristina. "Intervención social y sectores emergentes en la sociedad española". *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, 1995, 11:7-12.

ALEMÁN BRACHO, Carmen. "La Política de Asistencia Social desde la Transición Democrática". *Revista de Estudios Políticos*. ISSN 0048-7694. Nº 87, 1995. Págs 199-222.

ALEMÁN BRACHO, María del Carmen. "Una perspectiva de los servicios sociales en España". *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. N. 2 (oct. 1993). ISSN 1133-0473, pp. 195-205.

ALFONSO SECO, José María. "El efecto expansivo de la Ley de Dependencia en los sistemas autonómicos de servicios sociales". *Papeles para la economía española*, ISSN 0210-9107, Nº 129, 2011, págs. 182-194.

ALGUACIL GÓMEZ, Julio. "La quiebra del incompleto sistema de Servicios Sociales en España". *Cuadernos de Trabajo Social*, 2012, vol. 25, n.1. Págs. 63-74.

ÁLVAREZ BLANCO, Domitila. "Los profesionales ante la Ley de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid". *Trabajo social hoy*, ISSN 1134-0991, Nº. 41, 2004, págs. 63-76.

AMAYA RICO, Víctor. "Las personas mayores en el Proyecto de Ley de la Comunidad Autónoma de Andalucía "de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte". En *La protección de las personas mayores: apoyo familiar y prestaciones sociales: ponencias y comunicaciones del Congreso Internacional "La Protección de las personas mayores" celebrado del 7 al 9 de octubre de 2009 en Córdoba (España)*, 2009, ISBN 978-84-613-5121-3, 12 págs.

ANGUAS ORTIZ, Luis. "Evolución de los Servicios Sociales Comunitarios en Andalucía" *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, ISSN 1133-6552, Nº. 8, 1996, págs. 63-88.

AYUSO GUTIERREZ, M.; DEL POZO RUBIO, R.; ESCRIBANO SOTOS, F.: "Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes". *Revista española de salud pública*, ISSN-e 1135-5727, Vol. 84; nº 6. 2010, págs.789-798.

AZNAR LÓPEZ, Manuel. "Aspectos jurídicos de los servicios sociales: de la referencia constitucional a la legislación ordinaria". *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*. ISSN 1137-5868, Nº 30, 2001. Págs. 55-85.

BARRANCO VELA, Rafael. "Reflexiones y comentarios en torno a la contribución de los usuarios en el costo y mantenimiento de determinadas prestaciones en la Ley de Servicios Sociales de Andalucía". *Temas laborales: Revista andaluza de trabajo y bienestar social*, ISSN 0213-0750, Nº 32, 1994, págs. 69-86.

BARRIGA JIMÉNEZ, S.; LEÓN RUBIO, J.M^a. y otros. *Psicología social: orientaciones teóricas y ejercicios prácticos*. McGraw-Hill, 1998, ISBN 84-481-2082-5, págs. 351-362.

BARROSO-GONZÁLEZ, María O y CASTRO VADILLO, Nelly J. "Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas Mayores en Situación de Dependencia: Un análisis de su aplicación en Andalucía". *Protularia: Revista de Trabajo Social*, ISSN 1578_0236, Vol. 10; 2, 2010. Págs. 113-120.

BONES ROCHA, K., y otros: "Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España". *Psicothema*; ISSN, 0214-9915, Vol. 22, Nº 3, 2010.

BONETE PERALES, Enrique. *Ética de la dependencia. Bases morales, debates políticos e implicaciones médicas de la Ley de Dependencia*. Tecnos, Madrid, 2009.

CABELLO, Ernesto. "La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y su incidencia en el ámbito de la Administración local". *Economistas*, ISSN 0212-4386, año nº 27, n 122, 2009. (ejemplar dedicado a: Economía de la Dependencia), págs. 77-83.

CABRA DE LUNA, Miguel Angel. "Ley de Reforma Laboral: nuevo escenario de bonificación para la contratación de discapacitados". *La sociedad cooperativa*, ISSN 1137-4748, Nº. 38, 2007, págs. 6-8.

CALDERA, JESÚS. *Libro Blanco de la Dependencia*. Presentación del Libro Blanco IMSERSO. 2004.

CALVO VÉRGEZ, Juan. "La configuración de la base liquidable de los sujetos pasivos discapacitados en el IRPF a la luz de la nueva Ley 35/2006, de 28 de noviembre". *Zergak: gaceta tributaria del País Vasco*, ISSN 1133-5130, Nº. 34, 2007, págs. 99-141.

Carta Social Europea 1961 y Carta Social Europea 1996 (revisada).

CASADO PÉREZ, D.; FANTOVA AZCOAGA, F. y otros autores. *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España: informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia*. FOESSA. Ed. Cáritas Española, Madrid 2007. ISBN 84-8440-373-425.

CASADO PÉREZ, Demetrio (Coord.). *Leyes de servicios sociales del siglo XXI*, Cáritas Española, 2010, ISBN 978-84-8440-465-491.

CASADO PÉREZ, Demetrio. "Expectativas de las personas mayores respecto a la Ley de Dependencia". *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, ISSN 1137-5868, Nº 60, 2006. Págs. 149-167.

CASADO-MARIN, David. "La atención a la dependencia en España". *Gaceta Sanitaria*, Volumen 2, Suplemento 1, 2006. Págs. 153-142.

CASAS MÍNGUEZ, Fernando y SÁNCHEZ PÉREZ, M^a. Carmen. "Entorno a los servicios sociales: de la referencia constitucional a la legislación ordinaria". *Boletín informativo trabajo social*. ISSN 1137-5868, Nº 3, 2002. Es revista electrónica, por lo que no tiene paginación <http://www.uclm.es/bits/sumario/sumario.asp?N.03>.

CASTAÑE, Josep; MESTRE, Javier. *Informes anuales Estado Español*. Ed. Prohabitatge. Barcelona 200.

CERDEIRA GUTIÉRREZ, Isabel. "Los Servicios Sociales del franquismo a la Constitución". *Cuadernos de Trabajo Social*. ISSN 0214-0314, ISSN-E 1988-8295. Nº 0, 1987. Págs. 135-155.

CERVERA MACIÀ, M. y otros. *Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia*. 2009.

CÍVICOS JUÁREZ, Asunción; PUYOL LERGA, Berta. *Conocimiento y opinión de las personas mayores sobre la Ley de Dependencia y otras medidas de política social. Una Europa social y plural [Recurso electrónico]: actas del VII Congreso Estatal de Escuelas Universitarias de Trabajo Social / coord. por Angel Rodríguez Monge, Enrique E. Raya Lozano, 2010, ISBN 978-84-693-8665-1.*

CUBEIRO, Juan Carlos. *El bosque del líder: la sensación de fluidez II*. Ed Pretince Hall. Madrid 2001.

DE LA FUENTE ROBLES, Yolanda; SOTOMAYOR MORALES, Eva. "Implantación a aplicabilidad de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: una reflexión sobre el contexto de Andalucía". *Portularia: Revista de Trabajo Social*, ISSN 1578-0236, Vol. 7, 1-2.2007. Págs. 203-216.

DI NELLA, Yago (coord.). *Psicología forense y derechos humanos*, Vol. 2, 2010 (El sujeto, la ley y la salud mental), ISBN 978-987-25733-6-2.

DÍAZ ALABART, Silvia. "La Ley 1/2009 de modificación de la Ley del Registro Civil y de la Ley de Protección patrimonial de las personas con discapacidad". *Actualidad civil*, ISSN 0213-7100, Nº 17, 2009.

DIAZ MARTÍNEZ, Elisa; LADRA ALVAREZ, Sara; ZOZAYA GONZÁLEZ, Néboa. "La creación del sistema nacional de dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales". *Documentos de trabajo (Laboratorio de alternativas)*, nº 143, 2009.

Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo y Acción Social, ISSN 1133-6552, Nº 43-44, 2008. Págs. 9-28.

El documento (Ministerio de Asuntos Sociales. Plan gerontológico nacional. Madrid, 1993).

EQUIPO DE ESTUDIOS DE CARITAS. *Cáritas ante la crisis. VI Informe sobre las demandas atendidas a través de la red confederal de Acogida y Atención primaria Enero-Diciembre 2010*. Ed. Cáritas Española. Madrid 2011.

EQUIPO DE ESTUDIOS DE CARITAS. *De La coyuntura a la estructura: Los efectos permanentes de la crisis. VII Informe del Observatorio de la Realidad Social*. Ed. Cáritas Española. Madrid 2012.

ERKIZIAOLAIZOLA, Agustín Cfr. y otros. "La mejora de gestión de los servicios sociales en la Administración Local Vasca mediante el desarrollo y la implantación de un modelo de indicadores". *Revista de Servicios Sociales*. 2008, n 43 Págs. 119-132.

ESCUADERO RODRÍGUEZ, Bibiana. "Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales". *Revista española de investigaciones sociológicas*, ISSN 0210-5233, Nº 119m 2007, págs. 65-90.

ESCUREDO RODRÍGUEZ, Bibiana. "Políticas de dependencia: consecuencias para las familias". *Revista ROL de enfermería*, ISSN 0210-5020, Vol. 31, Nº. 5, 2008, págs. 22-32.

ESTEBAN MARTÍNEZ, Ana Isabel. "Los distintos sonidos de una Ley: La Ley de la dependencia cumple un año". *Actualidad Leader: Revista de desarrollo rural*, Nº 38, 2007. Págs. 30-31.

ESTÉVEZ GONZÁLEZ, M^a del Carmen. "La configuración de los servicios sociales y la asistencia social en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social: Reflexiones sobre un debate inconcluso". *Revista de ciencias jurídicas*, ISSN 1137-0912, Nº 0, 1995. Págs. 83-10.

FANTOVA AZCOAGA, Fernando. "Algunos elementos para un análisis de las políticas sobre servicios sociales en el País Vasco". *Revista de Servicios Sociales*, ISSN 1134-7147, Nº. 40, 2006. Págs. 7-20.

FELBER, Christian. *La Economía del Bien Común*. Ed. Deusto. Grupo Planeta. Barcelona 201.

FERNÁNDES BALLESTEROS, R. y MACIA ANTON, A. "Calidad de vida en la vejez". *Intervención social*, 1993 (5) 7.

FUENTES GUTIÉRREZ, V.; MAYOR RODRÍGUEZ, J.; GALINDO RAMOS, Z. "El Trabajo Social y las nuevas formas de reorganización del cuidado. Una aproximación a propósito de la Ley de Dependencia". *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*. ISSN 1133-0473, Nº 17, 2010. Págs. 83-102.

FUNES ARTIAGA, Jaime "La nueva Ley de Servicios Sociales: más sombras que luces". *Educación social: Revista de intervención socioeducativa*, ISSN 1135-8629, Nº 37, 2007, págs. 8-16.

GARCÍA FONSECA, P. "Análisis y Reflexiones sobre la nueva Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid". *Trabajo Social Hoy*, ISSN 1134-0991, Nº 39, 2003, págs. 83-89.

GARCÍA HERRERO, Gustavo. "Los Servicios Sociales y la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" *Envejecimiento, autonomía y seguridad* / coord. Joaquín Giró Miranda, 2007, ISBN 978-84-96487-23-9, págs. 81-114.

GARCÍA HERRERO, Gustavo. "Los servicios sociales y la ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia: ponencia." *Trabajo social hoy*, ISSN 1134-0991, Nº. 48, 2006, págs. 63-96.

GARCÍA HERRERO, Gustavo. *Reflexiones sobre la futura Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia*. Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, Madrid, 2006.

GARCÍA MÍNGUEZ, Jesús. *El nuevo perfil de las personas mayores según la ley*. *Gerontología educativa y social: pedagogía social y personas mayores* / coord. por Antonio Juan Colom Cañellas y María del Carmen Orte Socas, 2001, ISBN 84-7632-665-3, págs. 187-196.

GARCÍA-AGUILERA DE LA MAZA, Pilar. "La asignatura pendiente de la contratación de discapacitados: claves para cumplir la ley" *La sociedad cooperativa*, ISSN 1137-4748, Nº. 31, 2006 (Ejemplar dedicado a: La enseñanza de postgrado en cooperativismo), págs. 44-46.

GENÉ BADIA, Joan y otros. "Los problemas de salud también explican la utilización de servicios sociales en atención domiciliaria". *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*. ISSN 0212-6567, Vol.41, Nº. 2, 2009, Págs. 91-101.

GIL, Ángel y NICOLAU I NOS, Ramón. "Los servicios sociales: decisivos para la cohesión social" *Educación social: Revista de intervención socioeducativa*, ISSN 1135-8629, Nº 30, 2005 (Ejemplar dedicado a: Estrategias para la participación social), págs. 8-13.

GISPERT MAGAROLAS, Rosa; CLOT-RAZQUIN, Guillén; RIVERO FERNÁNDEZ, Antonio y otros. "El perfil de la dependencia en España: un análisis de la encuesta de discapacidades de 1999". *Revista española de salud pública*, ISSN-E 1135-5727, Vol. 82, Nº 6, 2008. Págs. 653-665.

GÓMEZ-BAZAERES, Fernando. *Los problemas éticos de la especulación. Ponencia presentada en la mesa de ética del V Foro de Finanzas*, Universidad de Málaga. Nuevos desarrollos financieros. Asociación Española de Finanzas, Málaga, 1.997, págs. 693-70.

GONZÁLEZ PORRAS, José Manuel; GALLEGU DOMÍNGUEZ, Ignacio. *Actas de las Primeras Jornadas de problemas legales sobre tutela, asistencia y protección a las personas mayores*: Córdoba, 17-18 de noviembre de 2000. 2001, ISBN 84-7959-408-X, págs. 115-124.

GONZÁLEZ-CARVAJAL SANTABARBARA, Luis. *El hombre roto por los demonios de la economía. El Capitalismo neoliberal ante la moral cristiana*. Ed. San Pablo/Universidad Pontificia Comillas. Madrid 2010.

GRANDAL NORES, María Isabel. "Sistema público de servicios sociales: Ley 4/1993: referencias contextuales". *Revista xurídica galega*, ISSN 1132-6433, Nº. 15, 1997, págs. 331-345.

GUIJARRO, Luis. "Informe de Valoración del Plan Gerontológico y Calendario del Comité de Acciones del Año Internacional de los Mayores". *Sesenta y Más*, ISSN 1132-2012 1998 DIC; (164) 18-21.

GUILLEM LÓPEZ i CASASNOVAS, Joan Faner. "Consideraciones para la reforma y mejora de la aplicación de la Ley de Dependencia a partir de la observación de sistemas comparados". *Papeles de economía española*. ISSN 0210-9107, nº 129. 2011, págs. 149-156.

GUTIÉRREZ RESA, Antonio "El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en España (Once años de Plan Concertado)". *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*. ISSN 0210-5233. Nº 93, 2001. Págs. 89-132.

GUTIERREZ RESA, Antonio, GARCÉS FERRER, Jordi y otros. *Los Servicios Sociales en las Comunidades Autónomas*. Ed. Tirant lo Blanch.2000.

GUTIERREZ RESA, Antonio. "Mayores y Familia ante el futuro de los Servicios Sociales". *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, ISSN 1137-5868. Nº 70, 2007, págs. 81-10.

GUZMÁN CASTILLO, F.; TOBOSO MARTÍN, M. y ROMANACH CABRERO, J. “Fundamentos éticos para la promoción de la autonomía: Hacia una ética de la interdependencia”. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*. ISSN 1133-0473, Nº. 17, 2010. Págs. 46-62.

GUZMÁN CASTILLO, Francisco; MOSCOSO PÉREZ, Melania; TOBOSO MARTÍN, Mario. “Por qué la Ley de la Dependencia no constituye un instrumento para la promoción de la autonomía personal”. *Revista de servicios sociales*, ISSN 1134-7147, Nº. 2010. Págs. 43-56.

HERBOSA MARTÍNEZ, Inmaculada. “El patrimonio protegido creado por la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, como medida de autoprotección patrimonial de los mayores discapacitados”. *Derecho y mayores* / coord. por Iñigo Alfonso Navarro Mendizábal, 2006, ISBN 84-8468-193-9, págs. 277-294.

HERNANDO, Ana. “Una crítica feminista a la Ley de Dependencia”. *Viento Sur: Por una izquierda alternativa*, ISSN 1133-5637, Nº 88, 2006. Págs.89-95.

HERRERO ZARATE, Iratxe. “Análisis de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco” en CASADO PÉREZ, Demetrio (Coord.). *Leyes de servicios sociales del siglo XXI*, 2010, ISBN 978-84-8440-465-1, págs. 147-176.

HIDALGO LAVIÉ, Alfredo (coord.). *Trabajo social en el ámbito de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia: la profesión, la ley y los servicios sociales a debate*. Netbiblo, 2011. ISBN 978-84-9745-927-3.

HIDALGO LAVIÉ, Alfredo. “El Sistema Público de Servicios Sociales 19 años después. Del plan concertado para las prestaciones básicas a la Ley de la Autonomía Personal”. En María Jesús Brezmes Nieto: *Trabajo social en el ámbito de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia: la profesión, la ley y los servicios sociales a debate*, 2011, ISBN 978-84-9745-927-3, págs. 99-112.

INFORME 2002. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES.

Jornada: “Oportunidades de financiación para las personas mayores ante la nueva ley de Dependencia”. *Sesenta y más*, ISSN 1132-2012, Nº. 266, 2007, págs. 37-38.

JOSÉ VELA SÁNCHEZ, Antonio. “La protección jurídica de las personas mayores: hacia un régimen jurídico unitario con base en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”. *Estudios jurídicos en homenaje al profesor Enrique Lalaguna Domínguez* / coord. por Josefina Alventosa del Río, Rosa María Moliner Navarro, Vol. 2, 2008 (Volumen II), ISBN 9788437071770, págs. 1185-1208.

JUAREZ GALLEGU, Miguel y otros. *V Informe Sociológico de la Situación Social en España*. Ed. Fundación FOESA. Madrid 1995.

LASARTE ALVAREZ, Carlos, MORETÓN SANZ, M^a Fernanda; LÓPEZ PELÁEZ, Patricia (Coord.). *La protección de las personas mayores*. Tecnos, 2007. ISBN 978-84-309-4579-5 (Resumen).

Legislación básica sobre discapacitados. Tecnos (2 ed.) . ISBN 978-84-309-4619-8

Ley 6/1982, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales del País Vasco.

Ley 13/1982 de integración social de los minusválidos.

Ley 11/1984, de 6 de junio, de Servicios Sociales de Madrid.

Ley 4/1987, de 25 de marzo de Ordenación de Acción Social de Aragón.

Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía.

Ley 15/1995 sobre límites del dominio sobre inmuebles para eliminar barreras arquitectónicas a las personas con discapacidad.

Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales del País Vasco.

Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía.

Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.

Ley 12/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Ley 51/2003 de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad de las personas con discapacidad.

Ley de Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco.

Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.

Ley 33/2011 de 4 de octubre General de salud Pública. Proyecto de Ley de Salud Pública de Aragón (2013).

Libro Blanco de la Dependencia. IMSERSO. 2004.

Libro Verde de la Dependencia. Fundación AstraZeneca. 2004.

LLOPIS, Elvira S. "El recorte del Estado de Bienestar y el envejecimiento de la sociedad española". *Temas para el debate*, ISSN 1134-6574, Nº. 193 (dic.), 2010 (Ejemplar dedicado a: Nuevos retos del envejecimiento), págs.27-29.

LÓPEZ CASASNOVAS, Guillem. "La Ley de autonomía y dependencia. Reflexiones y recomendaciones para su mejor desarrollo". *Gaceta Sanitaria*, Volumen 25, Suplemento, 2, 2011, págs. 125-13.

LÓPEZ CUMBRE, Lourdes. "Fisuras de una ley histórica en materia de protección social: el Proyecto de Ley de Dependencia". *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, ISSN-e 1696-9626, nº 11, 2006.

LÓPEZ DÍAZ, Elvira; DE PAZ COBO, Sonia. "El envejecimiento de la población y la Ley de Dependencia". *Diario La Ley*, ISSN 1138-9907, Nº 7475, 2010.

LÓPEZ PELÁEZ, Patricia. “La financiación de la calidad de vida de las personas mayores: renta vitalicia y contrato de alimentos”. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, ISSN 1137-5868. Nº 70, 2007, págs. 107-13.

LOPEZ ROYO, David. *Artículo de Investigación para la obtención del DEA*. Universidad Pontificia Comillas. ICAI-ICADE. 2006. Pág. 1.

LORENZO GARCÍA, Rafael de; MARTÍNEZ RIVERO, Álvaro. *Revista española del tercer sector*, ISSN 1886-0400, nº 3. 2006. (ejemplar dedicado a: La protección social de la dependencia.), págs. 49-80.

MAGRO SERVET, Vicente. “Hacia la necesaria Ley Orgánica integral de coordinación sanitario-judicial para la protección de las personas que sufren problemas de salud mental”. *Diario La Ley*, ISSN 1138-9907, Nº 7702, 2011.

MARAVALL GÓMEZ-ALLENDE, Héctor. “La atención a la dependencia: el gran reto de la política social hacia las personas mayores de los próximos años”. *Psychosocial Intervention*, ISSN 1132-0559, Vol. 6, Nº 1, 1997, págs. 9-2.

MARAVALL GÓMEZ-ALLENDE; Héctor. “Editorial. Plan Gerontológico para el año 2000”. *Sesenta y Más*, ISSN 1132-2012 1999 JUL-AGO 171-172.

MARAVALL GÓMEZ-ALLENDE; Héctor. *Las prioridades del plan gerontológico en la presente legislatura. Transformación social y compromiso de los profesionales: IV Jornadas de Intervención Social del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, Vol. 3, 1996, ISBN 84-88986-33-5, págs. 2323-2334.

MARTIN PINTADO, Luis. “La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Las personas mayores”. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, ISSN 1137-5868. Nº 70, 2007, págs. 71-7.

MARTÍNEZ LOZANO, Isabel María. “Cuatro años de la Ley de Dependencia: Logros y retos de futuro”. *Papeles de economía española*, ISSN 0210-9107; Nº 129, 2011. Págs. 238-243.

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, María José. “El patrimonio jurídico de los discapacitados: la Ley 41/2003”. *Estudios jurídicos*, ISSN-e 1888-7740, Nº. 2005, 2005.

MARTÍNEZ ROMÁN, M^a.A.; MIRA-PERCEVAL PASTOR, M^a. T.; REDERO BELLIDO, H. “¿Viejos o nuevos? Orientaciones actuales de los servicios sociales en España”. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, ISSN.1133-0473, Nº 2, 1993.207-23.

MARTÍNEZ ROMÁN, María Asunción. “Perfeccionamiento de los servicios sociales en España: informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia”. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, ISSN 1578-3103, Año 7, Nº. 2, 2007, págs. 60-61.

MARX, Reinhard. *El Capital. Un alegato a favor de la humanidad*. Ed. Planeta Testimonio. Barcelona 2011.

MILLÁN ASÍN, Miguel Ángel. *Liderazgo y Gestión. Lo que podemos aprender de los fundadores*. Ed. Salterrae. Cantabria 2013.

MINGORANCE GOSÁLVEZ, M^a del Carmen. "Delimitación del término "persona mayor" en la ley andaluza de atención y protección a las personas mayores. La encrucijada de la incapacidad y la discapacidad" coord. por José Pérez de Vargas Muñoz, Montserrat Pereña Vicente, Vol. 1, 2011 (*La encrucijada de la incapacidad y la discapacidad*), ISBN 978-84-8126-814-0, págs. 481-494.

MINGUELA, M^a Ángeles. "Atención a las personas potencialmente dependientes en Andalucía: una primera aproximación a las disparidades territoriales". *Cuadernos geográficos de la Universidad de Granada*, ISSN 0210-5462, N^o 46, 2010. Págs. 209-231.

MIRA-PERCEVAL PASTOR, M^a. T. et al. Servicios sociales: *Estructura, dinámica, políticas y estrategias en España y la Comunidad Valenciana*. (2007). Universidad de Alicante.

MONSERRAT CODORNIU, Julia. "El impacto de la Ley de la dependencia en la rentas de los usuarios mayores de 65 años: incidencia del copago". *Documentos Instituto de Estudios Fiscales*. ISSN 1578-0244, N^o 20, 2008, págs. 1-48.

MONTERO GARCÍA, I.; GARCÍA MÍNGUEZ, J.; BEDMAR MORENO, M.s. "Ciudadanía activa y personas mayores. Contribuciones desde un modelo de educación expresiva". *Revista Iberoamericana de Educación / Revista Ibero-americana de Educação*. ISSN: 1681-5653 n.º 55/5 – 15/06/11.

MONTSERRAT CODORNIU, Julia. "El coste de la dependencia". *Revista multidisciplinar de gerontología*, 2003 13(3):194-200.

MONTSERRAT CODORNIU, Julia; RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio. "Luces y sombras del anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en sus aspectos organizativos y económicos". *Cuadernos de Información económica*, ISSN 1132-9386, N^o 191, 2006, págs. 175-187.

MORATA GARCÍA de la PUERTA, Belén. "Cuestiones para investigación: ¿qué pasa con los servicios sociales en España?" *Servicios Sociales*, 2001. N. 108. Págs. 605-622.

MORENO I GENÈ, Josep, ROMERO BURILLO, Ana María. "La protección de los discapacitados en la Constitución Europea". *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, N^o 57, 2005.

OFICINA DEL DEFENSOR DEL PUEBLO DE ANALUCÍA. *La Situación de los Servicios Sociales Comunitarios en Andalucía. Informe del Defensor del Pueblo Andaluz del año 1985*. ISBN 84-89540-84-2. 2006.

OLIVER POZO, José María. "El derecho de ser atendidos en las situaciones de dependencia". *Nuevas Políticas Públicas: Anuario multidisciplinar para la modernización de las Administraciones Públicas*, ISSN-E 1699-7026, n^o 2, 2006. Págs. 30-32.

ORTE SOCIAS, M^a del Carmen; COLOM CAÑELLAS, A. J. *Gerontología educativa y social: pedagogía social y personas mayores*. 2001, Univ. De las Islas Baleares. págs. 17-40.

ORTIZ WALSH, Virginia y FERREIRA LUZ, Alfonso. "El servicio de ayuda a domicilio como instrumento de intervención social con colectivos en riesgo de exclusión social". *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, n^o. 49, 2011. Págs. 234-261.

OTERO, A y ZUNZUNEGUI, MV. "La importancia de identificar las necesidades de servicios sociosanitarios y sociales de las personas mayores". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2001, 36 (S3):41-46.

OVEJAS LARA, María Rosario. "Servicios Sociales: retos y perspectivas". *Revista de Servicios Sociales*, ISSN 1134-7147, Nº 41, 2007. 35-41.

PEDREÑO, María J. "Reflexiones sobre la Ley de Servicios Sociales andaluza". *RTS: Revista de treball social*, ISSN 0212-7210, Nº 111, 1988, págs. 116-120.

PELEGRÍ VIAÑA, XAVIER. *El modelo de Servicios Sociales en España. Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*. SOCIOTAM, año/vol XVII, n.2, 2007. Universidad Autónoma de Tamaulipas Ciudad Victoria, México. Págs. 125-150.

PÉREZ HUETE, Joaquín. "Régimen fiscal del patrimonio protegido de los discapacitados". *Crónica tributaria*, ISSN 0210-2919, Nº 116, 2005, págs. 113-138.

PIERA, Gustavo. *La Travesía*. Ed. Alienta. Barcelona 2006.

PINEDA SORIA, R. "Las personas mayores dependientes en el marco del Plan Gerontológico". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 1995 30 3: 137-139.

PINEDA SORIA, Rafael. "El Plan Gerontológico como respuesta a las demandas de la tercera edad". En *Una España que envejece* /coordinado por Antonio Abellán García, 1992. ISBN 84-80010-004-4, págs. 247-250.

Plan de acción para personas mayores 2003-2007

Plan Gerontológico de Andalucía.

Plan Gerontológico de Aragón.

Plan Gerontológico de Madrid.

Plan Gerontológico del País Vasco (Guipúzcoa, Vitoria, Euskadi 1994)

Planes Gerontológicos Autonómicos.

PONTIFICIO CONSEJO «JUSTICIA Y PAZ ». *Compendio de la Doctrina Social de la Iglesia a Juan Pablo II*. Ed. Justicia y Paz. Ciudad del Vaticano 2004.

Programas Electorales de Izquierda Unida. 1989, 1993, 1996, 2000,2004, 2008,2011.

Programas Electorales de UPyD. 2008, 2011.

Programas Electorales del PNV. 2004, 2008, 2011.

Programas Electorales del PSOE. Elecciones Generales: 1982, 1986, 1989, 1993, 1996, 2000, 2004, 2008,2011.

Programas Electorales: Alianza Popular/Coalición Popular/Partido Popular: 1982, 1986, 1989, 1993, 1996, 2000, 2004, 2008,2011.

Proyecto de Ley de Salud Pública de Aragón. Agosto de 2013.

Psicopatología Clínica Legal y Forense, ISSN 1576-9941, Vol. 4, Nº. 1-3, 2004 (Ejemplar dedicado a: Salud mental y derecho civil. XII Symposium de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense).

RAMÍREZ NAVARRO, José Manuel. "Ley de Atención a las Dependencias y Servicios Sociales". *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, Nº. 37, 2006, págs. 9-22.

RAMÍREZ NAVARRO, José Manuel; GARCÍA HERRERO, Gustavo. "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: análisis y comentarios". *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, ISSN 1133-6552, Nº. 40-42, 2007, págs. 37-52.

Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Texto Consolidado. Última modificación 16 de marzo de 2013.

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio. "Cuidados de larga duración en España: contexto, debates, políticas y futuro". En *Unidad de Políticas Comparadas (CSIC) Documento de Trabajo* 01-14-2001 Págs. 1-10.

RODRÍGUEZ CAMPO, Raquel y otros: "Sistema para la autonomía y atención a la dependencia". *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, TOG, ISSN-e 1885-527X, Nº. 8, 2008.

RODRÍGUEZ CASTEDO, Ángel y otros. *Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro Blanco*. Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2005.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar. "El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia". En *Documentos de Trabajo (Laboratorio de Alternativas)*, Nº 87, 2006.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar. "Plan gerontológico y el esfuerzo compartido en las acciones de vejez". En *Documentación social*, ISSN 0417-8106, Nº 86, 1992 (Ejemplar dedicado a: La animación de los mayores), págs. 155-174.

RODRÍGUEZ ROVIRA, Eduardo. "Las personas mayores ante la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia". *Sociedad y utopía: Revista de ciencias sociales*, Nº 30, 2007, págs. 307-322.

RODRÍGUEZ-ARANA MUÑOZ, J.; DEL GUAYO CASTIELLA, I., "El Estado social configurado en la Constitución de 1978 como fundamento para el desarrollo de la actividad administrativa de prestación de asistencia social y servicios sociales. Breve referencia a la situación en la Comunidad Autónoma andaluza: algunos aspectos más significativos de la Ley 2/1998, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía". En Roca Xirau, Pilar (Coord.). *Panorama jurídico de las administraciones públicas en el siglo XXI: homenaje al profesor Eduardo Roca Roca*. 2002, ISBN 84-340-1377-0, págs. 1241-1260.

ROLDÁN GARCÍA, ELENA. "La Ley 11/2003 de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid en el contexto de las legislaciones autonómicas de servicios sociales: análisis y reflexiones". En *Trabajo Social*, ISSN 1132-2012, Nº. 252. 2006. 43-60.

RUEDA PÉREZ, Manuel Ángel. *Jornadas sobre la nueva Ley de protección patrimonial de discapacitados: Valencia, 12,19, 26 de enero y 3 de febrero de 2004*. Coord. por Colegio Notarial de Valencia, 2005. ISBN 84-921755-2-4.

RUSTE AGUILAR, Esteban y SANTOS MARTÍ, Joaquín. “La relación entre público y privado en el marco de la nueva Ley 5/2009 de Servicios Sociales de Aragón”. *Cuadernos de Trabajo Social*, ISSN 0214-0314, ISSN-e 1988-8295, Vol. 25, Nº 1, 2012, págs. 133-142.

SALAS PALENZUELA, Isidoro. “El plan gerontológico nacional: el IV forum europeo. Generación de la experiencia 93. El II senado de las personas mayores”. *II Jornadas de estudio: (año Europeo de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones): paneles, ponencias, comunicaciones, conferencias*: Castillo de la Mota Medina del Campo (Valladolid), 25 al 29 de octubre de 1993, 1994, ISBN 84-605-0117-5, págs. 39-53.

SALAZAR AGULLÓ, Modesta. “Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España”. *Index de Enfermería*. ISSN 1132-1296, v. 15, n. 52-53, 2006.

SANCHO CASTIELLO, Maite y otros. *Las personas mayores en España: Informe 2002*. Ed Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 2003.

SARASA URDIOLA, Sebastián. “El nuevo sistema para la autonomía y la atención a la dependencia: ¿reducirá las desigualdades en la utilización de los servicios?”. *Administración & Ciudadanía: revista da Escola Galega de Administración Pública*, ISSN-E 1887-0279, Vol. 1, Nº 3, 2006. Págs. 143-171.

SEMPERE NAVARRO, Antonio V.; CHARRO BAENA, Pilar (Coord.). *Comentario sistemático a la Ley de Dependencia: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y normas autonómicas*. Cizur Menor (Navarra): Thomson-Aranzadi, 2008. ISBN 978-84-8355-687-0.

SEMPERE, Antonio; CAVAS, Faustino. *Ley de dependencia. Estudio de la Ley 39/2006, sobre promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. 2007, Pamplona, Editorial Aranzadi.

SERRANO ALONSO, Eduardo. “La protección de los discapacitados y la reforma del código civil (La Ley 41/2003, de 18 de noviembre)”. *Estudios de derecho judicial*, ISSN 1137-3520, Nº. 116, 2007 (Ejemplar dedicado a: Legislación civil (2000-2006): análisis crítico), págs. 61-92.

SERRANO GARIJO, Pilar. “Programas Sociales de atención domiciliaria para personas mayores: implicaciones de la Ley de Dependencia”. *Jano: Medicina y humanidades*. ISSN-E 0210-220X, Nº 1678, 2008, 29-34.

SERVICIO DE NOTICIAS DE CARITAS ESPAÑOLA. *Informe desigualdad y derechos sociales. Análisis y Perspectivas 2013*. Resumen de Datos.2013. www.caritas.es.

SOSEVILLA RIVERO, Simón. “Un análisis estratégico del sistema para la autonomía y atención a la dependencia”. En *Presupuesto y gasto público*, ISSN 0210-5977, Nº 55, 2009, págs. 7-29.

Terapia ocupacional: Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales, ISSN 1575-5606, Nº. 53, 2010 (Ejemplar dedicado a: XII Jornadas Estatales de TO en Salud Mental, celebradas en Madrid los días 21, 22 y 23 de octubre de 2010).

URCOLA TELLERÍA, Juan Luis. *Acertar a vivir*. Ed. Esic. Madrid 2001.

URCOLA TELLERÍA, Juan Luis. *La motivación empieza por uno mismo*. Ed. Esic. Madrid 2008.

URCOLA TELLERÍA, Juan Luis. *La revolución pendiente: las personas en el centro de las organizaciones*. Ed. Esic. Madrid 2010.

VALCARCE GARCÍA, Amparo. "La Ley de dependencia: una revolución social". *Revista de Administración Sanitaria siglo XXI*, ISSN 1696-1641, Vol. 5, Nº 2, 2007. Págs. 191-914.

VALLE MUÑOZ, José Luis. *La protección registral de los menores e incapacitados: especial referencia a la Ley de protección patrimonial de los discapacitados*. Anales (VI) : 2003-2004 / coord. por Chantal Moll de Alba Lacuve, Alfonso Hernández Moreno, 2005, ISBN 84-95545-79-9, págs. 149-176.

VARIOS AUTORES. "50 ANIVERSARIO análisis, acción, desarrollo". En *Documentación Social*. Nº 149-150. Cáritas Española. Madrid, 2008.

VARIOS AUTORES. "Aspectos Económicos y Sociales de la Dependencia". *Papeles de economía española*, Nº 129. Fundación Cajas de Ahorro. 2011.

VEGA FUENTE, Amando. "De la dependencia a la autonomía: ¿Dónde queda la Educación?". *Educación XXI: Revista de la Facultad de Educación*, Nº 10, 2007. Págs. 239-264.

VILÀ I MANCEBO, Antoni. "Las propuestas de las personas mayores ante las situaciones de dependencia: estudio comparado entre las propuestas de la Confederación Española de Organización Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) y la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y las familias". *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, Año 7, Nº. 1, 2007, págs. 4-19.

VILLA, Juan Manuel. "Curso sobre los Servicios Sociales en España y la futura Ley de Dependencia". *Sesenta y más*, ISSN 1132-2012, Nº. 252, 2006, págs. 34-37.

PÁGINAS WEB

PÁGINAS WEB.

<http://el-pais.vlex.es/vid/gerontologico-fracasado-geriatria-000-16465242>. Agosto 2013.

http://www.masterforense.com/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=161. Agosto 2013.

http://www.economiasolidaria.org/noticias/la_economia_del_bien_comun. Agosto 2013.

<http://www.fundacionpilares.org/docs/jornadasbienencasanosotroslosmayores.pdf>. 2013. Septiembre 2013.

www.gemeinwohloekonomie.org. Agosto 2013.

<http://www.fundacionpilares.org/index.php>. Julio 2013.

http://www.caritas.es/noticias_tags_noticialInfo.aspx?Id=6475. Junio 2013.

www.siiis.net/pdf/bibliografia/2004/junio/Biblioexclusionjunio.pdf. Septiembre 2013.

www.entornosocial.es/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=100. Septiembre 2013.

www.dinarte.es/salud-mental/pdf1156/1156inf2.pdf. Junio 2013.

www.down21.org/legislacion/temasinteres/legislacionesp/nota1_minusderechos2212is.htm. Agosto 2013.

<http://www.fundacionpilares.org/docs/jornadasbienencasanosotroslosmayores>. Julio de 2013.

http://internacional.elpais.com/internacional/2014/02/06/actualidad/1391705171_303709.html. Febrero de 2014.

http://www.economiasolidaria.org/noticias/la_economia_del_bien_comun. Agosto de 2013.

www.gemeinwohloekonomie.org. Agosto de 2013.

http://www.caritas.es/noticias_tags_noticialInfo.aspx?Id=6475. Julio de 2013.

<http://www.fundacionpilares.org/index.php>. Julio de 2013.

ESQUEMAS DEL MODELO DE ATENCIÓN **POLIVALENTE SOCIOSANITARIO**

ESQUEMAS DEL MODELO DE ATENCIÓN POLIVALENTE SOCIO SANITARIO.

- Esquema número 1: Planeamiento General del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario. Primer Nivel. Elaboración propia. Página 23.
- Esquema número 2: Filosofía del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario. Aprovechar los recursos existentes. Segundo Nivel. Interaccionar los Servicios Sociales de Base con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria. Elaboración propia. Página 24.
- Esquema número 3: Filosofía del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario. Aprovechar los recursos existentes. Interrelacionar los Recursos Especializados con el nivel dos transformando los Especializados en Centros Polivalentes de Atención a la Dependencia. Tercer Nivel. Elaboración propia. Página 24.
- Esquema número 4: Filosofía del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario. Integración de los Servicios Sociales y Sanitarios. Cuarto Nivel. Elaboración propia. Página 25.
- Esquema número 5: Resumen Operativo del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario. Integración de los Servicios Sociales y Sanitarios. Quinto Nivel. Elaboración propia. Página 25.
- Esquema número 6: Planeamiento General del Modelo de Atención –Intervención- Polivalente Sociosanitario. Primer Nivel. Elaboración propia. Página 123.

FIGURAS

FIGURAS

- Figura número 1: Elementos constitutivos que ayudan en la dignificación de las personas. Elaboración Propia. Página 48.
- Figura número 2: La participación elemento esencial de la Economía del Bien Común y de la Economía Social de Mercado. Elaboración Propia. Página 50.
- Figura número 3: Los elementos que forman parte del nuevo soporte económico de Acción Social. Elaboración Propia. Página 53.
- Figura número 4: Transformación social y conceptual de los Servicios Sociales (Acción Social). Elaboración Propia. Página 83.
- Figura número 5: El rol del Trabajador Social. Figura de Referencia en la coordinación del Centro de Atención Polivalente Sociosanitario. Elaboración Propia. Página 84.
- Figura número 6: Evolución de la “dispersión” en el desarrollo de los Servicios Sociales. Elaboración Propia. Página 95.
- Figura número 7: Los elementos constitutivos del “eje” que sostiene el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. Elaboración Propia. Página 96.
- Figura número 8: Los elementos constitutivos del “eje” que sostiene el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario: Evolución. Elaboración Propia. Página 100.
- Figura número 9: Los elementos constitutivos del “eje” que sostiene el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario: Adaptación. Elaboración Propia. Página 110.
- Figura número 10: Los elementos constitutivos del “eje” que sostiene el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario: Comprensión. Elaboración Propia. Página 115.
- Figura número 11: Los elementos constitutivos del “eje” que sostiene el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario: Evolución General. Elaboración Propia. Página 117.

- Figura número 12: Los elementos constitutivos del “eje” que sostiene el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario: Gestión-Administración. Elaboración Propia. Página 125.
- Figura número 13: Los elementos constitutivos del “eje” que sostiene el Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario: Compatibilidad. Elaboración Propia. Página 131.
- Figura número 14: Los ocho elementos sobre los que fundamentar la operatividad (desarrollo práctico) del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario. Elaboración Propia. Página 150.
- Figura número 15: La L.A.D. un nexo de común-uni3n entre las leyes de Servicios Sociales en la Atenci3n a la Dependencia. Elaboraci3n Propia. P3gina 188.
- Figura n3mero 16: La estructura de direcci3n y coordinaci3n del Modelo de Atenci3n Polivalente Sociosanitario. Elaboraci3n propia. P3gina 443.
- Figura n3mero 17: La estructura operativa de gesti3n del Modelo de Atenci3n Polivalente Sociosanitario. Elaboraci3n propia. P3gina 444.
- Figura n3mero 18: La estructura operativa de gesti3n del Modelo de Atenci3n Polivalente Sociosanitario desde las CCAA y CORPORACIONES LOCALES. Elaboraci3n propia. P3gina 444.
- Figura n3mero 19: La estructura operativa de gesti3n del Modelo de Atenci3n Polivalente Sociosanitario desde CORPORACIONES LOCALES Y CON LAS ENTIDADES COLABORADORAS (consorcio). Elaboraci3n propia. P3gina 445.
- Figura n3mero 20: Interrelaci3n entre el CONSORCIO Y EL PROYECTO CONJUNTO DE ATENCI3N EN EL TERRITORIO en el Modelo de Atenci3n Polivalente. Elaboraci3n propia. P3gina 445.
- Figura n3mero 21: Aplicaci3n Pr3ctica en el territorio (Bajo Arag3n): Divisi3n por zonas. Modelo de Atenci3n Polivalente. Elaboraci3n propia. P3gina 451.
- Figura n3mero 22: Organizaci3n y Gesti3n operativa en Zona del Modelo de Atenci3n Polivalente Sociosanitario. Elaboraci3n propia. P3gina 453.

GRÁFICAS

GRÁFICAS

- Gráfico Nº 1: Total de noticias y porcentaje por Organismo. Elaboración propia. Página 317.
- Gráfico Nº 2: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2006. Elaboración propia. Página 319.
- Gráfico Nº 3: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2007. Elaboración propia. Página 320.
- Gráfico Nº 4: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2008. Elaboración propia. Página 322.
- Gráfico Nº 5: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2009. Elaboración propia. Página 325.
- Gráfico Nº 6: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2010. Elaboración propia. Página 327.
- Gráfico Nº 7: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2011. Elaboración propia. Página 329.
- Gráfico Nº 8: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2012. Elaboración propia. Página 332.
- Gráfico Nº 9: Total de noticias y porcentaje por Organismo en el año 2013. Elaboración propia. Página 334.
- Gráfico Nº 10: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación. Elaboración propia. Página 336.
- Gráfico Nº 11: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2006. Elaboración propia. Página 336.
- Gráfico Nº 12: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2007. Elaboración propia. Página 337.
- Gráfico Nº 13: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2008. Elaboración propia. Página 338.

- Gráfico Nº 14: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2009. Elaboración propia. Página 339.
- Gráfico Nº 15: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2010. Elaboración propia. Página 340.
- Gráfico Nº 16: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2011. Elaboración propia. Página 341.
- Gráfico Nº 17: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2012. Elaboración propia. Página 342.
- Gráfico Nº 18: Total de noticias y porcentaje por Medio de publicación año 2013. Elaboración propia. Página 343.

ANEXOS

ANEXO I:

ENTREVISTA A DOÑA MATILDE
FERNÁNDEZ

PRIMERA MINISTRA DE SERVICIOS SOCIALES
(1988-1993)

Septiembre de 2013

ANEXO I: ENTREVISTA A DOÑA MATILDE FERNÁNDEZ (EXMINISTRA DE SERVICIOS SOCIALES). SEPTIEMBRE DE 2013

Se realiza la entrevista en el mes de septiembre de 2013 en mi despacho de Coordinador de Organización y Gestión de Centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Es una entrevista abierta en donde la Exministra puede contar su experiencia como la primera ministra de Asuntos Sociales del período democrático inaugurado en 1978. Han pasado 20 años desde que dejó esta responsabilidad.

Para ella este nombramiento supuso un ejercicio de servicio realizado con **responsabilidad** - recalca mucho este concepto- .

Se “enfrenta” a la organización de las Administraciones Públicas y lo hace con total disponibilidad por aprender y dar lo mejor de sí misma.

Quiere ser una ministra humana, muy humana que se deja sensibilizar e interrogar por lo que ocurre a su alrededor.

Tiene un gran reto: *“Poner en marcha algo que era pionero: Un Ministerio de Asuntos Sociales”*

Al mismo tiempo:

- ✓ *“Había que buscar funcionarios ya que lo que podían venir al ministerio procedían de distintas administraciones y ministerios”.*
- ✓ *“Había que hacer un equipo que se sintiera que formaba parte de un mismo proyecto”*
- ✓ *“Quería contar con personas que procedían de la democracia cristiana –democristianos- y del partido socialista”*

Ella percibió que las personas que llegan al Ministerio *“lo hacían con ganas de trabajar”*

Se planteó tres objetivos operativos:

- ✓ *Instaurar una red de Servicios Sociales,*
- ✓ *Políticas de Acción Positiva,*
- ✓ *Lucha contra la pobreza.*

Sin embargo se percató de que *“había capacidad económica para el área de Servicios Sociales; sin embargo se reconocía, también, que hubiera sido necesario haber creado antes el Ministerio de Asuntos Sociales; ya que el mismo hubiera ayudado a ir constituyendo una línea presupuestaria para los temas que se podrían derivar de las competencias asignadas a este Ministerio”*

Una de sus principales preocupaciones “lograr consensos”.

El objetivo primordial fue el lograr poner en marcha El Plan Concertado. *“Este Plan buscaba el consenso y lograr el equilibrio de los servicios sociales en las distintas Comunidades Autónomas” “Se trataba de planificar y organizar una estructura adecuada para atender a las personas desde la dignificación de las atenciones personales y estructurales”*

Con el Plan Concertado *“se planificó una dotación presupuestaria desde la corresponsabilidad, parte ponía la Administración General del Estado, otra parte la ponía la Comunidad Autónoma y otra parte las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos”*.

El Plan Concertado tenía entre sus objetivos *“delegar tareas y hacer que surgiera un espíritu constructivo basado en la solidaridad y el equilibrio de los servicios”*

El Plan Concertado *“suponía el reto de estructurar y planificar recursos, así como ayudar a las distintas Comunidades Autónomas a establecer servicios coherentes y similares con el fin de no romper el equilibrio social en la tipología de las prestaciones”*

Para Matilde Fernández la Ley de Bases del Régimen Local *“suponía un apoyo a los objetivos marcados por el Ministerio de Asuntos Sociales”*

Ante la pregunta de si hubiera sido positivo el contar con una Ley General de Servicios Sociales, la Ministra, respondió que sí. *“Se hizo el intento, por parte del Partido Socialista, de consensuar una Ley Básica de Servicios Sociales. Esto fue imposible, de ahí el potenciar el PLAN CONCERTADO”*

Otro de los temas importantes para Matilde fue el 0,5% del IRPF. Para ella suponía –teniendo como modelo Alemania- *“el poder contar con una partida presupuestaria para ayudar al Tercer Sector –al tejido asociativo- a poder tener una presencia dinámica, funcional y operativa en el área de los Servicios Sociales. Se trataba de dar protagonismo constructivo a Asociaciones, Fundaciones, ONGs. Éstas podían ayudar a desarrollar unos servicios profesionales adecuados y justos. Servirían como herramienta de equilibrio social entre los diversos colectivos a los que se debería dar un servicio de calidad”*

Esto ayudó a establecer una política de pactos entre las Administraciones Públicas. *“Se generó una política pactista” “Había que lograr que todas las Administraciones pudieran estar satisfechas del desarrollo de los objetivos” “Se detectaba el protagonismo que cada una deseaba tener” “Era preciso lograr que cada Comunidad Autónoma pudiera aportar lo mejor de sí mismas para poder realizar un proyecto conjunto a nivel del Estado”*

El INSERSO tendría la misión de equilibrar y de distribuir los recursos. *“Se le dio el objetivo –en materia de atención a personas mayores- de desarrollar el PLAN GENERONTOLÓGICO NACIONAL”*

La Ministra intentó *“sacar a los Servicios Sociales de la idea que era la hermana pobre de la Administración”*.

La Ministra *“tenía que hacer valer la importancia que tenían los Servicios Sociales en el Consejo de Ministros. Tenía una función de fomentar y generar un equilibrio estructural, al mismo*

tiempo que instaurar que era un derecho de carácter universal” “Me esforcé para lograr superar cierta idea de inseguridad en la falta de recursos para desarrollar una política social adecuada”

Para Matilde Fernández *“El Ministerio de Servicios Sociales fue una ilusión socialista para tener una herramienta adecuada con el fin de establecer el 4º pilar del Estado de Bienestar” “Había que aprovechar todas las sinergias posibles y los recursos de instituciones que se habían comprometido socialmente trabajando por un concepto de servicios sociales profesionales que superaban el asistencialismo, entre éstas estaba Cáritas”*

“Una política adecuada en las rentas mínimas podía suponer la superación de la marginación de muchas personas, al mismo tiempo que la dignificación de sus vidas”; esto para mí, como Ministra, era un objetivo primordial. Se desarrolló con fuerza a partir del año 90. Fue para la Ministra un trabajo esencial y necesario para transformar la realidad social. “El equilibrio entre las personas con más dificultades en una sociedad del Estado del Bienestar era necesario para superar las desigualdades existentes y pasar a formar parte de las sociedades avanzadas y progresistas”

Los sueños de la Ministra se fundamentaron en:

- ✓ *El desarrollo del Estado del Bienestar,*
- ✓ *La lucha contra la pobreza,*
- ✓ *Aprovechar el Fondo Social Europeo para ayudar a superar los desequilibrios existentes en las diversas Comunidades Autónomas.*
- ✓ *Coordinarse con eficiencia y eficacia con el sistema de salud.*
- ✓ *Promocionar Las vacaciones y el termalismo para las personas mayores.*

La Ministra se empeñó en:

- ✓ *La configuración de los servicios de Atención Primaria y Especializada.*
- ✓ *El desarrollo de los Centros de Servicios Sociales Municipales.*
- ✓ *La creación de las unidades de Trabajo Social.*
- ✓ *El inicio del debate sobre la Tarjeta Sociosanitaria.*
- ✓ *El reconocimiento y apoyo a la universalización de la atención.*

Matilde Fernández reconoce:

- ✓ *La necesidad de tener una Ley Marco de Servicios Sociales ya que la misma ayudaría al equilibrio en el desarrollo de los Servicios Sociales.*
- ✓ *Lo preciso que sería establecer un Sistema Sociosanitario con atención especial a la Dependencia.*

- ✓ Lo pertinente de buscar fórmulas de colaboración entre las Comunidades Autónomas para establecer proyectos conjuntos.
- ✓ La clarificación de funciones de los agentes que participan en la gestión de los Servicios. Es muy importante pactar fórmulas de colaboración con entidades sin ánimo de lucro, desde la configuración de estructuras de carácter público, como por ejemplo, son los Consorcios.
- ✓ Aprovechar todo lo desarrollado hasta la fecha, reconvirtiendo todo aquello que haya quedado desfasado.
- ✓ Desarrollar un Pacto de Estado en materia de Servicios Sociales.

Ante la explicación que le hago del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario, me dice que, desde su experiencia, puede ser una alternativa adecuada para la nueva etapa de los servicios sociales a raíz de la crisis económica que estamos sufriendo.

Para la Ministra, lo dice con humildad y respeto, haber sido llamada por el Presidente de Gobierno Don Felipe González, fue una realidad que le cambió la vida y tuvo la suerte de participar en un Proyecto Progresista y Social.

ANEXO II:

CRITERIOS E IDEAS PARA QUE EXISTA

MENOS DESEMPLEO:

“LA SOLIDARIDAD SOCIAL ANTE LA

FALTA DE TRABAJO”

Autor: DAVID LOPEZ ROYO

**Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología.
Doctorando en Sociología.**

Número de Colegiado: 3.074 (Madrid).

INTRODUCCION:

El hombre aparece hoy **terriblemente** angustiado por la enfermedad social más destructiva: **EL DESEMPLEO.**

La ilusión que nos había preparado el concepto social-económico del bien-estar se está destruyendo con la consecuencia inevitable de la frustración del ser humano.

La división social entre el grupo de los privilegiados (los que tienen un trabajo "casi" seguro) está marcando una apertura entre dos líneas paralelas que tienden a dejar un espacio cruel en la sociedad y entre los hombres.

¿Qué hacer?. Voy a tratar en este ENSAYO de buscar un filón de esperanza que nos ayude a ser hombres que construyen la sociedad de la paz.

En ensayo trataré de ir profundizando en las causas intrínsecas que generan el desempleo.

Por este motivo se parte de la concepción del binomio justicia-injusticia con el objetivo de situarnos ante nuestra propia realidad y de percibir hasta que punto cada uno de nosotros aporta un grano de culpa a esta situación.

A esta situación se ha llegado porque .la sociedad apoyada en la historia ha realizado pautas de comportamiento que ha llevado a la frustración del hombre. Vive éste en una tensión permanente alimentada por unos conceptos ideológicos apoyados en el capitalismo y en el socialismo.

La visión marxista de la sociedad ha intentado liberar al hombre de la terrible carga del desempleo, hay que reconocer que aún teniendo aspectos muy positivos no lo ha logrado, el error puede estar apoyado en un cierto determinismo histórico.

Se hace necesario presentar al hombre una alternativa que mirando al futuro construya el presente desde la realidad actual y del pasado.

Al mismo tiempo se ha pretendido tener una visión de marcado corte universal, pues es necesario entender que la solución española debe estar apoyada -de forma positiva- en la solución mundial, ya que el problema trasciende la frontera de España.

El punto central del ensayo encuentra su apoyo en una visión antropológica e histórica que mira al hombre como proyecto que debe respetarse y respetar. El objetivo de la dignidad será el aliento esencial para ello.

CAPITULO I: "Acercarnos al problema: El binomio JUSTICIA-INJUSTICIA"

A lo largo de la historia el término justicia ha sido interpretado y valorado de forma muy diversa, sobre todo atendiendo a que su valoración siempre ha estado ligada a aquella institución que ejercía el poder político- social.

Es verdad que la justicia ha sido y será un proceso largo y permanente de la aplicación coherente con miras a la salvaguarda de la persona humana, y por lo tanto podrá ser pulida y reinterpretada mientras nuestro mundo exista. Por este motivo siempre han existido figuras que se han preocupada en acercar más su aplicación y concepción a las necesidades del hombre para ser ayudado en la defensa de sus derechos.

De todas formas ni la concepción cristiana de la vida ni la visión liberal del Estado de Derecho, y ni siquiera la perspectiva socialista apoyada en Marx han logrado clarificar al cien por cien el sentido genuino de la injusticia y esto porque la justicia está, como decía anteriormente, en un cambio permanente, debido a que la misma tiene su punto de apoyo principal en el hombre, ese hombre con sus defectos y, virtudes.

Muchas han sido las soluciones buscadas desde que en el siglo pasado se desarrolló con fuerza el maquinismo y el proceso industrial para solucionar el problema del desempleo. Soluciones que han puesto su punto de apoyo en concepciones ideológicas concretas, pero a decir verdad hoy nos encontramos en situaciones angustiosas.

Entonces, cabe preguntarse ¿de dónde puede provenir esta situación?, ¿quién tiene la culpa?.

Volvamos a retomar el binomio **justicia-injusticia** puntualicemos en dónde-interpreto que arranca el problema.

Si la justicia en su concepción e interpretación está ligada al hombre, es lógico el planteamiento de que su entendimiento está ligado a un determinado concepto antropológico del ser humano. Si bien existe un largo proceso histórico en el asentamiento de los derechos, libertades, leyes, etc.,,, hay que partir del hecho de que el hombre tiene derecho a su reconocimiento como hombre, es decir a la defensa de su **dignidad**, y ésta no es otra que la determinada categoría objetiva de un ser que reclama ante sí y ante los otros, estima, custodia y realización.

La **dignidad** es un derecho que aparece en la persona desde el mismo momento en que ésta comienza a existir, se trata de una dimensión genuina y propia del ser humano, es decir intrínseca, por lo tanto se puede decir que se tratará de un derecho al que siempre habrá que defender. Es pues punto de partida y punto de llegada en la valoración de la justicia. Como consecuencia será la misión esencial a la que todo hombre tendrá que aportar su trabajo desinteresado y valiente.

APARTADO "A": NUESTRA VISION DEL HOMBRE:

Si atendemos a la investigación biológica nos podremos percatar que nos lleva hacia un conocimiento profundo de la persona humana, en donde podemos "descubrir" la admirable estructura del cuerpo y la armonía de sus partes; lo mismo si atendemos a las representaciones de todos los tiempos, a través de la pintura y la escultura.

De lo anterior es fácil deducir que la persona humana es digna de manifestar su belleza anatómica, fisiológica, fisionómica y funcional.

La persona humana desde su ser persona está llamada a realizar su posición (**DIGNIDAD**) en el ser por sus propias fuerzas, que no cesan de brotar internamente, y por ende tiene sentido y valor por sí misma, está ordenada a sí misma y nada ni nadie puede despojarla de su carácter absoluto definitivo y último en el universo.

Esto nos lleva a reconocer que la persona humana tome conciencia y, ésta no es otra cosa que aquello por lo cual el hombre se sabe un "yo" y se define, como tal, frente a todo "tu", es decir, frente a algo que le rodea y que es ajeno a su propio ser.

La conciencia marca, por tanto, el punto por el que la persona humana se sabe y se reconoce diferente a los demás; tiene de esta forma necesidades, aspiraciones y actitudes que no se confunden con las exigencias y posibilidades de los-animales sino que las sobrepasa.

La persona humana cambia en su aspecto físico, varía en su manera de pensar, abandona antiguos ideales y se abraza a otros nuevos. Pero por largos que sean sus años de vida, por notable que sea la mutación de su aspecto físico, por profundos que sean los cambios ideológicos, el hombre tiene plena conciencia de ser el mismo "yo", la misma persona; está seguro de que lo más íntimo de su ser percibe una misteriosa unidad óptica que subyace inalterable a todos estos cambios y que garantiza la victoria de su propia identidad frente a la multiplicidad y sucesión de todo cuanto acontece. ,

Puede afirmarse que ningún hombre puede nunca tratarse a sí mismo o tratar a uno de sus semejantes como un medio o instrumento, sino siempre debe tratarse y tratar a los demás como fines en sí.

La misión de la sociedad será reconocer esta dinámica protegerla y fomentarla.

Por este motivo el hombre es un ser abierto llamado a actuar en una sociedad concreta. Lo social se une a lo antropológico. Se genera y se crea, por tanto, una interacción que deberá tener un objetivo muy concreto: **valorar a todo hombre y reorganizar la sociedad.**

NUESTRA VISION SOCIAL

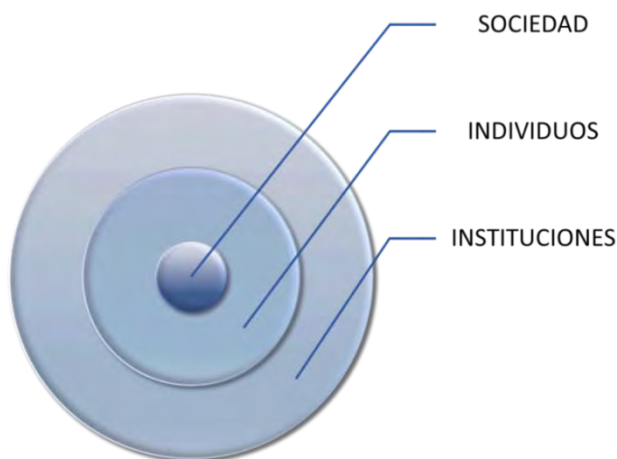
La sociedad ha sido tratada de forma diversa por sociólogos, psicólogos, filósofos, políticos, estadistas, teólogos, economistas, etc...

¿Pero qué puede significar SOCIEDAD en un universo donde la falta de trabajo es una circunstancia que genera graves problemas?.

La sociedad no es una realidad abstracta, sino que es un ente concreto conformado por individuos e instituciones reales. Es un todo en donde se acoge la realidad del mismo hombre.

La sociedad tiene su drama y su éxito, es el lugar donde actúa la persona, esa persona que tiene o no trabajo.

Figura número: 1.



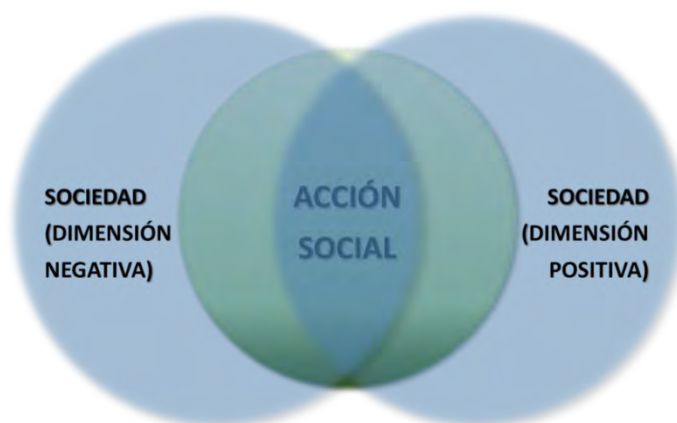
El equilibrio social sería posible ante el ideal de que todas las personas se encontraran en la misma situación, bien con trabajo o sin él.

La sociedad encuentra su drama en el mismo hombre, ya que éste presenta el primer punto de conflicto: la diversidad de capacidades, que al mismo tiempo supone la mayor riqueza humana, pues significa creatividad y acción, es decir dinamismo.

Por tanto, el origen del desequilibrio social, muy a pesar de lo que opinan muchas personas (este punto lo trataré en el siguiente apartado cuando afronte la dimensión histórica del conflicto social) se ubica en la misma persona individual y social.

Así, según que el individuo utilice un método y otro para actuar su dinamismo inclinará la sociedad hacia una dimensión negativa o positiva.

Figura número: 2



Lo lógico sería que la dimensión positiva absorba a la negativa, pero esto solo es posible si la acción humana (personal) utiliza unos medios que garanticen este logro.

Figura número: 3



La sociedad en su perspectiva positiva indica que el hombre ha tomado conciencia de su labor. Ha descubierto que su papel social tiene su punto de apoyo en la **justicia social**.

Por este motivo se puede pensar que la **justicia** está profundamente ligada al ser humano y al ser social. La justicia, como la sociedad, no es abstracta sino que es la concreción de una visión en donde se respete al ser humano y en donde se comprometa a la sociedad en la misión positiva.

La injusticia. Como se desprende de lo anterior, es la acción negativa. Aparece de esta forma el binomio: **JUSTICIA-INJUSTICIA**.

El ideal social debe ser la **justicia**, pero la **injusticia** actúa paralelamente y, como el hombre es el ser llamado a mediar en este binomio siempre queda la duda de su acción en el obrar.

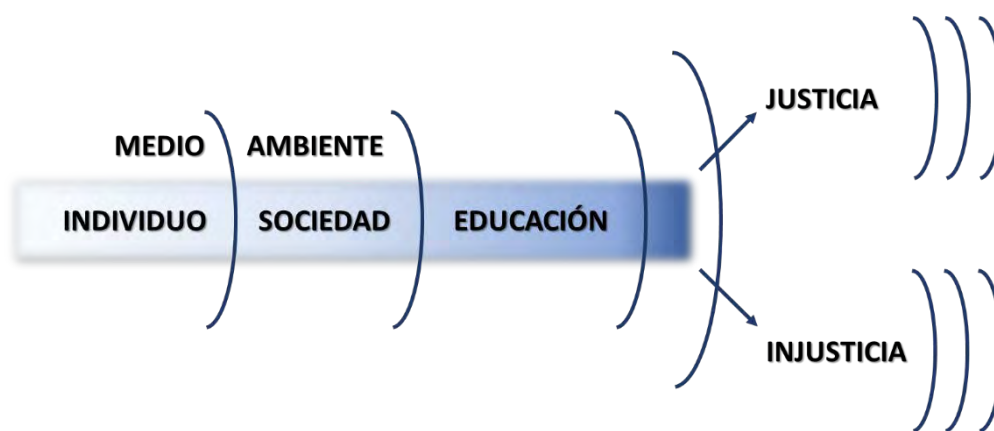
Figura número: 4



La interacción social se amplía como círculos concéntricos de menos a más, por este motivo, si no se corta de raíz el mal social, la sociedad arrastrará tanto la **justicia** como la **injusticia**.

Si a esto añadimos que el hombre recibe del medio ambiente la educación, puede darse la paradoja, como de hecho se da, que "aprenda" a juzgar de una determinada forma, en última instancia se prepara desde la "raíz" a juzgar o a ser juzgado tanto positiva como negativamente.

Figura número: 5



El individuo es como las ondas de una emisora (emite a través de su "antena": el medio ambiente) que se mezcla con las ondas de la sociedad, y ésta a su vez con las ondas de la educación. La posibilidad que tiene estas ondas de aparecer como justas o injustas radica en el individuo que emite o en el individuo que recibe (la interpretación es variable pero siempre tiene su apoyo en la persona).

Por este motivo la sociedad no es entendible como compartimentos aislados porque la misma acción del individuo no puede ser arrancada en sí misma.

El aislamiento social, es siempre voluntario, pero ni de esta forma deja de ser una acción dinámica que de alguna forma incide en la sociedad.

Por este motivo, una sociedad que cuenta con personas que pueden acceder a trabajar o sin embargo no, la "culpa" no está en la sociedad en general, el fallo o error de esta consecuencia social radica, en buena parte, en la propia persona que conforma la sociedad y que desarrolla una visión concreta de la misma.

Pero, tampoco es mi deseo con esto el que algunos puedan pensar que la causa se encuentra únicamente en unos señores capitalistas o que el mal social se desprende de una acción social comunista....este es el "error", pensar que el otro, sea quien sea, tiene la culpa.

Analizaré esta perspectiva en el capítulo II.

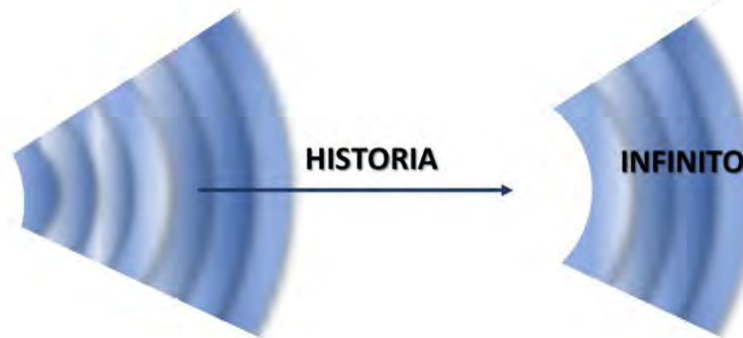
APARTADO "B": LA LUCHA POR SALIR DEL DESEQUILIBRIO SOCIAL

Es imposible poder entender nuestra situación actual si no hacemos referencia a la dimensión histórica-social del problema.

Por este motivo voy a intentar acercarme al hecho en base a la siguiente visión de la historia-social:

La historia social hay que contarla en una perspectiva lineal progresiva. La historia se desarrolla en la dinámica del avance recto.

Figura número: 6



Esto conlleva el concepto de infinitud, es decir, que será muy difícil llegar a una perfección total.

Claro que supone la aceptación antropológica de la dimensión infinita de la vida, pero al mismo tiempo de la constante finita de la persona humana.

La historia, se podría decir, es infinita en su conjunto porque infinita es la vida: pero al mismo tiempo es limitada en su existencia en cuanto que el protagonista (el hombre) es finito.

Por lo tanto la historia es ilimitada en cuanto que esté asegurada la presencia del responsable directo: el hombre.

La captación de una visión lineal supone el reconocimiento de que la historia no puede ser observada únicamente ni cronológicamente (hechos sucesivos sin más) ni diacrónicamente (en cuanto que el hecho es considerado evolutivamente) ni sincrónicamente (el hecho estudiado en sí), ya que se exige el reconocimiento de que el hombre forma parte de ella a todos los efectos, es director y actor al mismo tiempo.

Figura número: 7



El formar parte de ella en su totalidad genera la desaparición del hombre ubicado únicamente en su medio ambiente, así la perspectiva histórico- social es universal.

Figura número: 8



La historia lineal supone la tendencia hacia la igualdad social universal, pero al mismo tiempo respeta y debe potenciar la diversidad y pluralidad del hombre.

El hombre es historia en sí mismo. La historia no puede ni debe romper esta realidad (negándole al hombre su autonomía y su capacidad de crear).

Por este motivo se puede poner en "tela de juicio" la validez de la acción política en la historia, y máxime cuando toda política no es pura en su totalidad y tiende a "obligar" al hombre a que realice la historia de determinada forma o manera.

¿Sera, por tanto, la política la que solucione el problema del paro? o más bien ¿será la responsabilidad histórico-social del hombre la que ayude a concluir con el desempleo?.

Intentar responder a las dos preguntas anteriores supone marcar una base importante para la esperanza de terminar con el paro, pues nos sitúa ante la única realidad posible de solución: **reconocer en el otro la persona que existe en mí.**

Atendiendo, por tanto, a la visión histórico-social de forma lineal no nos queda más alternativa que ubicarnos en la perspectiva sociológica del compromiso político del siglo XIX, pues el estudio de la misma iluminará con carácter científico nuestras respuestas.

El siglo XIX es el lugar privilegiado del desarrollo maquinista e industrial, por lo mismo es el "campo" seguro en donde se afincará un programa de concientización social.

En este siglo se profundiza en las bases que señalarán la diferencia humana, la lucha entre los hombres, la angustia de la sociedad, en una frase: **el camino que terminará en desempleo.**

Después de 175 años aproximadamente del inicio de este "viaje" nadie podrá afirmar con el cien por cien de razón que la política será la solución, pero tampoco se atreverá a decir que sin política se saldrá de la "crisis", esa crisis que dura prácticamente (con sus altibajos y características coyunturales) desde que comenzó el desarrollo industrial.

El hombre se encuentra tan absorto por la historia en su dimensión lineal que es imposible el vivir sin la dimensión político-social, pero al mismo tiempo tendrá que tomar conciencia que él es el principal responsable de su misma situación y que el "otro" no tiene la culpa al cien por cien.

Acerquémonos, ahora sí, al recorrido histórico-social.

El liberalismo alegró la "conciencia" de los hombres augurando la idea del progreso indivisible e irreversible: progreso técnico, progreso del bienestar, progreso intelectual y progreso moral.

Sin embargo, muy pronto, el verdadero sentido del progreso acabará siendo una falacia, porque esta palabra que nació con el objetivo de transformar la sociedad quedó secuestrada para un grupo de personas privilegiadas. En el fondo siempre acecha al hombre la "tentación" de afincarse con los "secretos" de mantener sus privilegios, en última instancia el triunfo del egoísmo sobre la generosidad, el "yo" sobre el "tú".

Nos encontramos ante la sincera realidad de que a finales del siglo XIX son numerosos los liberales que se anquilosan y por ende, surge lo que se podría denominar liberalismo dinámico que acepta la máquina y la industria, y un liberalismo económicamente conservador y proteccionista.

Por este motivo hay que pensar que el socialismo, sobre todo el francés, constituye una reacción contra el liberalismo burgués.

Sin duda, esta diferencia ideológica marcará una doble perspectiva en el "ser" liberal:

- a. aquéllos que piensan que su libertad es la de todos;
- b. aquéllos que se percatan que la libertad de unos es el punto de partida para la opresión de los otros.

Esta doble visión acabará significando al liberalismo en tres tendencias, a saber:

1. El liberalismo económico que se apoya en dos principios: la riqueza y la propiedad. Naturalmente esto supone la oposición a la intervención del Estado, pero al mismo tiempo acepta sus favores. Este podría ser, sin duda, el fundamento doctrinal del capitalismo.
2. El liberalismo político que sustenta el fundamento doctrinal del gobierno representativo y de la democracia parlamentaria.
3. El liberalismo intelectual que proporciona el espíritu de tolerancia y conciliación.

Pero, ¿quiénes son los pensadores más destacados del liberalismo? Intentemos un breve recorrido a través de estos personajes y podremos comprender que su drama es el drama de muchos hombres y mujeres que viven la "angustia" del desempleo, pues quién lleva mucho tiempo en esta situación se percata por propia experiencia que la sociedad está dividida, desgraciadamente en dos bandos: los que disfrutan de un empleo y los que no. Naturalmente dentro de esta profunda división habría que hacer matizaciones, pero no es ahora el caso de ello.

Benjamín Constant (1767-1830)

Se le conoce como un gran teórico del liberalismo de la restauración. Es un hombre que busca complacer a todos los sectores, por este motivo sus soluciones serán abstractas y poco comprometidas.

Por ello sus seguidores y amigos caerán en la "trampa" de servir no a la "idea" sino al poder. Tocqueville los critica y dice de ellos: "la burguesía se colocó en todos los puestos, aumentó prodigiosamente el número de éstos, y se habituó a vivir casi tanto del tesoro público como de su propia industria. La clase media, dueña de todo como nunca lo fue y como tal vez nunca lo será".

Este mal sigue acorralando al hombre de tal forma que puede reconocerse que es el primer punto que causa el desempleo, mucho más que las circunstancias económicas. No hay que olvidarse que la economía depende del pensamiento del hombre.

Tocqueville (1805-1859)

De este pensador es acertado decir que no es ni un revolucionario ni un reaccionario. Es verdad que colabora activamente con los regímenes políticos que le tocan vivir (Monarquía y Segunda República), pero también, hay que decir que su acción es completamente desinteresada, debido probablemente a que cree en la continuidad del Estado.

He aquí que esta visión liberal nos señala un segundo punto de apoyo, desde una perspectiva retrospectiva, en nuestro problema del paro: El Estado (debemos recordar que somos todos) es parte interesada en cualquier circunstancia histórica. Por este motivo nuestra actual situación descansa en todos. Pero, también, hay que recordar que en un

Estado de Derecho no todos tienen la misma responsabilidad; así que una política de acción social para "terminar" con el desempleo debe ser apoyada por aquellos que tienen la responsabilidad central del gobierno.

La libertad es el principal objetivo de nuestro pensador y, por su defensa hará todo lo posible. Pero, atención, no es una libertad en el sentido individualista, no esto destruiría la responsabilidad social del individuo en su medio, el individualismo es el origen de todo mal social.

Tocqueville propone la siguiente política para luchar contra este mal, fruto de un mal entendimiento del liberalismo, a saber:

- a. Una descentralización administrativa. Una posible salida a la centralización bien pudiera ser el espíritu comunal.
- b. Potenciar las asociaciones de todo tipo: políticas, industriales, científicas, literarias, etc....
- c. Sentido de responsabilidad y pasión al bien público.

Podemos sacar nuestro tercer punto de apoyo para luchar a favor del empleo: la libertad no debe ser entendida ni vivida como la individualidad personificada sino como la corresponsabilidad de que todos somos partícipes de alguna u otra forma de lo que sucede en nuestra sociedad.

Si estos pensadores nos acercan al liberalismo político, y de ellos he sacado tres puntos o pautas, que a mi juicio, pueden ayudarnos a realizar una planificación en la dimensión socio-política, voy a señalar alguno en la perspectiva socio-económica.

Para ello me tendré que ubicar en el marco del liberalismo inglés.

Inglaterra se arriesga a una transformación económica. Por este motivo sus preocupaciones políticas estarán marcadas por las preocupaciones económicas.

Un representante de la misma será **Richar Cobden (1804-1865)**

Con su espíritu liberal consigue la abolición de los derechos sobre el trigo y el acta de navegación. El apoyo de esta batalla lo halla en su visión del libre mercado que se concretiza mediante la compra de lo más barato posible y la venta de lo más caro alcanzable.

Esto, sin duda, representa un precedente excelente para la clase social a la cual representa: la burguesía liberal. Esta visión supone una economía no controlada, por ende, se puede deducir que el Gobierno no debe tener demasiada importancia, en última instancia está proponiendo a la sociedad inglesa (a toda) que aquél que lo desee podrá alcanzar este "sueño"; así que los medios no importan demasiado.

Como nos podemos percatar el cuarto punto de apoyo para el logro de nuestro objetivo debe ser: el de tomar conciencia de que no podemos actuar de esta forma. Hay que fomentar la creatividad y la libertad, pero no el despotismo y la lucha. Hay que generar el libre mercado, pero dentro de una sociedad que se sabe responsable, y por ende, colaboradora por el bienestar de todos. Por eso urge una política económica que apoye a la persona

empresadora mediante la liberalización de impuestos en un primer momento para que pueda apoyar el inicio de una empresa; mediante la concesión de créditos a bajo interés; pero al mismo tiempo debe seguir el trayecto de la misma, asesorando para generar una mentalidad empresarial, a fin de que cuando esta empresa haya remontado su fase inicial sea consecuente con el medio social y pague unos impuestos con arreglo a sus posibilidades reales.

No cabe duda de que esta mentalidad liberal-económica generó más bien "malos" empresarios, no por ello descuidados y mal trabajadores, que personas abiertas a un futuro de verdadera transformación económica y social.

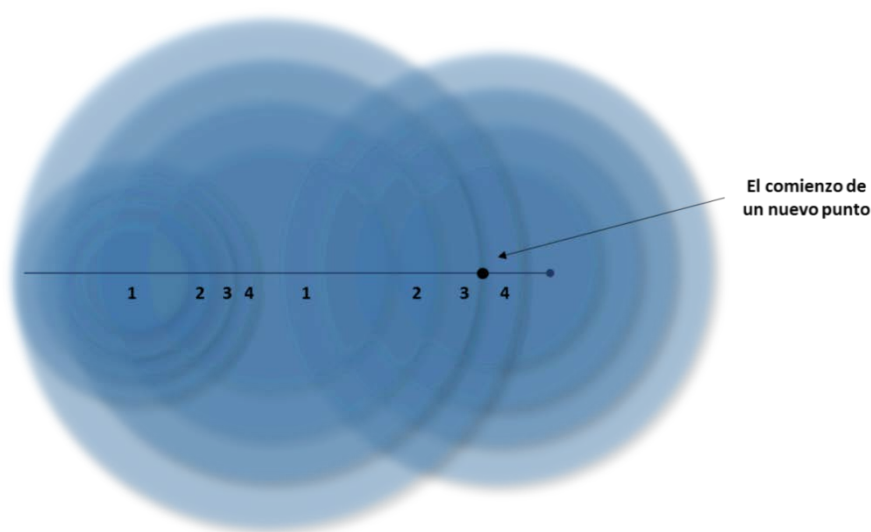
En el fondo subyace la tendencia a beneficiarse uno mismo a costa de lo que sea, más que una perspectiva de servicio generoso a la historia social.

La historia en su proyección lineal es consciente de que la historia económica se generó como una línea paralela, en cierta forma intocable: pero, también es muy consciente de que ha influido de tal manera que ha sembrado situaciones de angustia de tal calibre que ha roto verdaderas vidas humanas.

Por esto motivo, la visión lineal-infinita de la historia pretende presentar la economía como la dimensión de círculos concéntricos que parten de los mismos puntos que forman la línea; así cada círculo supondrá un avance positivo en la transformación social de la historia terminando con lo negativo de la misma.

Para entender esta teoría voy a intentar realizar un gráfico. Los números 1-2-3-4 con el signo positivo (+) son los puntos de apoyo que he considerado importantes para la lucha contra el paro; los números 1-2-3-4 con el signo negativo (-) son los puntos en que se apoyó la ideología liberal y. que he considerado subyacentes, todavía, en nuestra sociedad de forma negativa. Por ende, deberán ser sustituidos por los círculos concéntricos positivos originando un punto positivo en la línea de la historia, éste nuevo punto generará los círculos de la esperanza: **una sociedad donde todos trabajen.**

Figura número: 9



Naturalmente que no he terminado el recorrido histórico, tan solo, he pretendido plasmar esta reflexión en el marco de la visión lineal de la historia.

La transformación social no puede reducirse a un compromiso de buena voluntad. Un autor representativo en esta línea es Mazzini.

Mazzini (1805-1872)

Apoya el nacionalismo liberal. Al mismo tiempo ejerce una proyección europeísta porque el cumplimiento de la misma supondrá el punto de apoyo para lograr la justicia y la paz.

No estaba muy desencaminado; pero, sin embargo, su pensamiento es profundamente idealista, con matices religiosos de "buena voluntad".

La "buena voluntad" puede ser un eslabón que genere una creencia en el progreso, en la humanidad, en la fusión de clases, en la fraternidad, en la dignidad, etc...; pero naturalmente no es la solución.

No puede ser nunca la meta de una transformación injusta, porque el hombre necesita el convencimiento personal de que el originante de la injusticia es él mismo.

Así estamos ante el quinto punto de apoyo, se trata del autoconvencimiento responsable de que no sirve únicamente la buena intención, es necesario el compromiso socio-económico de todos aquellos que forman la sociedad.

Este compromiso ejerce una presencia gestionada, sobre todo, a través de los responsables directos de los medios económicos, y ésta nunca puede ser interpretada como un favor que se le hace a la sociedad, sino que es, y de hecho de trata, un **DERECHO HUMANO**.

Este nuevo apoyo me hace recordar lo que decía al inicio del presente trabajo acerca de la **dignidad humana**. De ahí, que sea fácilmente deducible que la misma no es una oferta de la sociedad a la propia sociedad, sino que es una parte integrante de la persona y como tal un derecho. Se deduce, por tanto, que es obligación de toda sociedad defender su cumplimiento.

En esta dinámica se comprende que, en la perspectiva histórica social apareciese la visión socialista de la sociedad.

Y si bien el liberalismo generó el progreso maquinista y técnico de la sociedad, el socialismo, lo dice la experiencia de la historia potenció la defensa de la persona humana, al igual que el cristianismo lo hizo hace casi dos mil años, mal que pese reconocerlo a liberales, comunistas y socialistas.

El socialismo aparece en la conciencia social hacia 1830 y, precisamente lo hace en un marco liberal. Esto puede significar que el objetivo pudiera ser muy bien la superación del liberalismo. No hay que olvidar el método dialéctico que sistematiza Carlos Marx, éste lleva a la superación de lo anterior.

Este método, sin duda, ha generado y potenciado una gran transformación, gracias a él se han logrado grandes metas para la humanidad; pero opino que el gran defecto se origina en

aquellos intérpretes que han pensado que es el único y que una vez instaurado habrán terminado todos los problemas, ha terminado como era de esperar en otra falacia.

Situándonos en la actualidad y atendiendo a la dimensión económica sería fácil deducir que el "manejo" de la macro y micro economía es una actuación mixta entre el capitalismo y el socialismo. Por este motivo es muy ingenuo pensar, como muchas generaciones lo hicieron, en que el socialismo nos va a sacar de la crisis. Hay que ser valientes, y reconocer que la solución a nuestra "terrible" angustia va más allá de la propia ideología política (trataré esta perspectiva en el tercer capítulo).

La "doctrina" socialista nace en respuesta a los problemas que muchos autores del siglo XIX se empezaron a plantear.

La Inglaterra maquinista e industrial comienza a percatarse de lo siguiente:

- a. el libre mercado no conduce, aunque lo afirmen los economistas liberales, a una igualdad de intereses y condiciones económicas y sociales. Más bien origina una concentración económica y, por ende cultural, en un grupo particular;
- b. esto hace que los intereses de unos pocos sean los máximos intereses de la sociedad;
- c. los obreros son los pagadores de esta situación. Sufren la injusticia de una clase privilegiada.

Habría que señalar que un crítico del liberalismo, sin llegar a ser un revolucionario puede ser SISMONTI.

Otro gran precursor será **Robert Owen (1771-1858)**

Su método será el de la razón. Por este motivo atiende a una visión que genere la formación integral en lo físico y en lo moral.

Su respuesta a la verdadera atención social se puede plasmar en cinco puntos:

1. filantropía patronal,
2. recurso al Estado,
3. comunismo agrario,
4. socialismo mutualista y cooperativo.
5. el nuevo mundo laboral.

Estas soluciones aparecen, todavía hoy, como los objetivos de una política económica, al mismo tiempo que sirven como métodos de acción.

Pero hay que reconocer que aquí surge nuestro sexto punto de apoyo: huir del paternalismo. El paternalismo no genera una verdadera concientización, me estoy refiriendo a una apoyatura científica del problema, esto tan solo soluciona casos aislados, y a veces como medidas populistas a unos sectores de la sociedad.

El querer avanzar socialmente, y esto significa el luchar contra el paro, significa el orientar todo el universo científico del hombre hacia el bien del mismo hombre. Es necesario estudiar y planificar soluciones, pero éstas deben superar las acciones históricas pasadas, teniendo en cuenta que el pasado existe y que éste está latente porque el hombre, el ser social, es pasado,

presente y futuro. Olvidar esta dimensión lineal supone situarse indirectamente en uno de los dos grupos doctrinales de los inicios del socialismo:

- a. aquéllos que deseaban la reforma económica y que no ven la necesidad de la existencia de la democracia política para alcanzar una reforma económica y social:
- b. aquéllos que no separan la reforma social de la democracia, pero que al mismo tiempo viven apoyados en hechos del pasado.

Trataré un poco más profundamente estas orientaciones antes de aportar el séptimo punto de apoyo.

La perspectiva "a" encuentra su fuerza en el **simonismo**. Esta corriente aboga por una doctrina de la producción que queda muy bien expuesta en la **PARABOLA** escrita por el fundador Saint Simón en 1819, en donde se señala una diferencia entre aquéllos que producen y los que no producen (llamados ociosos). Al mismo tiempo defiende la necesidad de organizar la economía, pero ésta puede desarrollarse perfectamente sin el Estado; por este motivo su visión podría ser únicamente tecnicista, apoyo total a la técnica como única vía de solución. Esto conlleva la necesaria reforma del orden establecido, en última instancia la mejora urgente de la clase más pobre.

Se puede deducir de lo anterior que el método de esta corriente subraya la importancia de la infraestructura económica y halla en el propio trabajo la causa de la diferenciación de clase.

Otra corriente, digna de tener en cuenta, dentro de esta perspectiva es la de **Charles Fourier 1772-1837**.

Este autor tratará de potenciar una visión universal, una crítica al sistema capitalista, al mismo tiempo que intentará significar y plasmar un plan de solución apoyado en el voluntarismo.

La industria puede ser un vicio, por ello hay que dedicarle solamente un tiempo, a ser posible reducido de la vida diaria. Su tendencia universalista tratará de potenciar en el hombre otras preferencias, además de la del trabajo, al mismo tiempo denuncia el interés "explotador" del capitalista, que solo piensa en ganar más y más. lo cual le llevará a prescindir del Estado para lograr la transformación social, lo que sí es necesario para esta acción es un equipo de voluntarios que serán como células de lucha y cambio.

Para completar esta visión podemos referirnos a **Proudhon (1809- 1865)**.

El "mal" social hay que buscarlo en la propia sociedad y la solución será la economía política que deberá terminar con el oportunismo político. Por este motivo no puede aceptar el Estado, pues ve en él el lugar privilegiado para el oportunismo, no tolera la autoridad pues entiende que su acción es la de salvaguardar la dinámica oportunista.

La economía política se desarrollará a través de la solidaridad, el método para lograrla es el siguiente:

- el federalismo: una visión universal.
- el mutualismo: para realizar el cambio sin luchas sangrientas.

- el humanismo: se logrará a través de un asentamiento de la responsabilidad ética-social. Sin coherencia es imposible construir nada.

Se puede aceptar que Proudhon lanza una concepción antropológica del hombre basada en al autoconciencia personal y social.

La perspectiva "b" puede ser presentada, también, por una trilogía de autores:

Cabet (1799-1856).

Se basa en la experiencia de los acontecimientos pasados, por este motivo apoya totalmente la democracia, pues ésta llevará a la dignidad, al perfeccionamiento del hombre, al orden público, al respeto de las leyes y, sobre todo al fundamento de la educación y del trabajo. La democracia sólo es posible con la comunidad, así ésta será parte importante en la transformación.

Buche (1796-1865).

Proyecta un socialismo cristiano. Así apoya toda su acción en el cristianismo. Entiende que éste fue y sigue siendo un método revolucionario de transformación social. Cree, por tanto, que es necesario una formación cooperativa de producción para organizar el mundo del trabajo, y por extensión el mundo económico.

Blanqui (1805-1881)

Cree que el único medio posible para la transformación es la lucha. Una lucha que debe de "nacer" organizada, por ende entiende que el mejor punto de apoyo será la educación, con una educación renovadora se puede alcanzar una sociedad distinta.

Todo deberá culminar en una emancipación de los trabajadores, únicos sujetos de la acción.

El séptimo punto de apoyo al mundo del trabajo me hace reconocer una cierta tendencia de algunos sectores sociales a alguna de estas perspectivas; sin embargo, la dinámica deberá orientarse hacia una toma de conciencia de la realidad en donde necesariamente deberán de tenerse en cuenta a todos los sectores sociales promocionando medidas a corto-medio y largo plazo. (Trataré de esto en el IV capítulo de este ensayo).

Al concluir este capítulo quiero señalar que los siete puntos mencionados, como apoyo, para salir de la "crisis" del paro nos están señalando que todavía es posible plantearnos un reto para salir de la misma.

Si algo es posible realizar en una visión de la historia social en "clave" lineal es el replantearse continuamente la dimensión político-económica sin miedo a tener que "romper", si fuera necesario, con la ideología o las ideologías del momento.

La justicia es posible siempre que el hombre haga posible que la injusticia no exista. Desterremos por tanto los oportunismos, las envidias, las críticas destructivas, las intolerancias y hagamos de la sociedad un lugar de esperanza en donde el hombre sea hombre y no desperdicio social.

CAPITULO II: "El proyecto de una sociedad frustrada: El trabajador entre el capitalismo y el socialismo".

Así como creo que el capitalismo no ha solucionado el drama del mundo del trabajo, también afirmo que el socialismo no ha sido ni está siendo el camino más acertado para aportar soluciones concretas: pero esto, como decía anteriormente, lo trataré en el siguiente capítulo basándome en su fuente más genuina: Marx.

La pregunta que me planteo para comenzar esta capítulo es la siguiente: ¿Qué ha pasado en el mundo después del "espíritu de transformación" de los pensadores del siglo XIX y de la primera cuarta parte de este siglo. Se ha solucionado la "crisis" o estamos, en nuestra década, todavía, inmersos en ella?.

Puede comenzar la respuesta diciendo que lo que hoy llamamos "desarrollo" es lo que ayer denominábamos "progreso" aunque este término es utilizado hoy día como "bandera" política. De esta forma podremos estar de acuerdo al afirmar que el progreso fue uno de los grandes mitos del siglo XIX, hoy nuestro mito es el "desarrollo".

Ha sido tal la influencia de este mito que los países los hemos dividido en "desarrollados" y "subdesarrollados", pugnándose al mismo tiempo el "desarrollo económico y social", "desarrollo político" y "desarrollo cultural".

La bandera del desarrollo quiere ser alzada por todos los regímenes políticos y por todas las ideologías posibles. Se ha llegado al punto que hay quien preconiza, mediante la revolución, un desarrollo con profundos cambios estructurales inmediatos, mientras otros centran su atención en lo "coyuntural" esperando repercusiones, a plazo más o menos largo sobre las estructuras sociales.

Esta reflexión me ubica ante la necesidad de entender que el problema no es sectorial (es decir solo de España) sino que es un problema universal (de la sociedad mundial)

Por este motivo es de fácil comprensión la teoría de muchos economistas y políticos que entienden que la salida de la crisis solo será posible en una armonía de conjunto entre las distintas fuerzas sociales y atendiendo a las pautas marcadas por la economía mundial.

Esta tendencia se apoya en el reconocimiento de la macroeconomía que se interacciona a través de la microeconomía.

Estamos ante la realidad de que el mundo quiere salir de la "crisis" a costa de lo que sea. Pero generalmente el modelo para salir de ella es un sistema basado en el objetivo competitivo, así el método será sectorial, entiendo éste, como aquellos sectores de la sociedad y de la tierra que por sus recursos y por su delantera (técnica) genera una división más acentuada entre los hombres.

He aquí el terrible drama del hombre: la división. División que en un principio marcó la diferencia entre países pobres y países ricos, pero que con el tiempo desveló su verdad: la pobreza entre los habitantes de una misma nación, aunque ésta estuviera clasificada por su renta per-capita como rica.

La denuncia de esta división la realizó Pablo VI en su encíclica *Populorum Progressio* en el año 67. El documento trata de orientar al hombre hacia un desarrollo positivo, por este motivo se divide el documento en dos partes importantes:

- a. Por un desarrollo integral del hombre.
- b. Hacia el desarrollo solidario de la humanidad.

Según Pablo VI el auténtico desarrollo es aquél que lleva al hombre a construir un mundo de paz, por ello es necesario la transformación del hombre, sin éste no es posible lo demás.

Hay que reconocer que los materiales para la redacción de la encíclica fueron recopilados por el dominico P. Louis-J. Lebreton (murió en 1966) y que representó a la Santa Sede en una Conferencia Mundial para la reforma del comercio internacional.

En su intervención denunció con valentía la injusticia fundamental de un sistema de intercambios que explota el hemisferio meridional en beneficio del septentrional. Verdadero apóstol del Tercer Mundo, insistía en que, en nuestro tiempo ya no basta con predicar el Evangelio, sino que era preciso, a la vez "promocionar" al pueblo. Y ello solo se lograría si el pueblo estaba "suficientemente alimentado, suficientemente alojado, suficientemente atendido y suficientemente instruido".

En esta época el obrero español vivía con toda su fuerza el "desarrollismo" era incapaz, por tanto de darse cuenta que muy pronto él estaría envuelto en la terrible injusticia pero cierta, de no poder satisfacer el derecho al trabajo. Sin la posibilidad de trabajar se "achican" las perspectivas más esenciales para el desarrollo y el progreso.

Hay libros de autores recientes²²⁵ que denuncian con fuerza y valentía la situación de "desequilibrio" social existente en nuestra sociedad y en nuestro mundo. Un desequilibrio que termina generando el paro pasando a su vez a ser generador de desequilibrio.

Figura número: 10



²²⁵ Algunos de estos libros son:
BERGER, L. **Pirámides de Sacrificio. Ética política y cambio social.**
BERGER, L y LUCKMANN, T. **La construcción social de la realidad.**
MORIN, E. **Para salir del siglo XX.**
PECCEI, A. **Testimonio sobre el futuro.**
REGLA, J. **Introducción a la historia.**

Esto se puede denominar historia cerrada, que de hecho de plasma en una situación de impotencia social.

La perspectiva de estos libros es tratar de hacer un análisis bastante aproximado de la realidad. Sirven sus impresiones y visiones para que el ciudadano tome conciencia de la verdadera realidad, y se replantee su actuación en la historia, efi donde la construcción de una sociedad debe replantearse teniendo en cuenta que el hombre no es instrumento sino sujeto.

El sujeto se halla por tanto entre la tensión real del capitalismo y. del socialismo, dos realidades que han resultado ser para un grupo social bastante amplio frustrantes y destructivas. Por este motivo no cabría pensar que necesariamente, para salir de la crisis sería necesario el empezar a aceptar qué son dos ideologías a superar.

Creo que para desarrollar el sentido de solidaridad y responsabilidad social es necesario comenzar a potenciar un nuevo sistema político-social, y para ello hay que generar una nueva acción social. Trataré esto en el capítulo último de este ensayo.

El octavo punto de apoyo a favor del empleo bien pudiera ser la necesidad de generar desde dentro de la misma sociedad una alternativa político-económica.

APARTADO "C": ¿QUE SUPONE ESTAR ENTRE DOS CUERDAS"?

Como he señalado en la parte introductoria al capítulo segundo estoy intentando presentar como nuestra sociedad, que pensaba encontrar el progreso en el "desarrollo" y, al mismo tiempo la solución a sus problemas, está atravesando una realidad de "crisis" que se fundamenta en el mismo desarrollo.

Tenemos que a grandes rasgos la experiencia histórica parece demostrar que la "flexibilidad" política suele caracterizar a las sociedades bien articuladas, con unas clases obreras cuya mayoría tiene un nivel de vida satisfactorio y, en algunos casos, relativamente elevado. Esto naturalmente se percibe teniendo en cuenta de que existe un reparto bastante equitativo de la renta nacional.

A la inversa, la tendencia hacia el "monolitismo", la "rigidez" política, parece responder a una sociedad polarizada con unas clases modestas sometidas a un nivel de vida precario, que se reduce todavía más en épocas de "vacas flacas".

Todo esto hace que la crisis agrave la tensión social, radicalizando posiciones políticas, las cuales, a su vez, suelen plasmarse en una situación injusta y tajante: la dictadura de la "extrema derecha" para mantener el status que, o la dictadura de "extrema izquierda" para hacer tabla rasa del pasado. Esto último a la larga resulta ineficaz porque la historia es algo más que una dinámica dialéctica, la historia es ante todo lineal.

En ambos casos se trata de imponer la uniformidad desde arriba. Todo esto se ve facilitado por el hecho de que el Estado incrementa los resortes del poder en épocas de "crisis".

El minotauro crece proporcionalmente a sus preocupaciones por los débiles, tanto si se trata de satisfacer revolucionariamente sus reivindicaciones como de mantenerlos reaccionariamente.

Me parece que una fotografía de esta tensión con la posibilidad de plasmar una nueva armonía la realiza PECCEI, en el siguiente párrafo de su libro La calidad humana:

"La humanidad ha llegado en su carrera desordenada a una encrucijada que esconde peligros sin precedentes, pero que puede abrir horizontes maravillosos. El hombre está abocado a descubrir, aunque sea contra su voluntad, que sí puede encontrar su salvación operando un cambio dentro de su ser y que la nueva fuerza que precisa no es algo que está fuera de sí mismo, sino que debe surgir de su propio interior y basarse en la comprensión cabal de cómo vivir en armonía con el universo en perpetuo cambio".

De aquí surge el noveno punto de apoyo: la persona humana se debe a su realidad, como esta se debe a la historia, así deberá aceptar el vivir en una tensión permanente que le haga constantemente actuar de forma renovada y firme. No debe nunca cerrarse a sí mismo, pero al mismo tiempo no debe desprenderse de su historia esto supondría salirse de la misma.

APARTADO "D": LA HISTORIA CERCANA DEL DRAMA SOCIAL.

Voy a tratar brevemente un acontecimiento que me parece importante a la hora de señalar la "crisis" que atraviesa el hombre; ese hombre que vive en una sociedad concreta, esa sociedad "impregnada" del "modernismo" iniciado en el siglo XIX, un modernismo ideológico-político, económico, social, etc.... me estoy refiriendo a la "crisis" mundial de 1.929.

La crisis de 1.929 que se propaga al resto del mundo desde los Estados Unidos, es el fenómeno que, en líneas generales, condiciona el desbarajuste económico, la polarización social, el desarrollo del Estado como insaciable minotauro, la ruptura de la "seguridad colectiva", con la tensión internacional en aumento y los virajes hacia la guerra; la segunda guerra mundial de 1.939 a 1.945,

El crack de las finanzas norteamericanas implica el corte radical de sus créditos en el extranjero. Alemania y Australia, los grandes vencidos en 1.919 viven de los empréstitos, al cesar los créditos, se produce la quiebra de la banca en ambos países.

Tenemos que ante esta situación se inicia una crisis general que afectó mucho más a la industria que a la agricultura. Pero debido a la disminución del poder adquisitivo de los consumidores se provocó una fuerte contracción en el precio de los productos agrícolas, esto como es de esperar repercutió en la industria. Al desaparecer los beneficios agrícolas éstos se encerraron en una economía de subsistencia.

Hay que señalar que la crisis agrava las tensiones del régimen de propiedad.

La crisis económica provoca la reducción de los salarios y sobre todo, paro obrero de gigantescas proporciones, que sólo podrá reabsorber el rearme. El rearme reactiva la economía pero supone a la larga una reactivación fraudulenta y ficticia.

La sociedad ante la crisis reclama beneficios sociales: seguro de desempleo ante el paro forzoso, seguro de vejez, etc...

Creo que esta situación, bastante reciente, debe hacernos pensar acerca de nuestra realidad; ¿qué pasa con nuestros derechos de ciudadanos?, ¿qué sucede con la juventud sin trabajo?, ¿qué sucede con nuestro poder adquisitivo?, etc...

Nos encontramos ante la "terrible" realidad de tener que construir la "humanidad nueva", apoyada en el progreso científico-técnico, pero al mismo tiempo mirando por el bien del hombre.

Hay que reconocer que nuestra actual sociedad apoyada en la "nueva" corriente ideológica, filosófica y política, fruto del pensamiento del siglo XIX, sigue proyectando un gran defecto: buscar únicamente el bienestar económico. Estamos viviendo ante un hombre mutilado.

Surge aquí el décimo punto de apoyo: Hoy más que nunca el hombre tiene que "desterrar" los idealismos efímeros, para centrarse en la realidad económica (lo que los economistas llaman estructura económica con minúsculas), por este motivo se necesita un método económico planificador del futuro, pero que atienda las situaciones presentes y mire al pasado para no cometer los mismos errores (esto es lo que llaman Estructura Económica con mayúsculas).

El riesgo de la Estructura Económica nace en la misma sociedad, pues ésta no logra adaptarse a la estructura económica porque la técnica avanza con tal velocidad que la mayoría de las veces no puede reaccionar a tiempo. No lograr el control de nuestra tecnología puede suponer haber perdido la "batalla" al desarrollo, pues el hombre se encuentra sometido a su propia "victoria".

Esta crisis, me estoy refiriendo a la del 29, tuvo grandes repercusiones sociales e ideológicas que lleva a condicionar por parte de los intelectuales, un escepticismo, un pesimismo sobre las ideas herederas referentes a un progreso indefinido, obligándoles a fijar su atención en el mundo de las cosas concretas.

La crisis de los años treinta provocó una miseria espantosa en infinitos hogares humildes de todo el mundo, y un rápido empeoramiento de la situación internacional, que presagia una contienda armada (la del 40). Todo contribuyó a difundir la idea de un mundo absurdo, cuya esencia quizá radica en el "desfase" entre progreso material y progreso de la ideas.

El político francés Pierre Flandin, dice: "se trata de liberar al hombre de las consecuencias de un progreso material que no ha sido equilibrado por el progreso intelectual y moral".

Ante esta realidad nos encontramos con que el marxismo se presenta como una doctrina racional y científica, relacionada con la filosofía de las luces del siglo XVIII y la idea del

progreso del siglo XIX. lo cual le hace optimista. Sin embargo el fascismo es pesimista, éste ha pasado la edad de oro y el hombre, injusto por naturaleza, debe ser sólidamente encuadrado y dirigido por unos jefes que no tienen por qué rendir cuentas a nadie, es ciertamente irracional.

Al lado de estas posturas extremistas, se señalan otros caminos, que rechazan el socialismo en su pureza y al liberalismo en su dimensión económica.

Sin embargo la postura que más resalta es la apoyada por el economista inglés John Maynard Keynes, es el camino entre el socialismo planificado y el liberalismo clásico. Es la que actualmente lleva adelante los países más desarrollados.

Como podemos percatarnos, por todo lo mencionado, la sociedad entra en la década de los 40 en una situación de angustia que comenzará a remontarse en las décadas del 50 y 60; sin embargo en la actualidad todavía no hemos podido sacudirnos la crisis, he aquí, que por tanto, el hombre se pregunte sinceramente: ¿no será que el "punto" o la "base" de toda crisis parte y se afianza en el hombre?.

La respuesta a esta pregunta puede ser iluminada por los estudios de moral y ética realizados por el profesor D. Alberto Muñera, catedrático y titular de varias facultades de la Universidad Pontificia Javeriana de Santa Fe de Bogotá (Colombia).

Mi punto de vista se orienta a afirmar que la ciencia con todas sus especializaciones nunca nos sacará de tan "terrible" situación.²²⁶ por mucho, que la ciencia económica, por citar una ciencia concreta, se esfuerce en buscar vías de solución. Lo que se necesita es una conciencia ética, una eticidad que nazca del "corazón" convertido y sincero del hombre, que destierre la desconfianza y afiance la confianza. .

El hombre es tan mediocre en sus soluciones, que si miramos a Occidente después de la Segunda Guerra Mundial, encontraremos que nacieron una serie de organismos de seguridad que, a su vez, han rodeado a la Unión Soviética y a su mundo por medio de un gigantesco anillo militar.²²⁶

Esta situación evidencia una falta de confianza. Por lo tanto una sistematización de la "crisis" que atraviesa el hombre se puede reflejar en el siguiente esquema:

²²⁶ Esto ha entrado en crisis por los cambios geopolíticos ocurridos en los últimos tres años. Cuando escribía esta reflexión o ensayo era el año 1.987

Esquema número: 1

HOMBRE VIVE EN SOCIEDAD

LA SOCIEDAD "LIMITADA POR EL HOMBRE

No tiene conciencia que la naturaleza es un "bien", un "don" al que hay que respetar

LA CRISIS CONSECUENCIA DE UN HOMBRE QUE "LIMITA"

Las situaciones que destruyen (guerras, explotaciones, desempleo, etc...) no son asimiladas como problemas del hombre -como generador de las mismas- sino como problema de la sociedad, en donde nadie se siente responsable

EL HOMBRE PREFIERE IGNORAR

No existe nada de este mundo que termine satisfaciendo plenamente al hombre

EL HOMBRE VIVE EN CRISIS

**CRISIS QUE SUPONE
UNA FALTA DE
IDENTIDAD CONSIGO
MISMO Y LA SOCIEDAD**

Siguiendo el recorrido histórico de los países que contaban con una fuerza económica potente se puede afirmar que de la "guerra civil" entre las naciones europeas salen vencedores más bien Estados Unidos y la Unión Soviética. Estas dos superpotencias, ambas profundamente convencidas de la superioridad de su ideología, dominan al mundo y el futuro inmediato.

Por otro lado, los países de África y Asia, muchos de los cuales han participado en la contienda, se despiertan y, levantándose reclaman su independencia.

Esto traerá consecuencias económicas para el futuro, el mercado se amplía y por lo tanto aparecerán economías independientes (en cuanto al surgimiento de naciones jóvenes), pero que sin embargo generarán lazos económicos más fuertes de dependencia macroeconómica.

En esta circunstancia surgen hombres políticos clarividentes, y ciertos movimientos de resistencia a las dos guerras que tienen una visión de la realidad.

Así tenemos que el 19 de septiembre de 1.946 Winston Churchill propone en su célebre discurso pronunciado en Zúrich la creación de los Estados Unidos de Europa. La noticia causa

sensación porque resuena en el inmenso deseo de paz que sienten los pueblos europeos y porque en una Europa acosada aún por la miseria, la venganza y el odio, esta propuesta representa un rayo de esperanza y generosidad, un gesto concreto hacia la reconciliación.

En el año 1.950 el ministro francés de asuntos exteriores Robert Shuman propone que se unan la producción el consumo del carbón y del acero creando una organización europea entre Francia y Alemania, a la que puedan unirse todos los países europeos y que sea dirigida por una institución europea, llamada alta Autoridad.

Por importante que sea esta comunidad en lo económico, lo es más en lo político puesto que constituye, y así lo quieren sus fundadores, el primer elemento de una federación europea.

Tenemos, pues, que se propone a los gobiernos que, sobre asuntos bien definidos, deleguen parte de su soberanía en una "Alta Autoridad", compuesta por personalidades elegidas por ellos, pero independientes y dotadas colectivamente de poderes propios que les permitan tomar decisiones en pro del interés común y obligatorias para los estados miembros.

A partir de esta época comienzan las conversaciones y los debates, donde se manifiestan las tensiones que puede llevar la concepción de una Comunidad de Naciones Europeas. En esta dinámica se llega al 25 de marzo de 1.957 en donde se firman los Tratados de Roma y la Comunidad Europea de Energía Atómica; lo que posibilitará junto con la Comunidad Europea del Carbón y del Acero, la Carta Magna de la Europa Comunitaria.

Los objetivos de este acuerdo se pueden resumir en tres puntos, a saber:

- a. La creación de una unión aduanera que garantice la libre circulación de mercancías entre los Estados Miembros.
- b. El desguace de contingentes, cuotas y demás obstáculos de todo tipo.
- c. La libre circulación de personas, servicios y capitales.

En el periodo de 1.963 a 1.965 aparecen nuevas tensiones que serán "ocultadas" por el resurgimiento que tiene la vida comunitaria durante el periodo del 66 al 68. Así, quizás, la fecha más importante sea la del uno de julio de 1.967, que entra en vigor el tratado por el que se instituye un solo Consejo y una sola Comisión.

Se llega al año 1.973, a partir de esta fecha se desata una "crisis" profunda en la vida de la comunidad: **crisis de la energía y crisis económica.**

También desde esta fecha comienza con fuerza el planteamiento social de la Comunidad. De esta forma en el encuentro de los Jefes de Estado de 1.972 se reitera la preocupación social, insistiendo en la necesidad de fortalecer el sentido humano de las directrices en que se han plasmado en el periodo anterior.

Esta nueva proyección nos puede hacer pensar que el nuevo camino social que quiere implantar la comunidad tiene que estar apoyado en la dimensión humana del ser.

De esta forma en 1.974 se aprobó un programa comunitario de acción social.

El "fondo" de esta acción social es:

- a. empleo:
- b. condiciones de vida y de trabajo;
- c. participación.

Todo esto viene a concretizar el undécimo punto de apoyo: Es imposible pensar en una solidaridad frente al paro y una ruptura de la precariedad en el empleo sin tener en cuenta que el proyecto de solución está sujeto a la interacción económica de la sociedad española, de la interacción económica de la CEE y de la realidad económica mundial.

Así el nuevo proyecto deberá ser consensuado por la necesidad de proyectar una dimensión humana del ser (el hombre en sociedad).

Queda patente que toda sociedad y, por tanto, cada hombre en particular deberá superar los conceptos de capitalismo y socialismo, pues solo de esta forma podrá superar la dimensión frustrante que ambos sistemas han generado en la historia.

CAPITULO III: "El mundo del trabajo apoyado en la perspectiva de Carlos Marx"

Marx se apoya en la visión histórica siguiente: la historia de todas las sociedades que han existido hasta nuestros días es la historia de la lucha de clases.

Este sentir se fundamente en una trayectoria de Marx que puede resumirse en tres puntos.

- a. Marx influenciado por la filosofía hegeliana, piensa a actúa en política criticando la sociedad política actual.
- b. Retorna a la filosofía hegeliana del Estado, que pretendía consagrar la racionalidad y la realidad del Estado. Dice que la filosofía del estado es simplemente una filosofía. Realiza, por tanto, la crítica de la filosofía y no la del Estado.
- c. La filosofía de Marx confronta su razón de ser con la realidad que tienen a su entorno. De aquí se desprende una crítica a la teoría política y el apoyo de una sociología que analiza y crítica la vida política.

Ciertamente Marx sistematiza la posibilidad de realizar una crítica fundamentada a la vida social, económica y política; creando un método que nos podrá llevar al cambio: **la dialéctica marxista**.

Para Marx evidentemente, la historia del hombre será trazada a partir de los actos de la existencia humana. Estos actos son los que dan lugar a la conservación de su vida, a la creación de los objetos, a la interacción con los demás hombres, a la formación de su experiencia y a la posibilidad de potenciar su conciencia.

Naturalmente en la base de esta perspectiva existe una antropología: la historia política de la especie humana es absorbida y reabsorbida totalmente por ella.

El objetivo de la historia será el lograr llegar al final del camino antropológico en donde está el hombre total, esto significa que el individuo y la especie humana se encuentran totalmente identificadas.

Esto lleva a una conclusión inmediata: la no existencia de la política.

Lograr esta "realidad" supone para Marx el reconocimiento de que la realidad se encuentra en la misma historia, dentro de la sociedad, en el hombre mismo; por este motivo hay que reconocer que tanto la filosofía como la antropología marxista son una negativa a la contemplación.

Para Marx es tan importante el cambio de la historia que se apresura a analizar, buscar y plasmar los medios de la última revolución en donde quede concretizada la última política.

El único grupo capaz de llevar esto adelante será el proletariado.

Para Marx estaba claro que los males del Estado Antiguo son los de la esclavitud como sistema social; los males y los fracasos de la democracia política son los de la sociedad burguesa. De lo que concluye que la existencia del Estado y la existencia de la esclavitud son inseparables.

Marx, también, pone sobre el tapete la inteligencia política que consiste en una radical impotencia para comprender las causas primeras generales de los "males" políticos. Cuanto más se desarrolla, más piensa dentro de los límites de la política y más estrecho resulta.

En consecuencia toda solución política es una solución parcial. Una revolución política es una revolución realizada por una clase que proyecta en el nuevo Estado su situación particular y le confiere la misión de liberar a la sociedad entera, arbitrando los conflictos que provienen de su dominación.

Marx se opone a todo sistema de socialización de los medios de producción por parte del Estado (un Estado que no sea el Estado de los proletarios y que no prepare al mismo tiempo la abolición del propio Estado).

Este hecho puede ser confirmado por el desprecio que Marx demuestra hacia el socialismo estatista de Luis Blanc, denunciando la ingenuidad consistente en creer posible la abolición obrera mediante la constitución de un Ministerio de Trabajo, en el Gobierno Provisional.

Marx se opone a la visión de Ferdinand Lassalle y a la Asociación General de Trabajadores Alemanes, sobre todo en el punto que hace referencia a la ayuda política y financiera que reclaman al Estado favorecer las cooperativas de producción obreras.

Esta ayuda reclamada sería otra cosa si el proletariado hubiera llegado a convertirse en el dueño total del aparato estatal, y no es la forma de una democracia vulgar, sino en la forma de una dictadura absoluta. De todas formas, según Marx, este Socialismo de Estado no sería un fin, sino que es un instrumento para llegar al comunismo.

En esta dinámica Marx se enfrenta con el anarquismo, por tanto le llevará a enfrentarse con Bakunin en donde se criticará que la abolición del

Estado no puede hacerse de la noche a la mañana: el comunismo será la consecuencia de la desaparición progresiva del Estado.

Este error teórico de la crítica al Estado con el método revolucionario llevará a gravísimas consecuencias y prácticas: dado que el Estado es, para los anarquistas, el mal del que derivan los demás males, la política es otro mal del que hay que precaverse, lo que hay que hacer es insultarlo, organizar, una vez que todos los obreros hayan sido ganados para la causa, la expulsión de las autoridades y la abolición del Estado reemplazándolo por la organización internacional.

Esta postura puede ser interpretada, según Marx, como un puro voluntarismo no científico, que no comprende ni el proceso dialéctico de la historia ni que la revolución no es un simple pensamiento revolucionario, sino que es una praxis.

La definición de la acción marxista viene concretizada por el interés de Marx de darle un carácter científico a su reflexión, es decir, de presentar un método y un contenido científico del mismo.

Se puede decir, por tanto, que el cambio que sugiere Marx tiene que ser necesariamente científico y no idealístico.

Voy a intentar presentar en qué consiste este método:

Lo primero que hay que tener en cuenta es que el método marxista rechaza cualquier absolutización, bien de verdades eternas, bien de un objeto que existiera por sí mismo fuera del sujeto.

Lo segundo será partir de la experiencia humana. Significa este el aceptar que el propio mundo sensible no es más que la actividad práctica de los sentidos humanos. Sin embargo, ni el objeto del conocimiento ni la facultad de conocer del sujeto son inmutables: ambos se encuentran en, una relación de actividad dialéctica. Así se reconoce que el primer saber del hombre es inmediato a la naturaleza, no es más que conciencia sensible, y el objeto que conoce se le escapa en seguida. De aquí que el sujeto abstraer del objeto algunas propiedades para adquirir de él un conocimiento más íntimo, aunque, como es natural; menos inmediato.

Lo tercero es aceptar que el pensamiento humano, en todos sus desarrollos, es siempre instrumental. Esta condición se la impone la relación del hombre con la naturaleza, a la que transforma para realizarse.

El cuarto punto es ver la "ideología" como la ilusión que consiste en establecer un saber que se hace pasar por independiente del proceso vital del hombre y de su existencia empírica, por producto de la conciencia. Se puede decir que la "ideología" no es independiente de lo real, es el fruto de una alienación introducida en la existencia concreta de los hombres.

El quinto punto es ver la naturaleza como parte integrante del hombre, por este motivo es imposible pensar que la naturaleza pueda comprenderse sin su relación con el hombre. De ahí que el materialismo marxista tiene muy en cuenta a la persona.

A mi modo de entender esta preocupación supone un gran avance en el mundo del trabajo, ya que es imposible entender la relación laboral sin que el hombre sea parte considerada en la misma. Esto conduce necesariamente a una humanización laboral, así la relación hombre-trabajo debe ser humanizadora.

La duodécima apoyatura en mi objetivo de presentar unas posibilidades al mundo del trabajo pasa por esta concepción marxista del trabajo, pues sin la perspectiva humana es imposible todo objetivo.

La humanización no es hacer lo que yo desee, sino lograr a través del trabajo la posibilidad de la autorrealización personal y social.

La sociedad en la que yo vivo debe garantizarme esta posibilidad, pero no puede olvidar que yo soy parte integrante de la misma. No solo debo de prestar mi colaboración sino que debo exigirme la reactualización perpetua.

Quizás el error de los intérpretes de Marx radique en entender que la humanización tiene un punto de llegada, en donde el mismo hombre pueda controlarla. Esto ha supuesto la mayor frustración en aquellas personas que siguieron no el ideal de la humanización sino el "idealismo" del control social. Se olvidaron, sin lugar a dudas, que el hombre es un ser libre, no manejable y siempre dispuesto a la rebelión.

El sexto punto, a tener en cuenta, en el método marxista es entender que las cosas que el hombre trabaja, gracias a los medios de trabajo fabricados por él, no son ya simples objetos, sino productos creados por él.

Aquí entra otra perspectiva importante, el hombre se relaciona con la naturaleza, a través de la naturaleza se humaniza, originándose una relación con el mismo trabajo que él realiza de creatividad; pero todo esto se da en un medio concreto, es decir, en una sociedad determinada conformada por otros hombres. La relación con la naturaleza sería incompleta si se ignorase esta realidad.

Por tanto si el hombre estuviese solo frente a una naturaleza inhumana el hombre no se conocería a sí mismo, y la naturaleza le seguiría siendo eternamente extraña al ser otra. Es preciso que el hombre se reconozca a sí mismo como objeto de su necesidad en la naturaleza para que ésta se le aparezca como humana.

Así el trabajo productivo del hombre se integra en este proceso. Tiene la misión de desempeñar una función social, corresponde al séptimo punto del método marxista.

El apoyo número trece encuentra su base, a mi modo de entender, en la función social del trabajo. Hoy, con urgencia y sin miedos se debe reconocer (de nuevo por desgracia) esta visión. El reconocimiento como tal está muy lejos de entender el trabajo como prestigio social. Entender el trabajo como prestigio supone generar sin darnos cuenta conscientemente una división social.

Quien se acerca al mundo del trabajo con esta visión será eternamente una persona frustrada, condenada al fracaso humano. La función social del trabajo debe fundamentar la paz laboral y no la "guerra".

Es necesario una reeducación del mundo laboral en donde el mayor prestigio del verdadero trabajador sea el servicio a la función social.

Los siete puntos señalados del método marxista me llevan a realizar una interpretación dialéctica de la historia.

Visión que se fundamenta, como hemos podido comprobar, en el llamado materialismo histórico.

Para Marx la historia del hombre en sociedad no es otra cosa que la relación fundamental hombre-naturaleza-hombre.

La historia nace y se desarrolla a partir de la primera mediación que pone en relación al hombre con la naturaleza y al hombre con los otros hombres: el trabajo.

La historia, es por consiguiente, la historia de la procreación del ser genérico del hombre por el trabajo y por las mediaciones que de éste derivan. Esto no significa que la historia solo "narre" el desarrollo de las fuerzas productivas: significa solamente que esas fuerzas productivas son los hechos históricos básicos que constituyen el fundamento de la historia, quedando sobreentendido que la historia también incorpora todo lo que deriva de ellas, a saber: proceso cultural del hombre, todas las alienaciones y el producto de las mismas.

La "lucha" que debe generar esta visión marxista de la historia tiene un punto muy positivo de partida, pero a mi modo de comprender el desarrollo de la misma no puede encerrarse en la perspectiva dialéctica, esperando que un día terminará todo a favor de la gran "masa" trabajadora. El que existan medios institucionales que sigan creyendo que todavía esto es posible es muy respetable, pero ciertamente enfocar toda posibilidad de soluciones bajo esta perspectiva no ayudará en absoluto a fomentar una política de empleo.

No podemos olvidar que la generación de empleo directo e indirecto está apoyada en la economía de mercado: oferta-demanda. Esto para países puramente socialistas y capitalistas. El producto es posible trabajarlo o crearlo porque se consume. En última instancia, si existe libertad creativa, es porque el hombre tiene libertad de producción y consumo.

Otro aspecto, y es el realmente importante, sería el tratar cómo y para qué se utilizan ciertos productos. Aquí radica verdaderamente el problema, en el objetivo del trabajo. Necesariamente entramos de nuevo en la dimensión humana; es lo que se puede llamar la preocupación social del hombre para el hombre.

A mi modo de entender, esto es lo que pretendía Marx, pero ciertos interpretes han percibido a su "ídolo" como un revolucionario materialista y sin una perspectiva humanista-transcendente.

Se desprende de todo esto **el catorce punto de apoyo: luchar contra la visión del trabajo utilitarista, ya que es una solución para la gente que en ella trabaja a corto plazo, no aportándoles nada positivo para su autorrealización.**

El trabajo hay que dignificarlo, pero para lograrlo hay que dignificar la sociedad.

Una auténtica política de empleo sería aquella que trata de significar a la persona humana desde una ética coherente, Es el primer paso para despojar a la sociedad de la "terrible" situación que estamos viviendo. En última instancia dejar de concebir el trabajo como un mero negocio para entenderlo como un derecho ético y moral de todos ciudadanos.

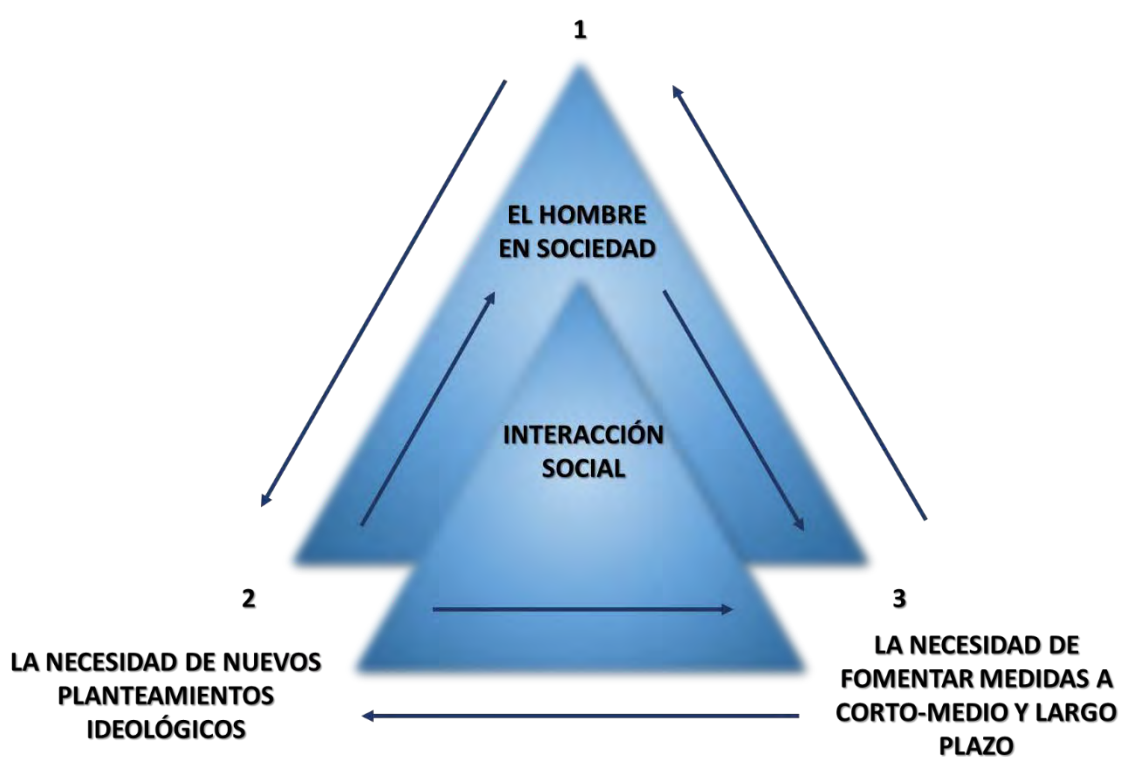
CAPITULO IV: "Hacia la solidaridad de la sociedad"

A lo largo de los capítulos anteriores y a través de los puntos que he llamado de apoyo (catorce en total) he intentado sugerir algunas pistas de orientación, basándome en los acontecimientos científicos de la historia social, para terminar con el desempleo.

La reflexión a través de la historia-social responde a que toda solución social (el desempleo es una de ellas) debe tener muy presente la realidad, la cual es imposible ignorando el pasado.

Por este motivo me parece importante que la reflexión se centre ahora entorno a tres puntos, que de alguna manera presenta el proyecto que he venido planteando a lo largo de este trabajo:

Esquema número: 2



EL PROYECTO DEL CAMBIO

Para terminar con el desempleo y la precariedad de empleo con lo primero que debemos de contar es con el hombre y con la sociedad.

¿Qué hombres se encuentran en la sociedad?: Es evidente que el sentido común reina por su ausencia, y esto es latente en la existencia de una sociedad bastante dividida.

La división que nuestra sociedad proyecta es un signo claro de que no se ha llegado a una madurez humana lo suficientemente confiada para generar una sana pluralidad.

La división es generada por el mismo hombre y la misma sociedad en cuanto que el hombre se educa en un medio social determinado. Por ende adquirirá determinadas pautas de comportamiento que tardarán en ser confrontadas. Hasta que no llegue la confrontación será muy difícil alcanzar la concientización de ese sector.

Esto presenta una dificultad real con la que toda sociedad debe contar. Por este motivo en algunos sectores que no viven el problema del desempleo será muy difícil que se preocupen por el mismo y, hasta se puede suponer que luchen en contra de los movimientos más concientizados.

Figura número: 11



En la relación existente entre estos grupos que es de dependencia no se da una **interacción plena**.

La división por ende produce dependencia sobre todo cultural, social y económica.

Como estoy tratando de plasmar un proyecto de solución basado en la **interacción social**, la primera medida de un país democrático, como es España, para salir de la crisis del desempleo es gestionar a corto plazo el problema de división.

Observar qué es la división, cómo y por qué se genera tendría que ser el primer apartado de esta meta a corto plazo.

Una vez logrado lo anterior habría que proponer una medida política que vaya más allá de la ideología gobernante, esto correspondería al segundo apartado. Esta medida debe de pasar necesariamente por un proyecto generado por las diversas fuerzas políticas, sin exclusión, esto significa derribar barreras sociales. Claro que aquí surge una gran dificultad ¿serán las fuerzas políticas capaces de superar sus barreras ideológicas?.

El tercer apartado correspondería a la evaluación continuada del proyecto fijado.

Voy a tratar de reflejar qué entiendo por división cultural, social y económica.

a) Cultural:

Es verdad que en un país como España la cultura intelectual se está generalizando; ¿pero aprende la sociedad por medio de la misma a tener un espíritu crítico constructivo o más bien genera competitividad clasista y destructiva para lograr la equidad y el equilibrio social a través del trabajo?.

Potenciar un proyecto cultural con esta dinámica apoyados en medidas populistas, aunque en un principio dé resultado, a la larga genera un descontento que puede ser una "bomba" de relojería en manos de un colectivo insatisfecho. No se pueden generar falsas ilusiones y, menos a un colectivo de cultural intelectual fuerte.

Hay que contar con que las personas estudian o adquieren cultura intelectual pensando en encontrar un trabajo seguro que les reporte beneficios abundantes y seguros.

El estudio (cultura intelectual) se entiende como una inversión en un mercado de oferta y de demanda. Así tenemos que si la demanda es escasa y la oferta extensa se origina un desfase que no es de fácil solución, como pudiera ser el desfase económico, ya que en esta relación entran en juego directamente los sujetos, es decir, son las personas las que se sienten afectadas de primera mano. Entra directamente la dimensión psicológica y si ésta no se siente compensada se genera el conflicto interno que puede terminar en "explosión".

Esto nos pone en evidencia que el desempleo, sobre todo en una sociedad que tiende hacia la técnica industrial y social, no es únicamente el resultado de una gestión económica como pretenden interpretar algunos sectores sociales (dejarse convencer por esta interpretación supone haber cedido a las visiones populistas, que en última instancia no han profundizado en la realidad del problema).

A esta tentación ceden, por desgracia, amplios sectores de nuestra sociedad, quizás por la desesperación inmediata de encontrarse en la terrible injusticia de ser despedido, o de no encontrar un puesto de trabajo. Lo cual responde a una dimensión psicológica del hombre o persona que quiere rebelarse y no sabe cómo.

Esta tensión se ve amortiguada por el cobro del subsidio de desempleo, por el momento; pero después de un tiempo, cuando no se vuelve a encontrar un trabajo aparece esa agresividad acumulada y entonces la solución es impensable.

Hay que ser realistas, y hoy más que nunca las personas necesitan la verdad y la verdad solo es entendible desde la reflexión conjunta.

El desempleo está ligado a la cultura, a una cultura apoyada en la oferta y la demanda cultural: pero la realidad no puede ni debe olvidar que sin oferta y demanda (cultural y económica) no sería posible la creatividad cultural, sin creatividad no es pensable una dinámica de avance y progreso.

De aquí se desprende el segundo punto de acción de un gobierno que luche por terminar con el desempleo: **Revisar el desempleo dentro de un contexto cultural y no únicamente económico.**

Esta acción, también entraría dentro de las medidas a corto plazo y sería la primera meta a corto plazo.

Afrontar con valentía esta visión supone una política de acción conjunta, lo cual evidentemente cuestiona que únicamente sea válida la política de una determinada ideología. De nuevo se plantea aquí, y esta vez con más radicalidad, el cómo debe entenderse la gestión social-política dentro del marco democrático. Puede ser que ante problemas que trascienden a la misma sociedad democrática, la forma o manera de llevar adelante una gestión política dentro de la misma tenga que pasar por una meta a medio plazo: **la interacción política ante determinados problemas no es triunfo del grupo ideológico gobernante sino de la propia sociedad**. Necesariamente la colaboración activa de la sociedad a través de sus representantes democráticos pasa por la ruptura de feudos y de perspectivas deterministas.

Hay que aceptar, siguiendo a Marx, que las ideologías son producto del hombre, habrá que concluir, por tanto, que también son superables.

La oferta y la demanda cultural debe pasar por la pluralidad porque esto significa la posibilidad del bien-estar social para todo hombre, ya que éste es ante todo un ser abierto y pensante que no se le puede amordazar.

Pero hay que ser muy realistas, el único medio es la pluralidad cultural democrática, lo cual no significa división por estamentos y grupos sociales. La cultura es un derecho de todo ciudadano, sin embargo, la cultura no puede estar al servicio del oportunismo político como medio de engaño social. Así como tampoco debe ser entendida la cultura como medio intelectual destructivo.

La tercera meta a corto plazo está apoyada: **en que a la sociedad hay que darle los medios reales de análisis**.

Esto debe aprovecharse para ir generando cambios positivos, lejos del conflicto aprovechista y destructivo. Quiénes no sepan hacer esto es mejor que se retiren.

En una sociedad como la nuestra, para no pecar de paternalismo "retro" y de populismo "progre". Hay que reconocer los valores socio-culturales existentes, no destruirlos sino mantenerlos, será el avance lineal de la historia la que irá desprendiéndose de aquello que no considere válidos. No se puede olvidar que ni la fuerza ni el engaño son medios seguros, a la larga terminan agotando a quién los genera o inventa.

Se desprende, por tanto, que una medida cultural a corto plazo, que será la cuarta es: **terminar con los males entendidos de las divisiones sociales al mismo tiempo que se reconoce que una ayuda social contra el paro será el decirle a la sociedad que ciertos estudios universitarios no alcanzarán la obtención del trabajo en la rama estudiada así será necesario el reciclaje**.

Además se tendrá que aceptar que el reciclaje no podrá asegurar el cien por cien del trabajo seguro.

Por este motivo habrá que realizar una planificación estructural en donde atendiendo a las posibles necesidades (siempre hay que dejar un margen para el error) se organice un proyecto educativo que genere lo menos posible el trauma de la juventud preparada y sin trabajo.

De nuevo el reto es para todo el conjunto social. La planificación debe ser real y no idealística: debe ser a medio largo plazo nunca precipitada y a corto plazo, ya que se originaría un desfase estructural que nos hundiría más en el "trauma".

En una situación como la presente, un medio eficaz será entender el mercado de trabajo, sobre todo hasta llegar a lograr la plena colocación laboral de todas las personas formadas intelectualmente, como un mercado que se ofrece a todos, pero que no tiene la posibilidad de absorber toda la "mano de obra" intelectual.

Así que la quinta meta a corto plazo será: **hacer entender a la sociedad que el trabajo remunerado tendrá que ser por contrato sin poder llegar, lo más seguro, a ser un trabajo fijo.**

Es el pago que nuestra sociedad debe hacer al avance técnico, aplicado con desfase a la industria. Los responsables de ello no son los capitalistas o los estados marxistas puros. La responsabilidad debe recaer en todos.

Esto hay que entenderlo de forma positiva, más bien tendremos que hacer el esfuerzo de reinterpretar cuál tendrá que ser el papel social ante esta realidad.

Aceptar esta dimensión cultural del mundo del trabajo debe romper con el sentido de dependencia cultural. A fin de cuentas hay dependencia cultural porque siempre existen sectores más privilegiados, si se logra terminar con las vías que favorecen esta situación se habrá empezado un camino seguro hacia la eliminación paulatina del paro.

El primer apartado de esta quinta meta será el instruir igualdad en cuanto a prestaciones sociales y remunerativas para todas las personas en edad activa. Hay que equilibrar necesariamente a los que cuentan con un puesto fijo y los que no podrán poseerlo nunca. Hay que tener en cuenta que la responsabilidad de la falta de trabajo es de todos.

El segundo apartado será la homologación de las prestaciones sociales y remunerativas en base a la preparación de la persona y esto de manera real. Para ello hay que realizar una política de trabajo que favorezca el primer empleo nada más terminar la preparación. La misma debe de pasar por serios y profundos estudios estadísticos en donde se analice a corto, medio y largo plazo la oferta y la demanda. La implicación de este logro debe ser de todas las fuerzas sociales, sin ello será verdaderamente imposible terminar con el paro.

Naturalmente que esto implica irremediabilmente una política fiscal, ésta será el tercer apartado de la meta quinta.

La dependencia cultural aparece porque no se es valiente a la hora de afrontar el problema, pues no hay que olvidar que lo económico no corresponde solo a España

planificarlo, en buena parte sí pero no en su totalidad. El humanismo socio-cultural debe ser valiente, afrontar la realidad y no generar falsos ideales.

b) Lo Social:

Es el medio en donde actúa el hombre, esto nos obliga a reconocer, además de aceptar lo dicho en el punto de la cultura que es necesario acercarnos a la realidad cruda de lo que la misma sociedad presenta.

Lo que ésta ofrece es una marcada diferenciación entre las personas. Si miramos el medio urbano de una gran ciudad podremos observar las marcadas diferencias sociales. Si bien se ha luchado y avanzado mucho en este campo, todavía y quizás con más fuerza que antaño, esta diferenciación crea insatisfacciones personales y comunitarias, muchas veces, insalvables.

La sociedad de la oferta y la demanda genera intereses muy diversos que repercuten en lo que se ha llamado diferenciación social. Por lo tanto conforme se vaya alcanzando mejor nivel cultural intelectual esta diferenciación será vista como una proyección negativa de la misma social.

Hay que ser realistas, lo que interesa es que antes de llegar al cambio por la violencia, los medios autorizados den los cauces necesarios para sustituir la diferencia por medio de la convivencia.

El único medio posible es el de la **concertación social**. Ésta será una meta a medio plazo. Pero que debe de contar con una base apoyada en lo que debió ser una meta a corto plazo, la sexta del proyecto que se está proponiendo: **la concertación social debe ser aceptada por todos los grupos, no sirve el método de la imposición de ideas, el único medio posible es el diálogo.**

En este punto el gobierno debe ser valiente, afrontando con urgencia el papel de iniciador y promotor, nunca de juez, no hay que olvidar que en un Estado de Derecho es únicamente el representante y no el protagonista directo.

Así el primer apartado de esta meta a corto plazo (la sexta) será **el de reconocer públicamente que la sociedad está dividida y que es necesario el diálogo, pero que el diálogo solamente es posible entre personas que no tengan intereses políticos inmediatos (es decir oportunismo). Aquél que mejor oriente el diálogo deberá encargarse de llevarlo adelante apoyado por la sociedad.**

De nuevo se plantea el fin político: sus objetivos y sus métodos.

En el diálogo no sirven las descalificaciones y los intereses particulares, sirve únicamente el interés común por terminar realmente con el paro.

El segundo apartado (meta sexta) será **el de generar confianza. En la medida que a través del diálogo todos los medios sociales se sientan representados y tenidos en cuenta se irá desarrollando un ambiente de confianza mutua que servirá para generar empleo.**

El diálogo hace avanzar la línea de la historia, así que todos aquéllos que se niegan al mismo, poco a poco irán perdiendo su representatividad social hasta ser superados por la globalidad.

El camino del diálogo puede evitar trastornos sociales lo que hace posible el comienzo de una interacción que irá alejando la dependencia grupal.

C) LO ECONÓMICO:

La dependencia económica nos está diciendo que no se de una autonomía plena en la política económica de un Estado. Esta viene marcada por la pauta histórica del mercado de la oferta y la demanda.

Voy a tratar de significar una panorámica básica que nos sitúe en la realidad que nos encontramos, a saber:

1. Conceptualización de estructura:

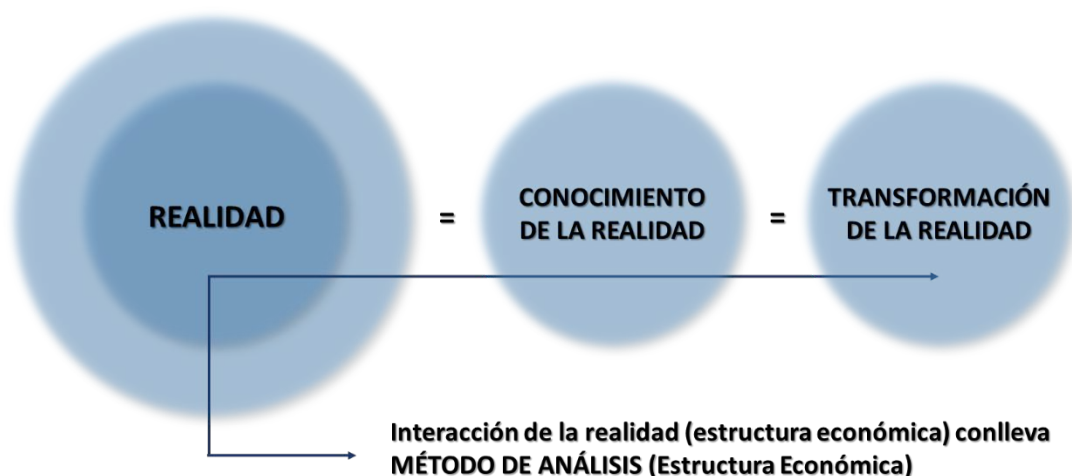
La estructura puede ser definida como la caracterización de un todo por las relaciones mutuas que implican la distribución y el orden de sus partes.

Teniendo en cuenta esto vamos a diferenciar el sentido de **estructura económica (con minúscula)** y el sentido de **Estructura Económica (con mayúsculas)**.

La primera es la **realidad a analizar**.

La segunda el **análisis de esa realidad**.

Figura número: 12



En el avance de esta figura hay que reconocer que Petty intentó mostrar y formular la necesidad de una descripción de la realidad macroeconómica, es decir intentó desarrollar un conocimiento de la realidad y al mismo tiempo un método.

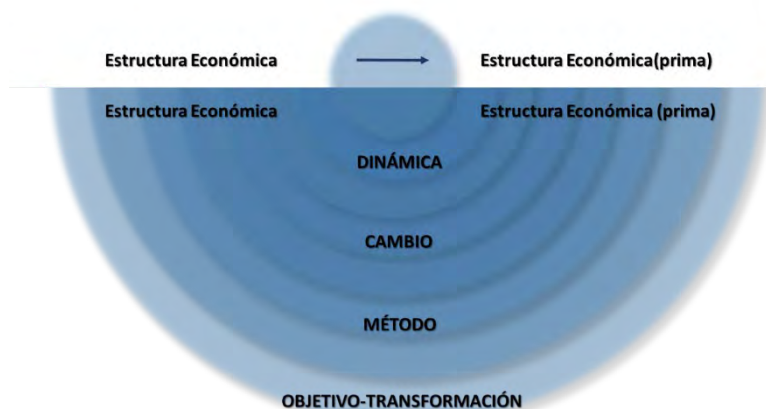
En el método trató de plasmar un lenguaje científico que diera sentido al conocimiento de la realidad.

De esta forma, según Petty, se puede argumentar las causas de un estudio serio y comprometido de la **estructura económica (con minúsculas)**.

La estructura económica está organizada de modo anatómico, por eso su conocimiento hay que realizarlo a través de la **Estructura Económica (con mayúsculas)**.

Este empuje de Petty sirvió para clarificar conceptos económicos y, al mismo tiempo para que éstos dieran apoyo a la estadística. Se logró de esta manera inaugurar una influencia en la mentalidad económica que se puede definir como movimiento dinámico en donde el concepto de estructura económica es semejante a la realidad económica del momento que será estudiado y analizado de una forma determinada (método de estudio = Estructura Económica) con vigor científico y que propondrá como resultante una visión nueva tanto de la estructura como de la Estructura.

Figura número: 13



Hay que reconocer que esa visión de Petty influyó de tal forma en la economía que el movimiento del darwinismo social puede muy bien ser una resultante.

Pero siendo fieles a la evolución económica hay que reconocerle a Marx los aportes científicos en la clasificación de la **estructura económica (con minúsculas)**.

De esta forma la **estructura económica** es la resultante de las relaciones existentes entre los hombres.

Partiendo de este punto es comprensible pensar que todo el armazón jurídico de la sociedad es un "montaje" que realiza la misma sociedad para su sustento, es la superestructura.

Basa las relaciones de los hombres en la dialéctica:

HOMBRE - - - - - TRABAJO - - - - - PRODUCCION

Por lo tanto la economía será la resultante de este movimiento perenne que se puede "bautizar" con el nombre de relaciones de producción, estas relaciones serán la realidad económica, es decir la **estructura económica**.

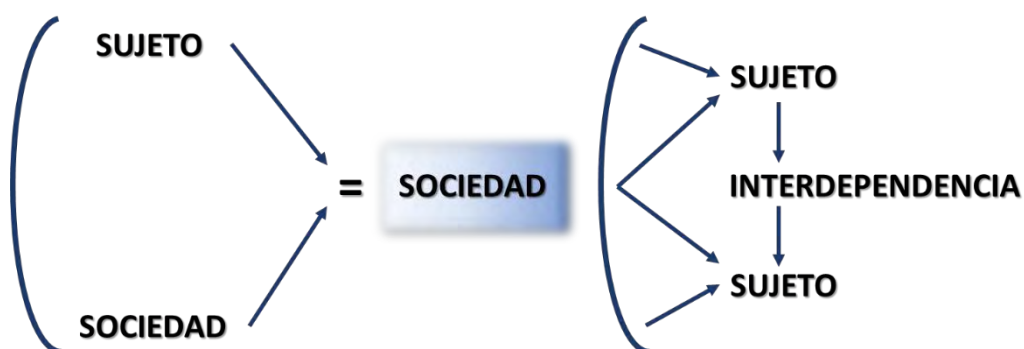
En la visión marxista de la sociedad la estructura económica será la base de todo el planteamiento jurídico y político (la superestructura).

El hombre es el responsable primero de la dialéctica y es por su condición social que marcará una determinada **estructura económica** y también, una **Estructura Económica**.

Según esto, podemos descubrir que la gran genuinidad de Marx es haber abierto los "ojos" al hombre haciéndole ver que solamente él es el responsable primero y último de una determinada estructura económica.

Esta perspectiva nos hace ver que el conjunto de relaciones de producción de una sociedad marca la **estructura económica**.

Figura número: 14



La estructura económica está marcada y determinada por el conjunto de relaciones entre el sujeto y la sociedad generando interrelación o interdependencia entre los sujetos y la sociedad, y la sociedad con los sujetos, que serán por su naturaleza distintos.

Se puede decir que a través de la **estructura económica** se vislumbra la ideología, por eso acentúa la clarificación del método marxista para el estudio de la **estructura económica** que será la dialéctica social, es comienzo científico del materialismo histórico.

2. El sentido del estructuralismo:

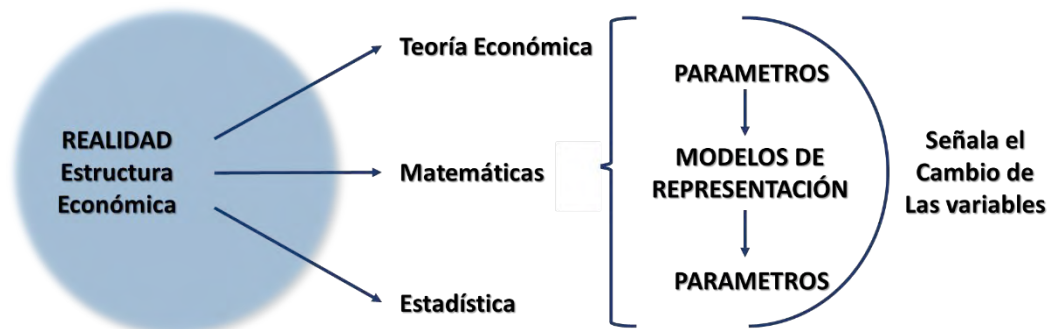
El concepto de estructuralismo hay que buscarlo en la visión económica de la **estructura económica**. Esta busca la integración de la Teoría Económica, las Matemáticas y la Estadística. El objeto de esta intención es el de representar la realidad por medio de modelos.

Teniendo en cuenta esta perspectiva cabe señalar que en Ecometría **estructura** significa un conjunto de constantes numéricas conocidas (parámetros) que determinan los cambios numéricos en determinadas variables.

Por este motivo podemos acordar que **concepto** muy bien podría ser la capacidad real existente de la estructura económica, desde la perspectiva econométrica de hacer más cuantificables las interrelaciones y la permanencia de determinadas relaciones entre variables. Naturalmente esas relaciones se configuran en coeficientes que pueden ser técnicos o estrictamente económicos.

Por lo cual se deduce que el **concepto** está ligado en última instancia a la visión "X" de estructuralismo: eso sí, conservando el "marco" señalado como "marco" general.

Figura número: 15



El **concepto** atravesaría toda esta realidad como unas ondas filtrando y filtrándose (de datos), que son los coeficientes y que adquieren una plasmación técnica o económica.

Siguiendo a AKERMAN nos percatamos que el concepto del estructuralismo atraviesa varias visiones hasta llegar a saber sintetizar una concepción dinámica de la **Estructura**

Económica (su análisis causal) y de las variaciones estructurales a través de los conceptos de "límites de estructura" e "indicadores de estructuras".

Teniendo en cuenta a SAMPEDRO atendemos que el concepto de estructura está ligado a una "causalidad circular" en la que el efecto influye sobre su propia causa. No estamos ante una simple sucesión de unos pocos hechos aislados, sino ante un entramado o andamiaje de numerosos fenómenos mutuamente relacionados entre sí.

Por ende, **Estructura Económica (con mayúsculas)** tendrá por objeto el estudio de las relaciones de interdependencia que están dotadas de una cierta permanencia y que articulan los principales componentes de la realidad económica (**estructura económica, con minúsculas**).

Otras perspectivas estructuralistas son:

- Lingüística
- Matemática
- Antropológica
- Marxista
- Cristiana
- Iberoamericana

3. **La comprensión de la agregación:**

La agregación en economía se extiende dentro de los elementos que conforman los modelos.

El modelo de economía es utilizado para conocer la realidad económica y para actuar sobre ella, es decir tratamos de comprender las relaciones de interdependencia, y esto hay que hacerlo con la lógica de la matemática.

Por este motivo se puede entender que juega un papel importante en el **análisis estructural (Estructura Económica, con mayúsculas)**.

Las características de un modelo debe contar con:

- representación de un fenómeno
- representación simplificada.
- representación matemática.

El modelo matemático debe de contar con características lineales y no lineales pero cómo será la econometría la encargada de darle forma numérica habrá que distinguir entre modelos estocásticos y no estocásticos.

El modelo estocástico es entendido como modelo de especificación.

Si tenemos en cuenta el tiempo o no lo podremos contar con la clasificación siguiente:

- estático atemporal

- estático histórico
- dinámico causal.
- dinámico histórico.

Así como la división entre modelos descriptivos o explicativos para comprender y reconocer la realidad y los de decisión o previsión para ser utilizados por la política económica.

Una vez dada esta introducción genérica, sí podemos alcanzar el objetivo que perseguimos: **clarificar en qué consiste la agregación en economía.**

Lo primero que habrá que tener en cuenta en nuestro objetivo es que en el contenido del modelo se aprecia que está constituido por un conjunto de relaciones que unen entre sí ciertas magnitudes que podemos clasificar en variables y constantes.

Dentro de esta perspectiva nos encontramos con que las variables predeterminadas aparecen al dividir los modelos en estáticos y dinámicos: por lo tanto la distribución entre estocásticas y no estocásticas nos obligará al empleo de variables aleatorias.

Todo esto nos puede hacer entender que existen errores en las variables que aparecen al tratar de medir los valores que toman las variables del modelo.

Por esta razón la única forma de intentar reducir este margen de error será a través de un proceso de agregación de las magnitudes microeconómicas.

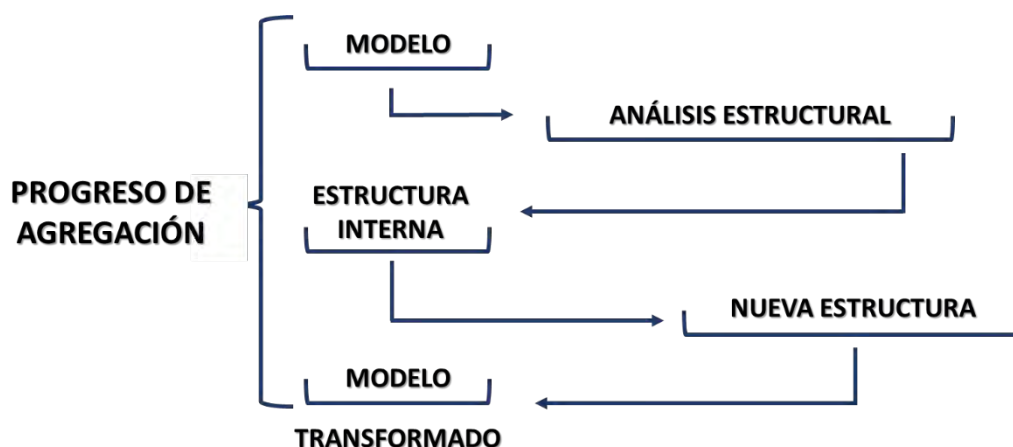
Llegados a este punto, en el problema de agregación, se nos plantea la siguiente pregunta: ¿qué entendemos por magnitudes?: además hay que añadir que uno de los elementos básicos de los modelos lo constituyen las constantes de donde hay que distinguir los datos y los parámetros.

Los parámetros son magnitudes que vienen determinadas por los resultados numéricos del problema y **los datos** las magnitudes constantes a las que se les puede atribuir un significado concreto.

La diferencia se marca en el hecho de los datos se pueden medir mediante la observación más o menos directa de un fenómeno real; los parámetros solamente se pueden cuantificar mediante estimación estadística.

De todo esto se deduce que la agregación es un proceso funcional necesario para realizar un análisis estructural, en donde se concretiza por medio de una estructura interna de una variable, que a su vez pasa a ser en un nivel superior un elemento dentro de la nueva estructura que es el modelo.

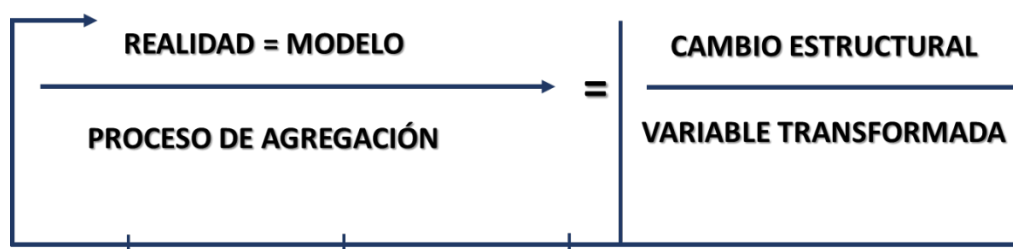
Esquema numero: 3



Por lo tanto se puede pensar, que la ventaja más* clara que podemos "encontrar" en la economía es que se hace necesario el uso de criterios estructurales, en cuanto que al agregación como proceso se verá relacionada con la permanencia de las mismas funciones o relaciones del proceso, logrando así afectar al tratamiento de la variable en el modelo mediante las relaciones estructurales que la contienen.

Se logra con la aplicación del proceso de agregación un mayor grado de fidelidad del modelo a la realidad.

Esquema número: 4



4. Comprensión de la interdependencia:

Hay que señalar que los modelos a los que nos referimos toman como fundamento de su análisis el principio esencial de las interdependencias económicas generales existentes entre todas las actividades que operan dentro de una realidad económica.

Lo que significa que si la **Estructura Económica** trata de describir y clasificar científicamente la realidad económica, no basta con la enumeración de un conjunto de

datos o relaciones estructurales, sino que es necesario que estudie la circulación económica entre los distintos sectores de la economía.

Fijándonos en QUESNAY encontramos que su objetivo mediante la Tabla Económica es representar la distribución y la producción de la riqueza.

Por este motivo hay que señalar que se logra "instituir" el primer paso explícito de representar la circulación económica basándose en la interdependencia de las transacciones que se llevan a cabo entre unidades económicas.

Es en esta perspectiva que WALRAS sintoniza con QUESNAY tratando de explicar el aspecto circular de los fenómenos económicos a través de un conjunto de sistemas de ecuaciones que se reflejan en las transacciones económicas entre los diversos sujetos de la colectividad.

Naturalmente los dos sistemas anteriores necesitaban una mayor concreción, en cuanto que el de Quesny se limitaba a poner en la tabla tres divisiones en las relaciones económicas y Walras desarrolló un modo de relaciones complicado en cuanto que se apoyaba en un sistema de ecuaciones en el cual existía una ecuación para cada sujeto y una incógnita para cada bien.

El modelo de LEONTIEF recoge lo positivo de los anteriores y trata a través de expresiones numéricas representativas de los valores de los diversos grupos de transacciones efectuadas durante un determinado periodo de tiempo en el ámbito de un sistema económico de sustituir los símbolos matemáticos de Walras.

Si a esto añadimos que Leontief considera que todo sujeto (es decir grupo o sector) es a la vez comprador y vendedor de bienes y servicios nos encontramos que nuestro autor elaboró su modelo, en el que representaba la interdependencia existente en la actividad económica.

Por lo tanto la gran "riqueza" de Leontief apoyada en sus precursores, fue el de dividir la economía en sectores, según la actividad económica. Por eso su modelo consiste en representar las transacciones económicas en una tabla de doble entrada en la que cada sector aparece como vendedor y comprador, contabilizándose, en el primer aspecto, las entregas década sector a los demás sectores, y en el segundo, las cantidades que recibe el resto de los sectores.

5. El descubrimiento de la Renta Personal Disponible:

Para entender el concepto de Renta Personal Disponible es necesario conocer el de Renta Personal (R.P.X Renta Nacional (R.N.), Producto Nacional Neto (P.N.N.) y Producto Nacional Bruto (P.N.B.).

Al mismo tiempo debemos entender qué significa Renta Nacional (R.N.), lo cual nos servirá para concretar la **magnitud macroeconómica**, quizás más importante, de la **estructura económica (minúsculas)**, es decir, la situación económica de una realidad concreta.

Por lo tanto el conocimiento de la **magnitud de la Renta Nacional (R.N.)** sirve como "eje", tanto para el análisis de la estructura (mayor conocimiento de la estructura económica) como para la adaptación de medidas de política económica.

Se trata:

Primero de la **magnitud dinámica** pues se refiere a la corriente de bienes y servicios producidos por una comunidad, es un periodo de tiempo determinado que por imposiciones estadísticas y por facilidades comparativas es anual.

Segundo de una **magnitud macroeconómica** pues se refiere al conjunto de la producción o de los ingresos o del gasto de la nación.

El Producto Nacional (P.N.) se estima según esta perspectiva en tres momentos:

- PRODUCCION.
- INGRESOS.
- GASTOS

Los tres corresponden a la actividad económica.

El apoyo de esta actividad económica lo encontramos en los residentes habituales, cualquiera que sea su nacionalidad y corresponde a los ingresos obtenidos como pago de los factores de producción.

Asimismo en la Renta Nacional (R.N.) necesitamos tener en cuenta la diferencia entre renta monetaria y renta real.

Los valores netos y los valores añadidos son aspectos esenciales a la hora de realizar el análisis de la Renta Nacional, en cuanto que hay que sumar tan solo los productos finales, lo cual evitará que una misma cosa se sume dos o más veces.

Toda actividad que configura el hecho económico y teniendo en cuenta que nos basamos como punto de partida en la producción, los bienes y servicios que componen la Renta Nacional (R.N.), nos percatamos que viene expresada por unidades heterogéneas que hay que expresar en una unidad homogénea, esta unidad común es el dinero.

Una vez dicho todo esto conviene ir aclarando los siguientes conceptos:

- a. **Producto Nacional Bruto:** Es valor de la producción bruta de un país durante un periodo de tiempo determinado (este valor se calcula a precios de mercado).
- b. **Producto Nacional Neto:** Es el valor de la producción neta de un país durante un periodo de tiempo determinado (este valor se calcula a precios de mercado).

La fórmula sería: $P.N.N. = P.N.B. - \text{Amortización}$.

- c. **Renta Nacional:** (Hemos hablado de ella al principio de este trabajo como punto de encuentro económico entre los distintos aspectos de la economía). Diremos por

tanto que es el valor de la producción neta de un país durante un periodo de tiempo determinado (calculado a precios de coste).

La fórmula sería: $R.N. = P.N.N. - \text{Impuestos} + \text{Subvenciones}$.

- d. **Renta Personal:** Es la suma de las rentas percibidas por las economías domésticas y las instituciones privadas sin fines lucrativos.

Se compone por:

- Salarios recibidos
- rentas personales netas
- alquileres
- intereses
- dividendos
- transferencias

La fórmula sería: $R.P = R.N. + \text{Transferencias} - \text{Beneficios no distribuidos} - \text{impuestos sobre las sociedades} - \text{impuestos para seguros sociales}$.

- e. **Renta Disponible:** Nos encontramos con que las rentas percibidas por la economía doméstica no son disponibles en su totalidad, pues hay una cantidad que tiene que ser detraída para pagar impuestos personales.

La fórmula sería $R.D. = R.P. - \text{Impuestos Personales}$.

6. El sentido del socialismo:

El futuro del socialismo está ligado al hombre y por tanto a la sociedad en cuanto que se tiene que afianzar en la interacción social.

Siguiendo a HEILBRONER hay que preguntarse: ¿Cuál es el sentido del Socialismo?. En la búsqueda de la respuesta lo primero que podemos encontrar es que el pensamiento socialista persigue ante todo instaurar un orden social completamente distinto a los que existen hasta el momento.

Al mismo tiempo es necesario reconocer que en el momento actual tenemos que referirnos al socialismo, teniendo en cuenta la existencia de dos sociedades completamente distintas en dos ambientes distintos.

Por una parte el socialismo aparece como una poderosa fuerza transformadora en las zonas más subdesarrolladas y atrasadas del planeta: por otra como un ideal o una forma de cambio social en los países más avanzados y ricos.

Si aceptarnos esta doble presencia y por ende doble misión socialista nos percatamos que el método a seguir por los gobiernos socialistas de países subdesarrollados será:

- a. poner a sus países en "pie de guerra" contra las condiciones existentes.

- b. movilizar poblaciones enteras para la producción.
- c. atacar las inferioridades psicológicas y físicas.

Sin embargo, hay que tener muy presente, que los objetivos del desarrollo económico no equivalen a un castillo que se conquista en una batalla.

Por eso la mayor dificultad para el mismo son las masas, a las que hay que arrancar las costumbres establecidas por medio de esfuerzos heroicos, negándoles después el bienestar inmediato porque los resultados deben ser capitalizados si se quiere conseguir el futuro crecimiento.

Este método tiene ante sí el reto de potenciar un desarrollo económico que consistirá en una larga marcha a través de un terreno hostil.

Generalmente todos los gobiernos que han apostado por este sistema han tenido que restringir la oposición política y asegurar por la fuerza la participación colectiva a la actividad económica.

Este espíritu significa transformación, la cual será patente en un primer momento, pero después cabe preguntarse ¿qué pasará?, ¿cómo seguir?...

Las respuestas a esta pregunta las podemos perfilar, aunque no cerrar, teniendo en cuenta la experiencia de este sistema en países que llevan más tiempo funcionando con el mismo, y en los problemas de la planificación socialista en las naciones avanzadas donde el proceso de modernización ya se ha completado.

Nos encontramos con dos problemas: el psicológico y el organizativo (en esto está al mismo nivel que el capitalismo). En cuanto al primero tendrá que recurrir, lo quiera o no, a la planificación coercitiva, con todas las dificultades de rendimiento y moral que estas medidas acarrearán. En cuanto al segundo le viene impuesto por el dominio de la ciencia y la tecnología, esto implica que no se pueden cerrar los ojos ante la realidad científico-tecnológica.

Al respecto dice RADOVAN FICHJA (director checoslovaco de un equipo interdisciplinario que investiga las implicaciones sociales de la revolución científica): *"No se conseguirá nada cerrando los ojos ante el hecho de que uno de los problemas más agudos de nuestra época será cubrir la enorme brecha de nuestra civilización industrial que, como Einstein comprendió alarmado, coloca al destino de las masas indefensas en manos de una élite educada que detente el poder de la ciencia y la tecnología. Posiblemente esta será una de las tareas más-complejas con las que habrá que enfrentarse el socialismo"*.

Se puede deducir que en esta carrera desigual, visible tanto en los países socialistas como en los capitalistas, es inevitable que la capacidad técnica de la sociedad excede por un enorme margen la capacidad para ejercer un eficaz control social.

El resultado es una tecnología que escapa constantemente a toda restricción, que se desarrolla en direcciones insospechadas, que perturba el sistema social ejerciendo su influencia de manera imprevista o desagradable, como sucede con la contaminación del medio ambiente. Es bastante probable que el socialismo pueda enfrentarse con este

sinistro problema más eficaz que el capitalismo, ya que es indudable que la planificación está basada en un esfuerzo por reconciliar al hombre con la naturaleza.

De todas formas la conclusión que se impone es que las demandas y las consecuencias de la revolución tecnológica no facilitarán sino que complicarán la tarea del socialismo, a pesar de que centre en esta revolución muchas de sus esperanzas.

Otro punto a tener en cuenta es la ausencia de fundamentos satisfactorios del conocimiento en la concepción socialista de la naturaleza humana es muy importante, no solo porque empaña los objetivos del socialismo a largo plazo, sino porque trae consecuencias prácticas inmediatas de gran importancia. Así se detecta un fracaso del socialismo en desarrollar una actitud coherente y convincente frente al problema de la motivación.

Si el socialismo busca al hombre perfecto en un medio en que el incentivo económico ya no construye la fuerza cohesiva de la organización social, debe ofrecer otras motivaciones que aseguren la necesaria cooperación de una sociedad compleja.

Nos encontramos ante la realidad de que el socialismo al evitar el estudio del comportamiento humano, no ha encarado el problema de cómo el individuo se integrará en la comunidad, en qué grado el comportamiento individual será gobernado por las normas sociales, o cuáles serán los límites entre las zonas de la existencia social y la individual.

Esta breve visión económica debe hacernos pensar que la lucha contra el paro debe apoyarse en la Política Mundial de Empleo. Por este motivo el gobierno debe de tomar una medida a corto plazo con diferentes metas. Esta medida contará con los pertinentes compromisos sociales tanto por parte del gobierno como por parte de la sociedad. Hay que descartar el populismo y potenciar la razón.

De todas formas para no dar la impresión de que se quiere evadir este punto diciendo que la única política posible debe pasar por las pautas del mercado mundial, voy a tratar de presentar un breve resumen de cómo la economía mundial está interrelacionada.

Los puntos que trataré son los siguientes:

1. Los pros y los contras de la inversión privada mundial.
2. Sentido de la economía como sistema social.
3. Por qué existen los países desarrollados.
4. Lo que puede suponer el crecimiento económico rápido.
5. Las salidas de los Países del llamado Tercer Mundo.

1. Los pros y los contras de la inversión privada mundial:

Los argumentos a favor arrancan en el análisis neoclásico tradicional de los determinantes del crecimiento económico:

BRECHA

Oferta de ahorro interno.
Las divisas.
El ingreso del Gobierno.
Habilidades de la población.

Nivel proyectado de estos
recursos necesario para
alcanzar las metas de
desarrollo.

INVERSION EXTRANJERA

- Según esta visión con la inversión extranjera se salva la brecha entre el ahorro que puede movilizarse internamente y el ahorro que debe generar un país (inversión proyectada o deseada).
- Ayuda a salvar la brecha existente entre los requerimientos de divisas proyectadas y las divisas derivadas de los ingresos por exportaciones y de la ayuda extranjera pública.
- Desarrolla un campo de acción en la brecha existente entre los ingresos fiscales instaurados por el gobierno y el monto de los impuestos recaudados dentro del país, ya que al gravar los beneficios de las corporaciones multinacionales y participar financieramente en sus operaciones locales se supone que los países menos desarrollados están en mejor situación de movilizar los recursos financieros públicos necesarios para los proyectos de desarrollo.
- También existe una brecha en materia de administración, espíritu de empresa, tecnología y habilidades que según se presume podrá ser salvada en todo o en parte por las operaciones locales de empresas privadas extranjeras.

Pero hay que tener muy en cuenta que lo anterior no soluciona del todo la problemática de estos países, por este motivo gravan sobre los mismos los siguientes puntos negativos:

1. Su impacto sobre el desarrollo es muy desigual, y en muchas ocasiones las actividades de las corporaciones multinacionales refuerzan las estructuras económicas duales y agudizan las desigualdades del ingreso.
2. Las corporaciones multinacionales producen típicamente:
 - 2.1. bienes inadecuados.
 - 2.2. patrones de consumo inadecuados,
 - 2.3. tecnologías de producción inadecuadas.
3. Así los recursos nacionales tienden a asignarse a proyectos socialmente inconvenientes.

4. El poder económico trata de influir en las políticas gubernamentales.
5. Las corporaciones multinacionales pueden generar una dependencia económica que nunca ayude a la construcción de una verdadera empresa nacional.

2. Sentido de la economía como sistema social:

La sociedad está llamada a realizar una serie de tareas básicas.

Cada sociedad en concreto debe de tomar una serie de medidas y realizar unas acciones para llevarías a cabo.

Por lo tanto, la perspectiva económica deberá encajar dentro del sistema social.

Si la sociedad está conformada por sistemas sociales, la economía es un sistema social de la misma.

Figura número: 16.



Por este motivo, algo que hay que tener en cuenta, es atender a la clasificación de los sistemas económicos:

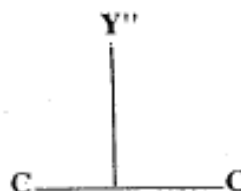
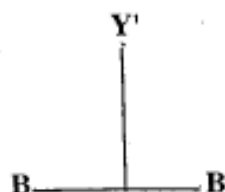
- a. La economía capitalista de mercado puro
- b. la economía capitalista de mercado desarrollado
- c. la economía de mercado socialista
- d. la economía socialista de mando
- e. la economía mixta: de mercado (capitalista) y planificada (socialista)

Teniendo presente esta clasificación y, además, aceptando que la economía responde a un determinado sistema social y, por ende, es un punto más de ese

sistema económico, se puede pensar que la sociedad "A" lleva la impronta de la economía "Y":



y que esta ecuación $S = \frac{"A"}{"A"}$ necesitará para ser despejada de otras ecuaciones que también representan sistemas económicos:



para así lograr plasmar el sistema macroeconómico mundial.

Explicación de los gráficos: Las letras A,B,C Z, representan los distintos sistemas sociales y las letras Y,Y', Y".... nY, los distintos sistemas económicos de donde "S" que es la sociedad mundial representa el sistema macroeconómico mundial.

$$"S" = \frac{A}{Y} \frac{B}{'Y} \frac{C}{"Y} \frac{D}{'''Y} \dots \rightarrow \frac{Z}{nY}$$

Examinar estos factores nos permitirá saber y conocer los elementos generadores de los distintos sistemas económicos (Y, 'Y, "Y..... nY):

Para el sistema Y:

- La institución de la propiedad privada
- generalización de la empresa libre de la competencia
- el predominio de la producción comercial para su venta en estos mercados competitivos
- maximización de los beneficios de los productores y la satisfacción de los consumidores.

Para el sistema 'Y:

- Mezcla de propiedad privada y pública
- el gobierno posee un control creciente sobre la actividad económica agregada (política monetaria, fiscal, programas de inversión pública
- se puede, casi afirmar que en muchos sentidos la "mano invisible" del mecanismo del mercado ha sido instituida por la "mano guiadora" del gobierno central.

Para el sistema "Y:

- No existe propiedad privada
- pero sí existe mercado,
- es un sistema en alguna concepción capitalista y en otra socialista.

Para el sistema "'Y:

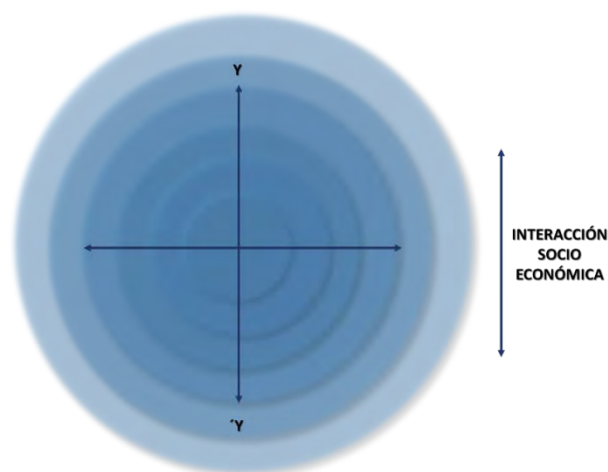
- política de planificación central.
- los precios se determinan por el poder central,
- programas de producción y requerimientos
- las necesidades y las disponibilidades son determinadas.

Para el sistema nY:

- política económica mixta (socialista y capitalista).
- grados variables de propiedad privada
- grandes propiedades públicas,
- asignación de recursos y productos mediante precios determinados por el mercado con la planificación y orientación central de toda la actividad económica por parte del Estado.

Así los factores no económicos estarán, en cierta forma, "condicionados" al sistema económico, pues éste ejerce su influencia en la sociedad a través de una ideología "X". del mismo modo que la ideología ejerce su presión a un sistema económico "Y".

Figura número: 17



Todo lo anterior pone en evidencia la comprensión de la economía dentro de un sistema determinado y al mismo tiempo la aceptación por parte de la economía de una serie de factores -no propiamente económicos- en su perspectiva de acción social. -

Esta conclusión es lo que hemos llamado **INTERACCION**.

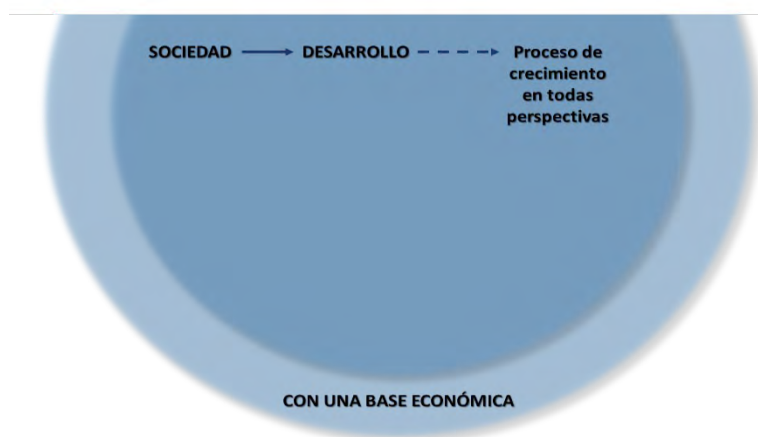
Los elementos no económicos de esta interacción aparecen muy nítidos en los factores que plasman los países del Tercer Mundo:

- Tamaño del país.
- evolución histórica,
- dotaciones de recursos humanos.
- importancia del sector público o privado,
- estructura industrial,
- dependencia,
- distribución del poder entre otros.

3. **Por qué existen los países desarrollados:**

Hay que tener presente que el proceso de crecimiento se ubica dentro de una política de desarrollo, en donde el desarrollo tienen que contar dentro de una dinámica multidimensional. Así el progreso económico es un elemento más en el proceso de crecimiento.

Figura número: 18



Si bien la dimensión económica es una parte más, también es cierto que sin **progreso económico** no se da plenamente el **crecimiento**, por ello el **crecimiento económico** juega un papel importante en el **desarrollo social**.

El desarrollo social alienta tres objetivos:

- sostenimiento de la vida: capacidad de satisfacción de las necesidades básicas
- autoestimación: ser una persona
- libertad de la servidumbre: la posibilidad de escoger

Estos objetivos están atravesados por el crecimiento económico.

Podemos afirmar, por el crecimiento obtenido por los países desarrollados, que sin un progreso económico sostenido y continuo a escala individual y social no sería posible la realización de las potencialidades humanas. Al mismo tiempo que percibimos que debido a la importancia asignada a los valores materiales en los países "desarrollados", ahora se concede cada vez más alto valor y una gran estimación a los países poseedores de riqueza económica y poderío tecnológico de los países desarrollados, la riqueza, por tanto, no aumenta la felicidad pero sí las posibilidades de la elección humana.

Este **proceso de crecimiento** ha llevado a entender que el desarrollo es una realidad física y a la vez un estado mental donde la sociedad ha obtenido los medios necesarios para una vida mejor mediante alguna combinación de procesos sociales, económicos e institucionales.

Los objetos de este **proceso de crecimiento** (siempre, según la experiencia de los países desarrollados) nos ha llevado a afirmar que la **sociedad** no es completa sin una distribución económica coherente.

Estos son:

- aumentar la disponibilidad
- ampliar la distribución de bienes vitales básicos (alimentación, vivienda, salud, protección, etc...)
- aumentar los niveles de vida (más ingresos, mejor educación, más empleo, etc...)
- mayor atención a los valores culturales y humanísticos
- auto-estimación nacional e internacional
- posibilidad de elecciones económicas y sociales
- liberación de la servidumbre y de la dependencia

Todo lo presentado anteriormente supone la existencia de una serie de elementos base (ingredientes), éstos son:

- **acumulación del capital**
- **crecimiento de la población**
- **progreso tecnológico**

Así tenemos que las inversiones que mejoran la calidad de los recursos físicos y humanos existentes, aumentan la cantidad de estos recursos productivos y elevan la productividad de todos los recursos, o de algunos recursos específicos, mediante la invención, la innovación y el progreso tecnológico. Estos han sido y seguirán siendo los factores estimulantes más importantes para el crecimiento económico de cualquier sociedad.

Teniendo en cuenta esta base. KUZNETS ha señalado seis rasgos característicos del proceso de crecimiento:

1. Dos variables económicas agregadas:
 - 1.1. Altas tasas de crecimiento del producto per cápita y de la población.
 - 1.2. Altas tasas de crecimiento de la productividad total de los factores, sobre todo de la mano de obra.
2. Dos variables de transformación estructural:
 - 2.1. Altas tasas de transformación estructural de la economía.
 - 2.2. Altas tasas de transformación social e ideológica.
3. Dos factores que afectan la difusión internacional del crecimiento:
 - 3.1. La propensión de los países económicamente desarrollados a acudir al resto del mundo en busca de mercados y materias primas.
 - 3.2. La difusión limitada de este crecimiento económico a sólo un tercio de la población del mundo.

4. Lo que puede suponer el crecimiento económico rápido:

Venimos reflexionando acerca del crecimiento desde el punto anterior, por lo tanto hemos percibido la positividad del mismo en los países desarrollados, pero al mismo tiempo es pensable en una serie de argumentos que lo fundamenten y que también lo nieguen, al menos por llevarlo a cabo de una forma precipitada y rápida.

Hoy día podemos hacer la lectura histórica de este proceso, por este motivo sabemos que uno de los fracasos principales de la economía del desarrollo de los años cincuenta y principios de los sesenta fue su incapacidad para reconocer y tomar en cuenta el valor limitado de la experiencia histórica del crecimiento

económico del occidente para trazar la ruta de desarrollo de los países actuales del tercer mundo.

Estamos, también, ante el hecho de que la posición de crecimiento de los países menos desarrollados de hoy es en muchos sentidos importante, significativamente diferente de la posición de los países ahora desarrollados cuando iniciaban su proceso de crecimiento económico.

Se pueden identificar las siguientes diferencias:

- los dotaciones de recursos físicos y humanos,
- los ingresos per cápita y los niveles del Producto Nacional Bruto en relación con el resto del mundo,
- el clima,
- el tamaño de la población, su distribución y su tasa de crecimiento,
- el papel histórico de la migración internacional.
- los beneficios del comercio internacional,
- la capacidad para la investigación y el desarrollo experimental científico y tecnológico,
- la estabilidad y flexibilidad de las instituciones políticas.

Por tanto el crecimiento económico rápido ha sido bueno para los países que contaban con unas predisposiciones y condiciones para ello, sin embargo, para los países deficitarios ha sido su condenación a la pobreza.

El análisis que hace ARTHUR LEWIS, pone en evidencia que el crecimiento rápido ha supuesto el desterrar aquellas perspectivas sociales que mermaban las posibilidades de avance de crecimiento.

Sin embargo, en la dimensión de LEWIS acerca de que gracias al crecimiento se difunde más el humanitarismo no estoy en concordancia porque la experiencia demuestra -hasta el momento- que prima el no.

Además, hay que tener en cuenta los costes tan importantes que suponen para la sociedad.

Por este motivo habría que intentar un sistema económico distinto, claro que tal como se ha generado la interacción macroeconómica es difícil.

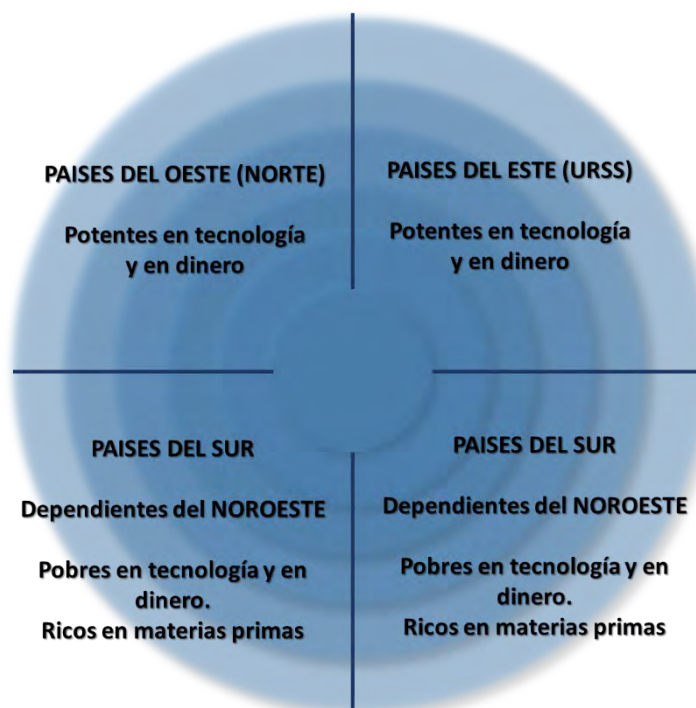
A. EL MUNDO: (NUESTRA REALIDAD).

- Cultural y socialmente distinto.
- económicamente se halla sujeto a dos fuerzas económicas:

- o social-comunista
 - o capitalista
- las dos fuerzas tienen una estructura económica así como unas instituciones.
- estas fuerzas generan dependencia de una serie de países que están "obligados" a una serie de funciones económicas.

B. LA UBICACION EN EL MUNDO²²⁷:

Figura número: 19



La teoría de crecimiento de Lewis generaría más distancia entre Norte y Sur, así como entre Oeste y Este.

Mi hipótesis es que debería intentarse el buscar un punto en común, aunque esto supusiera un nuevo planteamiento económico e ideológico.

²²⁷ Cuando escribí este ensayo era 1.987. Si bien hoy día ha caído el muro y los países del este caminan hacia un cambio no hay que "ignorar" las posibles involuciones políticas e ideológicas. Por este motivo seguimos respetando el gráfico de este punto, sobre todo porque ante la crisis económica que estamos viviendo no se puede prever, con un grado de confianza del cien por cien, como terminará el proyecto económico

5. Las salidas de los países del Tercer Mundo:

El punto anterior nos ponía en evidencia la necesidad de hallar un "camino" para lograr una política económica equitativa y justa.

Esto es lo que vamos a intentar plasmar en este resumen.

Los pasos podrían ser:

- La estrategia del desarrollo no requiere solo una preocupación por la aceleración del crecimiento económico sino también una preocupación directa por el mejoramiento de los niveles materiales de vida de los grandes segmentos de la población del Tercer Mundo que se han visto discriminados en gran medida por el crecimiento económico de los dos últimos decenios.
- Esto supone una estrategia diferente de la que simplemente se oriente a la maximización de la tasa de crecimiento del Producto Nacional Bruto independientemente de sus consecuencias para la distribución.
- Una mayor igualdad en los países del Tercer Mundo puede ser una condición para el crecimiento económico autosostenido.
- Las tasas de crecimiento del Producto Nacional Bruto no deben utilizarse como un índice de mejoramiento del bienestar económico de toda la población.
- La elección de los pasos de bienestar de cualquier índice de desarrollo es enteramente arbitraria, pero representa y refleja importantes juicios sociales de valor acerca de las metas y objetivos de una sociedad dada.

Lo importante es que, mientras se use en forma explícita o implícita la tasa de crecimiento del Producto Nacional Bruto para comparar las experiencias del desarrollo, sabemos que se está utilizando en realidad un índice "ponderado por la riqueza".

- Todo intento de mejoramiento considerable de los niveles de vida de los pobres deberá concentrarse no solo en el aumento de los rendimientos económicos de los factores escasos que poseen (es decir, en la elevación de los rendimientos de su mano de obra por medio de un empleo mayor), sino también en la modificación progresiva del patrón existente de concentración del capital físico y humano en favor de los grupos de ingresos bajos.

De lo anterior se desprende que es necesario una política determinada:

1. Áreas de intervención con:
 - 1.1. distribución funcional del ingreso
 - 1.2. distribución del ingreso por tamaño
 - 1.3. reducción-moderación de la distribución del ingreso

1.4. elevación-moderación de la distribución del ingreso.

2. Con opciones políticas:

2.1. distribución funcional del ingreso mediante políticas determinadas a cambiar los precios relativos de los factores.

3. Modificación de la distribución por tamaño mediante la redistribución progresiva de la propiedad de los activos.
4. Modificación de la distribución por tamaño a los niveles más bajos mediante pagos de transferencia directa y la provisión pública de bienes y servicios.
5. Investigación tecnológica.

Todos estos puntos son importantes para desarrollar una política de renovación económica en los países del Tercer Mundo.

La principal llamada de atención es que se debería procurar que se llevara al unísono.

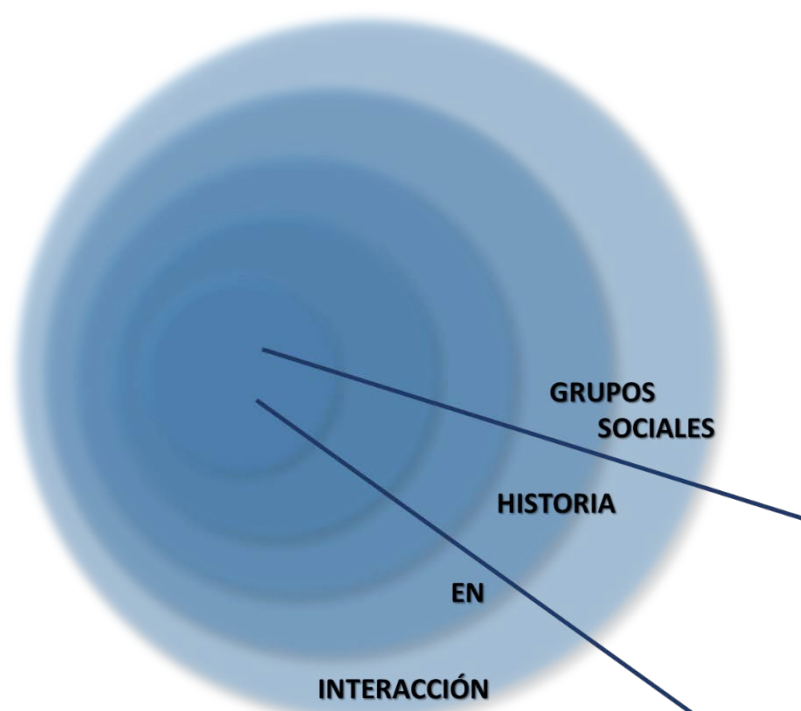
Un resumen de esta política podría constar de los siguientes puntos:

- Una política o un conjunto de políticas destinadas a corregir las distorsiones de los precios.
- Una política o un conjunto de políticas destinadas a generar grandes cambios estructurales en la distribución de los activos, del poder y del acceso a la educación y a las oportunidades correspondientes de obtención de ingresos.
- Una política o un conjunto de políticas destinadas a modificar la distribución del ingreso por tamaño.
- Una política o un conjunto de políticas destinadas a promover la investigación y el desarrollo experimental de la tecnología nacional.

Pues bien, una vez realizado un recorrido por la economía podemos decir lo siguiente:

- **La mejor praxis para generar empleo será la de reconocer la existencia de una " complejidad" económica. Este reconocimiento será una excelente terapia para intentar buscar unas alternativas que no nos obliguen a tomar decisiones de las cuales nos arrepentiremos después,**
- **La terapia está dirigida a toda la sociedad porque todos tenemos incidencias económicas. Esta manera será la única forma de romper la dependencia y generar una interacción económica que atienda a todos los grupos sociales.**
- **Necesariamente hay que liberalizar el mercado, pero al mismo tiempo se debe ejercer un control económico para que el déficit no supere un marco comprensivo de absorción.**

Figura número: 20



Todo lo señalado anteriormente es imposible realizarlo si no va acompañado de nuevos planteamientos sociales-ideológicos. Esto puede llevar a tener que afrontar la necesaria superación ideológica del momento.

Esta inquietud debe ser una meta a corto plazo. Estamos en un momento histórico en donde las ideologías presentes apoyadas en las pasadas (las que surgieron como medidas para reconciliar uñas situaciones del pasado) no pueden al cien por cien acaparar el marco ideológico presente.

La visión histórica lineal supone la superación de las ideologías, con una diferencia bien clara frente a la capitalista; mira en verdad por el futuro de todos los hombres, y con otra diferencia sobre la marxista: la superación no puede terminar cuando se realice o complete el método dialéctico con la organización social dirigida por el proletariado, sino que ésta seguirá presente en el mundo mientras que el hombre exista, pues éste es un ser llamado a la libertad y a la creatividad, su inconformidad será el "corazón" latente de que todavía la vida es posible.

No es objeto de este trabajo realizar un ensayo sobre esta hipótesis, pero ciertamente puede ser la base para realizarlo más adelante.

ANEXO III:

ESTUDIO SOCIOLÓGICO SOBRE LA
SITUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LA
ZONA DEL BAJO ARAGÓN. 2005

**TRABAJO REALIZADO POR UN EQUIPO DE
INVESTIGADORES DE
“MATIA INSTITUTO GERONTOLÓGICO”**

**A propuesta de David López Royo, que actuó como
coordinador institucional-técnico del trabajo**

**ANEXO III: ESTUDIO SOCIOLÓGICO SOBRE LA SITUACIÓN DE LA DEPENDENCIA
EN LA ZONA DEL BAJO ARAGÓN. 2005.**

NOTA EXPLICATIVA.

El estudio que seguidamente se presenta fue encargado por David López Royo en su etapa de Director de Servicios Sociales Grupo Norte y de la Fundación Grupo Norte (Grupo Norte) con el fin de poder tener un conocimiento detallado de la situación de dependencia de una zona específica que reuniera las condiciones de ser rural y tener núcleos urbanos de referencia.

Los parámetros (Objetivos de la Investigación) fueron trabajados de manera coordinada entre David López Royo y el Equipo de Expertos de la Fundación Matia (MATIA Instituto Gerontología).

David López Royo realizó la función de coordinación institucional-técnica del presente estudio, realizando la coordinación técnica del estudio MATIA INSTITUTO GERONTOLÓGICO.

David López Royo fue quien hizo la propuesta a MATIA Instituto Gerontológico sobre los objetivos del Estudio. Estos fueron trabajados y reflexionado conjuntamente con el Equipo de Investigadores de MATIA Instituto Gerontológico en varias sesiones de trabajo.

Este estudio nos va a servir como marco geográfico para la aplicación práctica de la propuesta del MODELO DE ATENCIÓN –INTERVENCIÓN- POLIVALENTE SOCIO SANITARIO propuesto en la Memoria de Tesis Doctoral realizada por David López Royo.

El estudio realizado por MATIA INSTITUTO GERONTOLÓGICO fue financiado por la Fundación Grupo Norte.

Este estudio como soporte para realizar una aplicación práctica del MODELO DE ATENCIÓN – INTERVENCIÓN- POLIVALENTE SOCIO SANITARIO pretende ayudarnos a desarrollar un proyecto que, como hemos visto en los Capítulos I, II, III y IV de la Tesis Doctoral realizada por David López Royo, establezca una metodología de intervención sociosanitaria de manera integral, al mismo tiempo que nos ayude a superar una constatación:

“Nos encontramos ante un gran número de personas con distintos grados de dependencia con la necesidad de disponer de recursos especializados que permitan prevenir, atender y paliar las situaciones de riesgo y de dependencia que les afectan; es decir de exclusión social”

Por esta razón he querido centrar la aplicación práctica del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario en Zona de la Comunidad Autónoma de Aragón conocida como zona del Bajo Aragón, aprovechando los datos y el análisis de este estudio de investigación por ser promotor del mismo.

Esta aplicación práctica en esta zona nos podrá ayudar a percatarnos que el Modelo que propongo de Atención Polivalente Sociosanitario partiendo de la “proximidad” real a las personas dependientes, en el territorio, (CC.LL :Corporaciones Locales) puede ponerse en marcha si verdaderamente hay voluntad política de hacerlo.

La aplicabilidad del Modelo de Atención Polivalente Sociosanitario en esta zona rural con la proximidad de tres núcleos de población urbanos (ALCAÑIZ, CASPE Y ZARAGOZA) tiene en cuenta el desarrollo del trabajo que he realizado en la Tesis Doctoral apoyándose a su vez en dos objetivos:

- uno de carácter pedagógico, y
 - otro de carácter sociológico.
-
- ✓ El objetivo pedagógico del presente trabajo es introducirnos en un modelo de intervención sociosanitario que pueda dar respuesta a la problemática de la Dependencia, por tratarse este problema de una “asignatura pendiente de resolver”, si bien se han hecho avances tímidos desde la promulgación de la L.A.D. por parte de las Administraciones Públicas de manera integral. El MODELO pretende “luchar contra la exclusión social”.
 - ✓ El objetivo sociológico del presente trabajo es demostrar que el problema de la Dependencia todavía no está valorado en su magnitud y que es necesario avanzar en un diseño social que proponga respuestas a esta problemática de manera conjunta, superando la dispersión y fragmentación de la atención a la población dependiente.

Es verdad que estamos en esta disyuntiva porque la sociedad española se ha desarrollado social y económicamente; pero hoy estamos inmersos en una crisis económica que nos invita a poder proponer Modelos que, sin renunciar a la Calidad que tenemos que tener las personas en los servicios que nos atienden, optimicen recursos.

1. INTRODUCCIÓN:

1.- Lo que se pretende hacer en este trabajo de investigación es:

- El Análisis y las características de la población de la comarca en la actualidad y en su proyección al futuro.
- El Análisis de la prevalencia-incidencia de la dependencia en la población diana beneficiaría del Proyecto de Atención Polivalente.
- El Análisis de Servicios y Recursos de Atención existentes en la comarca de referencia.

2.- El Objetivo General de la Investigación:

- Establecer un diagnóstico de situación (problema) que relacione las necesidades de la población objeto de atención del Modelo de Intervención Social con la los recursos y servicios necesarios para dar respuesta a las necesidades de la Zona del Bajo Aragón.

3.- Los Objetivos Específicos de la Investigación:

- Establecer la estructura poblacional y estimar sus proyecciones futuras.
- Estimar la prevalencia de la Dependencia en la comarca.
- Analizar la situación social y apoyo informal de la población dependiente.
- Identificar los recursos y servicios existentes y los niveles de cobertura en la comarca.
- Orientar las necesidades de desarrollo de recursos y servicios.

4.- La Metodología de la Investigación:

El trabajo realizado ha consistido en la realización de un diagnóstico de situación que relacionase las necesidades de la población objeto de atención a la dependencia con los recursos y servicios necesarios para dar respuesta a esas necesidades en las comarcas de referencia. Esto suponía, conclusiones aparte, la necesidad de abordar tres análisis diferenciados de las tres capas que compondrían la realidad objeto de estudio, es decir:

1. la población que habita el área de referencia
2. la población discapacitada de la zona
3. los recursos disponibles y su impacto dentro de la región

Delimitados los objetivos, a la hora de plantear un estudio de estas características resulta imprescindible para planificar correctamente la investigación decidir qué clase de contacto se va a entablar con la realidad estudiada; qué clase de datos se espera extraer de ella. Si bien el planteamiento inicial se enfocaba hacia una exploración meramente cuantitativa, la primera toma de contacto con los datos disponibles obligó a modificar este plan, pues al carecer de fuentes primarias sobre las realidades mencionadas se corría el riesgo de “cuantitivar” en demasía el estudio y presentar un análisis sesgado que redujera el fenómeno de la dependencia a una sucesión de cifras que mecanizarían en demasía el fenómeno de la dependencia en esta zona, olvidando las voces y voluntades de quienes la viven diariamente. Trabajar con fuentes secundarias supone partir de datos

en cuya obtención se plantearon otro tipo de objetivos a los perseguidos, y si bien resultan perfectamente válidos para esbozar las formas que definen al objeto de estudio, su eficacia crece exponencialmente al entrecruzarse con informaciones extraídas del encuentro directo con las personas a las que hacen referencia. Mediante la investigación cualitativa, gracias a la toma de contacto con el escenario sobre el que se van a dictaminar tantas conclusiones, se vuelve posible dar unas pinceladas de color a esas formas, bañarlas de realidad y hacerlas así comprensibles, incrementando la precisión con la que el retrato final se ajustará a su modelo. Si no se corre el riesgo de tomar decisiones por y no con quienes se pueden beneficiar de ellas, excluyendo puntos de vista básicos sobre las necesidades de una población, la dependiente, que lo último que necesita es pagar durante los próximos años los créditos de una mala planificación que no quiso escucharles. Así pues, a la hora de acometer intervenciones de este tipo se debe ser consecuente con la gran responsabilidad que implican, o se estará malgastando mucho dinero en condenar al ostracismo a una población cuya situación en nuestra sociedad ya es por sí misma bastante desigual.

La primera fase de la investigación consistió en la selección y análisis de las fuentes de información que se iban a emplear. Resulta sorprendente la ingente cantidad de datos disponibles y lo mal estructurados que se encuentran. Sin duda la primera conclusión que la investigación planteó fue la necesidad de coordinación entre las instituciones, privadas o públicas, que disponen de toda esta información, para así compartir conceptos y planteamientos (tan dispares ahora mismo que ni siquiera coinciden a la hora de definir la discapacidad o las situaciones de dependencia) y posibilitar de este modo un mejor conocimiento del fenómeno. Si bien posiblemente exceda las pretensiones de este proyecto, se debe señalar la necesidad de un archivo o base de datos unificada que permita un acceso rápido a los datos de la población discapacitada de la zona para no enfangarse entre tanta información contradictoria.

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 realizada por el Instituto Nacional de Estadística (de cuya base de datos también se han extraído los datos sobre población general de la zona) es sin duda la fuente más completa a la que acudir actualmente, y la gran mayoría del análisis de la población discapacitada se ha basado en el estudio de los documentos ofrecidos por ella. A pesar de que se intentó a través de distintos cauces que se nos proporcionaran datos primarios sobre los que trabajar directamente (la ley de protección de datos lo impide), la información encontrada en ella ha resultado de gran valor por su fiabilidad, y unida a informes realizados por el Instituto Aragonés de Estadística y por el IMSERSO, ha resultado más que suficiente para analizar, creemos, correctamente la magnitud del fenómeno de la dependencia en Aragón y más concretamente en las comarcas objeto de estudio.

Sin embargo recabar información sobre los recursos habilitados en la zona y su alcance ha resultado terriblemente fatigoso. Las instituciones privadas (desde fundaciones benéficas hasta asociaciones de discapacitados etc...) en muchos casos únicamente cuentan con datos de los recursos que ellas ofrecen, y no todas los comparten con los sistemas sociosanitarios públicos, por lo que ni unos ni otros reúnen un mapa de recursos de la zona plenamente fiable. Se ha tenido, por tanto, que contrastar innumerables veces las informaciones proporcionadas por unos y otros para obtener un mapa lo más completo posible.

Precisamente a raíz de las sospechas que suscitó esta parte del trabajo en cuanto a la posibilidad de estar olvidando informaciones básicas, mediada la investigación se llevó a cabo un pequeño viaje

a modo de toma de contacto con la realidad estudiada. Se mantuvo entrevistas y contactos con diversas asociaciones de discapacitados y se visitaron (infructuosamente) tanto el Instituto Aragonés de Estadística como el Instituto Aragonés de Servicios Sociales con la esperanza de encontrar nuevos datos que dieran luz al estudio. Pero lo que realmente enriqueció a posteriori el informe final fueron las entrevistas con las trabajadoras sociales de la zona, con quienes se entró en contacto a través de entrevistas informales en sus centros de trabajo. Como ya pudimos comprobar en los trayectos entre las distintas localidades que se visitaron, las comunicaciones, tanto a nivel de estado de las carreteras como de líneas de transporte público en la zona, se encuentran en un estado bastante pobre, y más allá de los detalles concretos sobre cómo se desenvolvía con sus problemas la población dependiente con la que ellas tenían trato directo (fuerte asociacionismo, poca utilización de los servicios disponibles al preferir “arreglárselas solos” ayudándose entre vecinos), lo que las cinco trabajadoras sociales entrevistadas coincidieron en destacar fue la necesidad de unas mejores comunicaciones como paso previo a cualquier tipo de iniciativa, pues si no, decían, la gran mayoría de los que serían clientes potenciales de esos servicios jamás podrían acceder a ellos, y de ponerse en la tesitura de desplazarse, casi todos preferirían hacerlo a Zaragoza capital. Además, tal y como se muestra en el capítulo destinado a los recursos, todas destacaron la casi total ausencia de centros especializados en atenciones a personas discapacitadas, pues otra clase de centros (por ejemplo colegios) sí que eran utilizados esporádicamente para actividades con esta población.

Existe, pues, una gran carencia de recursos en la zona, y las deficientes condiciones de los transportes no hacen sino dificultar más aún las posibilidades de edificar un proyecto que funcione eficientemente (lo cual ni mucho menos imposibilita su realización, sino que más bien condiciona la manera en que ésta debe ser orientada). Sí se puede asegurar sin embargo que la población usuaria de los recursos que potencialmente se podrían poner en marcha, al ser muy mayoritariamente mayor de 65 años, prefiere que los recursos llamen a su puerta a tener que ir a buscarlos, lo cual requiere de un centro polivalente y flexible que centralice esfuerzos e irradie servicios para toda la comarca.

5.- Una investigación que “asienta las bases” de un modelo de intervención:

5.- Fuentes Documentales:

- Fernández-Ballesteros, Rocío. (2000). Gerontología Social. Madrid: Ediciones Pirámide
- Instituto Aragonés de Estadística.
 - o Anuario. Datos básicos de Aragón 2004
 - o Anuario. Datos básicos de Aragón 2003
 - o Censos de población y viviendas 2001. Datos comarcales. (2003)
 - o Censos de población y viviendas 2001. Datos municipales, provincia de Zaragoza. (2003)
 - o Censos de población y viviendas 2001. Datos municipales, provincia de Teruel (2003)
- Diputación General de Aragón. Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. La atención a la dependencia en Aragón. Plan estratégico 2001-2006. Zaragoza.

- Diputación General de Aragón. Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan Estratégico 2002 - 2010 de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón
- Instituto Nacional de Estadística (INE):
 - o Encuesta Sobre discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Resultados detallados de Aragón. (1999).
 - o Anuario Estadístico 2004
 - o Panel de hogares de la Unión Europea
- IMSERSO.
- Secretaría general de asuntos sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Las personas mayores en España. Informe 2002
- Secretaría general de asuntos sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Las personas mayores en España. Informe 2004
- Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro blanco de la dependencia. (2004)
- Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Guía 2004. Residencias para personas mayores en España. (2004)
- Eurostat
 - o Panel de hogares de la unión Europea
 - o Statistiques demographiques. (2003)

6- Preliminar:

El presente trabajo desarrolla en las comarcas de Zaragoza d.c, Campo de Belchite, Ribera Baja del Ebro, Caspe (todas ellas en la provincia de Zaragoza) y Bajo Martín y Bajo Aragón (ambas en la provincia de Teruel) un estudio en profundidad de la situación de las personas mayores y personas con diversos tipos de discapacidad que habitan en dichas comarcas.

Este estudio básicamente aborda, además de aspectos metodológicos relacionados, en un primer momento –capítulo segundo- indicadores demográficos básicos como tamaño de población, natalidad, mortalidad, población mayor de 65 años, población con discapacidad (tipos), esperanza de vida, etc. tanto de Aragón en general, como de las comarcas objeto de estudio en particular.

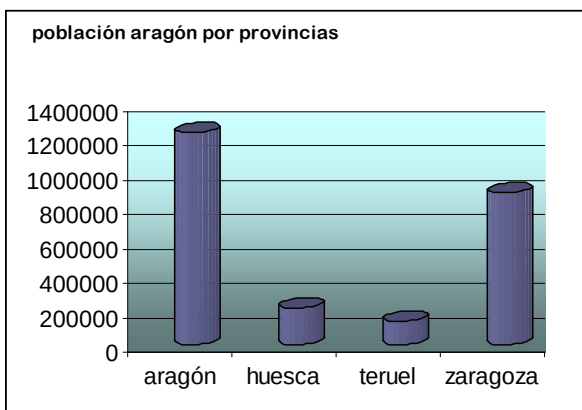
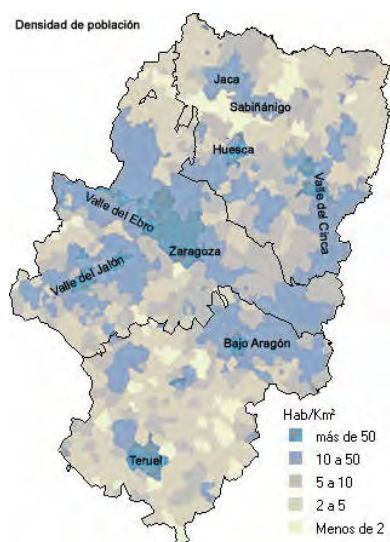
En el tercer capítulo se analiza de forma exhaustiva la discapacidad, la dependencia, el apoyo informal, los niveles de salud, estudios, etc. que son elementos clave en el análisis de cualquier población.

El cuarto capítulo aborda los recursos sociales para las personas con dependencia desde los distintos niveles de atención existentes: servicios a domicilio, servicios intermedios, residencias, recursos sociosanitarios, y también se incluyen los recursos para personas con discapacidad y salud mental.

El trabajo finaliza con una serie de conclusiones generales que resumen y sintetizan lo analizado en todo el trabajo, así como una relación de propuestas tanto de carácter general como particularizadas según los diversos modelos de atención analizados y estudiados.

2. INDICADORES DEMOGRÁFICOS: Demografía de Aragón

Según el último recuento general disponible, el padrón municipal del año 2003, la comunidad autónoma de Aragón cuenta con 1.230.090 habitantes en sus tres territorios, un 2'8% del total de la población española. De ellos, 880.118 viven en la provincia de Zaragoza, 211.286 en Huesca y 136.686 en Teruel (gráfico 0). Esta concentración tan desigual resulta más llamativa al observar que Zaragoza capital reúne 626.081 habitantes (52% del total) y es la única población de toda la comunidad autónoma con más de 50.000 habitantes, lo cual nos indica la gran dispersión del resto de la población en tan vasto territorio.



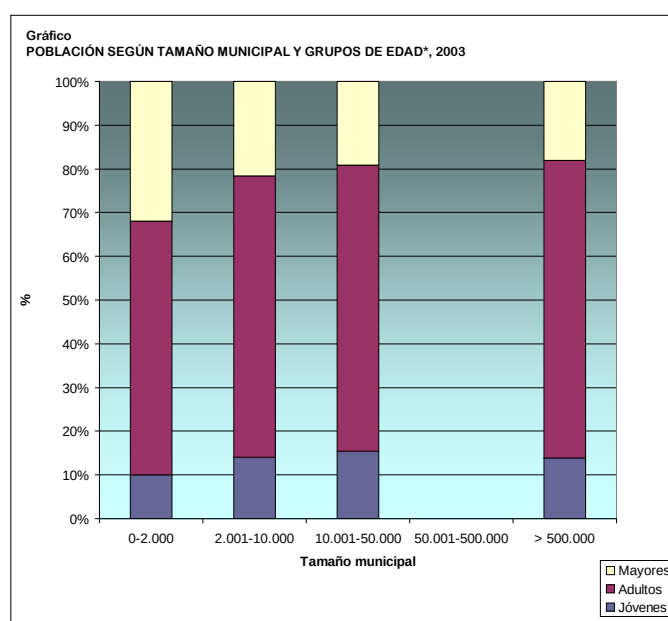
Población según tamaño municipal

Otro de los indicadores clave que demuestran la desigual distribución de la población aragonesa es su estructura según el tamaño de sus municipios (Tabla y gráfico 1). Más del 52% de los municipios aragoneses tienen entre 100 y 500 habitantes. De hecho, como se puede observar en la tabla, de los 717 municipios de Aragón el 93% tienen poblaciones menores de 2000 habitantes. Si analizamos el

perfil poblacional de estos ámbitos rurales distribuidos por grupos de edad, nos encontramos con un conjunto de ciudadanos en el que destacan las personas mayores (32% de la población), cuya presencia descende a medida que aumenta el tamaño del municipio y quienes, a su vez, configuran modos de vida y situaciones de necesidad peculiares que analizaremos más adelante. Se debe reseñar en cualquier caso que el tamaño municipal es un factor de alta relevancia en la organización y administración de las políticas sociales. Por ello el hecho de que esta comunidad autónoma tenga un número tan elevado de municipios pequeños genera dificultades específicas para la organización de cualquier sistema de prestación de servicios. Los municipios pequeños no suelen beneficiarse de las grandes redes de prestación de servicios, muy especialmente de los de procedencia privada, en los que el efecto escala impide obtener suficiente rentabilidad como para mantener el negocio.

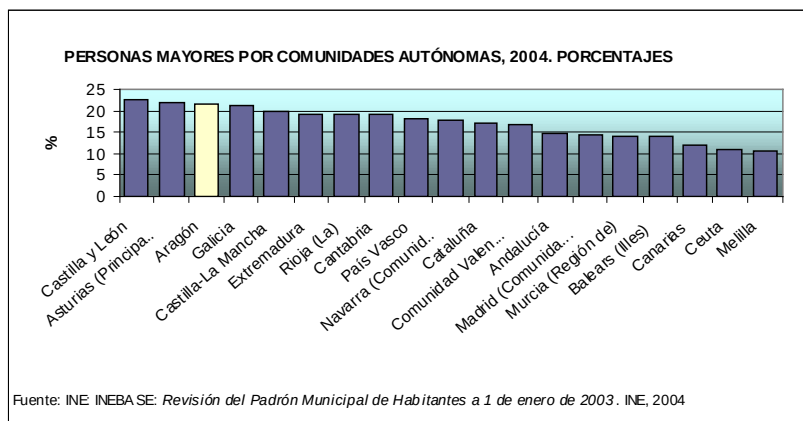
Tamaño municipal de la población (habitantes) y nº de municipios de la categoría. Tabla 1	Población (habitantes)				%		
	Total	Jóvenes	Adultos	Mayores	Jóvenes	Adultos	Mayores
Total (717)	1.230.090	165.626	802.004	262.460	13,46454	65,19881	21,33665
0-2.000 (669)	235.645	23.523	136.734	75.388	10,0	58,0	32,0
2.001-10.000 (36)	159.453	22.498	102.466	34.489	14,1	64,3	21,6
10.001-50.000 (11)	208.911	32.270	136.726	39.915	15,4	65,4	19,1
50.001-500.000 (0)	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
> 500.000 (1)	626.081	87.335	426.078	112.668	13,9	68,1	18,0

Gráfico 1



Población mayor de 65 años

Gráfico 2

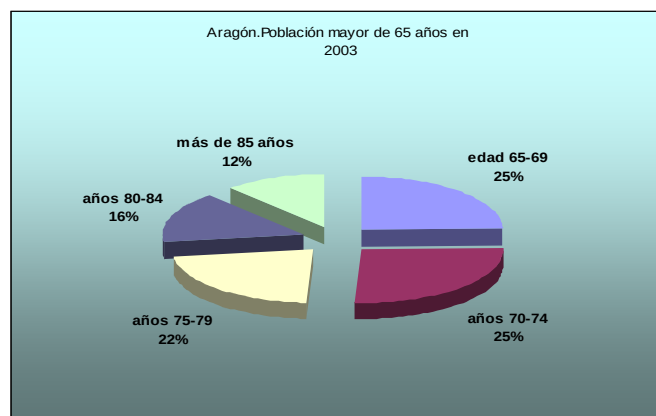


Y es que no podemos olvidar que Aragón es la tercera comunidad autónoma más envejecida de España con un 21'3% de personas mayores sobre el total de la población, lo que supone que al menos uno de cada cinco ciudadanos aragoneses tiene 65 o más años (gráfico2). Sin embargo este proceso de envejecimiento no es nuevo en esta comunidad autónoma, al contrario de otras

como Canarias, País Vasco o Madrid, que han visto como en dos décadas se ha duplicado su población mayor. Precisamente esta presumible mayor adaptación al proceso de envejecimiento nos hace suponer como hipótesis previa que tanto planificadores como responsables políticos de esta comunidad autónoma tienen ya elaborado un proceso de reflexión, así como de respuesta, a las diferentes situaciones de necesidad la población mayor.

Cabe destacar especialmente la gran relevancia que a corto plazo van a adquirir los mayores (y sobre todo las mayores) de 80 años, la llamada 4ª edad. Representan ya el 28% de la población mayor, y los mayores de 85 el 12% (gráfico 3), pero lo más importante es que se trata de una cifra en constante aumento, pues se espera que sean el 10,1% de la población total del país (ahora mismo representan casi el 4%) en el 2050. Como población en una situación de especial fragilidad y con altos porcentajes de discapacidad, su creciente presencia en la sociedad plantea la especialización en su tramo de edad dentro de lo que supone la atención a mayores, y en términos sociales una revolución de las relaciones intergeneracionales, pues con ellos sus potenciales cuidadores (ayuda informal) también envejecen, pudiendo ser muchos de ellos jubilados al cargo de sus padres y suegros o cónyuges de similar edad y situación de dependencia.

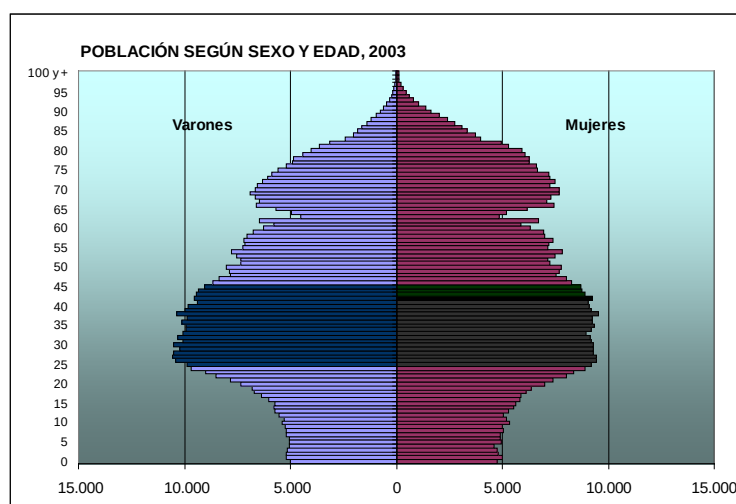
Gráfico 3



Por ello, se puede afirmar que los cambios futuros de la estructura por edades predicen con claridad un incremento del envejecimiento y un importante desequilibrio entre los grupos de edad. En el ámbito del Estado, y de forma más acentuada en Aragón, hace 30 años por cada cien personas en edad de trabajar había 16 de 65 y más años. Actualmente son 25 personas mayores y en 2050 serán 56, situación que supondrá una fuerte carga para los sistemas de solidaridad

social y que sin duda exige una reorientación en el funcionamiento de éstos (lo cual no implica necesariamente, tal y como esgrimen algunos sectores, un desmantelamiento de los sistemas de bienestar públicos; el debate en cualquier caso es muy candente y lejos aún de una solución definitiva).

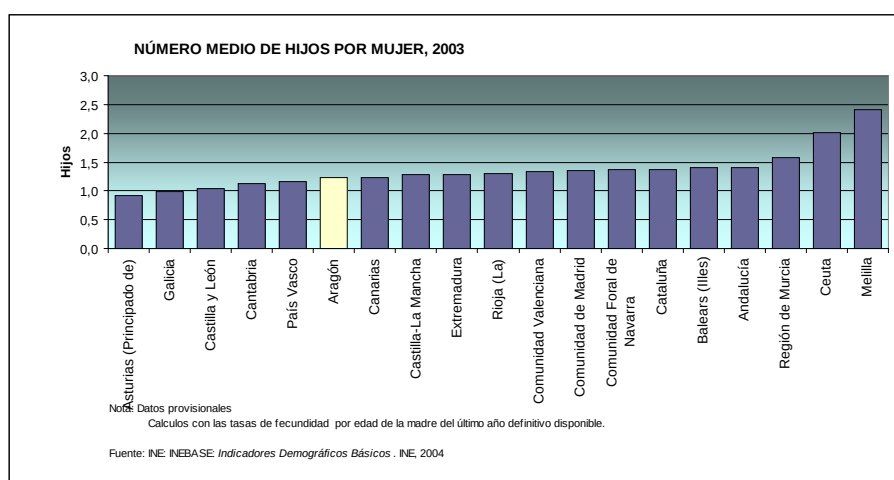
Gráfico 4



Como podemos observar en el gráfico 4, la pirámide de la población aragonesa confirma los comentarios realizados hasta el momento. Como la mayoría de las pirámides poblacionales de los países desarrollados, su forma es el resultado de una transición demográfica casi completa por la actuación de dos indicadores: fecundidad y mortalidad. Una fecundidad alta durante decenios y una brusca caída en los últimos

lustros que ha borrado definitivamente su forma geométrica piramidal original. La tendencia a la inversión en su estructura parece inevitable si no se produce un cambio importante en la tasa de fecundidad. En definitiva, la fecundidad, que en Aragón es de 1'2 hijos por mujer (gráfico 5), cifra que la sitúa como la quinta Comunidad Autónoma de España con menos hijos, ha representado hasta la actualidad el factor esencial para explicar el proceso de envejecimiento de su población. Sin embargo de ahora en adelante será la evolución de la mortalidad sobre la que recaerá el mayor peso explicativo.

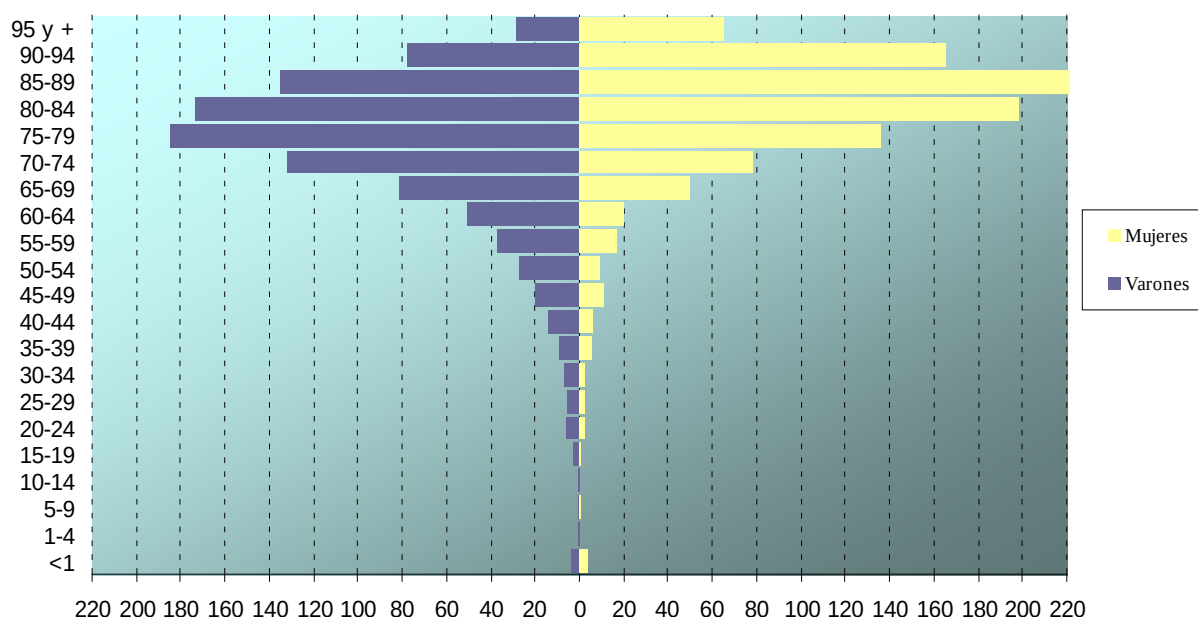
Gráfico 5



Como acabamos de señalar, el segundo factor en importancia para comprender nuestra estructura poblacional es la mortalidad. Los avances de la medicina durante el siglo veinte han retrasado notablemente la edad de nuestra muerte y acotado radicalmente la mortalidad infantil, por lo que ahora mismo de cada diez muertos que hay en España ocho (81,9%) son mayores de 65 años, y casi cinco (47%) son octogenarios, más del triple que hace 100 años. Asimismo, la supervivencia de los que llegan a los 65 años de edad ha evolucionado desde algo más de un cuarto de la población (26,2%) hasta el 87,2% actual, y de ellos se espera que un 22% alcancen los 90 años (gráfico 6). Este alargamiento de la vida conlleva una comprensión distinta del fenómeno de la muerte y la relación de la población con ella, así como de los tratamientos y políticas sociales que se ocupan de la población que potencialmente tiene más posibilidades de sufrirla, y dan entrada a nuevas orientaciones encaminadas a incrementar no sólo la cantidad de años vividos, sino también la calidad de estos. En Aragón, como en el resto de España, mueren más hombres que mujeres hasta los 80 años, y a partir de esa edad son mayoría las mujeres. Esto se explica por la mayor esperanza de vida de éstas, que provoca que un gran porcentaje de la población total de mujeres prolongue su vida hasta esos tramos de edad.

Pirámide de mortalidad

Gráfico 6



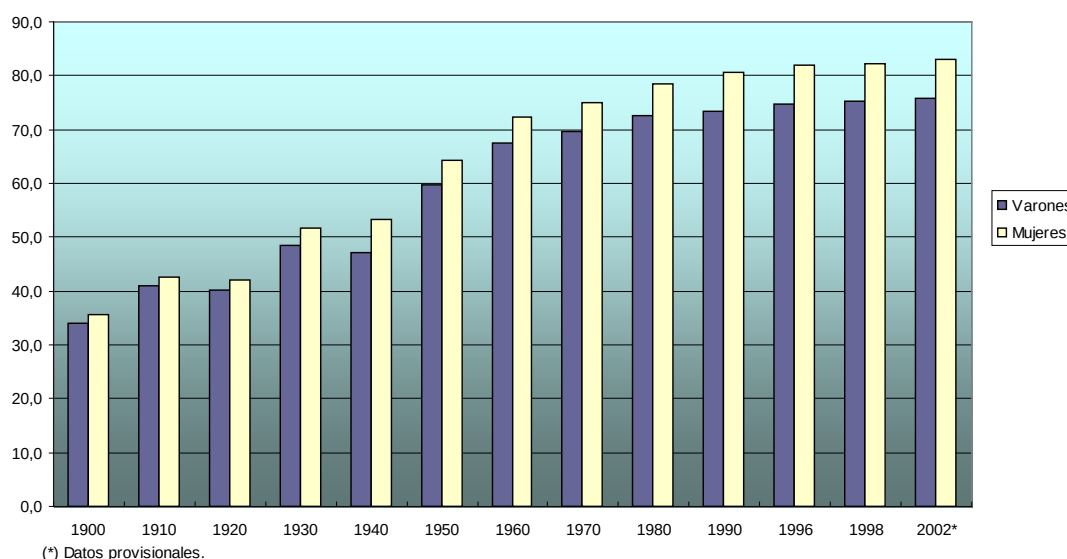
La esperanza de vida también ha experimentado un espectacular incremento en el siglo veinte en todos los países desarrollados, siendo España una de los casos más llamativos en este indicador. No olvidemos que a principios de siglo la esperanza de vida al nacer de los españoles era de 34'8 años, mientras que en la actualidad se sitúa prácticamente en los 80 años de edad (gráfico 7). Sin entrar en un análisis en profundidad sobre la riqueza que proporciona este indicador, sí que observamos que Aragón en 25 años ha incrementado en 3'4 años su ya alta esperanza de vida,

situándose actualmente en 80'1 años con una diferencia paulatinamente menguante de 6'6 años más de vida para las mujeres (tabla 2). Actualmente es motivo de debate e investigación la posible estabilización o retroceso tanto de la diferencia como del indicador global de esperanza de vida. A fin de cuentas este indicador es un fiel reflejo de las condiciones sociales, económicas, de factores biológicos y de patrones culturales que configuran los diferentes modos de vida de los pueblos.

Gráfico 7

Tabla 2: Proyecciones de esperanza de vida 2002-2030			
Años	Varones	Mujeres	Diferencia
2002	76,6	83,4	6,7
2010	78,3	84,8	6,5
2015	79,2	85,5	6,3
2020	79,8	86,0	6,2
2025	80,4	86,5	6,1
2030	80,9	86,9	6,0

Evolución de la esperanza de vida 1900 - 2002



La comarca

El ámbito territorial objeto de estudio comprende cuatro comarcas de la provincia de Zaragoza (Zaragoza d.c, campo de Belchite, Ribera baja del Ebro, y Caspe) y dos comarcas de la provincia de Teruel (Bajo Martín y Bajo Aragón). Todas ellas acompañan al río Ebro en su camino hacia el mar, estando en torno a los 150 kilómetros las mayores distancias entre los municipios que las comprenden. Sin embargo, a pesar de no ser un territorio excesivamente amplio, las comunicaciones entre municipios resultan más difíciles de lo esperable, siendo escasas las carreteras (muchas de ellas, por cierto, en un estado deplorable), y casi inexistentes los servicios de transporte regular, situación que provoca que los viajes entre pueblos geográficamente cercanos se vuelvan en ocasiones muy largos.

La población total de la suma de los municipios objeto de estudio, según el padrón municipal del 1 de enero de 2003, es de 181.579 habitantes (92.275 mujeres y 89.304 hombres), de los cuales 114.252 se encuentran en los barrios de Las Fuentes y San José, en Zaragoza capital. Por contra, los 67.327 restantes, exceptuando 14.383 habitantes que viven en Alcañiz, se reparten en poblaciones de menos de 5.000 habitantes. De hecho, 30 de los 54 municipios que configuran el espacio de estudio tienen menos de 1000 habitantes, y 21 menos de 500. Nos encontramos pues ante dos tipos de población, rural y urbana, con distintas características demográficas y sociales:

Tabla 3: Indicadores de estructura demográfica	Comarca	D.C. Zaragoza	Ribera Baja del Ebro	Bajo Aragón- Caspe	Campo de Belchite	Bajo Martín	Alcañiz	Aragón	España
Porcentajes de población según grupos de edad	%0 a 19	18,45	16,00	16,78	11,08	14,80	20,70	17,83	20,56
	%20 a 64	63,71	57,20	56,44	52,19	52,34	59,08	60,69	62,39
	%65 y más	17,84	26,79	26,78	36,73	32,86	20,22	21,48	17,05
Grados de Juventud	%Menores de 15	13,04	10,90	11,51	7,78	10,64	15,03	12,61	14,52
	%Menores de 25	25,88	22,16	23,58	15,59	20,48	27,72	24,75	28,35
	%Menores de 35	42,55	35,45	37,14	28,32	32,31	43,24	40,27	45,19
	%Menores de 45	58,14	50,52	50,29	40,05	45,87	58,62	55,46	60,66
	Edad media	41,23	45,71	45,47	51,34	48,43	41,33	42,88	40,01
	I. Envejecimiento	96,68	167,44	159,62	331,32	221,94	97,70	120,48	82,93
	I. Sobreenviejecimiento	10,18	9,16	11,77	12,70	11,92	12,78	11,08	10,17
	Tasa Global de Dependencia	44,68	60,50	62,06	80,19	76,99	54,45	51,73	46,14

Los **porcentajes de población según grupos de edad** miden la importancia relativa de los grupos de edad de la población más significativos: los jóvenes, la población potencialmente activa y las personas mayores.

Los **grados de juventud** son indicadores que representan proporciones de grupos de edad respecto del total, son útiles para valorar la composición de forma sintética y poder seguir una evolución mediante series temporales del envejecimiento de una zona geográfica-

La **edad media** de la población es la media aritmética de las edades de los individuos que componen una población.

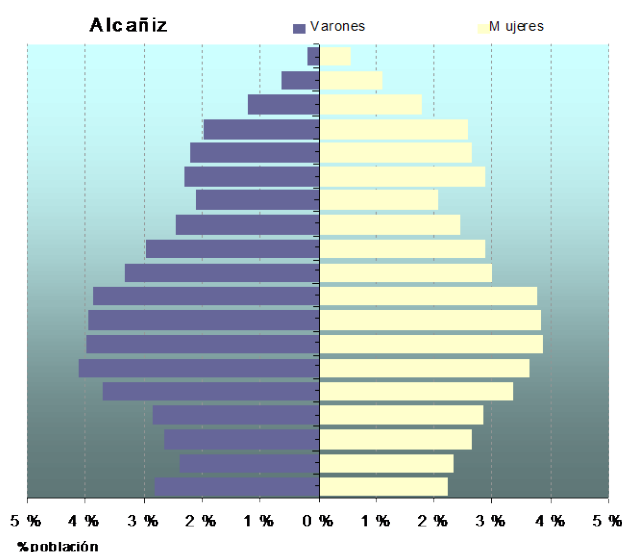
El **índice de envejecimiento** se define como el cociente entre los mayores de 65 años y la población menor de 20 años.

Índice de **sobreenvejecimiento** representa la proporción de los más ancianos, 85 y más años, sobre la población de 65 y más años. Es un indicador específico del envejecimiento demográfico y permite medir la composición del grupo de los más mayores.

La **tasa global de dependencia** es una tasa con un significado económico, dado que relaciona la población inactiva o económicamente dependiente (menor de 15 y mayor de 65) frente a la población potencialmente activa (entre 15 y 64 años).relaciona edad y dependencia económica.

Alcañiz

Gráfico 8



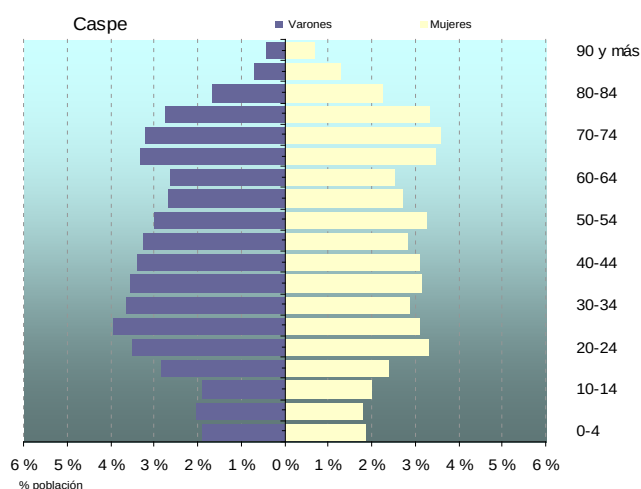
En la comarca de Bajo Aragón el análisis se restringe a ésta localidad, pues se encuentra muy apartada del resto de los municipios que conforman la comarca (ver mapa de la región en el anexo) y es la única que a priori entra en el estudio. Como se ha mencionado antes, Alcañiz cuenta con 14.383 habitantes, 7212 hombres y 7171 mujeres.

De las comarcas rurales que componen la población es sin duda la menos envejecida, con

porcentajes de población menor de 20 años y mayor de 65 bastante parejas a la media nacional (que tampoco es epítome de una población joven en cualquier caso). Además es una población que crece anualmente reforzando sobre todo la mitad baja de su pirámide poblacional. Destaca su índice de sobre-envejecimiento, el más alto de todas las comarcas, lo cual se explica tanto por su numerosa población mayor de 85 años como por el pequeño tamaño de las cohortes de 65 a 70 años

Bajo Aragón – Caspe

Gráfico 9



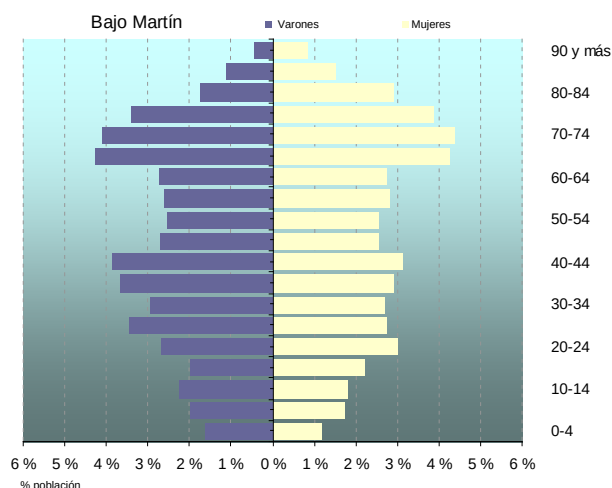
Se trata de la zona más alejada del resto y de lo que podríamos considerar el núcleo del área estudiada. Cuenta con 12.658 habitantes, 7587 de ellos ubicados en Caspe y los poco más de 5.000 restantes en los otros cinco municipios que entran en la comarca. Se trata de una población rural en proceso de envejecimiento (índice de envejecimiento actual de 159,62) desde hace años y cuyo decrecimiento se ha estabilizado en los últimos años.

Con una edad media de 45,5 años y un

26,8% de personas mayores entre su población se sitúa aproximadamente en la media de la región, o lo que es lo mismo, mucho más envejecida que las medias nacional y autonómica.

Bajo Martín

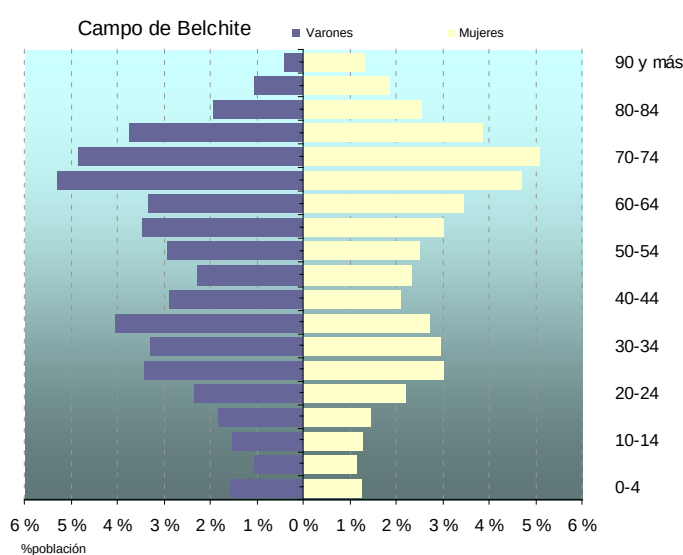
Gráfico 10



Es la otra comarca además de Bajo Aragón (Alcañiz) que se encuentra en la provincia de Teruel. Entre sus nueve municipios se reparten 7.290 habitantes. Un simple vistazo a su pirámide de población ya nos da muestras de la casi total inversión de su forma debido al alto envejecimiento de su población (índice de envejecimiento de 221,92). Por cada persona joven hay más de dos mayores de 65 años, y su edad media es altísima: 48,43 años. No extraña por ello que más de la mitad de la población tenga más de 45 años y se puede afirmar que potencialmente en torno a un 40% sus habitantes requerirá ayudas asociadas a la discapacidad durante los próximos 30 años.

Campo de Belchite

Gráfico 11



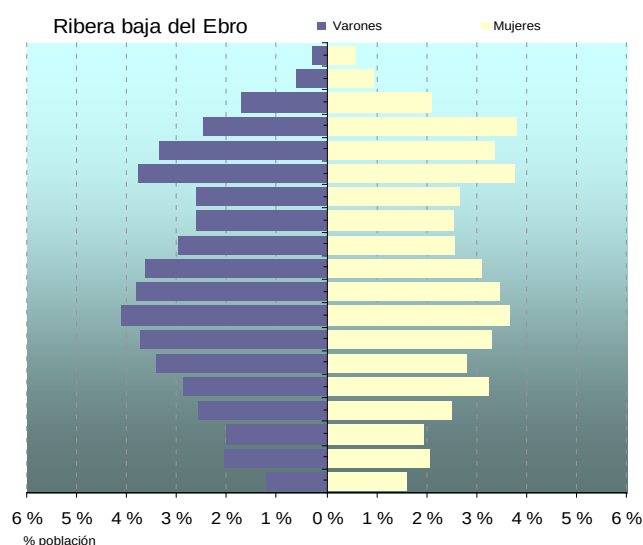
Cuenta con 5.336 habitantes repartidos en quince pequeños municipios. Todo lo dicho en referencia a Bajo Martín en el caso de esta comarca alcanza su máximo exponente, pues se trata de la comarca más envejecida de todo Aragón. Para el 2050, si la tendencia no cambia (su relativa proximidad a Zaragoza capital podría ser la razón de ese cambio), puede quedarse prácticamente deshabitada, pues no solo su población decrece anualmente sino que no hay apenas perspectivas de relevo generacional para su 60% de población

mayor de 45 años. La edad media es mayor de 50 años de edad, concretamente 51,34, y su índice de envejecimiento, sustentado por más de un tercio de población con más de 65 años (36%), llega al 331,3, cuatro veces mayor que a nivel nacional y tres más que a nivel autonómico. Así su tasa global

de dependencia es del 80,2, la más alta también de toda la región. Paradójicamente representa como una máquina del tiempo el futuro de la población objeto de estudio, y por extensión, a más largo plazo, el de la población española, pues las proyecciones para el 2050 muestran una población con muy similar composición a la de Belchite, por lo que no estará de más a la hora de planificar intervenciones en la zona tenerla muy en cuenta como ejemplo paradigmático del contexto con el que se habrá de tratar (sin obviar por ello lo extremo de su caso).

Ribera Baja del Ebro

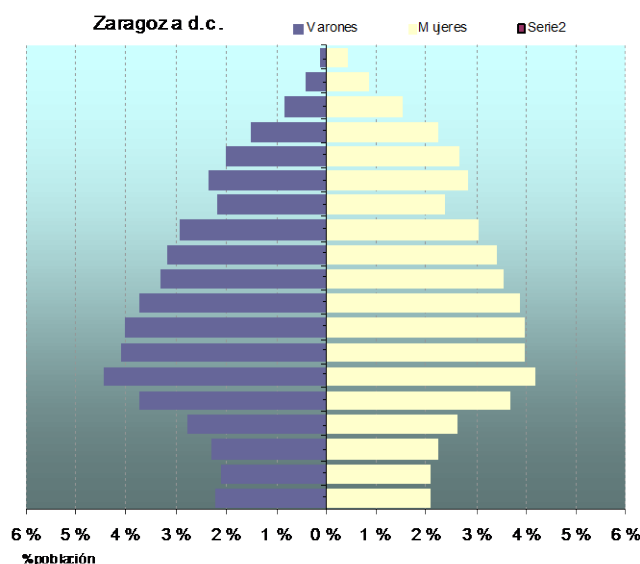
Gráfico 12



Es una comarca compuesta por diez municipios habitados por 9.292 habitantes. Geográficamente es la más céntrica respecto al área de actuación considerada. Dada la gran similitud de la estructura demográfica de su población con la de la comarca de Caspe, se remite su análisis al ya realizado sobre esta otra comarca.

Zaragoza d.c.

Gráfico 13



Cuenta con veinte municipios, de los cuales ocho, los situados a lo largo del camino que traza el Ebro al sudeste de la comarca, entran en el estudio. Tiene 670.239 habitantes, de los que 626.081 viven en la capital, 114.252 en los barrios de San José y Las Fuentes y 12.050 en los pueblos que entran en el estudio (4.015 en Fuentes de Ebro). La composición de su población es más propia del núcleo urbano al que

pertenece, y no varía mucho en el caso de los pueblos que rodean la capital ya que estos se van viendo progresivamente asimilados dentro de lo que podríamos llamar el cinturón industrial de Zaragoza. Así pues sus características son bastante parecidas a las de la población nacional: una pirámide poblacional que ya presenta una base débil pero con bastantes jóvenes aún; una población menor de 45 años que supone el 60% del total gracias entre otras cosas a la gran aportación de los individuos pertenecientes al “baby boom”; y una población mayor que hasta que las cohortes antes mencionadas no lleguen a estos tramos de edad se mantendrá en torno a la quinta parte de la población total que ahora mismo supone.

Mencionar por último que Fuentes de Ebro es un municipio cuya población es bastante joven en comparación a la zona y en constante crecimiento desde hace años.

3.- ANÁLISIS DE LA DISCAPACIDAD EN ARAGÓN

3.1. Perfil sociodemográfico

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 arroja la cifra del 9% de personas con discapacidad en España. En el caso de Aragón, la tasa general de discapacidad es algo más baja, el 8,47%, lo que nos daría (excluyendo a la población menor de 6 años) 96.048 personas con discapacidad en toda la comunidad autónoma, 53.939 mujeres y 42.106 hombres. Por ello, y a falta de fuentes más específicas, se puede estimar aplicando este porcentaje a la población de las comarcas objeto de estudio un número de 15.380 (si tenemos en cuenta el gran envejecimiento de la zona posiblemente este número crecería, pero a efectos de la investigación los resultados no sufrirán apenas variaciones) personas con discapacidades en distintos grados de severidad, cifra suficientemente elevada como para considerar aplicables (con un margen de error razonable) los análisis que se van a realizar en este capítulo.

El gráfico 1 pone de relieve la principal característica de la discapacidad: se trata de un fenómeno asociado a la edad que aumenta con ésta. La prevalencia creciente de la discapacidad asociada a la edad se debe, al menos, a dos factores complementarios. Por una parte, al hecho de que haber vivido más años supone haber estado más tiempo expuesto a riesgos que pueden haberse concretado en una discapacidad. Por otra, a un incremento, que no sería exagerado calificar de espectacular, de la esperanza de vida de las personas que han adquirido la discapacidad en las etapas tempranas de la vida.

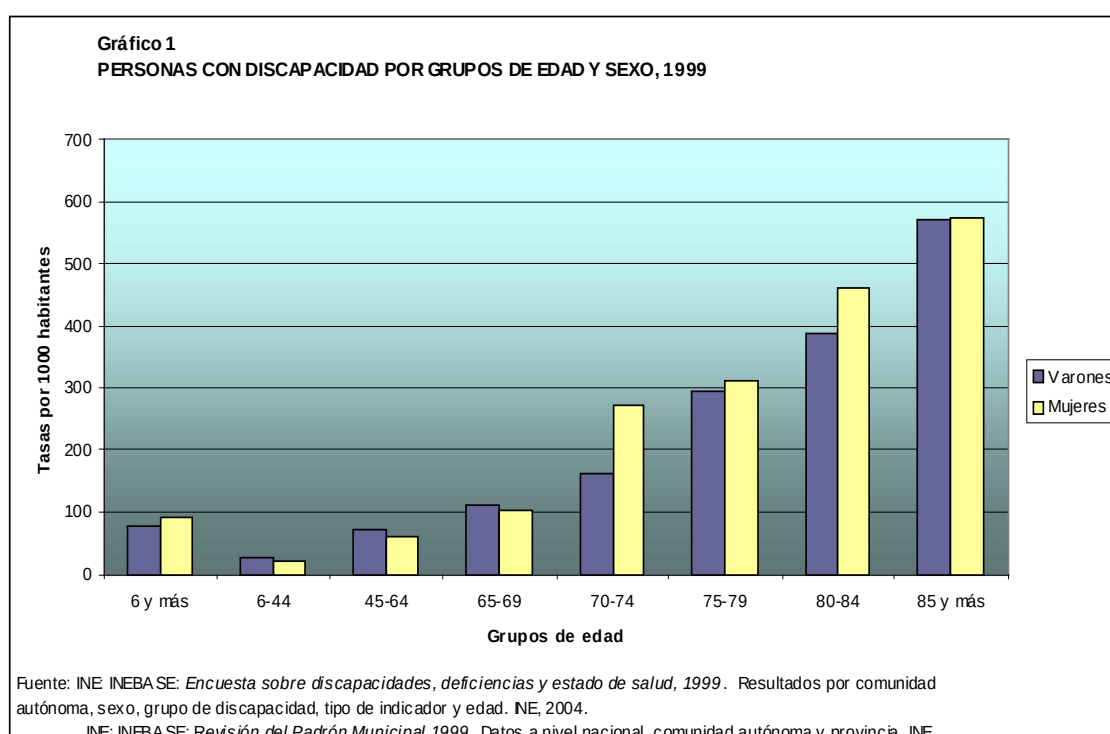


Tabla 1	Personas con discapacidad				Tasa por 1000 habitantes de cada grupo de edad		
Población discapacitada en Aragón por sexo y edad .1999	Ambos sexos	Distribución por edad	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total de 6 y más años	96.048	100,0	42.106	53.939	84,7	75,6	93,5
De 6 a 44 años	13.805	14,4	7.954	5.849	23,2	26,2	20,2
De 45 a 64 años	17.695	18,4	9.672	8.023	66,2	72,6	59,8
De 65 a 69 años	7.494	7,8	3.734	3.760	106,5	111,2	102,1
De 70 a 74 años	14.223	14,8	4.775	9.448	222,0	162,0	273,2
De 75 a 79 años	15.533	16,2	6.513	9.020	304,6	296,5	310,7
De 80 a 84 años	13.288	13,8	4.572	8.715	432,4	388,4	459,8
De 85 y más años	14.010	14,6	4.886	9.124	572,6	570,7	573,7

Fuente: INE: INEBASE: *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999.*

Resultados por comunidad autónoma, sexo, grupo de discapacidad, tipo de indicador y edad. INE, 2004.

INE: INEBASE: *Revisión del Padrón Municipal 1999.* Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. INE, 2004.

Aunque es un proceso continuo conforme avanza la edad, a partir de los 45 años ese incremento se acelera de forma notable. De hecho el 67,2% de la población discapacitada es mayor de 65 años, y el 28,4% mayor de 80. Entre los mayores de 80 años también destaca la abrumadora mayoría de mujeres discapacitadas: 17.839 frente a 9.458 hombres, hecho que pese a existir una mayor prevalencia de la discapacidad entre las mujeres de 80 a 84 años debemos atribuir principalmente a su mayor esperanza de vida, que provoca que sean mayor número que los hombres en edades avanzadas. Observando todos los tramos de edad las mujeres de Aragón presentan tasas más elevadas que los hombres a partir de los 55 años, distanciándose cada vez más a medida que avanza

la edad (si bien en el tramo de 65 a 69 años la tasa es algo mayor entre los hombres). En la población nacional este punto de inflexión se da a los 45 años.

Entre la población menor de 64 años también encontramos diferencias entre los menores y mayores de 45 años. Mientras la tasa de discapacidad entre la población de 6 a 44 años es de 36,57 por 1000, la de los mayores de 45 años es más del doble: por cada 1000 habitantes una media de 66,2 personas sufren algún tipo de discapacidad. Al pasar a los mayores de 65 años las tasas se agigantan frente a las anteriores. Algo más de una cuarta parte de la población mayor de 65 años, el 26,8%, padece algún tipo de discapacidad, y la cifra sube hasta el 57,2% en los mayores de 85. Como se ha mencionado antes, entre esta población el porcentaje de mujeres es muy superior al de hombres. Así siete de cada diez personas discapacitadas son mujeres, y solo tres hombres.

Tabla 2	Personas con discapacidad			Tasa por 1000 habitantes		
Población discapacitada. 6 a 64 años	Total	De 6 a 44 años	De 45 a 64 años	Total	De 6 a 44 años	De 45 a 64 años
Total	31499	13805	17695	36,57	23,24	66,19
Ver	7558	3220	4339	8,78	5,42	16,23
Oír	8143	2360	5785	9,45	3,97	21,64
Comunicarse	4943	3805	1138	5,74	6,41	4,26
Aprender, aplicar conocim. y desarr. tareas	4568	4082	487	5,3	6,87	1,82
Desplazarse	7861	2940	4922	9,13	4,95	18,41
Utilizar brazos y manos	8612	4115	4497	10	6,93	16,82
Desplazarse fuera del hogar	15556	7163	8393	18,06	12,06	31,39
Cuidar de sí mismo	2467	1235	1232	2,86	2,08	4,61
Realizar las tareas del hogar	9989	5667	4322	11,6	9,54	16,17
Relacionarse con otras personas	2642	1456	1186	3,07	2,45	4,44

Fuente: INE: INEBASE: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. INE, 2004.

Tabla 3	Personas con discapacidad						Tasa por 1000 habitantes de 65 y más años
Población discapacitada de 65 y más años.	Total	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 a 84 años	De 85 y más años	Total
Total	64548	7494	14223	15533	13288	14010	268,24
Ver	19478	1876	3525	5141	4140	4796	80,94
Oír	24493	2657	5404	6269	5518	4645	101,78
Comunicarse	7020	758	926	1043	1457	2836	29,17
Aprender, aplicar conocim. y desarr. Tareas	8332	455	1227	1279	2036	3335	34,63
Desplazarse	21101	1421	4647	3589	4384	7060	87,69
Utilizar brazos y manos	11793	1488	1736	1860	2389	4320	49,01
Desplazarse fuera del hogar	42746	4743	8864	8511	8400	12228	177,64
Cuidar de sí mismo	13816	1292	1426	1818	3222	6059	57,42
Realizar las tareas del hogar	28643	2375	5543	5688	5165	9872	119,03
Relacionarse con otras personas	8459	670	1227	1226	2132	3204	35,15

Fuente: INE: INEBASE: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. INE, 2004.

La discapacidad más frecuente es la dificultad para desplazarse fuera del hogar, que afecta a un 18% de la población mayor de 65 años y casi un 2% de la de 6 a 64 años, seguida de la discapacidad para realizar tareas del hogar (presente en 120 personas de cada mil habitantes mayores de 65 años) y de otras discapacidades relacionadas con la motricidad, como desplazarse dentro de la casa o utilizar brazos y manos. Siguen en importancia cuantitativa las discapacidades para oír y ver, incrementándose mucho ambas con la edad. Las discapacidades de autocuidado, aprendizaje, relación y comunicación tienen una prevalencia sensiblemente menor.

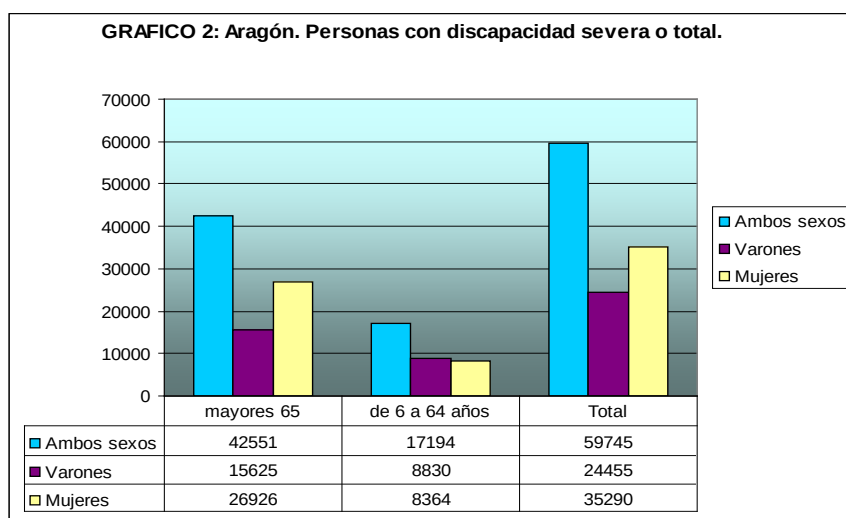
En cuanto al número de discapacidades se observa una fuerte relación entre las discapacidades asociadas a la motricidad, pues casi todas ellas se dan junto a otras dos o más discapacidades. El

perfil de la población discapacitada en Aragón es el de una persona dependiente con varias discapacidades relacionadas con las actividades de la vida diaria. Entre los que solo tienen una discapacidad reconocida son amplia mayoría las discapacidades relacionadas con el oído y, en menor medida, con la vista.

Tabla 4. Población discapacitada de 65 y más años según tipo y nº de discapacidades.	Total	Sólo una discapacidad	Además una de otro tipo	Además dos o más de otro tipo
Tareas visuales de conjunto	9091	869	1686	6536
Escuchar el habla	21205	8500	4249	8457
Recordar informaciones y episodios	6984	0	0	6984
Levantarse, acostarse,.	14072	0	0	14072
Desplazarse dentro del hogar	18343	0	0	18343
Desplazarse en transporte público	38011	268	2861	34882
Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto	12255	0	432	11824
Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio	7075	0	0	7075
Vestirse-desvestirse y arreglarse	9779	0	0	9779
Comer y beber	4716	0	0	4716
Cuidarse de las comidas	15962	0	0	15962
Limpieza y cuidado de la ropa	18394	0	0	18394
Limpieza y mantenimiento de la casa	23243	166	428	22649
Tareas visuales de conjunto	3590	1223	1393	974
Escuchar el habla	6378	4131	1429	818
Recordar informaciones y episodios	1156	0	0	1156
Levantarse, acostarse,.	5243	173	137	4932
Desplazarse dentro del hogar	4900	0	0	4900
Utilizar utensilios y herramientas	5100	0	1570	3530
Desplazarse en transporte público	9102	0	243	8859
Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto	2084	0	0	2084
Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio	1478	0	0	1478
Vestirse-desvestirse y arreglarse	2221	0	0	2221
Comer y beber	1443	0	0	1443
Cuidarse de las comidas	3912	0	0	3912
Limpieza y mantenimiento de la casa	6895	0	361	6533

Fuente: INE: INEBASE: Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. INE, 2004.

3.2. Dependencia



Las discapacidades para la vida diaria se han clasificado, según su severidad, en los grados de moderada, severa y total. El número estimado de personas con discapacidad severa o total para alguna de las actividades de la vida diaria o, lo que es lo mismo, el número de personas en situación de

dependencia en Aragón asciende a 59.745 (35.290 mujeres y 24.455 hombres). De ellas, 42.551 son mayores de 65 años (gráfico 2). Es precisamente en esa población en la que se concentran las mayores necesidades de asistencia y cuidados. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la Encuesta, al haberse realizado a una muestra de hogares, no ha captado información sobre las personas que viven en establecimientos colectivos, y el número final será mayor.

Discapacidades por comunidad autónoma, sexo, grupo de discapacidad y grado de severidad. Aragón.1999.

Tabla 5	Total	Sin dificultad alguna	Con dificultad moderada	Con dificultad grave	No puede realizar la actividad	No consta
Personas de 6 a 64 años						
Total	132868	4590	49446	36041	42120	671
Ver	10062	0	5200	3382	1311	170
Oír	9198	1509	5449	767	1473	0
Comunicarse	6627	0	1707	1982	2938	0
Aprender, aplicar conocim. y desarr. tareas	7175	0	3945	2288	825	117
Desplazarse	13788	630	6721	3594	2843	0
Utilizar brazos y manos	15392	0	5675	5602	3847	267

Discapacidades por comunidad autónoma, sexo, grupo de discapacidad y grado de severidad. Aragón.1999.

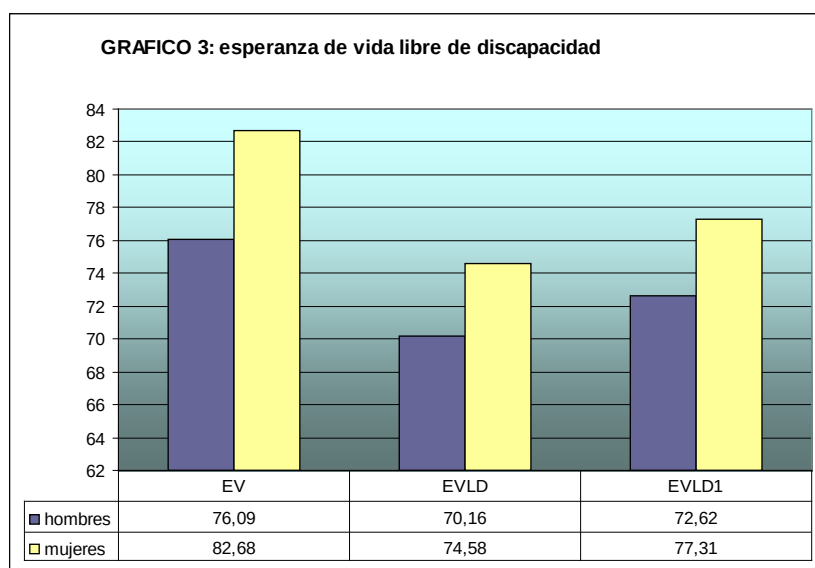
Tabla 5	Total	Sin dificultad alguna	Con dificultad moderada	Con dificultad grave	No puede realizar la actividad	No consta
Desplazarse fuera del hogar	30978	2451	10791	7167	10452	117
Cuidar de sí mismo	7226	0	2496	1787	2943	0
Realizar las tareas del hogar	26808	0	5192	8625	12991	0
Relacionarse con otras personas	5614	0	2269	847	2497	0
Personas de 65 y más años						
Total	387542	5313	95081	130362	153593	3192
Ver	26720	0	12248	8749	5083	640
Oír	28895	2280	15085	8842	2625	62
Comunicarse	12416	0	944	1416	10056	0
Aprender, aplicar conocim. y desarr. tareas	22127	0	5796	6219	10112	0
Desplazarse	42946	193	12788	19944	10021	0
Utilizar brazos y manos	26363	0	6521	8256	11243	343
Desplazarse fuera del hogar	83885	2439	24580	36968	19125	773
Cuidar de sí mismo	33826	401	5279	12262	15883	0
Realizar las tareas del hogar	94009	0	10958	25755	55922	1373
Relacionarse con otras personas	16355	0	881	1952	13521	0

En cuanto al grado de severidad de la discapacidad según el grupo de actividades de la vida diaria que se ven afectadas, vuelven a destacar ampliamente (al igual que en el cómputo general) las discapacidades asociadas a la realización de tareas del hogar y el desplazamiento fuera de éste. Los grados referidos a la dificultad grave o a la imposibilidad de realizar la actividad serían similares a lo que entendemos por severidad grave y severidad total en la discapacidad padecida respectivamente. Son precisamente estos dos grados los que mayores números acumulados (cuentan el número total de discapacidades de la población, pudiendo un solo individuo aportar tantas discapacidades como tenga) muestran, por lo que a la hora de proyectar políticas de intervención sobre esta población

resultará imprescindible tener en cuenta la alta tasa de dependencia y necesidad de asistencia personal para una o varias actividades básicas que existe entre la población discapacitada de Aragón (no muy dispar, en cualquier caso, de la nacional)

3.3. Esperanza de vida en salud

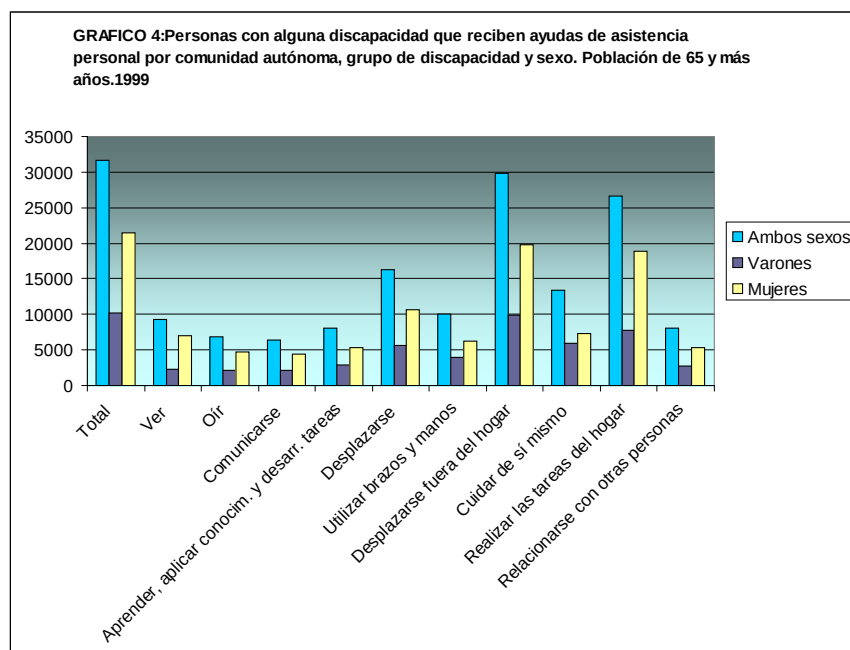
Las esperanzas de salud proporcionan un medio de dividir la esperanza de vida en fracciones vividas en distintas situaciones: por ejemplo en buena y mala salud. Estas medidas representan el creciente interés en la obtención de indicadores de calidad de vida (vida en estado saludable) en lugar de exclusivamente indicadores de cantidad (esperanza de vida). Las esperanzas de salud extienden el concepto de esperanza de vida a los de morbilidad y discapacidad. El cálculo de las esperanzas de salud, en particular la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD), se desarrolló para abordar la cuestión de si el incremento en la esperanza de vida (EV) iba acompañado de un aumento del tiempo vivido en mala salud. El alargamiento de la vida que se ha producido en las últimas décadas debe ir acompañado de buenas condiciones de salud, de forma que ese número de años ganados se vivan con autonomía individual, familiar y social, y a tal efecto deben orientarse las políticas sociales.



Como se puede ver en el gráfico 3, las mujeres aragonesas esperan no tener discapacidades hasta los 74,58 años frente a los 70,16 de los hombres, cifras que les sitúan en ambos casos dos años por encima de la media nacional. Comparando estos datos con los de esperanza de vida (de 1999) podemos observar que las mujeres padecen dos años más de vida con discapacidad que los

hombres aunque ésta les llegue más tarde, y lo mismo ocurre si hablamos de la esperanza de vida libre de discapacidad severa (EVLD1), con tres años y medio para los hombres y algo más de cinco para las mujeres. Esta última cifra resulta muy importante en la medida en que la discapacidad severa está relacionada con el fenómeno de la dependencia. La previsión del tiempo que las personas con discapacidades tendrán discapacidades severas y que necesitarán ayudas es fundamental para la planificación de los cuidados y apoyos futuros. Si ya sabíamos que las mujeres mayores son posiblemente el cliente modal de los servicios sociales para personas discapacitadas, este dato no hace más que confirmarlo: son más y padecen las discapacidades durante más tiempo de sus vidas.

3.4. Las dimensiones del apoyo informal en la atención a la discapacidad

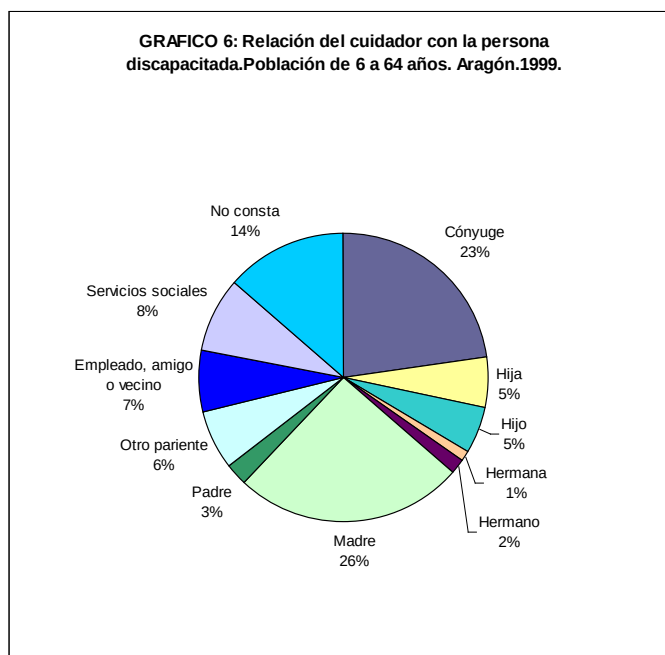


Más de 42.000 personas en Aragón con alguna discapacidad reciben ayuda de otra persona, en la forma de apoyos directos para la realización de las actividades de la vida diaria. Más de la mitad de ellas son mujeres mayores de 65 años. Las principales ayudas personales se refieren a ayudas en el cuidado personal, ayudas para realizar las tareas del hogar y ayudas para desplazamientos.

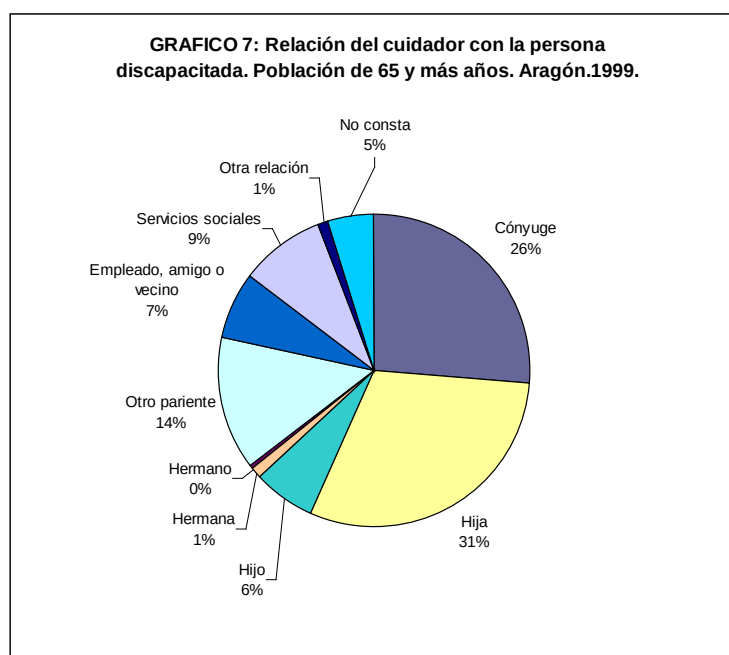
3.5. Perfil del cuidador

Junto a los cónyuges, las hijas (31% de los cuidados a personas mayores de 65 años) y las madres (26% de las ayudas a discapacitados de 6 a 64 años) de la población discapacitada son sus principales cuidadoras en nuestro país. Las mujeres españolas asumen una carga como provisoras de cuidados que les lastran sin ninguna duda en sus posibilidades de desarrollo personal y laboral (e incluso en su salud). El perfil medio de las personas cuidadoras de mayores de 65 años, que es el segmento de población en que se concentra un mayor número de personas con discapacidades que requieren cuidados de larga duración, es el de mujeres en la cincuentena con escasos estudios y amas de casa. Sin embargo para las próximas generaciones se espera la llegada de mujeres con más formación e integradas en el mercado laboral para las cuales los cuidados de sus parientes mayores supondrá una carga difícil de asumir ellas solas (por no hablar de la posibilidad de que además tengan que cuidar de algún hijo discapacitado). El sistema de bienestar español, cuyo pilar es el modelo latino de cuidados, basado en la solidaridad familiar y de la red social más cercana a los que los necesitan, descarga demasiadas funciones sobre las familias y en concreto sobre las mujeres creando una intolerable situación de discriminación hacia ellas al no reconocer su imprescindible aportación al bienestar colectivo. Pensando en un futuro no muy lejano en el que esa nueva cohorte de mujeres se va a encontrar en la posición de las actuales cuidadoras, resulta necesario diseñar nuevos planes de actuación en los que los servicios sociales compartan (y compaginen) en mucha mayor medida las atenciones y cuidados que esta población requiere. Si observamos en ambos gráficos el grado de participación de los Servicios sociales en la atención personal podemos ver como ésta es de un escaso 8%, prácticamente igual que la ayuda aportada por los empleados domésticos contratados (la categoría también menciona amigos y vecinos, pero la realidad es que se compone

casi enteramente de empleados), quienes, huelga decirlo, no son accesibles económicamente para numerosas familias.



Por si estas no fueran razones suficientes para incrementar notablemente la incidencia de los Servicios sociales, se suma el hecho de que una de cada cuatro personas discapacitadas mayores de 65 años reciba la atención que necesita por parte de su cónyuge, lo cual nos pone en una situación en la que, presumiblemente, muchos de estos serán también mayores, y en algunos casos muy mayores, y no se deben ver forzados a asumir una carga desmedida para sus posibilidades (y niveles de formación en los cuidados, pues en ocasiones la atención requerida es muy compleja).



En cuanto al número de horas de atención, destacar que las ayudas que mayor número de discapacitados reciben son las de más de 40 horas semanales, lo cual implica que buena parte de las 17.457 personas que las reciben necesitan ayuda permanente, generando una carga en los cuidadores difícilmente soportable. También es alto (aunque en menor medida) el porcentaje de personas que requieren poca atención al día, posiblemente personas con pocas discapacidades o menor severidad de éstas. (Tabla 6)

TABLA 6: Personas con alguna discapacidad que reciben ayudas de asistencia personal por horas de dedicación a la semana. Aragón.1999

	65 y más años	De 6 a 64 años	Total
Total	31589	11801	43390
Menos de 7 horas	5866	2694	8560
De 7 a 14 horas	3991	1612	5603
De 15 a 30 horas	2493	1259	3752
De 31 a 40 horas	3068	579	3647
Más de 40 horas	13822	3635	17457
No consta	2349	2021	4370

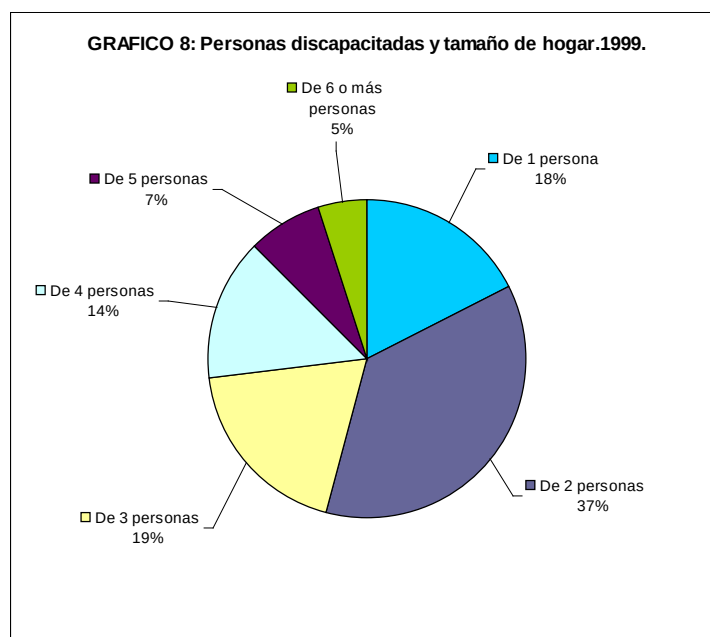
3.6. Modelos de convivencia: personas que viven en pareja

Observando este indicador podemos obtener distintas informaciones según el tramo de edad que nos ocupe. Así, mientras en las edades más jóvenes refleja las diferentes probabilidades de las personas discapacitadas y las que no lo están para acceder a la vida en pareja (y, en muchos de esos casos, al matrimonio), en los tramos de edad más avanzada nos muestra un dato de gran relevancia como es la convivencia con una persona que puede ayudar al discapacitado o discapacitada. Adquiere más relevancia aún si se tiene en cuenta que según el Censo de población y viviendas 2001, solo una de cada cinco personas dependientes vive en hogares que tengan resueltos los problemas de accesibilidad a la vivienda, lo cual puede resultar una pesada carga para los cuidadores o una condena al encierro para los propios afectados .

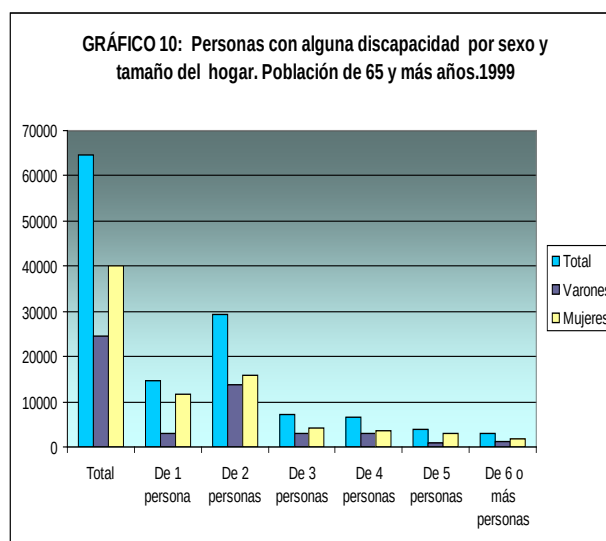
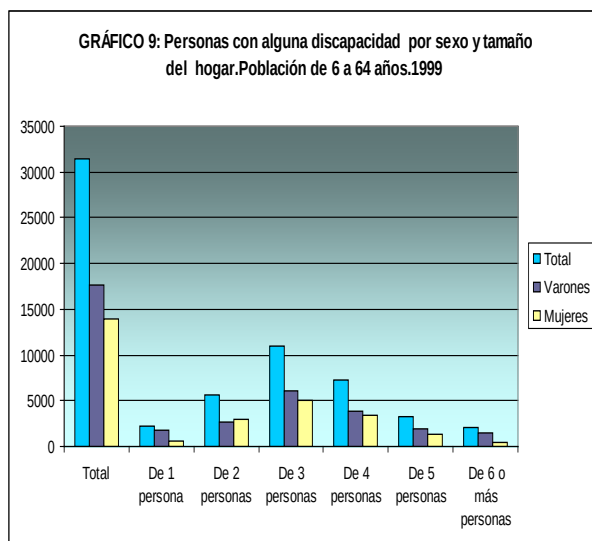
Nos encontramos que las personas discapacitadas, independientemente de su sexo, presentan un porcentaje menor de convivencia en pareja que las que no padecen discapacidades. Si bien tanto entre la población discapacitada como en el resto el grupo de edad dónde se encuentra más parejas es en el de 40 a 59 años, los porcentajes varían mucho en función del sexo. Mientras los hombres mantienen (incluso aumentan en el caso de los discapacitados, aunque sea un aumento proporcional, no absoluto) sus parejas al pasar de este tramo de edad al de 60 años y más, (73,57% en hombres discapacitados de 40 a 59 años; 74,59% entre los mayores de 60), las mujeres con discapacidades casadas pasan de ser un 69,26% entre los 40 y los 59 años a ser un 41,75% a partir de los 60 años de edad. Este hecho se debe en gran medida a que el número de viudas aumenta mucho más que el de viudos; la propia lógica de la esperanza de vida ya lo dice: los hombres tienen más probabilidades de ser los primeros en dejar solas a sus cónyuges. De este modo, las siete mujeres de cada diez que estaban casadas en el anterior tramo de edad pasan a ser cuatro a partir de los 60 años de edad, lo cual supone que seis de cada diez mujeres discapacitadas mayores que necesiten la asistencia de alguna persona tendrán que recurrir a otros familiares de su entorno, servicios sociales, vecinos o amigos. Y este es un dato muy a tener en cuenta.

3.7. Porcentaje de personas que viven solas

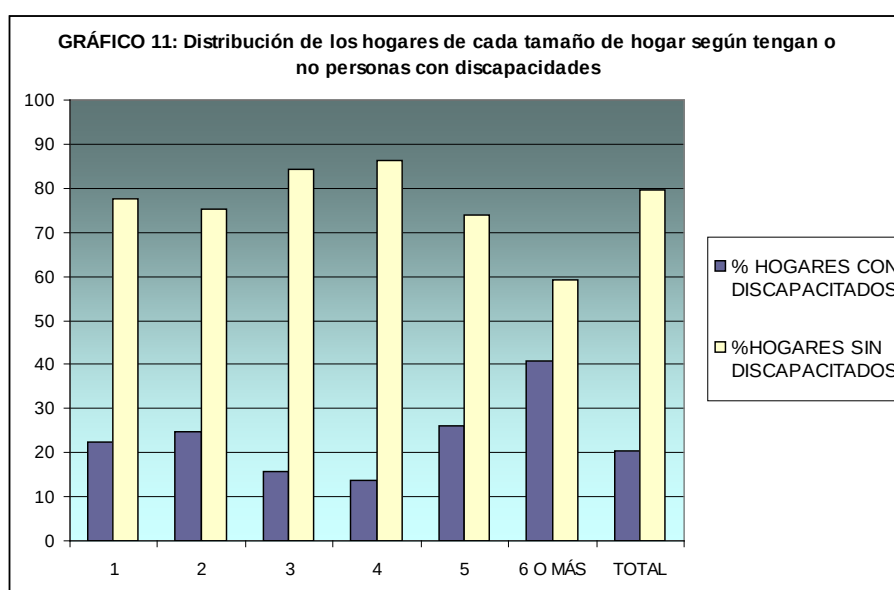
Este indicador resulta de especial relevancia dado el gran aumento del número de personas que viven solas que se está experimentando en los últimos años en nuestra sociedad (pese a que los hogares de dos personas, con un 37%, siguen siendo los más frecuentes). Actualmente en Aragón esta cifra asciende al 18% de la población con discapacidades (gráfico 8). Para planificar una intervención eficiente, se debe intentar conocer el grado de necesidad de ayudas de una persona discapacitada que viva sola en función del tipo y la severidad de la discapacidad que sufra, así como de las ayudas que ya reciba.



Hasta los 59 años la proporción de personas que viven solas en Aragón es bastante baja, con la excepción de los hombres discapacitados, (más del doble que el resto de grupos .Incluso doblan a sus análogos a nivel nacional). Sin embargo a partir de esa edad encontramos un gran punto de inflexión en los porcentajes de mujeres y hombres, pues mientras el crecimiento moderado del número de mujeres que viven solas se acelera hasta llegar a un 24'1% entre las discapacitadas de 60 a 79 años, en los hombres se invierte la tendencia y descienden hasta el 8,97%. Esa tendencia ya no se frena a medida que avanza la edad, y no sorprende que las mujeres sean mayoría entre las personas que viven solas, pues prácticamente cuadriplican entre los mayores de 65 a los hombres (gráfico 10).



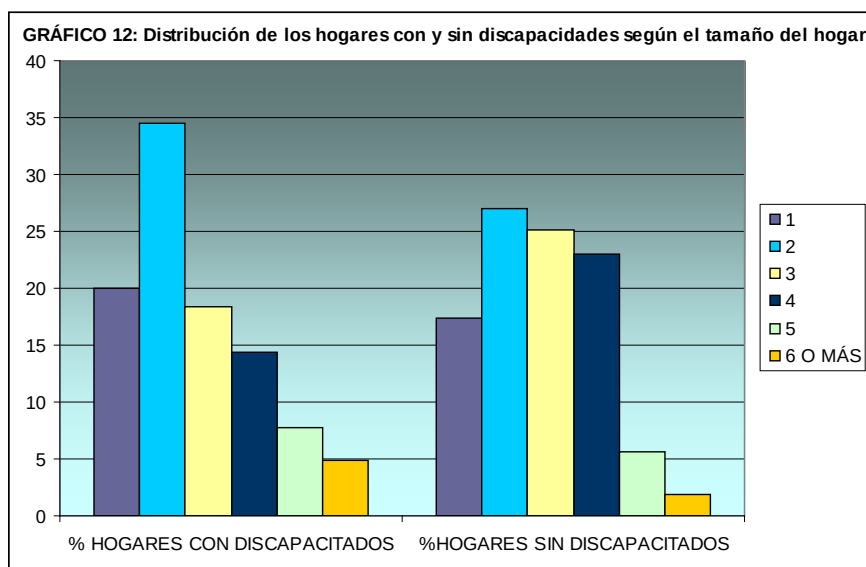
3.8. Tipo de hogar



En el 20'3% de los más de cuatrocientos mil hogares aragoneses vive al menos una persona con algún tipo de discapacidad, lo cual supone un 3% menos que a nivel nacional (23,2%). Al clasificar los hogares por su tamaño nos encontramos distintos valores en función de éste. Así en los

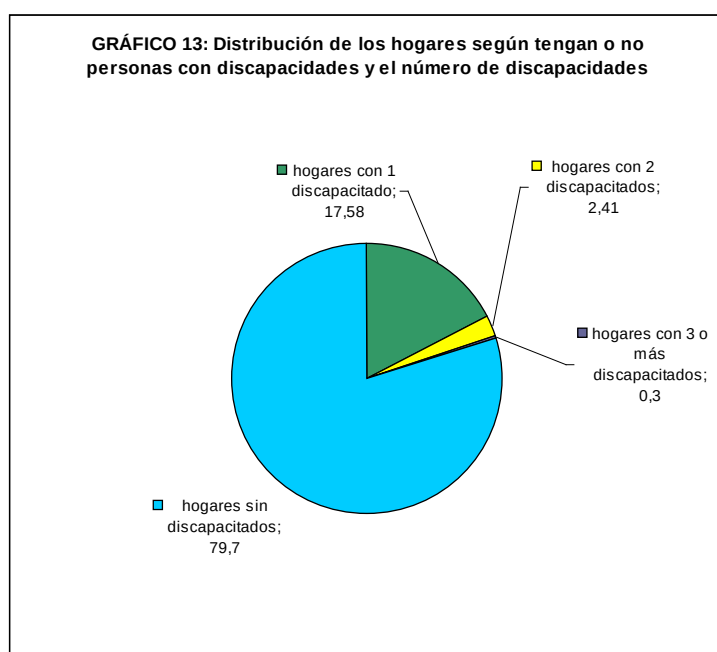
hogares de seis o más miembros encontramos los valores más altos (40,7%) mientras que la

incidencia más baja de personas discapacitadas por hogar se encuentra en los hogares de cuatro miembros, con un 13,7% de ellos, porcentaje parecido al que se da en los hogares de 3 miembros (15,7%). De los hogares unipersonales, que es donde a priori encontraremos habitantes con una red social menor, un 22,6% del total cuentan con personas discapacitadas.



Si atendemos a la distribución de los hogares con y sin discapacidades según el tamaño del hogar (gráfico 12), nos encontramos que esta varía notablemente de unos hogares a otros. Los hogares que más frecuentemente tienen personas discapacitadas son los de dos componentes (34,5 %), seguidos de los de que

cuentan con uno (19,9%) y tres (18,4%). Asimismo, los hogares sin personas discapacitadas más frecuentes son también los de dos miembros, seguidos de los de tres y cuatro. Los hogares con un solo miembro son ligeramente menos frecuentes entre la población no discapacitada, y en ambos casos (hogares con y sin discapacitados) a partir de un tamaño de cinco habitantes el porcentaje de hogares respecto al total desciende ostensiblemente.



En cuanto al número de discapacitados por hogar se puede observar en el gráfico 13 como la gran mayoría de los hogares con discapacitados tienen solo una persona con discapacidad. El 86,6% de los hogares con discapacitados y el 17,6 % del total de hogares de Aragón cuenta con un discapacitado en su seno. Casi en un quinto (19,84%) de los hogares de dos miembros ambos cuentan con alguna discapacidad, y en algo más del 15% de estos hogares con tres y con cuatro personas al menos dos son discapacitadas. Unidos estos datos a

los de hogares mayores en tamaño nos encontramos con que a pesar de que muy mayoritariamente en los hogares con personas discapacitadas hallaremos un solo miembro discapacitado, un nada despreciable 13,4% que representa el 2,7% del total de hogares de la comunidad autónoma de Aragón acoge a dos o más personas discapacitadas.

3.9. Mayores de 65 años

El 40,4 % de los hogares aragoneses cuenta con al menos una persona mayor de 65 años, porcentaje que crece hasta el 67,5% (un 7% más que la media nacional) si hablamos de hogares con personas discapacitadas. Al referirnos a los hogares unipersonales nos encontramos con que casi nueve de cada diez discapacitados que viven solos son mayores de 65 años (86,2%). Estos datos nos muestran una vez más la alta incidencia de la discapacidad entre la población mayor así como la singular relevancia de los que viven solos por lo especialmente delicado de su situación.

3.10. Alfabetización y analfabetismo

Para la obtención de este indicador, se estandarizó la población de 10 y más años según edad y sexo.

Resulta imprescindible a la hora de abordar este tema destacar el hecho de que las tasas de alfabetización son más elevadas en Aragón que a nivel nacional en casi todos los tramos de edad tanto entre personas discapacitadas como entre las que no lo están. Entre la población sin discapacidades los porcentajes de alfabetización son casi totales tanto en hombres como en mujeres, aunque algo menores entre los mayores de 65 años, (97,78 %). En el colectivo con discapacidades sin embargo nos encontramos con una tasa del 92,32% en la población de 10 a 44 años, menor incluso que entre la población mayor sin discapacidades.

Respecto a la población analfabeta, la comparación entre las poblaciones con y sin discapacidades arroja tasas de analfabetismo tres veces mayores para la población discapacitada: se pasa del 11,5% a un 31,6%.

Tabla 7

Nivel de estudios. 10 a 64 años	Total	Varones	Mujeres
Total	31028	17390	13638
Analfabetos o sin estudios	6831	4459	2372
Estudios primarios y secundarios de primer ciclo	18731	8674	10057
Estudios secundarios y profesionales de segundo ciclo	3527	2698	829
Estudios profesionales superiores y universitarios	1939	1560	380
Nivel de estudios. 65 y más años	Total	Varones	Mujeres
Total	64548	24481	40067
Analfabetos o sin estudios	23457	7574	15883
Estudios primarios y secundarios de primer ciclo	37745	14721	23022
Estudios secundarios de segundo ciclo y superiores	3346	2185	1161

3.11. Porcentaje de personas con estudios secundarios o superiores

Con este indicador obtenemos información sobre el nivel de cualificación de las personas discapacitadas y su comparación con el resto de la población, pues uno de los grandes retos para la intervención en este colectivo es el de tratar de equiparar ambos niveles para así garantizar una entrada al mercado laboral similar en cuanto a oportunidades de obtención de trabajo. Para ello se habrán de tener en cuenta factores como la integración del discapacitado en su entorno de aprendizaje (procurar que este no sea más “discapacitante” aún) o el tipo de discapacidad padecida por cada individuo, pues resulta evidente que no todas las discapacidades influyen de igual manera en la capacidad de aprendizaje. Las cifras actuales son, en cualquier caso, muy elocuentes: el 17% de la población discapacitada de Aragón de 6 a 64 años ha realizado estudios secundarios o superiores (estos el 6%) frente al 32% del resto de la población, prácticamente el doble. Aunque la mejora respecto a generaciones anteriores (solo un 5% en mayores de 65 años) resulta evidente, estas cifras siguen siendo escasas y muestran como la población discapacitada todavía no cuentan con las mismas oportunidades que el resto de la población.

**GRÁFICO 14: Nivel de estudios en la población discapacitada.
Población de 10 a 64 años**

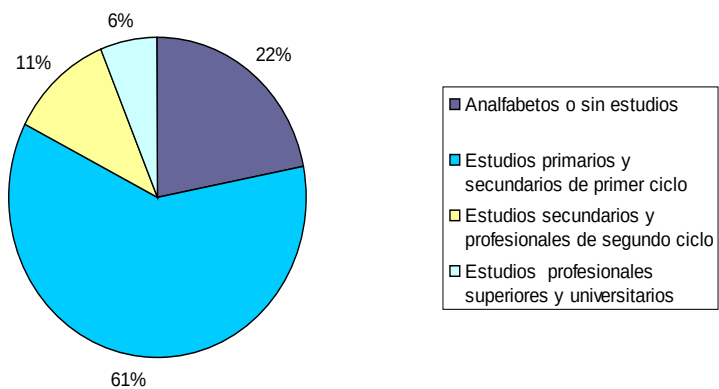
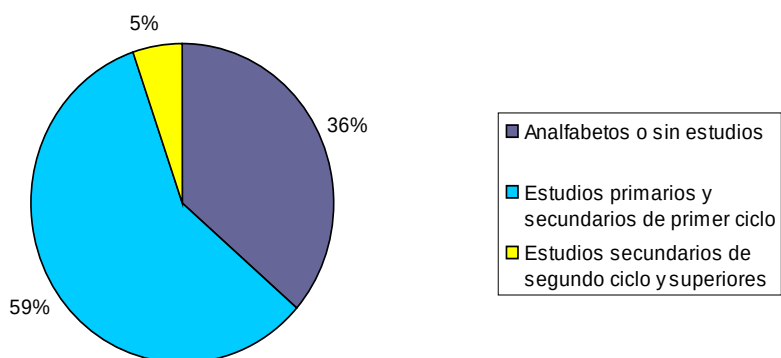


**GRÁFICO 15: Nivel de estudios en la población discapacitada.
Población de 65 y más años**



4.- RECURSOS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

4.1 Introducción

Nuestro país ha experimentado una evolución bastante rápida en la implantación de un sistema público de servicios sociales, que se remonta a los primeros años de la década de los ochenta. Los largos años de dictadura no nos permitieron avanzar a la par que nuestros vecinos europeos en la implantación de un estado de bienestar en el que la protección social de los desfavorecidos se configura como elemento indispensable. La aprobación de la Constitución Española puso la bases para el desarrollo de los servicios públicos, que se tradujeron en un periodo breve de tiempo en la generalización del sistema de pensiones y en la universalización de nuestro sistema sanitario. Los servicios sociales, sin embargo no consiguieron salir plenamente de la consideración benéfico asistencial que tenían anteriormente. Su reconocimiento como derecho subjetivo pleno de los ciudadanos todavía hoy está pendiente.

No obstante, es indudable que se ha realizado un importante esfuerzo que se traduce en un considerable desarrollo de servicios sociales destinados a la atención de las personas en situaciones carenciales y de dependencia. Las administraciones públicas han sido protagonistas de este proceso. Pero también la iniciativa privada con y sin fin de lucro están desempeñando un papel clave en la mejora cuantitativa y cualitativa de la oferta de servicios. Sin embargo, es obligado reconocer su insuficiencia, si ese crecimiento lo ponemos en relación con el que ha experimentado el número de personas que tienen problemas de dependencia y, también, con la evolución de los modelos familiares, del rol de las mujeres y de las preferencias de las propias personas mayores y discapacitadas en cuanto se refiere a los modelos de atención que desean.

Esta insuficiencia aparece como más preocupante cuando analizamos la situación europea y el desarrollo experimentado en la última década en el ámbito de la protección a las personas dependientes.

Aunque no disponemos de información comparativa internacional sobre recursos para personas con discapacidad, a modo de ejemplo, ofrecemos a continuación algunos datos de cobertura de los recursos más significativos destinados a las personas mayores, y que, a primera vista, nos permiten observar la situación de unos y otros. (Tabla nº 1.)

Tabla nº 1. Comparación de las ratios de cobertura en residencias y SAD algunos países de Europa

PAISES	PLAZAS EN RESIDENCIAS	SERVICIOS DOMICILIARIOS
FRANCIA	7,9	7
HOLANDA	12,2	21
GRAN BRETAÑA	11	9
DINAMARCA	13	31
ESPAÑA	3,77	3,12

Fuente: EUROSTAT y OCDE, con datos correspondientes al período 1995-2000

Obviamente las diferencias en el grado de implantación de los servicios básicos para personas dependientes, son todavía muy grandes.

Sin embargo, si analizamos las propuestas realizadas en algunos documentos de referencia para nuestro país, podemos observar bastante coincidencia en algunas previsiones, con la excepción del servicio de ayuda a domicilio, que continua siendo la gran asignatura pendiente de nuestro sistema. (tabla nº 2). El análisis detallado del estado de la cuestión de cada uno de estos recursos, nos permitirá matizar a continuación estas aparentes coincidencias.

Tabla nº. 2. Recursos Sociosanitarios para personas mayores.

	SAD	Teleasistencia	C. De Día	Residencias
Plan Gerontológico Escenario 2.000	8 %	12 % de los que viven solos	—	3,5 %
Informe para el Defensor del Pueblo Escenario 2.006	5 % Intensidad 28 h./mes	10,7 % de los que viven solos	2 % > 80 años	4 %
Situación Actual 2.004	3,14 % Intensidad 16 h./mes	10,8 % de los que viven solos	1,9 % > 80 años	3,66 %

Fuente: Sancho Castiello. M.T. 2004 Observatorio de personas mayores. IMSERSO.

4.2. Recursos sociales en Aragón

Se analiza a continuación la situación de los recursos sociales para las personas en situación de dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón de acuerdo al siguiente esquema conceptual.

- Análisis de los recursos comunitarios generales destinados a toda la población.
- Análisis de los recursos especializados destinados a personas con discapacidad.
- Análisis de los recursos especializados destinados a personas mayores.

Previamente, es necesario realizar algunas puntualizaciones que pueden ayudar a contextualizar mejor la información que se refleja a continuación.

- Se han revisado diversas fuentes de información sobre recursos, especialmente en el ámbito de las personas mayores que es en el que existe un mayor desarrollo de información. Entre estas fuentes, quizás la más importante es la suministrada por el Instituto Aragonés de estadística en su documento “Datos básicos” Aragón 2004. y la guía de recursos sociosanitarios del Departamento de Sanidad y Bienestar Social del Gobierno de Aragón. Estos datos, que son algo más completos, pertenecen al año 2.000. De ellos se han extraído la información para discapitados y salud mental.
- Para los servicios domiciliarios y los especializados para mayores, se ha optado por utilizar la información del Observatorio de personas mayores del IMSERSO, a través de su recientemente publicado Informe 2004. Además de su indudable oficialidad, es la fuente que ofrece mayor desarrollo y actualidad en la información sobre servicios y programas para mayores. Toda su información procede de las Consejerías de Servicios Sociales de cada una de las Comunidades Autónomas.
- Se observan carencias importantes en los sistemas de recogida de información sobre recursos sociales que se traducen en datos dispares sobre el mismo servicio y utilización de conceptos equívocos. Al no existir un glosario de términos ni un registro de servicios homologado dentro y fuera de la Comunidad Autónoma, parece obligado interpretar los datos que se ofrecen a continuación dentro de un cierto margen de error, derivado de los problemas reseñados.

Se abordan en primer lugar aquellos servicios y programas que favorecen la permanencia en el domicilio, en coherencia con los deseos expresados por los ciudadanos españoles y aragoneses al respecto.

A continuación se analizan los llamados servicios intermedios, centros de día y estancias temporales, para finalizar con una descripción del “estado de la cuestión” en el ámbito de los modelos alternativos a las residencias y del sistema institucional propiamente dicho. A pesar de que este análisis se ajuste a la estructuración tradicional de nuestro sistema de atención, que ha respondido siempre a las dicotomías establecidas entre lo institucional y lo comunitario, o lo social y lo sanitario, ya desde este momento queremos realizar una puntualización que, en nuestra opinión, debería presidir el futuro de la planificación de servicios a las personas discapacitadas y dependientes en Aragón: el desarrollo de los sistemas de atención, el mejor conocimiento de las necesidades y deseos expresados por las personas y sus redes sociales, junto con las nuevas prioridades de las políticas sociales, han ido evidenciando la necesidad de superar los antiguos planteamientos dicotómicos para ofrecer un modelo de atención que integre los servicios en el

entorno comunitario más cercano, de tal forma que pueda responder con agilidad a las necesidades de las personas dependientes y de sus familias. En consecuencia, la atención institucional no debe quedar fuera del ámbito comunitario, como un mundo aparte, cerrado e infranqueable. Es indispensable que los postulados de integralidad asuman estos planteamientos desde el comienzo del diseño del futuro modelo de protección a la dependencia.

4.3. Servicios para personas mayores

4.3.1. Servicios domiciliarios

Sin entrar a analizar la atención domiciliaria de índole sanitaria, que en Aragón se presta fundamentalmente por los equipos de atención primaria y también, por equipos especializados de soporte (ESAD) y algún equipo domiciliario del servicio de Geriátrica del Hospital de San Jorge de Zaragoza, vamos a circunscribir nuestra atención a los servicios de ayuda a domicilio (SAD) prestado por los servicios sociales en esta Comunidad Autónoma, sin olvidar la necesaria coordinación que debe existir con la atención domiciliaria dependiente de los centros de salud o de los servicios hospitalarios. Se adjunta como anexo (nº 2) información detallada sobre las áreas sanitarias objeto de este estudio.

En el ámbito conceptual, los SAD consisten en ofrecer una ayuda personal y/o determinados servicios en el domicilio de ciertas personas (mayores, discapacitadas, enfermas, familias desestructuradas, etc.) cuya independencia funcional se encuentra limitada o que atraviesan una situación de crisis personal o familiar.

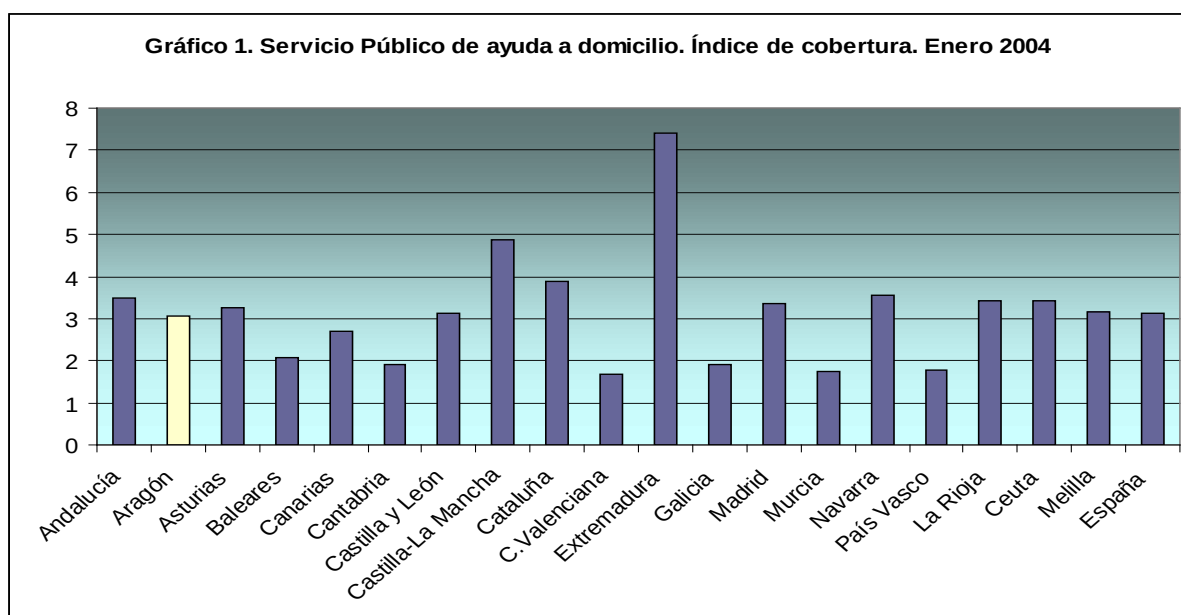
El contenido de los SAD comprende, además del cuidado y atención personales a quienes son sus usuarios/as, la prestación de otros servicios considerados clave de cara a favorecer un aceptable grado de independencia en el funcionamiento de la vida diaria, tales como la limpieza del hogar, preparación de comidas, realizar determinadas gestiones, etc.

También suelen incluirse como prestaciones complementarias las reparaciones o adaptaciones de las viviendas, la instalación de aparatos o ayudas técnicas, el servicio de teleasistencia domiciliaria, el servicio de comidas o de lavandería a domicilio, etc. (Rodríguez, P. 2004).

Aunque los SAD son prestaciones de los servicios sociales dirigidas a toda persona en situación de riesgo de pérdida de niveles de independencia, vamos a referirnos a la ayuda domiciliaria prestada y dirigida a las personas mayores, que constituyen, por otra parte, la gran mayoría de todos los destinatarios de los SAD (más de un 90% de los usuarios del mismo son personas mayores).

4.3.1.1. El Servicio de Ayuda a domicilio

A Enero de 2004, Aragón contaba con 8.064 usuarios del SAD, lo que supone un índice de cobertura del 3.07% sobre la población mayor de 65 años. Aunque este índice de cobertura se sitúa muy cerca de la media nacional (3.14%) Aragón ocupa el doceavo lugar en relación al grado de implantación de este servicio en España. (Gráfico 1, tabla 3).



Fuente: INE 2004

Tabla nº3

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA

NÚMERO DE USUARIOS ATENDIDOS E ÍNDICE DE COBERTURA (1)

ENERO 2004

Ámbito Territorial	Población>65 01/01/03	Nº usuarios atendidos	Índice de cobertura (1)
Andalucía	1.128.535	39.266	3,48
Aragón	262.460	8.064	3,07
Asturias	238.075	7.750	3,26
Baleares	133.383	2.784	2,09
Canarias	228.142	6.135	2,69
Cantabria	105.213	2.025	1,92
Castilla y León	569.834	17.805	3,12
Castilla-La Mancha	358.564	17.460	4,87
Cataluña	1.149.771	44.472	3,87
C. Valenciana	740.781	12.363	1,67
Extremadura	207.973	15.415	7,41
Galicia	585.977	11.220	1,91
Madrid	830.839	28.024	3,37
Murcia	178.983	3.153	1,76
Navarra	103.200	3.675	3,56
País Vasco	383.761	6.793	1,77
La Rioja	55.578	1.894	3,41
Ceuta	8.222	283	3,44
Melilla	7.329	231	3,15
España	7.276.620	228.812	3,14

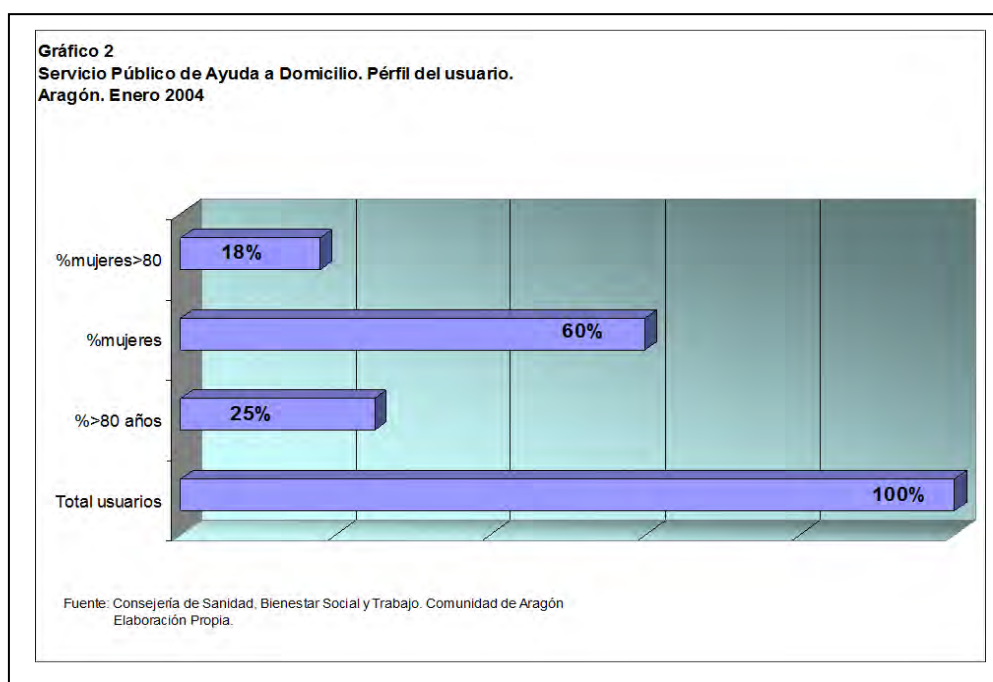
Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales

INE (2004) *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2003*

Elaboración propia

1) Índice de cobertura: (usuarios/población>65)x100

El perfil de sus usuarios está constituido, como en el resto del país por una mayoría de mujeres (60%) y un importante nº de mayores de 80 años (2016), de los cuales el 72% son mujeres



La edad media del usuario se sitúa en 76 años. Esta distribución del SAD por edades, nos hace inferir que todavía existe un número muy importante de personas mayores de 80 años que no reciben ningún tipo de servicio profesional en esta comunidad, cuando en esta etapa de la vida los índices de incidencia de la dependencia se incrementan de manera exponencial.

Intensidad horaria y distribución de tareas

A pesar de que el índice de cobertura y el número de usuarios de un servicio sean los indicadores más frecuentemente utilizados, en el caso del SAD la intensidad horaria es un aspecto que matiza, cuando no determina, la esencia de este recurso. Aragón es una de las CCAA con una menor intensidad horaria del Estado, 10 horas mensuales, lo que supone un descenso considerable (e inexplicable) en relación a Enero de 2001 año en que se informaba de 16.50 horas de prestación mensual de este servicio (tabla nº 4).

Resulta preocupante que observemos un descenso similar de este indicador en el resto del Estado desde al año 2000, lo cual puede haber supuesto un incremento aparente del SAD durante este periodo, que ha ido acompañado de una reducción notable en el tiempo de atención. No obstante, la media española para este año 2004 se sitúa en 16,43 horas al mes, lo cual supone algo más de 4 horas a la semana.

Tabla nº 4. Servicio público de Ayuda a Domicilio en España. Número de horas dispensadas e intensidad horaria. Enero 2004.

Ámbito Territorial	Nº de horas	Intensidad horaria(1)
	dispensadas	
Andalucía	3.500.000	8,00
Aragón	942.672	10,00
Asturias	9.464	13,00
Baleares*	-----	12,80
Canarias	749.160	10,00
Cantabria	499.031	20,53
Castilla y León	3.332.656	19,00
Castilla-La Mancha	2.777.430	19,24
Cataluña	4.218.681	14,00
C. Valenciana	-----	10,82
Extremadura	3.325.751	22,00
Galicia	3.880.166	29,00
Madrid	4.182.248	16,85
Murcia	681.705	17,00
Navarra	-----	8,76
País Vasco	1.469.061	25,00
La Rioja	304.652	13,00
Ceuta	103.123	22,00
Melilla	64.145	21,20
España		16,43

Elaboración propia

(1) Intensidad horaria: número de horas de atención al mes por usuario

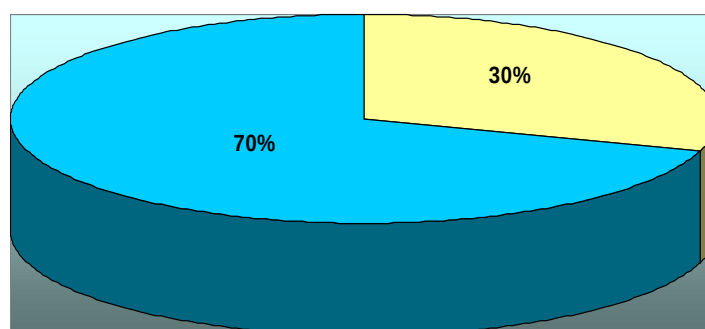
** Enero 2003*

No es necesario extenderse en comentar la flagrante insuficiencia de este servicio si queremos hacer frente a la amplia gama de necesidades que presentan las personas dependientes. Las actuales características del SAD en ningún caso pueden garantizar la permanencia en el domicilio en condiciones de cierta calidad de vida.

Otro indicador esencial para el análisis de este recurso en el marco de la atención a la dependencia, es la distribución de tareas que se realizan. Una vez más, Aragón está todavía lejos de una concepción del SAD adaptada a las necesidades de la dependencia. Solo un 30 % de las tareas que se realizan, están dedicadas a cuidados personales, constituyendo las tareas domésticas el objeto central de este servicio (70%) (gráfico nº 3).

La necesidad de implantar cambios en estos aspectos es incuestionable, si queremos que el servicio de ayuda a domicilio de respuestas reales a las necesidades de las personas con dependencias. Ello no supone la eliminación de las tareas domésticas, imprescindibles para el mantenimiento en el domicilio, sino un incremento claro en la calidad y cantidad de la prestación de cuidados personales, que constituyen la esencia de las atenciones a la dependencia. Todo ello sin olvidar en ningún momento las consecuencias que el cambio de concepción de este servicio acarrearán en el ámbito de la formación y cualificación profesional de sus trabajadores, aspectos del que hasta el momento, disponemos de escasa información.

Gráfico 3
Servicio Público de Ayuda a Domicilio. Distribución de Funciones
Aragón. Enero 2004

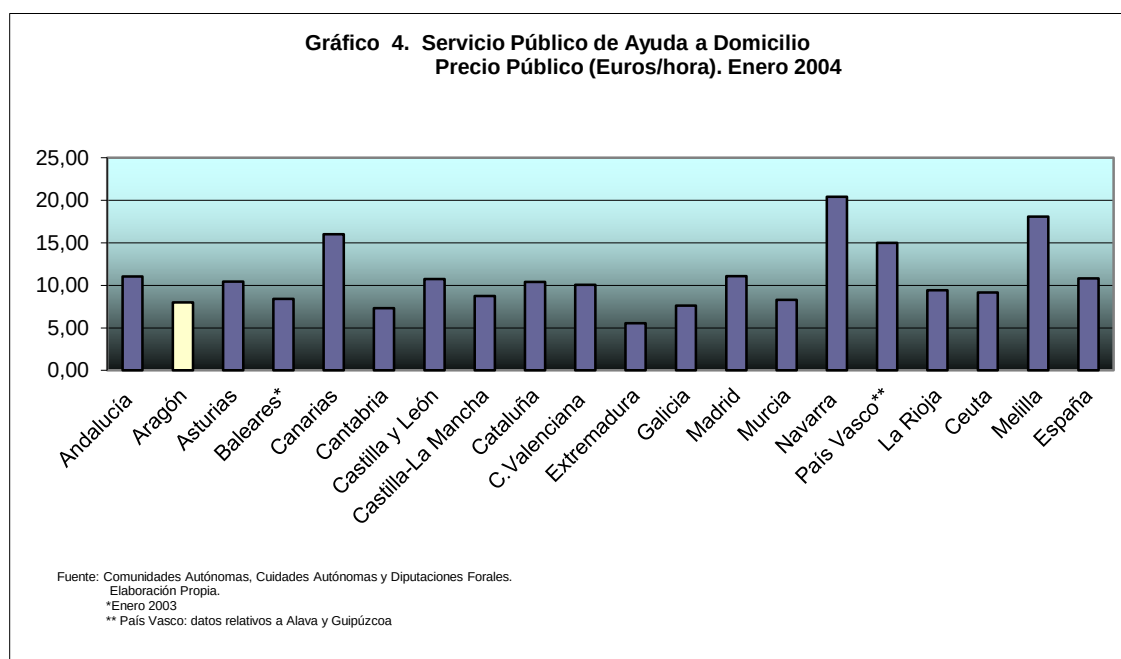


■ % tiempo empleado en cuidados ■ % tiempo empleado en tareas domésticas

Fuente: Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. Comunidad de Aragón
Elaboración propia

Grafico nº 3.- Servicio público de Ayuda a domicilio. Perfil del Usuario. Enero 2004

Por último, y en cuanto el precio público de este servicio Aragón lo establece en ocho euros hora, bastante por debajo de la media nacional, que se sitúa en 10.83 euros. El gráfico nº 4 nos ofrece una foto comparativa de interés en este aspecto. El porcentaje de copago por parte de los usuarios del SAD en Aragón asciende a un 15%.



4.3.1.2. Servicio de teleasistencia

A enero de 2004, 6.989 personas mayores de 65 años disponían de un dispositivo de teleasistencia en su domicilio, lo que supone un índice de cobertura de un 2.66% sobre la población mayor de 65 años. Aragón se sitúa en el quinto lugar de España en cuanto a disponibilidad de este servicio, cuyo índice de cobertura en España es de un 2.05% (gráfico 5.)

La teleasistencia constituye un importante elemento de seguridad y tranquilidad, sobre todo para las personas mayores que viven solas o pasan gran parte del día sin ninguna compañía y que son susceptibles de encontrarse en situación de riesgo por fragilidad o dependencia.

Los desarrollos que en la actualidad se están realizando tecnológicamente, incluyen extenderlo fuera del domicilio, aportar sistemas de seguridad en la vivienda (detección de incendios, intrusión...) y controlar determinadas constantes médicas (telemedicina).

El crecimiento de la teleasistencia en los últimos años en todas las CCAA ha sido exponencial, contabilizando en España a Enero de 2004, 148.905 usuarios (tabla nº 5). Los datos disponibles sobre Aragón indican que en 1999 el nº de usuarios ascendía a 2842, y en el 2004 han sido 6.989.

Gráfico nº 5. Servicio Público de Teleasistencia en España.
Evolución del Índice de Cobertura
(nºusuarios/pobl>65)*100.
1995-2004

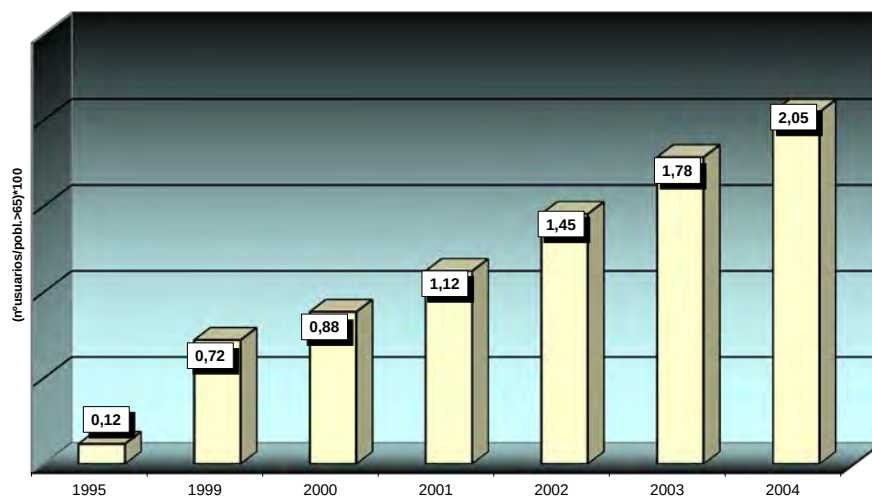


Tabla nº 5			
SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA EN ESPAÑA			
NÚMERO DE USUARIOS ATENDIDOS Y SOLICITANTES E INDICE DE COBERTURA(1)			
ENERO 2004			
Ámbito Territorial	Población>65	Nº usuarios	Índice de cobertura (1)
	01/01/03	atendidos	
Andalucía	1.128.535	20.242	1,79
Aragón	262.460	6.989	2,66
Asturias	238.075	4.188	1,76
Baleares	133.383	2.527	1,89
Canarias	228.142	1.422	0,62
Cantabria*	105.213	500	0,48
Castilla y León	569.834	14.468	2,54
Castilla-La Mancha	358.564	14.078	3,93
Cataluña	1.149.771	9.105	0,79
C.Valenciana	740.781	13.837	1,87
Extremadura	207.973	2.789	1,34
Galicia	585.977	3.944	0,67
Madrid	830.839	37.931	4,57
Murcia	178.983	2.425	1,35
Navarra	103.200	4.833	4,68
País Vasco	383.761	8.677	2,26
La Rioja	55.578	697	1,25
Ceuta	8.222	35	0,43
Melilla	7.329	218	2,97
España	7.276.620	148.905	2,05

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales

INE (2004) *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2003*

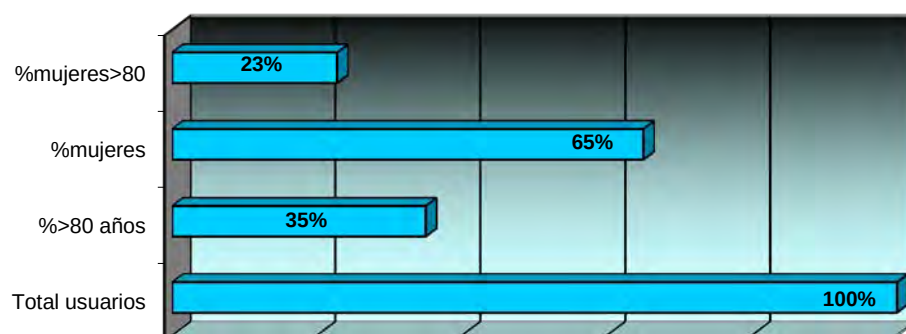
Elaboración propia

(1) Índice de cobertura: (usuarios/población>65)x100

*Enero 2003

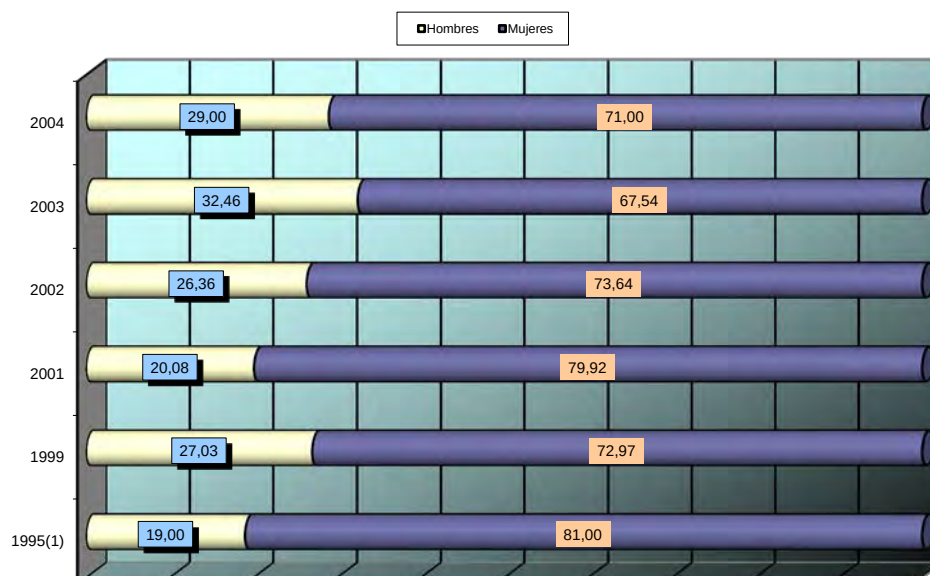
Resulta sorprendente que sólo un 35% de sus usuarios sean mayores de 80 años (grafico 6), cuando la media nacional para este grupo de edad se sitúa en un 53%, porcentaje absolutamente coherente con el objeto de este servicio. En cuanto a su distribución por género y en coherencia con la estructura poblacional de los mayores de 65 años, 4.553 de sus usuarios son mujeres, lo que supone un 65% del total. El grafico nº 7 muestra la evolución a nivel nacional de esta distribución por género.

Gráfico 6
Servicio Público de Teleasistencia. Perfil del usuario.
Aragón. Enero 2004



Fuente: Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. Comunidad de Aragón
Elaboración Propia.

Gráfico 7 Servicio Público de Teleasistencia en España.
Distribución por género de los usuarios. 1995-2004
(% sobre total usuarios)



La evolución y perfeccionamiento tecnológico de este programa ha abaratado considerablemente sus costes, lo que facilita la accesibilidad al mismo desde el sector público o privado. El precio público a enero 2004 era en Aragón de 180 euros anuales como media, bastante por debajo del precio medio nacional que se situaba en 253,65 euros anuales. Aunque en la mayoría de las comunidades autónomas no se contempla el copago en este servicio, en Aragón la aportación del usuario asciende a una media de 43 euros anuales.

4.3.1.3. Otros servicios domiciliarios

Aunque todavía están poco desarrollados en todo el país los servicios complementarios al SAD, en Aragón se informa de la existencia de 543 usuarios del servicio público de comidas a domicilio.

Por último y en cuanto a las prestaciones de adecuación de vivienda, fundamentales para el mantenimiento en el domicilio de las personas dependientes, en el año 2003 se ha atendido a 407 usuarios, con un gasto medio anual/ usuario de 307 euros.

4.3.2. Servicios intermedios

Los llamados servicios intermedios se sitúan dentro de la cadena asistencial, entre el domicilio y la residencia o alojamientos para estancias prolongadas. Algunos de ellos, como los que van a describirse a continuación, también se conocen como programas de respiro familiar.

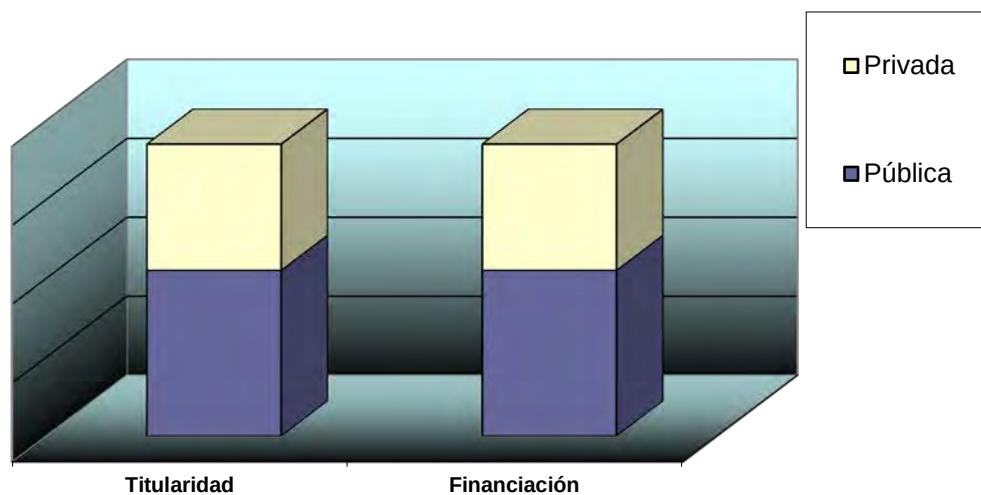
Tanto las Organizaciones Internacionales como los expertos en Gerontología insisten en la importancia de proveer recursos de respiro destinados a los cuidadores/as informales, puesto que existe evidencia de que los familiares toleran mejor el estrés derivado de los cuidados de larga duración a personas dependientes si tienen la posibilidad de beneficiarse de servicios de respiro.

Existe gran variedad de recursos de este tipo (estancias temporales en residencias, centros de día, estancias de día o de noche en centros gerontológico, vacaciones para personas dependientes, períodos de atención y evaluación sociosanitaria, etc.), aunque su extensión es todavía escasa en muchos lugares. En Aragón solo hemos podido obtener información sobre los dos más importantes: centros de día y estancias temporales.

4.3.2.1. Centros de día para personas mayores dependientes.

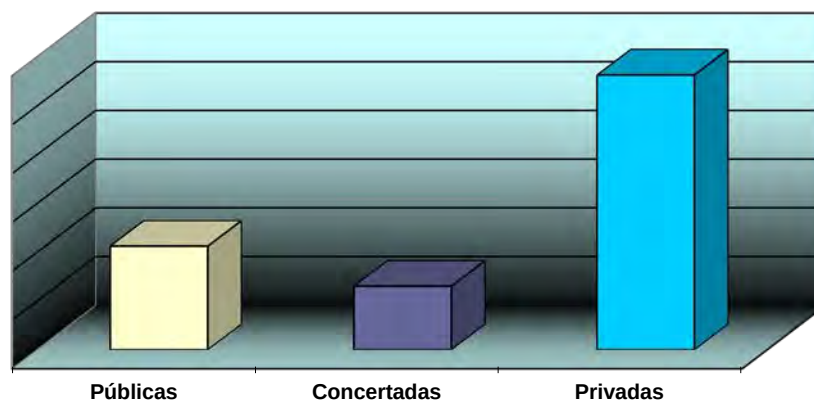
A Enero de 2004 se contabilizan en Aragón 905 plazas de centros de día, de las cuales, 432 son de financiación pública y 563 completamente privadas. El incremento de este recurso es evidente, si tenemos en cuenta que en 1999 se informaba de la existencia de 50 plazas públicas en centros de día y ninguna privada. Este incremento es similar al acaecido en casi todo el Estado. (gráficos 8 y 9)

Gráfico 8.
Centros de Día para Dependientes.
Distribución del Número de Centros según Titularidad y Financiación.
Aragón. Enero 2004



Fuente: Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. Comunidad de Aragón
Elaboración Propia.

Gráfico 9.
Centros de Día para Dependientes. Distribución del Número Plazas
Aragón. Enero 2004



Fuente: Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. Comunidad de Aragón
Elaboración Propia.

Los primeros datos disponibles sobre la extensión de este servicio, desagregados por CCAA, correspondientes también al año 1999, informan de la existencia de 11.540 plazas. A enero 2004 la oferta en el Estado es de 33.709 plazas para personas mayores dependientes, lo que supone un índice de cobertura del 0.46 sobre > de 65 años, y de 1.9% sobre mayores de 80 años que son sus usuarios mayoritarios (gráfico nº 10 y tabla nº6). Aragón con un 0.34% de cobertura, se sitúa en el décimo lugar en relación al conjunto de las CCAA. españolas.

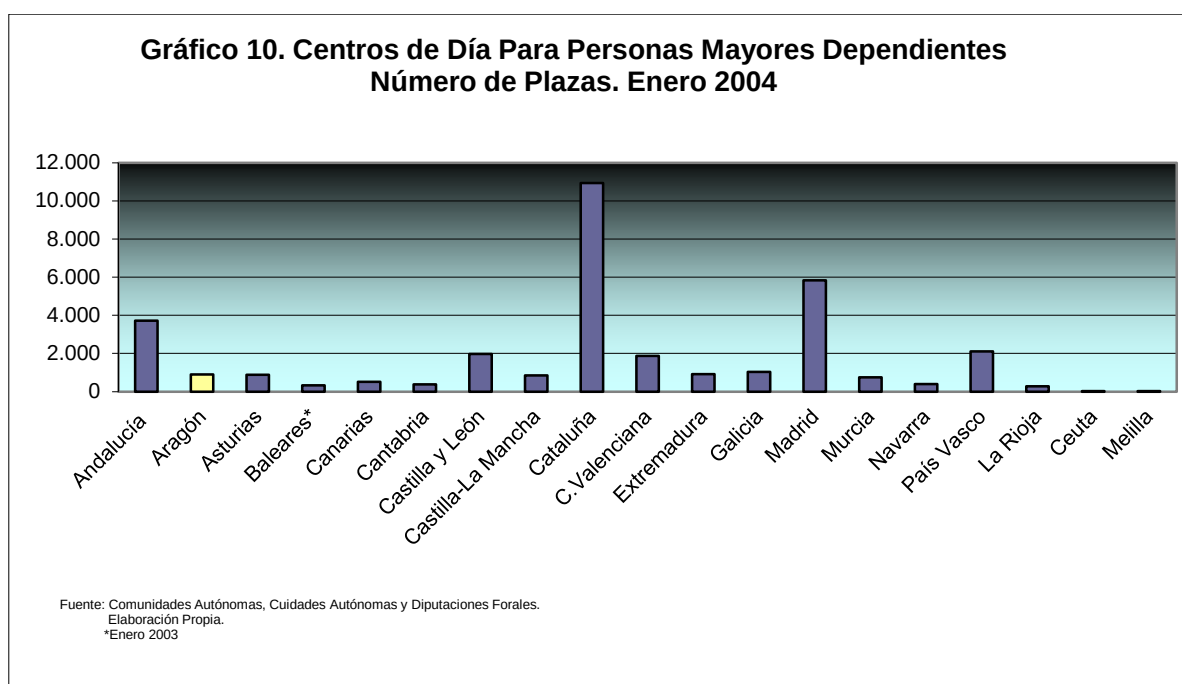


Tabla nº 6				
CENTROS DE DIA PARA PERSONAS DEPENDIENTES EN ESPAÑA				
NÚMERO TOTAL DE CENTROS Y PLAZAS				
ENERO 2004				
Ámbito Territorial	Población>65	Nº de centros	Nº plazas	Indice de
	01/01/2003	Total	Total	Cobertura (1)
Andalucía	1.128.535	149	3.721	0,33
Aragón	262.460	37	905	0,34
Asturias	238.075	35	884	0,37
Baleares*	133.383	22	322	0,24
Canarias	228.142	28	514	0,23
Cantabria	105.213	21	372	0,35
Castilla y León	569.834	284	1.978	0,35
Castilla-La Mancha	358.564	76	849	0,24
Cataluña	1.149.771	642	10.929	0,95
C. Valenciana	740.781	71	1.868	0,25
Extremadura	207.973	48	910	0,44
Galicia	585.977	29	1.036	0,18
Madrid	830.839	160	5.842	0,70
Murcia	178.983	31	755	0,42
Navarra	103.200	18	392	0,38
País Vasco	383.761	91	2.113	0,55
La Rioja	55.578	12	269	0,48
Ceuta	8.222	1	25	0,30
Melilla	7.329	1	25	0,34
España	7.276.620	1.756	33.709	0,46

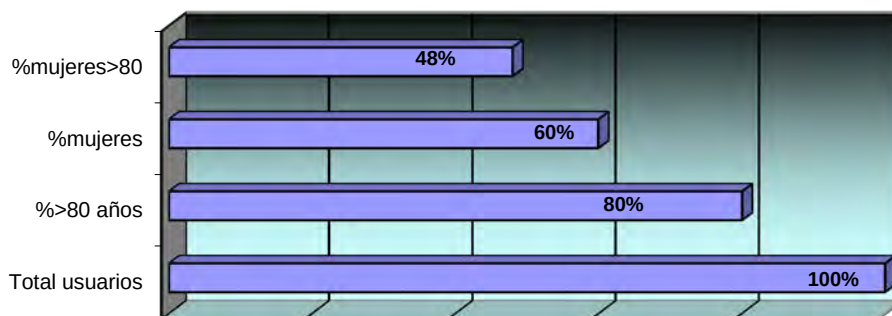
Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales

INE (2004) *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2003*

Elaboración propia

En cuanto al perfil de sus usuarios, como se puede observar en el (gráfico 11). el 80% de sus usuarios son mayores de 80 años y el predominio de mujeres, como en el resto de los recursos para mayores es claro. La edad media de sus usuarios es de 81 años. Grafico nº 1 1

Gráfico 11.
Centros Públicos de Día para Dependientes. Perfil del usuario.
Aragón. Enero 2004



Fuente: Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. Comunidad de Aragón
Elaboración Propia.

Hay que destacar que esta Comunidad Autónoma dispone de 290 plazas psicogeríátricas, de las cuales 112 son estrictamente privadas y el resto de financiación pública. Su elevado precio público, 11.731 euros, es un indicador de su grado de profesionalidad.

Respecto a las plazas, y al igual que en el resto de España, en su mayoría son gestionadas por el sector privado. Si en el conjunto del Estado, predomina la financiación con aportación del sector público (56%), en el caso de Aragón, solo 212 plazas son totalmente públicas y 130 concertadas, lo que hace suponer que es necesario un mayor esfuerzo desde las administraciones públicas para hacer más accesible este recurso a las personas que lo necesitan. Sin embargo, el hecho de que 342 usuarios reciban una prestación económica para la financiación de este servicio, contrarresta claramente las carencias señaladas.

Desafortunadamente, no disponemos de información suficiente sobre las características de estos centros de día: profesionales, cualificación, programas que llevan a cabo, funcionamiento del transporte, horarios y días de apertura. Sin embargo, el precio público de la plaza, 7.738 euros, hace pensar que puede estar financiando un servicio bastante profesionalizado, muy especialmente si lo comparamos con el precio público medio del Estado, que asciende a 6.400 euros.

4.3.2.2. Estancias temporales en residencias.

Es este un servicio de apoyo familiar de gran importancia en la atención a la dependencia.

Los datos disponibles sobre el desarrollo de este programa, tanto en España como en Aragón son escasos, como se puede observar en la **tabla nº 7**, posiblemente porque sólo se reflejan las plazas dedicadas exclusivamente a estancias temporales. Esta es una fórmula que utilizan solamente algunas CCAA. Otras, hacen uso temporal de sus plazas residenciales en determinadas épocas del año, por lo que no se contabilizan aquí, al hacerlo ya en el concepto "Plazas residenciales". En Aragón suponemos que se produce esta segunda situación, razón por la cual solo se informa de la existencia de 39 plazas destinadas a estancias temporales.

Tabla nº 7: Servicio público de Estancia Temporal en España. Número de Centros y Plazas. Enero 2004.

Ámbito Territorial	Nº de Centros	Nº de Plazas
Andalucía	163	480
Aragón	11	39
Asturias	3	35
Baleares*	5	35
Canarias	-----	-----
Cantabria	1	4
Castilla y León	12	60
Castilla-La Mancha	78	697
Cataluña	-----	-----
C. Valenciana	142	187
Extremadura	13	44
Galicia	15	44
Madrid	43	400
Murcia	-----	-----
Navarra**	16	190
País Vasco***	31	607
La Rioja	4	18
Ceuta	-----	-----
España		

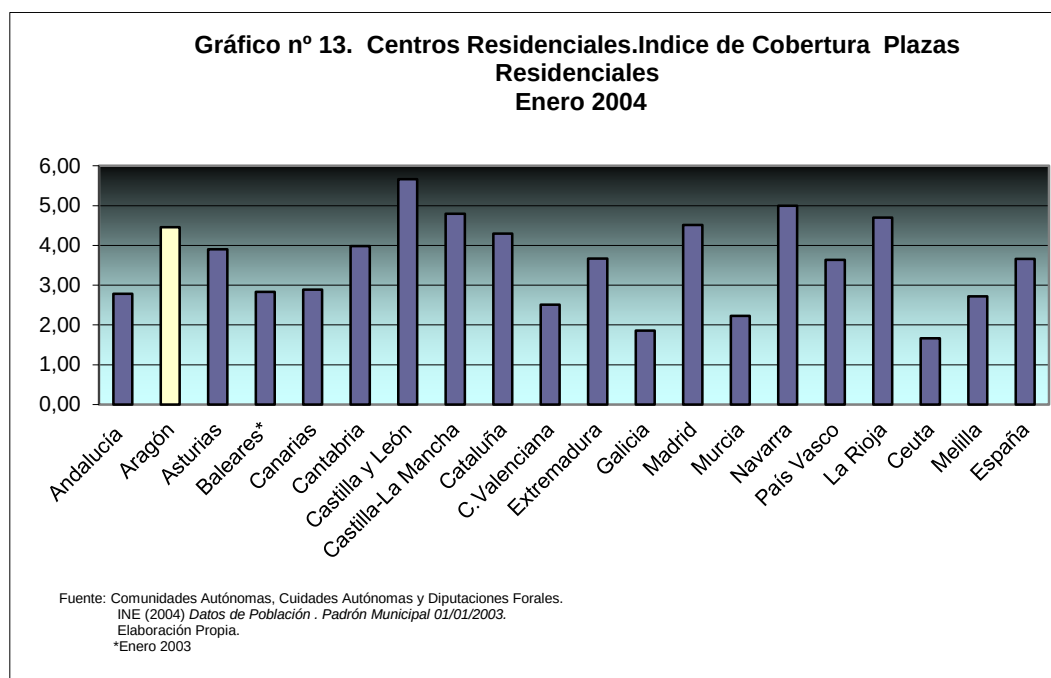
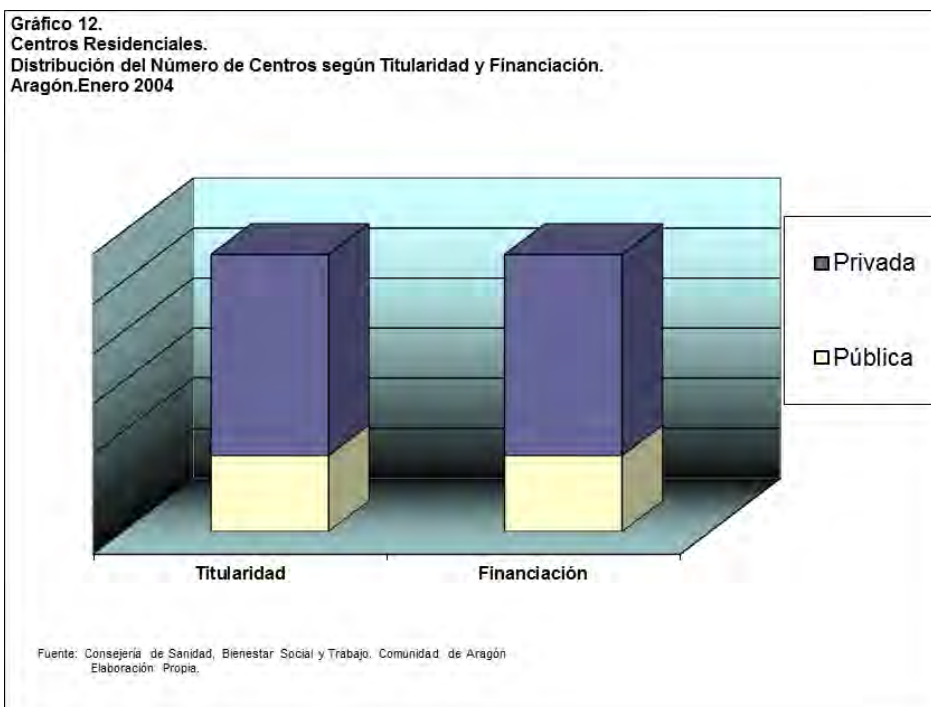
Elaboración propia

***Enero 2003**

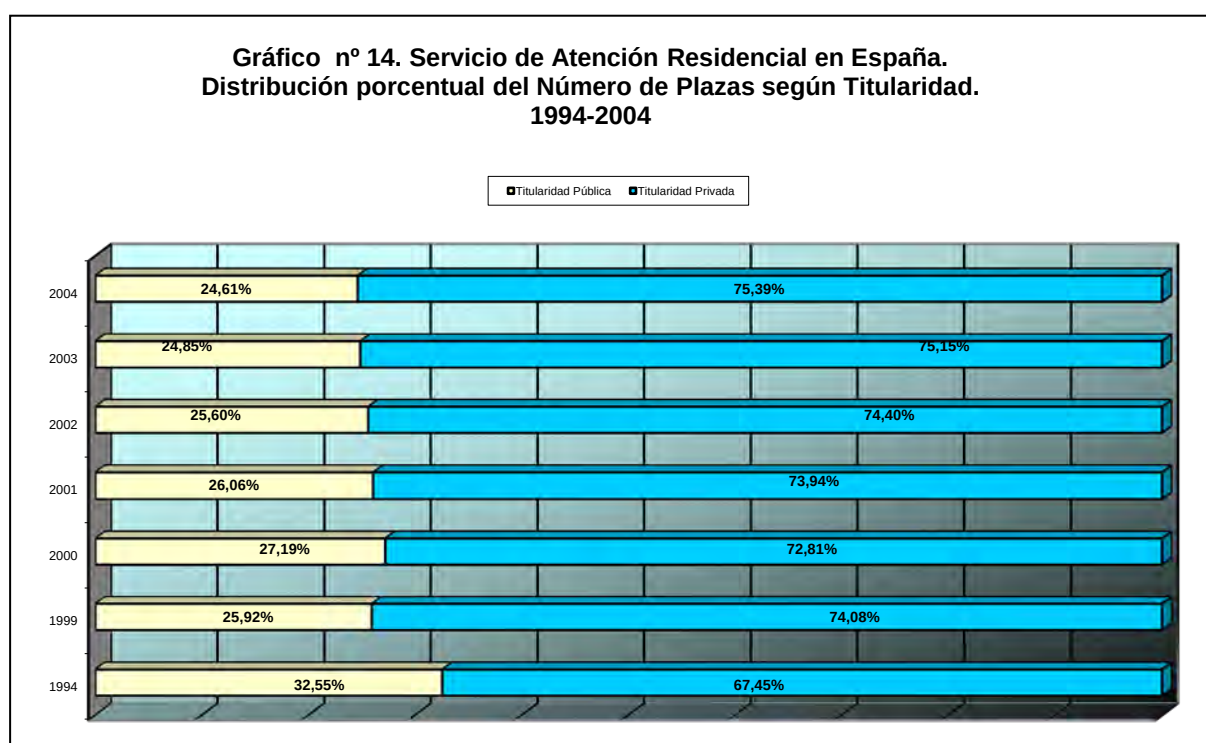
*****País Vasco: datos relativos a Álava y Guipúzcoa**

4.3.3. Las residencias

A Enero de 2004 el nº total de plazas residenciales en la CCAA de Aragón ascendía a 11.695., distribuidas en 277 centros, de los cuales 201 son de titularidad privada y 76 de titularidad pública, (gráfico nº 12). En definitiva, Aragón dispone de un índice de cobertura del 4.46% de plazas residenciales, bastante superior a la media nacional que se sitúa en 3. 65 plazas por cada 100 ciudadanos españoles mayores de 65 años y que supone la existencia de 265.712 plazas residenciales de todo tipo: públicas, privadas, de diferentes calidades, muchas de ellas solo para personas que se valen por sí misma (gráfico nº 13). En definitiva, estamos ante una oferta residencial caracterizada por la desigualdad en casi todas sus vertientes de análisis.

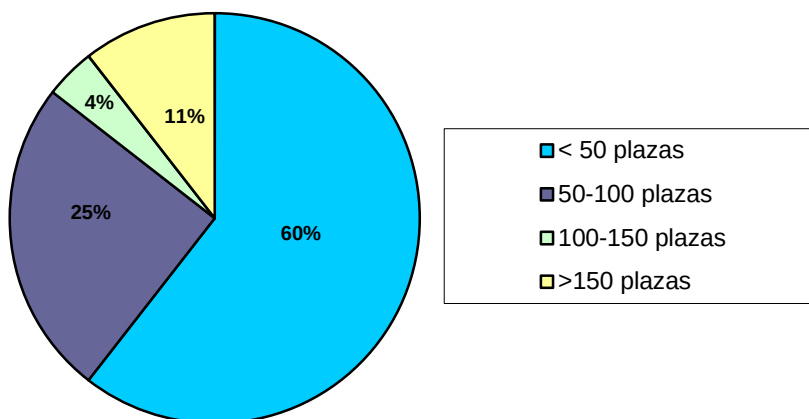


Esta oferta residencial, tanto en Aragón como en el resto del estado, se caracteriza por un mayor peso del sector privado respecto al sector público, predominio que se pone de manifiesto tanto en la titularidad de los centros y plazas, como en la financiación y en la gestión. De hecho supone un índice de cobertura de 1.07 plazas públicas y 3.39 plazas privadas (gráfico nº 14). Una vez más, esta característica pone de manifiesto el ingente esfuerzo que las familias de las personas mayores realizan, aun en las circunstancias en las que se ven abocadas a favorecer el ingreso en una residencia, sufragando una parte importante, cuando no la totalidad del coste de este recurso. Esta tendencia, predominante históricamente (Gráfico nº 14), va en aumento, de tal manera que actualmente en España solo el 24.61-% de las plazas son de titularidad pública.



En cuanto al tamaño de los centros residenciales en Aragón, la mayoría son de menos de 50 plazas y solo ocho de sus centros superan las 150 camas (gráfico nº 15). Si bien este dato puede ser un claro indicador de un modelo residencial más humanizado y acorde con los deseos de las propias personas mayores, sabemos que la realidad de la mayoría de los centros pequeños actuales es bien diferente, respondiendo a iniciativas mercantiles poco estructuradas y profesionalizadas.

Gráfico 15.
Centros Residenciales.
Distribución del Número de Centros según Tamaño.
Aragón. Enero 2004



Fuente: Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. Comunidad de Aragón
Elaboración Propia.

De acuerdo a la información suministrada por la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de esta comunidad, 3.465 plazas están destinadas a personas dependientes, lo que supone un 29.63% de las existentes, porcentaje francamente bajo si lo relacionamos con las necesidades que presenta la población mayor en situación de dependencia. La media nacional se sitúa en un 59'99% de plazas residenciales habilitadas para dependientes (tabla nº 8). Este indicador nos obliga a matizar el índice de cobertura reflejado anteriormente, que como podemos observar, en sí mismo puede suministrar una información falaz.

Tabla nº 8.

NÚMERO DE PLAZAS PARA DEPENDIENTES Y PSICOGERIÁTRICAS EN CENTROS RESIDENCIALES**ENERO 2004**

Ámbito Territorial	Nº Total de plazas Residenciales	Nº de plazas Públ+Concer.	Nº de Plazas Dependientes	(Pl.Dependientes/ Total Plazas)(1) (%)	Nº de Plazas Psicogeriatricas	(Pl.Psicogeriatricas/ Total Plazas) (%)
Andalucía(1)	31.422	12.423	6.669	53,68%	201	0,64%
Aragón	11.695	2.810	3.465	29,63%	264	2,26%
Asturias(1)	9.297	3.309	1.736	52,46%	-----	-----
Baleares*	3.774	2.055	1.760	46,63%	-----	-----
Canarias	6.591	3.113	2.003	30,39%	-----	-----
Cantabria(1)	4.191	1.616	1.424	88,11%	-----	-----
Castilla y León	32.263	11.682	20.998	65,08%	328	0,96%
Castilla-La Mancha	17.185	5.333	4.363	25,39%	-----	-----
Cataluña	49.356	20.837	49.356	100,00%	7.809	15,82%
C. Valenciana	18.566	12.659	15.792	85,06%	2.182	11,75%
Extremadura	7.634	4.238	3.379	44,26%	1.702	22,29%
Galicia	10.887	4.877	6.990	64,21%	3.613	33,19%
Madrid(1)	37.483	14.517	10.255	70,64%	868	2,32%
Murcia(1)	3.993	1.413	1.413	100,00%	60	1,50%
Navarra	5.157	2.523	2.187	42,41%	-----	-----
País Vasco**	13.952	9.238	5.928	90,69%	907	13,88%
La Rioja	2.610	978	560	21,46%	90	3,45%
Ceuta	137	112	-----	-----	-----	-----
Melilla(1)	199	109	76	69,72%	-----	-----
España	266.392	113.842	138.354	59,99%		

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales;
Elaboración Propia

(1) En el caso de Andalucía, Asturias, Cantabria, Madrid, Murcia y Melilla el % de plazas para dependientes se ha calculado sobre el número total de plazas públicas+concertadas, ya que no existe información sobre plazas residenciales privadas para dependientes.

*Enero 2003

Tabla 9

ENERO 2004

CENTROS RESIDENCIALES EN ESPAÑA PRECIO DE PLAZAS RESIDENCIALES EN ESPAÑA

Ámbito Territorial	Plazas Públicas y Concertadas (Euros/año)			
	Precio público plaza no dependiente	Precio Concertación plaza no dependiente	Precio Concertación plaza dependiente	Precio Concertación plaza psicogeriatrica
Andalucía* *	7.738,00 €	8.048,25 €	14.464,95 €	18.505,50 €
Aragón	7.738,00 €	7.738,00 €	14.020,00 €	14.020,00 €
Asturias	10.291,00 €	10.291,00 €	10.291,00 €	10.291,00 €
Baleares*	13.600,00 €	-----	-----	-----
Canarias	17.821,57 €	-----	27.708,55 €	-----
Cantabria	14.434,65 €	14.434,65 €	14.494,15 €	16.286,30 €
Castilla y León	12.340,65 €	12.340,65 €	12.340,65 €	18.250,00 €
Castilla-La Mancha	-----	-----	14.151,00 €	-----
Cataluña	14.246,24 €	-----	-----	19.963,16 €
C. Valenciana	14.367,86 €	13.162,20 €	13.399,20 €	15.745,44 €
Extremadura****	-----	10.986,50 €	10.986,50 €	10.986,50 €
Galicia	17.622,42 €	11.964,70 €	12.600,00 €	12.600,00 €
Madrid***	22.848,00 €	10.669,00 €	16.633,05 €	16.633,05 €
Murcia	5.693,00 €		12.020,00 €	12.020,00 €
Navarra	12.913,92 €	-----	12.913,92 €	12.913,92 €
País Vasco	27.149,10 €	19.174,66 €	19.174,66 €	19.908,31 €
La Rioja	11.409,00 €	15.648,00 €	15.648,00 €	22.820,00 €
Ceuta	2.569,23 €	8.760,00 €	8.760,00 €	8.760,00 €
Melilla	34.675,00 €	34.675,00 €	34.675,00 €	34.675,00 €
España	14.556,33 €		15.545,92 €	16.523,64 €

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales;

Elaboración Propia. *Enero 2003

**Andalucía: precio público Plaza-
enero 2003

***Madrid: datos relativos a la Comunidad. Los datos relativos al Ayto. Madrid están reflejados en la Ficha Comunidad Madrid

****Extremadura: El precio de plazas residenciales varía entre 9.000 €, para residencias pequeñas, y 18.000 € para centros especializados para dependientes graves.

En cuanto al precio de las plazas residenciales, asciende a 14.020 euros para concertación de plazas para dependientes y psicogeriatricas, por debajo de la media española que se sitúa en 16.523 euros (Tabla nº 9.).Este precio desciende casi a la mitad cuando se trata de plazas para personas no dependientes.

Por otra parte, es de destacar la ausencia total de sistemas alternativos de alojamiento en Aragón. No existen viviendas tuteladas, ni unidades de convivencia. Su conveniencia, sobre todo en ámbitos rurales, es indudable.

4.4. Recursos sociosanitarios en las comarcas objeto de estudio

Los datos disponibles sobre recursos para personas mayores en las Comarcas objeto de estudio son escasos y referidos al año 2.000. En el anexo nº 1 se ofrece un listado de los recursos para mayores publicados por el Gobierno de Aragón.

No obstante hemos optado por no realizar una proyección de la posible cobertura actual en estas comarcas, puesto que carecería del mínimo rigor y estamos seguros que una aproximación más detallada a las comarcas nos puede ofrecer datos reales.

Una primera observación de los diferentes mapas de cada uno de los recursos pone de manifiesto su escasez y la concentración de los mismos en la capital. Recordamos aquí el comentario realizado en el capítulo dos sobre las dificultades de acceso a los servicios en el medio rural, y por lo tanto la necesidad de considerar sus características propias a la hora de planificar y desarrollar recursos de atención.

4.4.1. El Servicio de Ayuda a domicilio.

Como se puede observar en la tabla nº 10 Las comarcas objeto de estudio tienen una distribución de la oferta de recursos domiciliarios francamente desigual. Desde el índice de cobertura de 4.08% de la Ribera Baja del Ebro, al 1.1% de Caspe las diferencias son notables. Es de suponer que actualmente el nº de usuarios habrá aumentado considerablemente, si tenemos en cuenta que en esa fecha el índice de cobertura de esta comunidad autónoma era de 2,33, con 5.554 usuarios, mientras que actualmente este servicio llega a algo más de 3 usuarios por cada 100 mayores de 65 años.

Tabla nº 10. Servicios de Ayuda a domicilio. Varias comarcas de Aragón. Año 2000

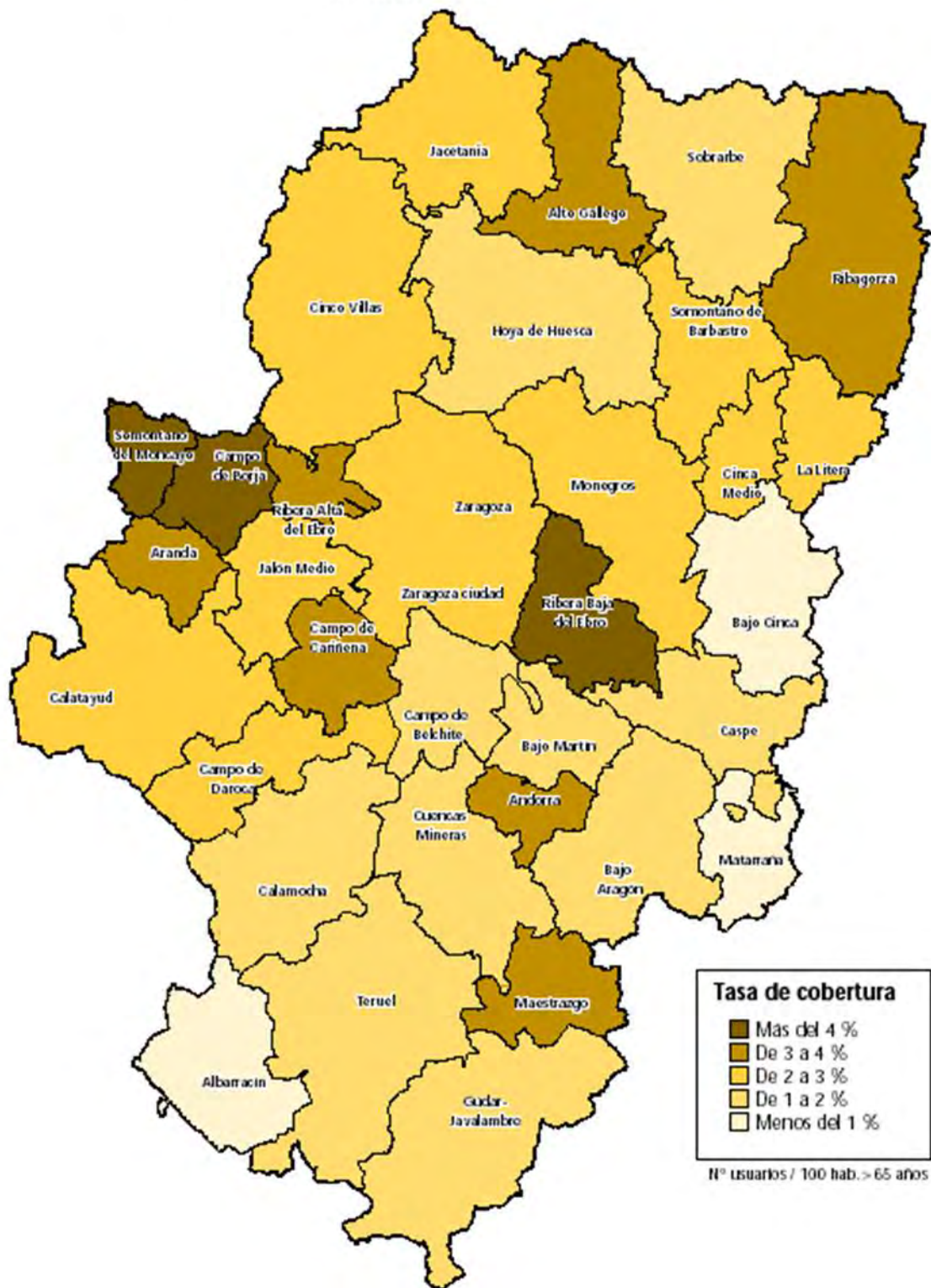
Zaragoza	2.440	2.34%
Ribera Baja del Ebro	85	4.08%
Caspe	42	1.11%
Campo de Belchite	25	1.33
Bajo Martín	38	1.58%
Bajo Aragón	71	1%

Tabla nº11. Servicios de ayuda a domicilio. Usuarios y tasa de cobertura

MAPA DE RECURSOS SOCIALES Y SOCIOSANITARIOS EN ARAGÓN. 2000		
SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO. ARAGÓN. 2000.		
USUARIOS Y TASA DE COBERTURA		
COMARCA	Nº CASOS	TASA DE COBERTURA
01 Jacetania	81	2,19
02 Alto Gállego	91	3,81
03 Sobrarbe	36	1,99
04 Ribagorza	137	3,93
05 Cinco Villas	204	2,90
06 Hoya de Huesca	242	1,93
07 Somontano de Barbastro	114	2,10
08 Cinca Medio	116	2,42
09 La Litera	131	2,76
10 Monegros	140	2,84
11 Bajo Cinca	46	0,97
12 Somontano de Moncayo	146	4,09
13 Campo de Borja	153	4,14
14 Aranda	61	3,70
15 Ribera Alta del Ebro	185	3,78
16 Jalón Medio	133	2,55
17 Zaragoza	2.440	2,34
18 Ribera Baja del Ebro	85	4,08
19 Caspe	42	1,11
20 Calatayud	285	2,43
21 Campo de Cariñena	82	3,16
22 Campo de Belchite	25	1,33
23 Bajo Martín	38	1,58
24 Campo de Daroca	55	2,45
25 Calamocha	58	1,29
26 Cuencas Mineras	33	1,27
27 Andorra	73	3,53
28 Bajo Aragón	71	1,00
29 Teruel	162	1,67
30 Maestrazgo	30	3,94
31 Albarracín	8	0,52
32 Gúdar-Javalambre	36	1,50
33 Matarraña	15	0,68
ARAGÓN	5.554	2,33

Tasa de cobertura= Nº de usuarios por 100 personas con 65 y más

**TASA DE COBERTURA DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO
ARAGÓN. 1999**



4.4.2. El servicio de Teleasistencia

Una vez más es obligado hacer referencia a la escasez de datos actualizados. En el año 2.000 el mapa de recursos nos informaba de la existencia de 2.437 usuarios de este servicio, distribuidos de forma preocupantemente desigual, hasta el punto de que comarcas como el Bajo Martín o el bajo Aragón no disponían de este servicio (tabla nº 12). Suponemos que actualmente esta situación ha mejorado sensiblemente, ya que este es un servicio que proporciona seguridad, muy especialmente a aquellas personas que viven en lugares aislados. (ver mapa)

Tabla nº 12. Servicios de teleasistencia. Varias Comarcas de Aragón. Año 2000.

Zaragoza	2.359	2.26%
Ribera Baja del Ebro	37	1.78%
Caspe	39	1.03%
Campo de Belchite	1	0.05
Bajo Martín	0	--
Bajo Aragón	1	0.01%
Total	2.437	

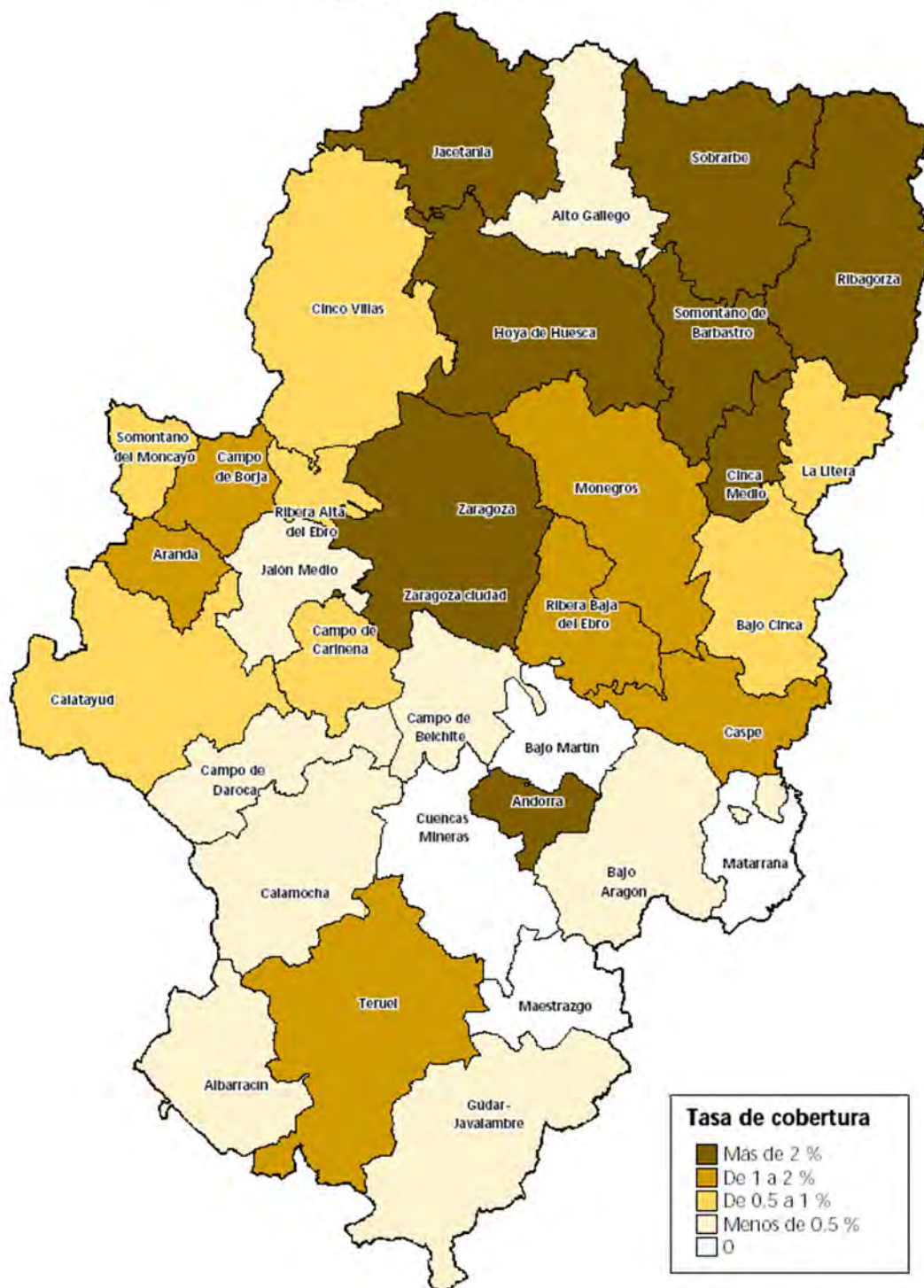
Tabla 13. Servicios de teleasistencia. Usuarios y tasa de cobertura

MAPA DE RECURSOS SOCIALES Y SOCIO SANITARIOS EN ARAGÓN. 2000		
SERVICIO DE TELEASISTENCIA. ARAGÓN. 2000.		
USUARIOS Y TASA DE COBERTURA		
COMARCA	Nº CASOS	TASA DE COBERTURA
01 Jacetania	101	2,73
02 Alto Gállego	1	0,04
03 Sobrarbe	57	3,15
04 Ribagorza	91	2,61
05 Cinco Villas	39	0,55
06 Hoya de Huesca	317	2,52
07 Somontano de Barbastro	136	2,50
08 Cinca Medio	137	2,86
09 La Litera	40	0,84
10 Monegros	90	1,83
11 Bajo Cinca	27	0,57
12 Somontano de Moncayo	28	0,78
13 Campo de Borja	40	1,08
14 Aranda	25	1,52
15 Ribera Alta del Ebro	36	0,74
16 Jalón Medio	16	0,31
17 Zaragoza	2.359	2,26
18 Ribera Baja del Ebro	37	1,78
19 Caspe	39	1,03
20 Calatayud	72	0,61
21 Campo de Cariñena	18	0,69
22 Campo de Belchite	1	0,05
23 Bajo Martín	-	-
24 Campo de Daroca	4	0,18
25 Calamocha	3	0,07
26 Cuencas Mineras	-	-
27 Andorra	56	2,71
28 Bajo Aragón	1	0,01
29 Teruel	116	1,20
30 Maestrazgo	-	-
31 Albarracín	3	0,20
32 Gúdar-Javalambre	7	1,29
33 Matarraña	-	-
ARAGÓN	3.897	1,63

Tasa de cobertura= Nº de usuarios por 100 personas con 65 y más

Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo
Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación – Servicio de Planificación – Área de Planificación Social

**TASA DE COBERTURA DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA
ARAGÓN. 1999**



Nº usuarios / 100 hab. >65 años

4.4.3. Centros de día en las comarcas objeto de estudio.

Como en el resto de los servicios, los datos más desagregados disponibles, pertenecen al año 2.000. Como se puede observar en el mapa de recursos sociosanitarios del Departamento de Servicios sociales de Aragón, en ese momento la gran mayoría de los centros de día estaban ubicados en Zaragoza. Dado que este recurso no puede estar situado demasiado lejos del domicilio de las personas dependientes, ya que el transporte puede convertirse en un auténtico problema para su buen funcionamiento, podemos afirmar que un recurso tan importante como este no es accesible para la mayor parte de la población dependiente aragonesa de las comarcas objeto de estudio.

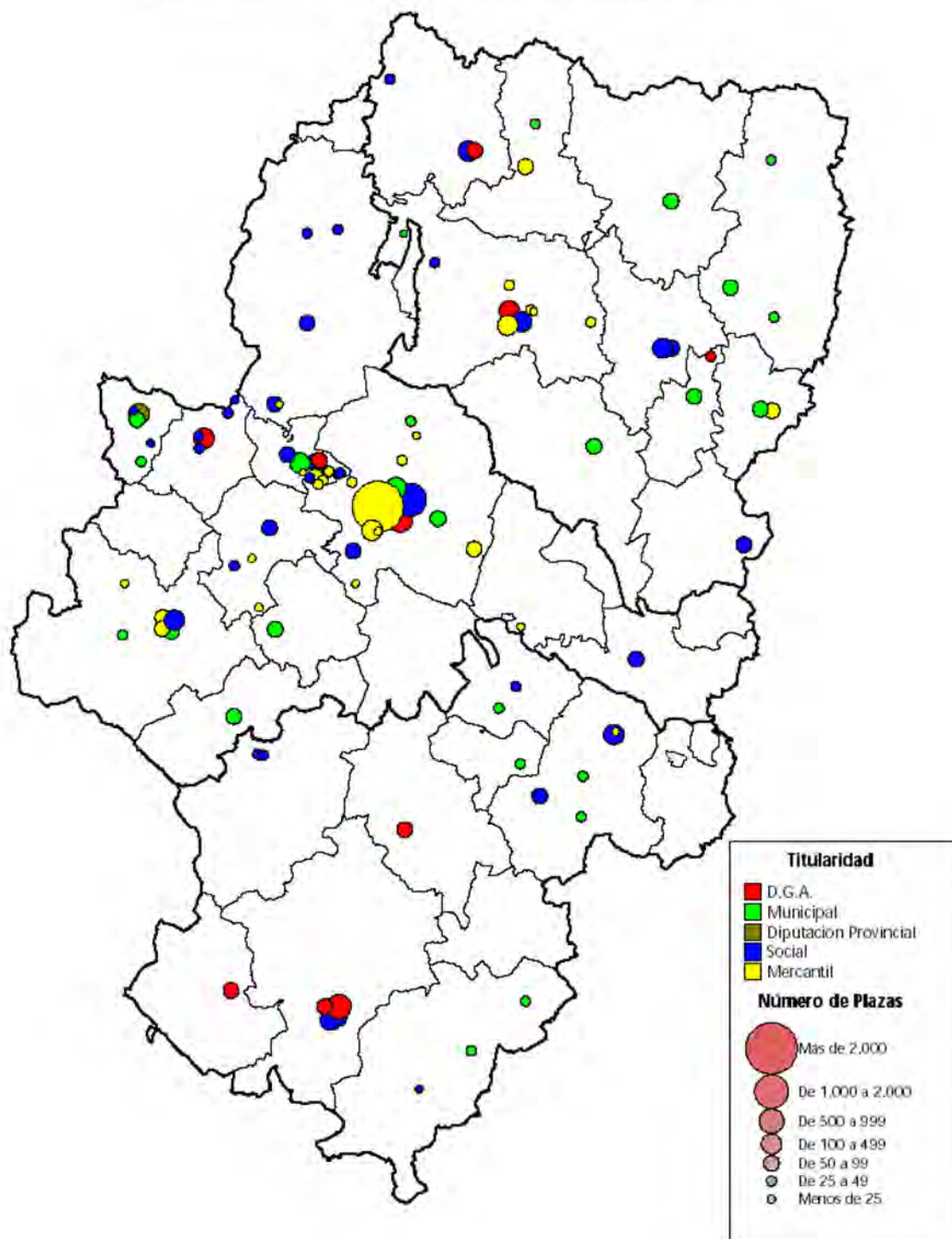
Sin embargo, la existencia de hogares y Centros de Servicios Sociales, debe conducir a la reflexión sobre la potencialidad de estos centros para ofrecer servicios de estancias de día, quizás menos profesionalizados, pero con una clara función de mantenimiento y de respiro familiar.

4.4.4. Las residencias

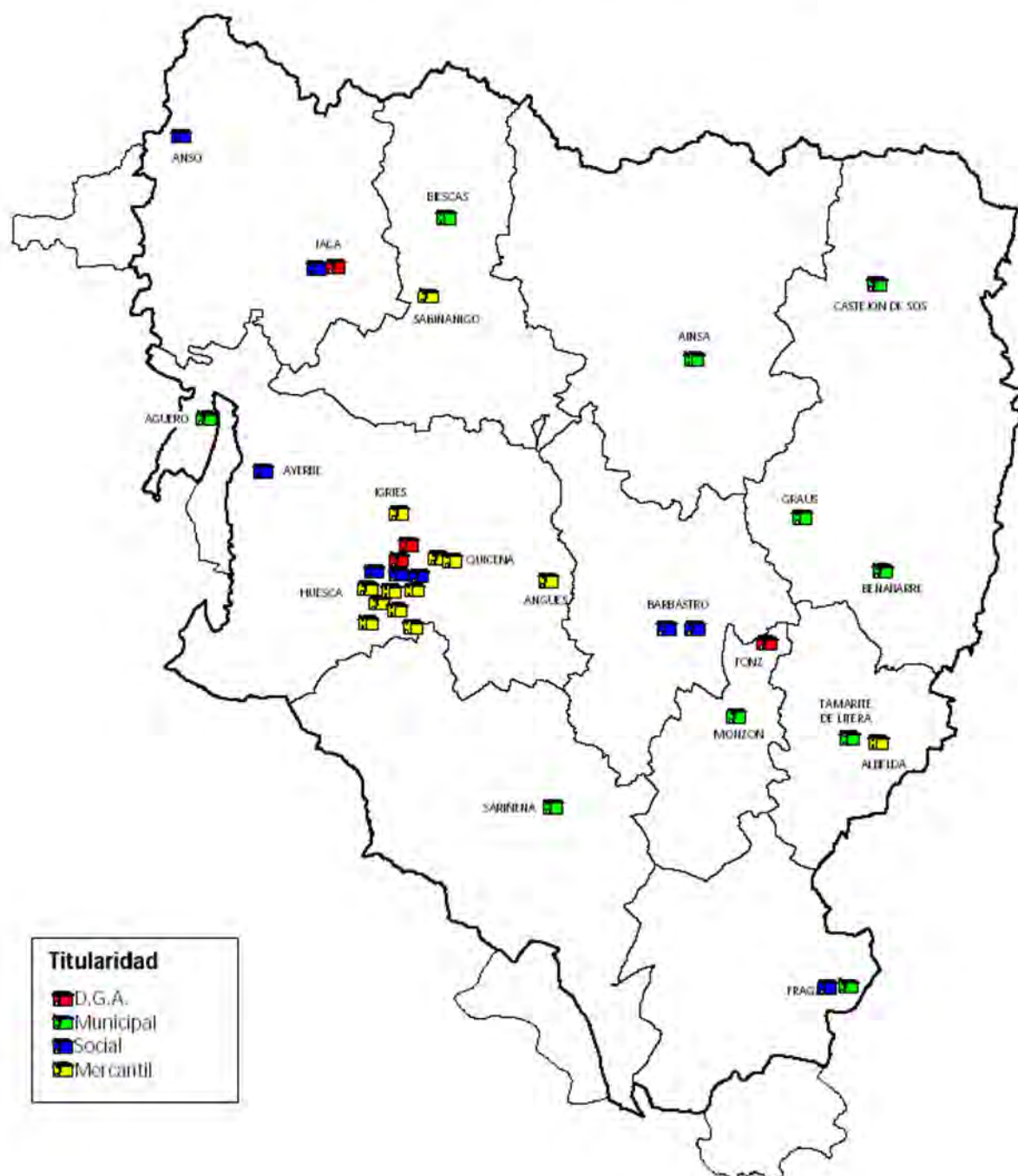
Los datos disponibles sobre la disponibilidad de plazas residenciales para personas mayores dependientes en las comarcas de referencias, una vez más son escasos. Se ofrecen los mapas suministrados por el Gobierno aragonés, que una vez más muestran una imagen de gran concentración de recursos en la ciudad de Zaragoza, y una escasa distribución de centros en las comarcas objeto de análisis.

La información más detallada la ofrece la Guía de residencias del IMSERSO en la que se contabilizan 662 plazas en cinco de las comarcas objeto de estudio, sin incluir Zaragoza ciudad, que concentra la mayoría de los centros residenciales de la Comunidad Autónoma. Ello supone un índice de cobertura del 2.44% con un grado de accesibilidad bastante bajo al ser mayoritariamente privadas. Es obvio que la escasez de plazas de financiación pública es preocupante, mucho más cuando es dudosa la adecuación de las existentes a las necesidades de la población en situación de dependencia.

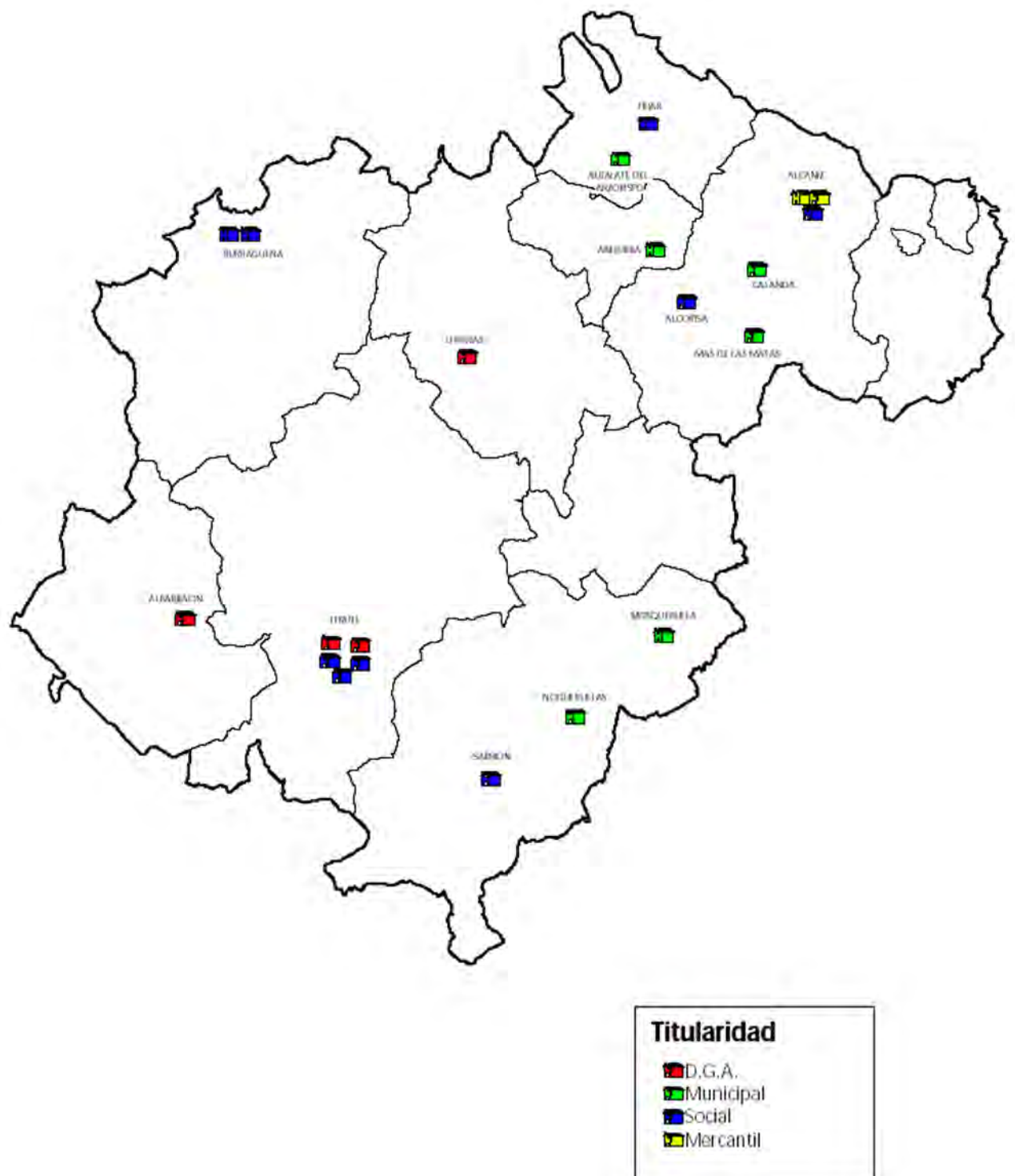
RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES. ARAGÓN. 2000



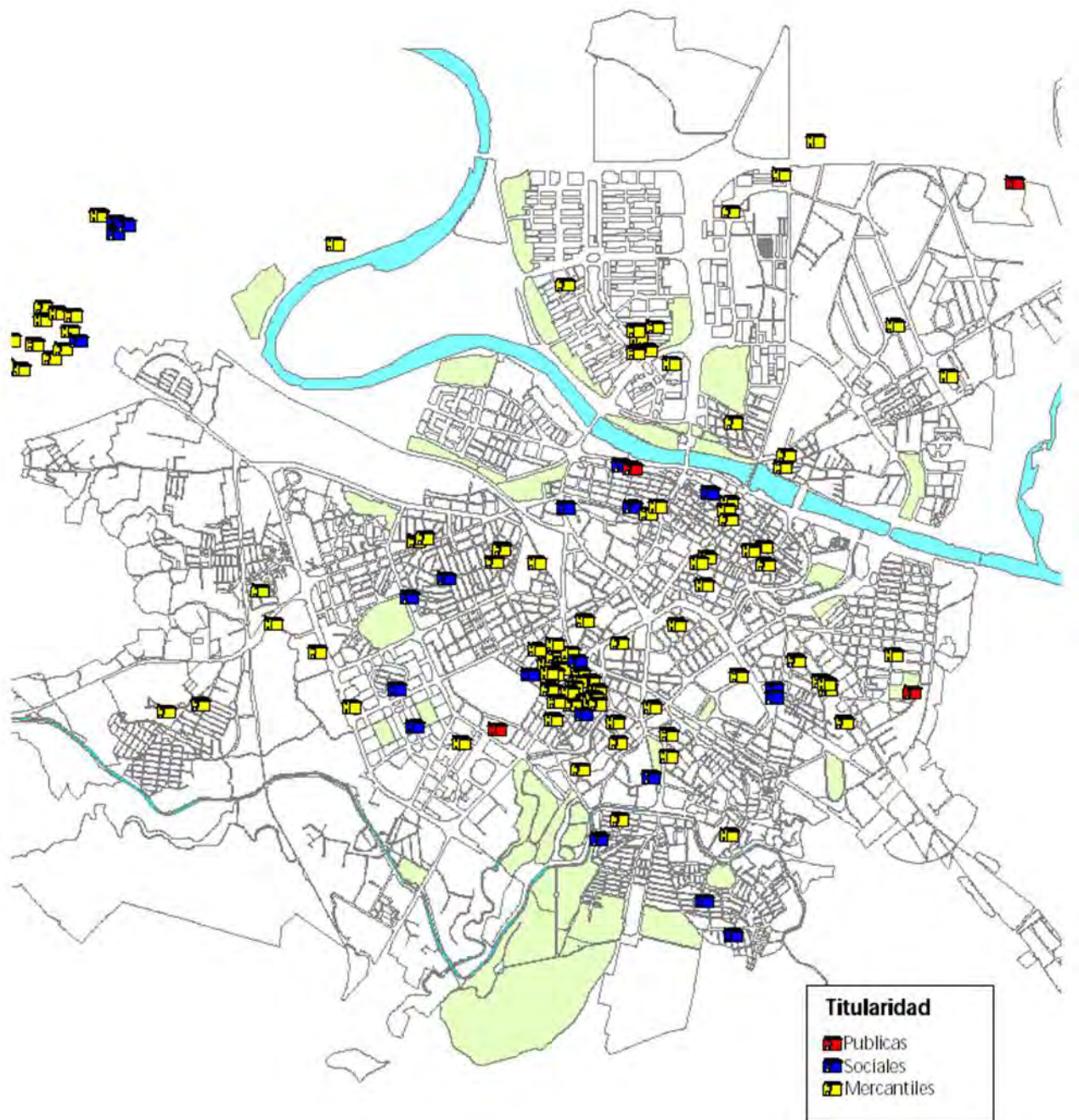
RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES. HUESCA. 2000



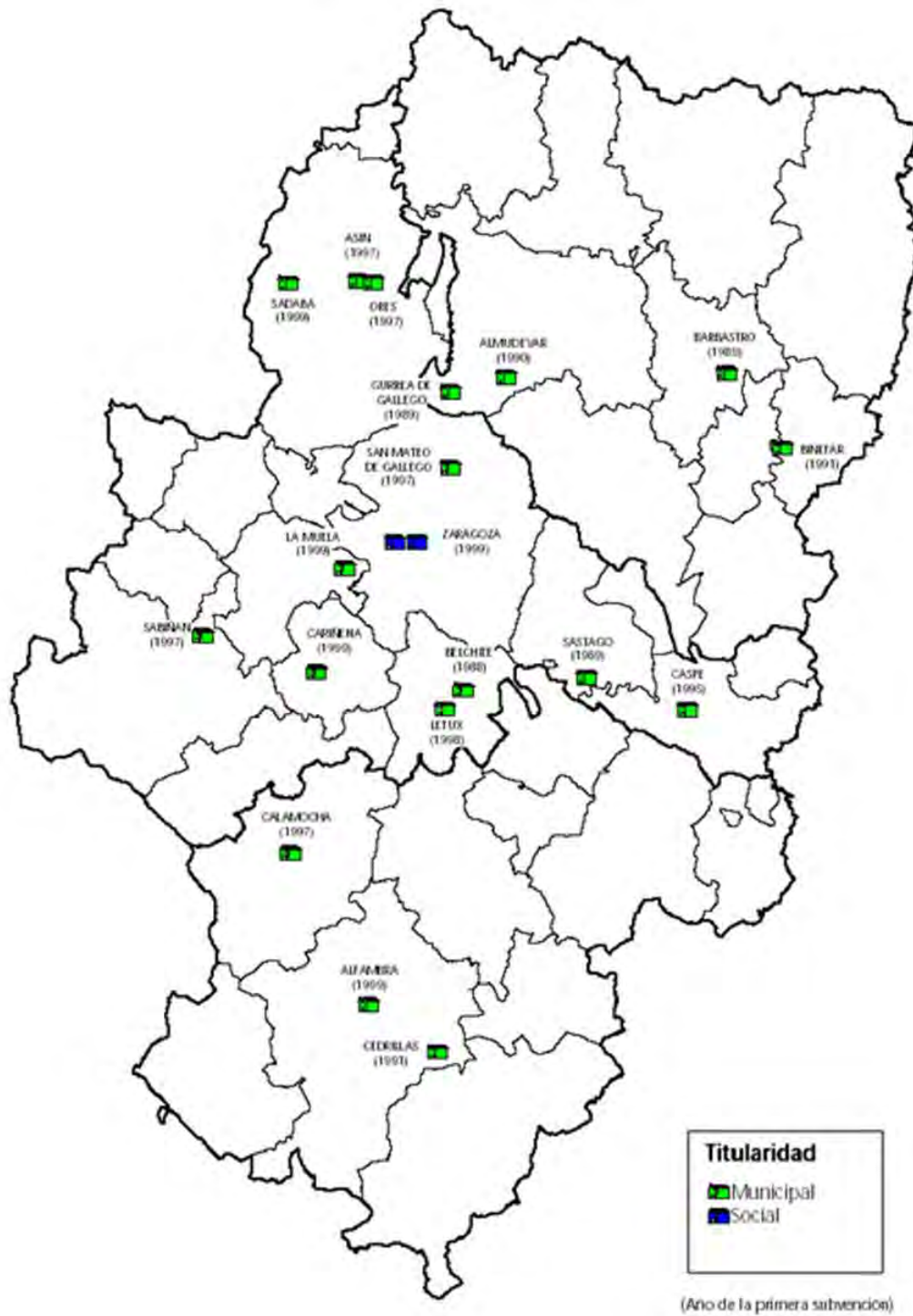
RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES. TERUEL. 2000



RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES. ZARAGOZA CIUDAD. 2000



RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES EN CONSTRUCCIÓN ARAGÓN. 2000



Titularidad

- D.G.A.
- Municipal
- Diputación Provincial
- Social
- Mercantil

4.5. Recursos para personas con discapacidad y Salud Mental

La información disponible sobre recursos para personas con discapacidad, en el ámbito estatal, es francamente escasa. Una vez revisadas las posibles fuentes estatales de información, especialmente el IMSERSO y el portal de su Observatorio de la Discapacidad (SID), no existen datos fiables sobre cobertura de recursos. Conocemos que recientemente se ha realizado una primera recogida de datos, en la misma línea de la realizada en el ámbito de mayores, pero los recogidos hasta ahora, no ofrecen fiabilidad suficiente, muy especialmente los de Aragón, que hemos podido comprobar que son claramente insuficientes.

Por todo ello, pasamos a comentar muy someramente la información ofrecida por el Gobierno de Aragón, que se remonta al año 2.000.

Como se puede observar en las tablas que se reflejan a continuación, la clasificación de recursos es bastante más compleja que la de los mayores. Complejidad plenamente justificada, ante la diversidad de características de las discapacidades y sus consecuentes necesidades.

Sería deseable mantener la misma sistematización ofrecida en el ámbito de la vejez, es decir, servicios domiciliarios, intermedios e institucionales. Sin embargo, ni en el ámbito del Estado, ni en el Autonómico, y mucho menos en el comarcal, disponemos de datos sobre el servicios de Ayuda a domicilio. Sabemos que entre el 80 y 90% de este servicio, está destinado a personas mayores y el resto se reparte entre los demás colectivos necesitados. Según el SIUSS, estos colectivos son: familia, infancia, juventud, mujer, personas con discapacidades, minorías étnicas, enfermos psiquiátricos no institucionalizados, etc. Ello nos hace suponer que la incidencia del SAD en el colectivo de personas con discapacidad es muy pequeña. No obstante, queda pendiente un análisis más detallado de este sistema de información (SIUSS) para poder cuantificar, al menos aproximadamente los servicios domiciliarios. Desafortunadamente, después de múltiples consultas a los técnicos responsables de este sistema, no ha sido posible obtener una información más detallada sobre este recurso.

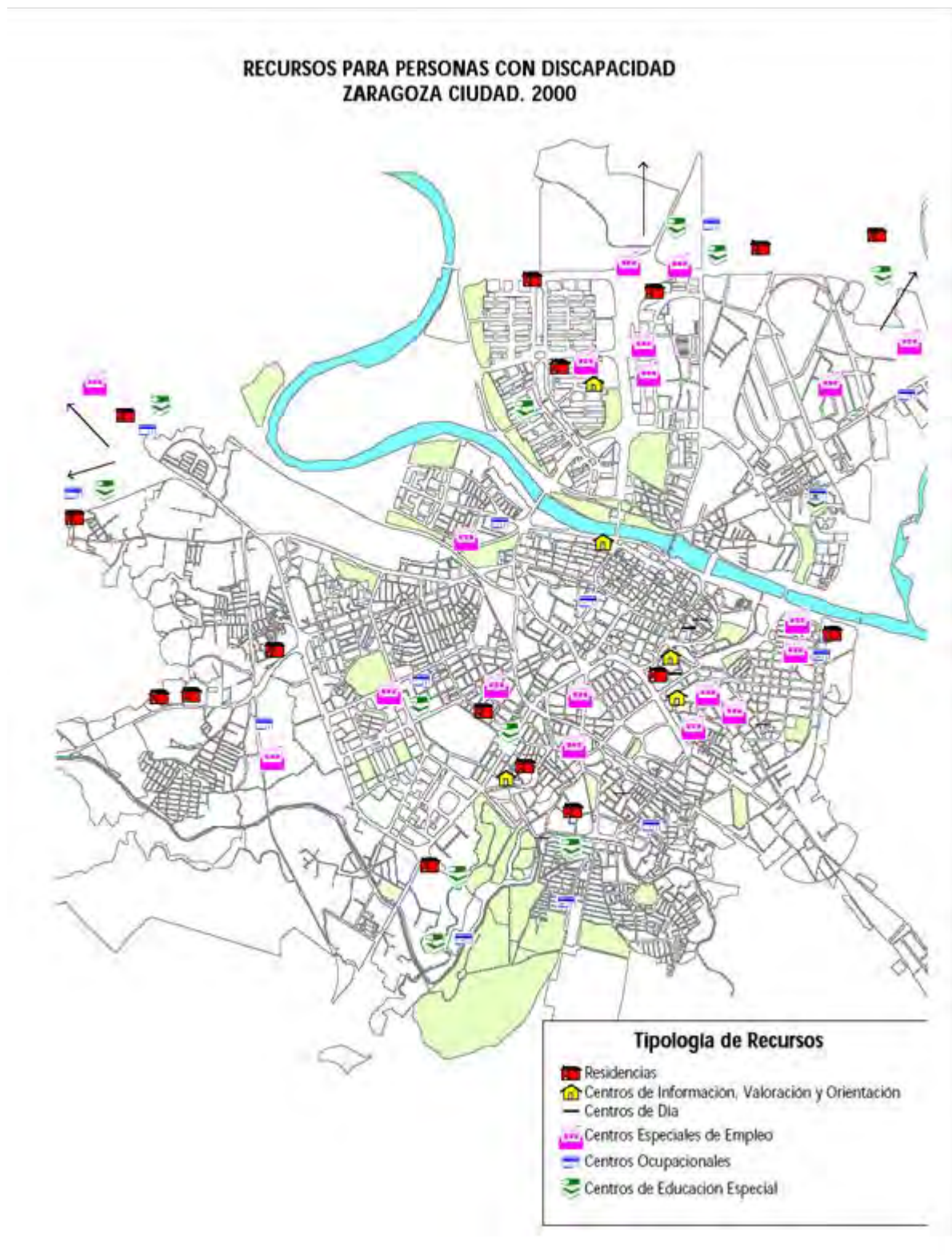
Tabla 14. Recursos para las personas con discapacidad, 2000

MAPA DE RECURSOS SOCIALES Y SOCIO SANITARIOS EN ARAGÓN. 2000

RECURSOS PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD ARAGÓN					
RECURSOS					
	HUESCA	TERUEL	ZARAGOZA	ZAR. CIUDAD	ARAGÓN
Residencias Discapacidad Física	-	-	-	4	4
Residencias Mixtas	-	-	-	1	1
Residencia Discapacidad Psíquica	6	1	1	9	17
Residencia Discapacidad Sensorial	-	-	-	2	2
Centros Inform., Val. y Orientación	1	1	-	5	7
Centros de Día	4	-	-	7	11
Centros Especiales de Empleo	5	-	5	18	28
Centros Ocupacionales	6	7	12	12	37
Centros de Educación Especial	3	2	-	11	16
PLAZAS					
	HUESCA	TERUEL	ZARAGOZA	ZAR. CIUDAD	ARAGÓN
Residencias Discapacidad Física	-	-	-	51	51
(Concertadas)	-	-	-	15	15
Residencias Mixtas	-	-	-	32	32
(Concertadas)	-	-	-	18	18
Residencia Discapacidad Psíquica	277	111	186	320	894
(Concertadas)	93	-	123	26	242
Residencia Discapacidad Sensorial	-	-	-	94	94
Centros de Día	165	-	-	303	468
(Concertadas)	-	-	-	10	10
Centros Especiales de Empleo	160	-	156	769	1.085
Centros Ocupacionales	258	157	383	677	1.475
(Concertadas)	168	113	211	346	838
Centros de Educación Especial	71	170	-	748	989
INDICADORES SOCIALES					
	HUESCA	TERUEL	ZARAGOZA	ZAR. CIUDAD	ARAGÓN
Plazas resid. Físicos /10.000 h	0,00	0,00	0,00	0,85	0,43
Plazas resid. Mixtas /10.000 h	0,00	0,00	0,00	0,53	0,27
Plazas resid. Psíquicos /10.000 h	13,39	8,03	7,73	5,32	7,53
Plazas resid. Sensoriales /10.000 h	0,00	0,00	0,00	1,56	0,79
Plazas Centros de Día /10.000 h.	7,97	0,00	0,00	5,04	3,94
Plazas C. Espec. Empleo /10.000	7,25	0,00	6,48	12,95	9,14

Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo
Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación – Servicio de Planificación – Área de Planificación Social





Centros de día.

En el año 2.000 la información disponible nos ofrece una cuantificación de 11 centros de día en Aragón, con 478 plazas, lo que supone un índice de cobertura de 3.94 por cada 10.000 habitantes. La mayoría se concentran en la ciudad de Zaragoza, 313 plazas. Sin embargo en esta fecha, no existía ni una sola plaza en su provincia.

Centros Ocupacionales .

En las mismas fechas, se informa de la existencia de 37 centros ocupacionales, de los cuales 12 están ubicados en la provincia de Zaragoza, y otros 12 en la capital. Esto se traduce en la existencia de 1.475 plazas públicas y 838 concertadas. De ellas, 594 están ubicadas en la provincia de Zaragoza, 1.023 en la capital y el resto se distribuyen entre Huesca y Teruel. Como se puede observar, el índice de cobertura de este recurso es bastante elevado, ya que supone un 12,42 por cada 10.000 habitantes, que aplicado a la provincia de Zaragoza, asciende al 15.91.

Residencias.

Las plazas residenciales para personas con discapacidad se distribuyen desigualmente, al igual que el resto de recursos sociales. Zaragoza capital concentra la mayoría de las plazas residenciales en cualquiera de sus tipologías, de tal forma que de las 1.346 plazas para personas con discapacidad disponibles en esta Comunidad Autónoma, 556 están ubicadas en Zaragoza capital.

En cuanto a su tipología, existen cuatro residencias para personas con discapacidad física, una para discapacidades sensoriales y una mixta, todas ellas en Zaragoza capital. Las personas con discapacidad psíquica tienen una oferta mayor de recursos residenciales distribuidos en las tres provincias, lo que supone un índice de cobertura de 7.53 plazas por 10.000 habitantes.

No se dispone de información sobre las características y calidad de estas plazas.

Recursos para la salud mental.

(El siguiente texto no es más que un breve resumen de algunos de los puntos más importantes del “Plan estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Aragón”, en el cual se puede encontrar información más detallada sobre la cuestión. Las directrices en él apuntadas representan sin duda un buen camino a seguir a la hora de planificar cualquier intervención en este campo, así como la fuente de información más completa actualmente sobre la cuestión).

La información sobre la incidencia y prevalencia de la enfermedad mental o sobre los factores de riesgo predominantes en Aragón es, en la actualidad, parcial e imprecisa pero nada hace prever, a estos efectos, que su situación difiera en exceso de la de otras Comunidades Autónomas o países de nuestro entorno. Según estimaciones procedentes de la OMS, el Instituto Americano de Salud Mental, la Asociación Española de neuropsiquiatría y otras encuestas relevantes de salud, entre un 15 y un 25% de la población mayor de 14 años padece a lo largo de su vida algún tipo de trastorno mental susceptible de intervención especializada.

La enfermedad mental comprende un amplio número de patologías, generalmente de curso crónico, que suponen una enorme carga para la familia, el sistema sanitario y la propia sociedad. Se ha estimado que el 20% del gasto sanitario en Europa se debe a estos procesos y que para el año 2020, los trastornos neuropsiquiátricos serán la causa más importante de discapacidad, representando el 25% de los años de vida perdidos ajustados por esa variable. Con frecuencia inciden aspectos socioeconómicos que limitan la eficacia de la atención sanitaria y que hacen necesario contar con recursos procedentes tanto de los servicios sociales generales como de los específicos para este tipo de pacientes.

La lucha contra las desigualdades es, por tanto, un objetivo relevante de la política sanitaria en salud mental; el futuro de su atención va a depender, en gran medida, de la formulación de propuestas de cuidados asistenciales, especialmente, de los valores sociales y culturales que seamos capaces de proyectar en ellos. Se impone, en definitiva, un nuevo pacto en nuestra sociedad en relación con la salud mental, que deberá transformar tanto su sistema de atención como el propio imaginario social sobre la enfermedad mental y las instituciones que la han venido conteniendo.

A lo largo de los últimos 10 años se han llevado a cabo en Aragón varios intentos de reforma parcial de la atención a la salud mental y aunque todos ellos han contribuido a mejorar y humanizar la atención al enfermo, no han culminado en una implantación plena del modelo de salud mental comunitario.

En consecuencia, la atención a la salud mental en Aragón se enfrenta hoy el reto de desarrollar un **modelo integrado sociosanitario** que, asumiendo los progresos alcanzados en la dignificación y normalización de la asistencia al enfermo mental, cubra con calidad sus variadas necesidades sanitarias y sociales y brinde a las familias las oportunas garantías, oportunidades de participación y apoyo, teniendo en cuenta que el 84% de las personas con enfermedad mental de nuestro país vive con su familia y que éstas plantean, como demanda principal, ayudas para mantener dignamente al enfermo mental en su proximidad, a través de programas de acercamiento domiciliario.

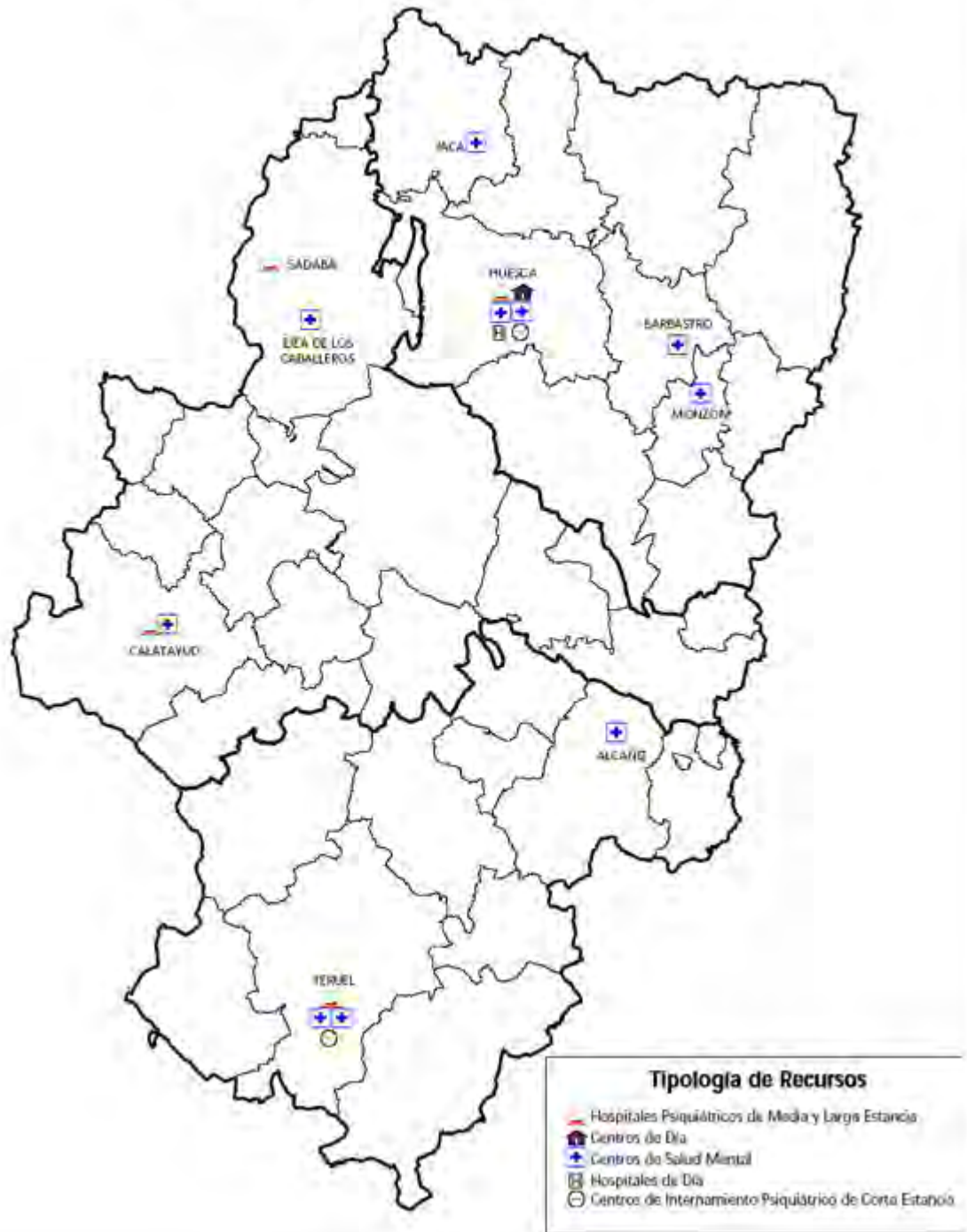
Actualmente en Aragón se cuenta con 21 centros de salud mental para adultos y cinco centros de salud mental infanto-juvenil (centros con personal y recursos preparados específicamente para la atención de problemas de salud mental en los menores de 18 años). Los centros de día existentes aportan una cifra de 231 plazas, algo limitadas para atender las necesidades de rehabilitación e inserción social de los enfermos mentales graves (tabla 15).

Destaca además que en el área objeto de estudio sólo se cuente (Zaragoza capital al margen) con un centro de salud mental en Alcañiz, situación que debe ser paliada si no se quiere condenar a la marginación de una población que, si no se quiere ver desatendida, debe desplazarse con frecuencia a centros ubicados lejos de sus localidades, lo que dificulta la posibilidad de un seguimiento periódico y cercano de sus enfermedades.

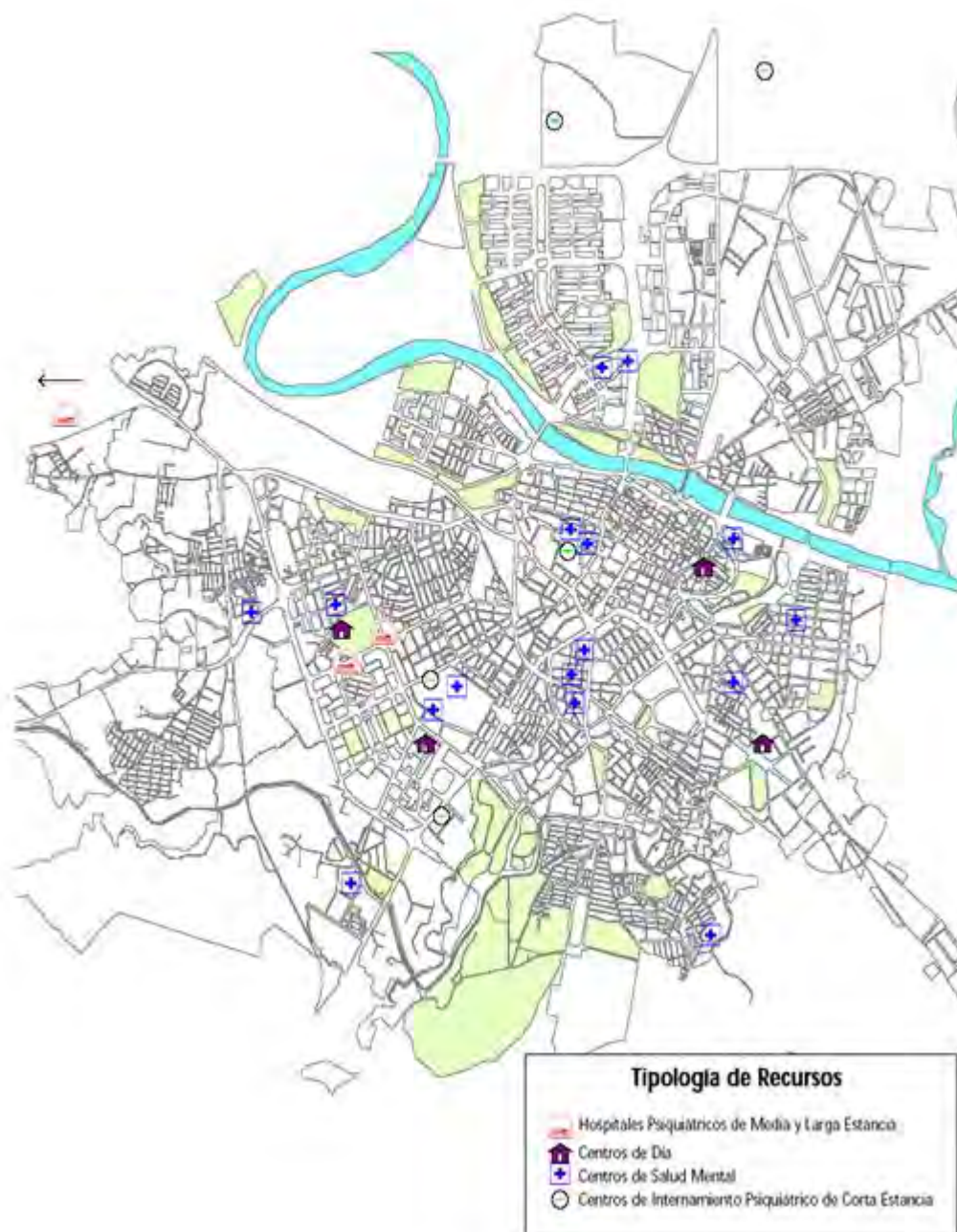
Tabla 15. Recursos para la salud mental. Aragón.2004

MAPA DE RECURSOS SOCIALES Y SOCIO SANITARIOS EN ARAGÓN. 2000					
RECURSOS PARA LA SALUD MENTAL					
ARAGÓN					
RECURSOS					
	HUESCA	TERUEL	ZARAGOZA	ZAR. CIUDAD	ARAGÓN
Centros de S.M, Infanto-Juvenil		1		4	5
Centros de Salud Mental Adultos	5	2	2	12	21
Centros de Día	1			4	5
Hospitales de Día	1				1
Internamientos Corta Estancia	1	1		5	7
Hospitales Media-Larga Estancia	1	1	2	3	7
PLAZAS					
	HUESCA	TERUEL	ZARAGOZA	ZAR. CIUDAD	ARAGÓN
Centros de Día	68			163	231
Internamientos Corta Estancia	21	8	-	126	155
Hospitales Media-Larga Estancia	130	198	141	470	939
INDICADORES SOCIALES					
	HUESCA	TERUEL	ZARAGOZA	ZAR. CIUDAD	ARAGÓN
Plazas Centros Día /10.000 h	3,29	0,00	0,00	2,71	1,95
Plazas Corta Entancia /10.000 h	1,01	0,58	0,00	2,09	1,31
Plazas Media-Larga Est/10.000 h	6,28	14,33	5,86	7,81	7,91

**RECURSOS PARA LA SALUD MENTAL
HUESCA, TERUEL Y ZARAGOZA PROVINCIA. 2000**



RECURSOS PARA LA SALUD MENTAL. ZARAGOZA CIUDAD. 2000



5. CONCLUSIONES

1. La comunidad autónoma de Aragón cuenta con 1.230.090 habitantes en sus tres territorios, un 2'5% del total de la población española. De ellos, 880.118 viven en la provincia de Zaragoza, 211.286 en Huesca y 136.686 en Teruel. Esta concentración tan desigual resulta más llamativa al observar que Zaragoza capital reúne 626.081 (más de la mitad del total habitantes) y es la única población de toda la comunidad autónoma con más de 50.000 habitantes, lo cual nos indica la gran dispersión del resto de la población en tan vasto territorio.
2. Más del 52% de los municipios aragoneses tienen entre 100 y 500 habitantes. De los 717 municipios de Aragón el 93% tienen poblaciones menores de 2000 habitantes. Si analizamos el perfil poblacional de estos ámbitos rurales distribuidos por grupos de edad, nos encontramos con un conjunto de ciudadanos en el que destacan las personas mayores (32% de la población)
3. Aragón es la tercera comunidad autónoma más envejecida de España con un 21'3% de personas mayores sobre el total de la población, lo que supone que al menos uno de cada cinco ciudadanos aragoneses tiene 65 o más años. Cabe destacar especialmente la gran relevancia que a corto plazo van a adquirir los mayores de 80 años. Representan ya el 28% de la población mayor, el 12% los mayores de 85, y se trata de una cifra en constante aumento, pues se espera que sean el 10,1% de la población total del país (ahora mismo representan casi el 4%) en el 2050.
4. Aragón en 25 años ha incrementado en 3'4 años su ya alta esperanza de vida, situándose actualmente en 80'1 años con una diferencia paulatinamente menguante de 6'6 años más de vida para las mujeres. Esta diferencia, según las proyecciones del INE, seguirá aumentando hasta el 2026, si bien mucho más lentamente de como lo ha hecho hasta ahora.
5. El ámbito territorial que contempla el estudio comprende cuatro comarcas de la provincia de Zaragoza (Zaragoza d.c, Campo de Belchite, Ribera baja del Ebro, y Caspe) y dos comarcas de la provincia de Teruel (Bajo Martín y Bajo Aragón). La población total de la región según el padrón de último año es de 181.579 habitantes.
6. La edad media de la población de todas las comarcas objeto de estudio está por encima de la media nacional. La Comarca del Campo de Belchite, destaca especialmente en todos sus indicadores sintéticos de envejecimiento y dependencia.
7. En el caso de Aragón, la tasa general de discapacidad es del 8,47%, lo que nos daría (excluyendo a la población menor de 6 años) 96.048 personas con discapacidad en toda la comunidad autónoma, 53.939 mujeres y 42.106 hombres. Por ello, y a falta de fuentes más específicas, se puede estimar aplicando este porcentaje a la población de las comarcas objeto de estudio un número de 15.380 personas discapacitadas en el área investigada.

8. La principal característica de la discapacidad es que se trata de un fenómeno asociado a la edad que aumenta con ésta. Por eso el 67,2% de la población discapacitada es mayor de 65 años, y el 28,4% mayor de 80. Entre los mayores de 80 años también destaca la abrumadora mayoría de mujeres discapacitadas: 17.839 frente a 9.458 hombres.
9. El número estimado de personas con discapacidad severa o total para alguna de las actividades de la vida diaria o, lo que es lo mismo, el número de personas en situación de dependencia en Aragón asciende a 59.745 (35.290 mujeres y 24.455 hombres). De ellas, 42.551 son mayores de 65 años. Es precisamente en esa población en la que se concentran las mayores necesidades de asistencia y cuidados.
10. El perfil del discapacitado en Aragón sería una mujer mayor de 70 años con más de dos discapacidades y al menos una de ellas asociada a la motricidad. A partir de los 77 años la discapacidad sería severa, y precisaría de ayuda diaria que muy posiblemente se la proporcionará su hija o su cónyuge si aún vive y está capacitado para ello.
11. Las personas discapacitadas, independientemente de su sexo, presentan un porcentaje menor de convivencia en pareja que las que no padecen discapacidades. Actualmente en Aragón la cifra de personas que viven solas asciende al 18% de la población con discapacidades. Para planificar una intervención eficiente, se debe intentar conocer el grado de necesidad de ayudas de una persona discapacitada que viva sola en función del tipo y la severidad de la discapacidad que sufra, así como de las ayudas que ya reciba.
12. En la Comunidad autónoma de Aragón, al igual que en el resto del estado se ha realizado un importante esfuerzo de implantación y desarrollo de servicios sociosanitarios destinados a la atención de las personas en situaciones carenciales y de dependencia. Sin embargo, es obligado reconocer su insuficiencia, si ese crecimiento lo ponemos en relación con el que ha experimentado el número de personas que tienen problemas de dependencia y, también, con la evolución de los modelos familiares, del rol de las mujeres y de las preferencias de las propias personas mayores y discapacitadas en cuanto se refiere a los modelos de atención que desean.
13. Los niveles de cobertura de los diferentes servicios son similares a los de otras CCAA, destacando muy especialmente una mayor proporción de recursos privados y por lo tanto, una menor accesibilidad de todos los ciudadanos a los mismos.
14. La distribución de los recursos se caracteriza por una preocupante desigualdad. Zaragoza capital concentra la mayoría de los recursos de todo tipo. Su provincia está desprovista de una red organizada de atención. En palabras de algunos técnicos consultados: "Zaragoza se convertirá en la CA aragonesa".
15. A pesar de que existe amplia información sobre recursos en esta Comunidad autónoma, se observan carencias importantes en los sistemas de recogida de información que se traducen en datos dispares sobre el mismo servicio y utilización de conceptos equívocos. Esta es una

insuficiencia generalizada en España, que se incrementa ante la ausencia de un glosario de términos consensuado en todo el Estado.

- Servicios domiciliarios.

16. A Enero de 2004, Aragón contaba con 8.064 usuarios del SAD, lo que supone un índice de cobertura del 3.07% sobre la población > de 65 años. Aunque este índice de cobertura se sitúa muy cerca de la media nacional (3.14%) Aragón ocupa el doceavo lugar en relación al grado de implantación de este servicio en España.
17. La edad media del usuario se sitúa en 76 años. Esta distribución del SAD por edades, nos hace inferir que todavía existe un número muy importante de personas mayores de 80 años que no reciben ningún tipo de servicio profesional en esta comunidad, cuando es a partir de esta etapa de la vida cuando los índices de incidencia de la dependencia se incrementan de manera exponencial.
18. Aragón es una de las CCAA con una menor intensidad horaria del Estado, 10 horas mensuales, lo que supone un descenso considerable (e inexplicable) en relación a Enero de 2001 año en que se informaba de 16.50 horas de prestación mensual de este servicio.
19. Aragón está todavía lejos de una concepción del SAD adaptada a las necesidades de la dependencia. Solo un 30 % de las tareas que se realizan, están dedicadas a cuidados personales, constituyendo las tareas domésticas el objeto central de este servicio (70%).
20. En las comarcas objeto de estudio, se repiten las mismas características en cuanto a la distribución e implantación de este recurso: desigualdad que oscila entre el índice de cobertura de 4.08 de la Ribera baja del Ebro y el 1.1% de su vecina Caspe. Sin contar Zaragoza, en el año 2.000 se contabilizaban 261 usuarios del SAD en las cinco comarcas restantes.
21. A enero de 2004, 6.989 personas mayores de 65 años disponían de un dispositivo de teleasistencia en su domicilio, lo que supone un índice de cobertura de un 2.66% sobre la población mayor de 65 años y un 21% sobre las personas que viven solas. Aragón se sitúa en el quinto lugar de España en cuanto a disponibilidad de este servicio, cuyo índice medio de cobertura en España es de un 2.05%.
22. Resulta sorprendente que sólo un 35% de usuarios aragoneses de este servicio sean mayores de 80 años, cuando la media nacional para este grupo de edad se sitúa en un 53%, porcentaje absolutamente coherente con el objeto de este servicio.
23. En las comarcas objeto de estudio, en el año 2.000 existían 2.437 usuarios de los servicios de teleasistencia, de los cuales 2.359 estaban en Zaragoza. Comarcas como el Bajo Martín o el Bajo Aragón no informaban de la existencia de usuarios de este servicio.
24. La teleasistencia constituye un importante elemento de seguridad y tranquilidad, sobre todo para las personas mayores que viven solas o pasan gran parte del día sin ninguna compañía y que son susceptibles de encontrarse en situación de riesgo por fragilidad o dependencia. Su crecimiento en los últimos años ha sido exponencial.

25. El precio público a enero 2004 era en Aragón de 180 euros anuales como media, bastante por debajo del precio medio nacional que se situaba en 253,65 euros anuales. Aunque en la mayoría de las comunidades autónomas no se contempla el copago en este servicio, en Aragón la aportación del usuario asciende a una media de 43 euros anuales.
26. Aunque todavía están poco desarrollados en todo el país los servicios complementarios al SAD, en Aragón se informa de la existencia de 543 usuarios del servicio público de comidas a domicilio.
27. En cuanto a las prestaciones de adecuación de vivienda, fundamentales para el mantenimiento en el domicilio de las personas dependientes, en el año 2003 se ha atendido a 407 usuarios, con un gasto medio anual/ usuario de 307 €.

Servicios intermedios.

28. A Enero de 2004 se contabilizan en Aragón 905 plazas de centros de día, de las cuales, 432 son de financiación pública y 563 completamente privadas. El incremento de este recurso es evidente, si tenemos en cuenta que en 1999 se informaba de la existencia de 50 plazas públicas en centros de día y ninguna privada. Aragón con un 0.34% de cobertura, se sitúa en el décimo lugar en relación al conjunto de las CCAA. españolas.
29. Si en el conjunto del Estado, predomina la financiación con aportación del sector público (56%), en el caso de Aragón, solo 212 plazas son totalmente públicas y 130 concertadas, lo que hace suponer que es necesario un mayor esfuerzo desde las administraciones públicas.
30. El precio público de la plaza, 7.738 euros, hace pensar que puede estar financiando un servicio bastante profesionalizado, muy especialmente si lo comparamos con el precio público medio del Estado, que asciende a 6.400 euros.
31. En cuanto al grado de implantación de este recurso en las comarcas objeto de estudio, una vez más hay que señalar que la gran mayoría de los centros de día estaban ubicados en Zaragoza. Dado que este servicio no puede estar situado demasiado lejos del domicilio de las personas dependientes, ya que el transporte puede convertirse en un auténtico impedimento para su buen funcionamiento, podemos afirmar que un recurso tan importante como este no es accesible para la mayor parte de la población dependiente aragonesa de las comarcas objeto de estudio.
32. En cuanto a las estancias temporales, solo se informa de la existencia de 39 plazas a enero de 2004, lo que hace suponer que se utilizan temporalmente otras contabilizadas como plazas residenciales.

Residencias

33. A Enero de 2004 el nº total de plazas residenciales en la CCAA de Aragón ascendía a 11.695., distribuidas en 277 centros, de los cuales 201 son de titularidad privada y 76 de titularidad pública lo que supone un índice de cobertura del 4.46% de plazas residenciales, bastante superior a la media nacional que se sitúa en 3. 65 plazas.

34. La oferta residencial, tanto en Aragón como en el resto del estado, se caracteriza por un mayor peso del sector privado respecto al sector público, predominio que se pone de manifiesto tanto en la titularidad de los centros y plazas, como en la financiación y en la gestión. En Aragón esta tendencia es más acusada todavía.
35. El nº de plazas de financiación pública contabilizadas es de 2.810 lo que supone un índice de cobertura de 1.07 plazas, frente a las 8.885 privadas, es decir, un 3.39%.
36. Solo 3.465 plazas están destinadas a personas dependientes, lo que supone un 29.63% de las existentes, porcentaje francamente bajo si lo relacionamos con las necesidades que presenta la población mayor en situación de dependencia. La media nacional se sitúa en un 59,99% de plazas habilitadas para dependientes.
37. Es de destacar la ausencia total de sistemas alternativos de alojamiento en Aragón. No existen viviendas tuteladas, ni unidades de convivencia. Su conveniencia, sobre todo en ámbitos rurales es indudable.
38. En cuanto a las comarcas de referencia, existe una clara insuficiencia de recursos residenciales. La información más detallada la ofrece la guía de residencias del IMSERSO en la que se contabilizan 662 plazas sin incluir Zaragoza ciudad, que concentra la mayoría de los centros residenciales de la Comunidad Autónoma. Ello supone un índice de cobertura del 2.44% con un grado de accesibilidad bastante bajo al ser mayoritariamente privadas.

Recursos para personas con discapacidad

39. Existen muy pocos datos sobre servicios para personas con discapacidad en el ámbito estatal. Los que ofrece el Gobierno de Aragón corresponden al año 2.000. La clasificación de recursos es bastante compleja, de acuerdo con la diversidad de las discapacidades y sus correspondientes necesidades.
40. En cuanto a los **servicios domiciliarios**, se estima que entre un 5% y 8% de todos los servicios domiciliarios son utilizados por personas discapacidad menores de 65 años. Los datos emitidos a través del sistema SIUSS así lo indican.
41. En el año 2.000 existían 478 plazas en **centros de día**, la mayoría ubicadas en Zaragoza. En esa misma fecha, no existía ningún centro en la provincia ni tampoco en la de Teruel.
42. Aragón dispone de 37 centros ocupacionales, de los cuales 12 están ubicados en la provincia de Zaragoza. Esto se traduce en la existencia de 1.475 plazas públicas y 838 concertadas. En las comarcas objeto de estudio, existen tres centros.
43. En Aragón existen 1.085 plazas en centros especiales de empleo, de los cuales, 156 están ubicadas en la provincia de Zaragoza.
44. Existen 66 plazas en residencias de discapacidad física, todas ellas ubicadas en Zaragoza ciudad. En residencias mixtas, 50 plazas, también situadas en Zaragoza.
45. En Aragón existen 1.136 plazas en residencias para personas con discapacidad psíquica, de las cuales 309 están situadas en la provincia de Zaragoza. Asimismo, esta comunidad

autónoma dispone de 468 plazas en residencias para personas con discapacidades sensoriales, de las cuales 303 están ubicadas en Zaragoza.

46. Se observa una preocupante ausencia de recursos en Teruel y su provincia.
47. Las comarcas objeto de estudio tienen una carencia manifiesta de recursos para personas con discapacidad, salvo los centros ocupacionales de Alcañiz, Caspe y Pina de Ebro.
48. Los recursos para la salud mental en las comarcas objeto de estudio son inexistentes, con la excepción del centro de Salud mental situado en Alcañiz. En Aragón existen 231 plazas en centros de día, 133 para internamientos de corta estancia y 939 plazas en hospitales de media y larga estancia. De estas, 141 están ubicadas en la provincia de Zaragoza.
49. Las necesidades de las personas en situación de dependencia están cubiertas de forma mayoritaria por las familias. Como en el resto de España y a diferencia del resto de los países desarrollados, las hijas son las principales y mayoritarias cuidadoras de las personas con dependencia (mayores). Los cónyuges ocupan el segundo lugar de la asunción de tareas de cuidado. La predominancia del cuidado femenino, que en el Estado se sitúa en un 84 % resulta preocupante si se relaciona con el rápido proceso de incorporación de estas al mercado de trabajo.
50. Del trabajo de campo realizado, así como de la revisión bibliográfica, se desprende que la sociedad aragonesa, al igual que la del resto del país, percibe los problemas de atención a las personas en situación de dependencia como un asunto que se mueve en el ámbito de la privacidad, de lo íntimo, y no tanto como una responsabilidad de los poderes públicos y de la sociedad en general. En definitiva, su grado de presión para que nuestro sistema de protección social disponga de respuestas adecuadas a las necesidades de las personas dependientes sigue siendo escaso.
51. Las propuestas de actuación que se realizan en el Plan Estratégico de atención a la dependencia en Aragón 2001-2006 están teniendo un grado de cumplimiento bajo. Lo mismo sucede con el Plan Estratégico 2002-2010 de atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Aragón, en el que se realiza una minuciosa planificación de los dispositivos a poner en marcha para implantación de una red sólida de salud mental.

6. PROPUESTAS

Propuestas de carácter general.

1. La Comunidad Autónoma de Aragón presenta una clara necesidad de incrementar su red de recursos para personas en situación de dependencia en todas las modalidades de servicios y programas previstos para cada uno de los colectivos objeto de atención.
2. En el ámbito rural y en concreto en las comarcas objeto de estudio, es necesaria la realización de un plan de acción a favor de las personas en situación de dependencia que elimine la discriminación que actualmente sufre su población por razones de ubicación geográfica, aislamiento, falta de accesibilidad a los recursos incrementada por la situación de las infraestructuras viarias y de comunicación.
3. Las actuaciones que se realicen en estas comarcas han de contemplar la **prevención** como un aspecto irrenunciable. Evitar la aparición de la dependencia y mantener el máximo grado de autonomía de las personas que ya la padecen debe ser un objetivo consustancial a la intervención.
4. Los programas y servicios que se diseñen debe tener un **enfoque rehabilitador**. Asumir el principio de reversibilidad y recuperación en el afrontamiento de la dependencia es indispensable aunque sea con carácter residual.
5. El diseño de recursos en el área de referencia, debe tener un **carácter innovador y flexible**. Los modelos que funcionan en ámbitos urbanos a veces son inviables e inapropiados en el medio rural. En esta línea, pensar en centros polivalentes de recursos y en la creación de nuevos servicios de proximidad para conseguir un mayor acercamiento a las necesidades de las personas, parece una estrategia acertada.
6. El diseño de servicios y programas debe contar con la participación activa de sus potenciales usuarios y cuidadores. Fomentar el desarrollo de asociaciones y dinamizar las existentes es un objetivo que debe tenerse en cuenta.
7. **La coordinación** es un aspecto imprescindible en la organización de la atención a las situaciones de dependencia. Su necesidad es incuestionable en todos los ámbitos: entre el sistema sanitario y social, entre los diferentes niveles de atención, entre la iniciativa privada y el sistema público, entre los profesionales, el mundo asociativo y los cuidadores informales. Para que realmente funcione, es necesario un esfuerzo de consenso y protocolización de los procesos a coordinar. También necesita voluntad política y profesional.
8. Las especiales características de las comarcas objeto de estudio, imponen la necesidad de adoptar un **enfoque comunitario** en la planificación de programas y servicios. La metodología de trabajo comunitario puede optimizar los recursos intersectoriales logrando la movilización de todos los disponibles además de los propios servicios sociales: centros de salud, escuelas, bibliotecas, agentes de desarrollo rural, casas de cultura...
9. Se observa la necesidad prioritaria de disponer de un **servicio de transporte accesible** que facilite el acercamiento de las personas a los recursos y viceversa. Es indispensable garantizar su buen funcionamiento todos los días de la semana, así como la flexibilidad en su utilización que será

polivalente. (acceso a recursos, excursiones, asistencia a espectáculos, acompañamiento a consultas y gestiones...)

10. El necesario incremento de recursos en las zonas estudiadas debe ir acompañado además de la consiguiente dotación de personal, de un plan de formación de los profesionales, con especial atención a los de menor cualificación que son los que suelen establecer un contacto más estrecho con los usuarios. La experiencia de las personas que han sido cuidadoras en el ámbito familiar deberá ser considerada.
11. El plan de actuaciones en las comarcas objeto de este estudio deberá contemplar toda una serie de actuaciones con las familias cuidadoras que incluyan, además de los correspondientes servicios de respiro, acciones formativas y programas específicos de intervención.
12. Es indispensable la puesta en marcha de un plan de información a los ciudadanos de estas comarcas que haga realmente accesible el conocimiento de los recursos disponibles y de todas sus posibilidades de utilización. Será imprescindible tener en cuenta las características idiosincráticas de esta población a la hora de diseñarlo.

Propuestas específicas

Servicios domiciliarios

Servicio de ayuda a domicilio (SAD)

13. Es necesario incrementar el servicio de ayuda a domicilio en la práctica totalidad de las comarcas estudiadas. Caspe, Campo de Belchite, Bajo Martín y Bajo Aragón, merecen especial consideración, al estar por debajo de un 1.5% de cobertura. Lograr una ratio de un 3.5% para año 2.010 parece imprescindible si queremos que estas comarcas lleguen a la media nacional que en esas fechas es previsible que haya superado ampliamente este índice de cobertura.
14. Es necesario aumentar la intensidad horaria del SAD, de acuerdo a las necesidades de atención de las personas dependientes. Se establecerán diferentes niveles de intensidad conforme a la gravedad y necesidad de ayuda de los usuarios. Para el año 2.005 se deberá alcanzar una intensidad mínima de 30 horas mensuales para atención a la dependencia. La evaluación de su red de apoyos será un elemento modulador pero nunca deberá desempeñar el efecto perverso de no concesión o retirada del servicio.
15. La distribución de las tareas a realizar, debe contemplar de manera prioritaria la prestación de cuidados personales coordinada con los servicios sanitarios que ejercerán un papel asesor y de tutela en esta faceta del SAD. La generalización de la prestación de cuidados no eliminará la realización de tareas domésticas.
16. Realizar un programa de intervención individualizado en el que participen todos los implicados en el caso: profesionales, usuarios, familiares y voluntarios.
17. Incrementar el servicio de comidas a domicilio, poco desarrollado hasta el momento.

18. Crear el servicio de lavandería procurando optimizar los recursos que se puedan ofrecer desde un centro polivalente. En cada uno de los municipios estudiar la fórmula más eficaz de implantación de este servicio.

Teleasistencia domiciliaria

19. Generalizar la extensión de este servicio en todas las comarcas a las personas mayores de 80 años que vivan solas o que aun viviendo 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.

Accesibilidad y ayudas técnicas

20. En el diseño de servicios y otros equipamientos de uso público aplicar el principio de universalidad o diseño para todos, evitando la estigmatización de los colectivos objeto de nuestro estudio.
21. Ampliar la línea de subvenciones y créditos para la adquisición de ayudas técnicas y adaptación de las viviendas. En todos los casos realizar una evaluación exhaustiva sobre la eficacia y eficiencia de estas intervenciones.
22. Crear un servicio especializado de préstamo de ayudas técnicas que facilite la movilidad de las personas en situación de dependencia y de sus cuidadores.

Servicios intermedios

Centros de día.

23. Impulsar la creación de centros de día para personas mayores dependientes en cada comarca. En cada uno de los centros se habilitará módulos de atención específica para la atención psicogeriátrica.
24. En los actuales centros sociales para mayores o en los que se construyan en este periodo, crear el servicio de estancias de día para personas en situación de fragilidad o dependencia moderada. Este servicio se puede diseñar con carácter de respiro familiar, menos especializado que los centros de día. Las distancias entre los pueblos y la poca accesibilidad de los recursos disponibles justifican este planteamiento.
25. Crear un centro de día para personas con discapacidad en cada comarca, atendiendo a las características y necesidades de esta población menor de 65 años y de sus cuidadores.
26. En el ámbito de la salud mental aplicar lo establecido en el Plan Estratégico de salud mental de Aragón.
27. Los servicios diurnos es interesante que se presten todos los días de la semana con vistas a favorecer la diversificación de servicios como respuesta a la diversidad de necesidades. Dadas las distancias y dificultades en las comunicaciones, así como las diferentes necesidades y

circunstancias de los potenciales usuarios, se debe procurar un recurso flexible que responda de manera diferenciada.

28. Con carácter experimental, analizar la conveniencia de crear un centro de noche para hacer frente a la diversidad de situaciones de necesidad que pueden presentar las personas dependientes en estas comarcas (condiciones climatológicas adversas, problemas de salud, problemas de conducta nocturna, etc.).
29. Considerar el interés de desarrollar otros recursos y servicios alternativos: Unidades de Convivencia para personas mayores y para personas con discapacidad, Viviendas Tuteladas, Programas de respiro con plazas temporales.
30. Las estancias temporales en todos los casos deberán contar con un programa de intervención que contemple la adaptación de las personas y sus familias a la entrada y salida de este recurso.

Residencias y alojamientos alternativos

31. En el año 2.010 las comarcas de referencia es conveniente que dispongan de un índice de cobertura de 4 plazas residenciales por cada 100 personas de 65 y más años. Todas ellas accesibles a personas en situación de dependencia. Al menos un 2.5% de estas plazas residenciales serán de financiación pública, conforme a lo establecido en el Plan estratégico de Atención a la dependencia 2001-2006.
32. Impulsar la creación de Unidades de Convivencia en cada una de las comarcas, destinadas a los siguientes colectivos: personas con discapacidad física o mental (según necesidades) personas mayores dependientes físicas y personas con demencia.
33. Se debe planificar una distribución racional de las plazas residenciales, estableciendo acuerdos con la iniciativa privada sobre su ubicación y también sobre el modelo de residencia de futuro.

Centro Polivalente de recursos en entornos rurales

En los contextos rurales es más necesario que en ningún otro desarrollar centros en los que se ofrezca una amplia gama de servicios para la población en situación de dependencia. En los hábitats rurales no es posible el desarrollo de muchos servicios específicos y diferenciados. Por ello se debe crear dispositivos capaces de ofrecer, desde un mismo recurso, todos los programas reseñados en los apartados anteriores, convirtiéndose en centro de referencia para una amplia área, a través del cual se realiza la provisión de múltiples servicios y programas. Todo ello desde la doble perspectiva de lugar de recepción y provisión de programas y servicios y centro que irradia y ofrece servicios de proximidad, acercando los recursos a las necesidades de las personas dependientes.

7. METODOLOGÍA

El trabajo realizado ha consistido en la realización de un diagnóstico de situación que relacionase las necesidades de la población objeto de atención a la dependencia con los recursos y servicios necesarios para dar respuesta a esas necesidades en las comarcas de referencia. Esto suponía, conclusiones aparte, la necesidad de abordar tres análisis diferenciados de las tres capas que compondrían la realidad objeto de estudio, es decir:

1. la población que habita el área de referencia
2. la población discapacitada de la zona
3. los recursos disponibles y su impacto dentro de la región

Delimitados los objetivos, a la hora de plantear un estudio de estas características resulta imprescindible para planificar correctamente la investigación decidir qué clase de contacto se va a entablar con la realidad estudiada; qué clase de datos se espera extraer de ella. Si bien el planteamiento inicial se enfocaba hacia una exploración meramente cuantitativa, la primera toma de contacto con los datos disponibles obligó a modificar este plan, pues al carecer de fuentes primarias sobre las realidades mencionadas se corría el riesgo de “cuantitivar” en demasía el estudio y presentar un análisis sesgado que redujera el fenómeno de la dependencia a una sucesión de cifras que mecanizarían en demasía el fenómeno de la dependencia en esta zona, olvidando las voces y voluntades de quienes la viven diariamente. Trabajar con fuentes secundarias supone partir de datos en cuya obtención se plantearon otro tipo de objetivos a los perseguidos, y si bien resultan perfectamente válidos para esbozar las formas que definen al objeto de estudio, su eficacia crece exponencialmente al entrecruzarse con informaciones extraídas del encuentro directo con las personas a las que hacen referencia. Mediante la investigación cualitativa, gracias a la toma de contacto con el escenario sobre el que se van a dictaminar tantas conclusiones, se vuelve posible dar unas pinceladas de color a esas formas, bañarlas de realidad y hacerlas así comprensibles, incrementando la precisión con la que el retrato final se ajustará a su modelo. Si no se corre el riesgo de tomar decisiones por y no con quienes se pueden beneficiar de ellas, excluyendo puntos de vista básicos sobre las necesidades de una población, la dependiente, que lo último que necesita es pagar durante los próximos años los créditos de una mala planificación que no quiso escucharles. Así pues, a la hora de acometer intervenciones de este tipo se debe ser consecuente con la gran responsabilidad que implican, o se estará malgastando mucho dinero en condenar al ostracismo a una población cuya situación en nuestra sociedad ya es por sí misma bastante desigual.

La primera fase de la investigación consistió en la selección y análisis de las fuentes de información que se iban a emplear. Resulta sorprendente la ingente cantidad de datos disponibles y lo mal estructurados que se encuentran. Sin duda la primera conclusión que la investigación planteó fue la necesidad de coordinación entre las instituciones, privadas o públicas, que disponen de toda esta información, para así compartir conceptos y planteamientos (tan dispares ahora mismo que ni siquiera coinciden a la hora de definir la discapacidad o las situaciones de dependencia) y posibilitar de este modo un mejor conocimiento del fenómeno. Si bien posiblemente exceda las pretensiones de este proyecto, se debe señalar la necesidad de un archivo o base de datos unificada que permita un acceso rápido a los datos de la población discapacitada de la zona para no enfangarse entre tanta información contradictoria.

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 realizada por el Instituto Nacional de Estadística (de cuya base de datos también se han extraído los datos sobre población general de la zona) es sin duda la fuente más completa a la que acudir actualmente, y la gran mayoría del análisis de la población discapacitada se ha basado en el estudio de los documentos ofrecidos por ella. A pesar de que se intentó a través de distintos cauces que se nos proporcionaran datos primarios sobre los que trabajar directamente (la ley de protección de datos lo impide), la información encontrada en ella ha resultado de gran valor por su fiabilidad, y unida a informes realizados por el Instituto Aragonés de Estadística y por el IMSERSO, ha resultado más que suficiente para analizar, creemos, correctamente la magnitud del fenómeno de la dependencia en Aragón y más concretamente en las comarcas objeto de estudio.

Sin embargo recabar información sobre los recursos habilitados en la zona y su alcance ha resultado terriblemente fatigoso. Las instituciones privadas (desde fundaciones benéficas hasta asociaciones de discapacitados etc...) en muchos casos únicamente cuentan con datos de los recursos que ellas ofrecen, y no todas los comparten con los sistemas sociosanitarios públicos, por lo que ni unos ni otros reúnen un mapa de recursos de la zona plenamente fiable. Se ha tenido, por tanto, que contrastar innumerables veces las informaciones proporcionadas por unos y otros para obtener un mapa lo más completo posible.

Precisamente a raíz de las sospechas que suscitó esta parte del trabajo en cuanto a la posibilidad de estar olvidando informaciones básicas, mediada la investigación se llevó a cabo un pequeño viaje a modo de toma de contacto con la realidad estudiada. Se mantuvo entrevistas y contactos con diversas asociaciones de discapacitados y se visitaron (infructuosamente) tanto el Instituto Aragonés de Estadística como el Instituto Aragonés de Servicios Sociales con la esperanza de encontrar nuevos datos que dieran luz al estudio. Pero lo que realmente enriqueció a posteriori el informe final fueron las entrevistas con las trabajadoras sociales de la zona, con quienes se entró en contacto a través de entrevistas informales en sus centros de trabajo. Como ya pudimos comprobar en los trayectos entre las distintas localidades que se visitaron, las comunicaciones, tanto a nivel de estado de las carreteras como de líneas de transporte público en la zona, se encuentran en un estado bastante pobre, y más allá de los detalles concretos sobre cómo se desenvolvía con sus problemas la población dependiente con la que ellas tenían trato directo (fuerte asociacionismo, poca utilización de los servicios disponibles al preferir “arreglárselas solos” ayudándose entre vecinos), lo que las cinco trabajadoras sociales entrevistadas coincidieron en destacar fue la necesidad de unas mejores comunicaciones como paso previo a cualquier tipo de iniciativa, pues si no, decían, la gran mayoría de los que serían clientes potenciales de esos servicios jamás podrían acceder a ellos, y de ponerse en la tesitura de desplazarse, casi todos preferirían hacerlo a Zaragoza capital. Además, tal y como se muestra en el capítulo destinado a los recursos, todas destacaron la casi total ausencia de centros especializados en atenciones a personas discapacitadas, pues otra clase de centros (por ejemplo colegios) sí que eran utilizados esporádicamente para actividades con esta población.

Existe, pues, una gran carencia de recursos en la zona, y las deficientes condiciones de los transportes no hacen sino dificultar más aún las posibilidades de edificar un proyecto que funcione eficientemente (lo cual ni mucho menos imposibilita su realización, sino que más bien condiciona la manera en que ésta debe ser orientada). Sí se puede asegurar sin embargo que la población usuaria de los recursos que potencialmente se podrían poner en marcha, al ser muy mayoritariamente mayor de 65 años, prefiere que los recursos llamen a su puerta a tener que ir a buscarlos, lo cual

requiere de un centro polivalente y flexible que centralice esfuerzos e irradie servicios para toda la comarca.

ANEXOS

A continuación se añaden a modo de anexos un listado de los recursos sociosanitarios (concretamente de los centros donde se ubican) de todo el territorio de Aragón (anexo nº 1) y unos mapas de las comarcas y barrios de la capital que comprenden el área estudiada (anexo nº 3), así como de las áreas sanitarias de Aragón (anexo nº 2) esperando que en la medida de lo posible sirvan de información complementaria que permita un contacto más directo con la realidad estudiada a quien así lo desee.

ANEXO 1: RECURSOS PARA PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN.

HUESCA

Centros de Personas Mayores				
Localidad	Centro	Dirección	Teléfono	Fax
Barbastro	Hogar	Huesca s/n (Pol. La Paz) -22300	974 312 662	974 315 663
Binéfar	Hogar	C/ Teodoro Bardaji s/n -22500	974 429 856	974 431 320
Fonz	Residencia San Blas	C/ Francisco Cordera, 2 -22422	974 412 079	974 412 247
Fraga	Hogar	Av. Del Parque, s/n -22520	974 471 659	974 471 096
Huesca	Dirección Provincial	Plza Sto. Domingo, 3-4 -22001	974 293 333	974 823 301
Huesca	Hogar	C/Pío XII, s/n -22006	974 226 212	974 242 064
Huesca	R. Sda Familia/C.de Día	Pº Lucas Mallada, 22 -22006	974 222 254	974 222 254
Huesca	R. C.de Huesca/C. de	Crta Grañén, s/n -22005	974 242 190	974 238 452
Jaca	Hogar	C/ Levante, 6 -22700	974 361 950	974 362 083
Monzón	Hogar	Plaza San Juan, 30 -22400	974 401 530	974 402 785
Sabiñánigo	Hogar	Avda. Serrablo s/n -22600	974 481 047	974 483 546

Centros municipales de servicios sociales				
Localidad	Servicios sociales de	Dirección	Teléfono	Fax
Aínsa-	Aínsa	Avda. Ordesa, s/n -22330	974 500 909	974 500 909
Almudévar	Almudévar	C/ Mayor, 64 -22270	974 250 002	
Ayerbe	Gállego-Sotón	Plza Aragón, 40 -22800	974 380 641	
Barbastro	Somontano de	Plza de Navarra, 1, 2º -22300	974 306 332	974 306 052
Benabarre	Ribagorza Oriental	C/ Sres. De Entenza, 1 -22580	974 543 536	974 547 419
Binéfar	Binéfar	C/ Galileo, 7-13 -22500	974 431 022	974 431 078
Boltaña	Boltaña	Plza España, s/n -22340	974 502 401	974 502 380
C.I de Berdún	Canal de Berdún	Plza Sta Eulalia, 6 bajos -22770	974 371 730	974 371 730
C. de Sos	Castejón de Sos	Avda. Ral, 39 -22466	974 553 092	974 553 820
Fraga	Fraga	Paseo Barrón Segoñé, 7 -22520	974 472 147	974 473 120
Grañén	Los Monegros	Ramón y Cajal, 7, 3º Izda -22260	974 391 276	974 391 079
Graus	Baja Ribagorza	C/ Angel Sanblancat, 6 -22430	974 541 186	974 540 390

Huesca	Huesca	Plza San Bernardo, s/n -22002	974 292 143	974 292 174
Huesca	Monflorite	Pol.Monzú.C/Cordeleros,8-22006	974 231 323	974 232 044
Jaca	Jaca	Plza Mayor, 24 -22700	974 355 597	974 355 666
Lascuarre	Valle de Isábena	C/ Placeta, s/n -22586	974 544 242	974 544 254
Monzón	Cinca Medio	Avda. el Pilar, 45 -22400	974 403 593	974 415 973
Plan	Plan	Plza Mayor, s/n -22367	974 506 200	974 506 001
Sabiñánigo	Alto Gállego	C/ Serrablo, 47 -22600	974 483 311	974 483 437
T. de Litera	Tamarite de Litera	Plza Mayor, 7 -22550	974 420 673	974 420 673

TERUEL

Centros de Personas Mayores				
Localidad	Centro	Dirección	Teléfono	Fax
Albarracín	Residencia de	Camino de Gea, s/nº -44100	978 710 178	978 710 178
Alcañiz	Hogar	C/Glorieta de Valencia s/n -	978 830 781	978 830 781
Andorra	Hogar	Parque de la Solidaridad s/n -	978 842 052	978 842 052
Calamocha	Hogar	Avda. Valencia, 1 -44200	978 730 875	978 732 300
Calanda	Hogar	C/Virgen del Pilar, 5 -44570	978 846 536	978 846 536
Ojos Negros	Hogar	Bº Sierra Menara s/nº -44313	978 865 290	978 865 290
Teruel	Dirección Provincial	Avda. Sanz Gadea, 11 -44002	978 621 260	978 641 404
Teruel	Residencia Javalambre	Ctra. Castralvo, s/n -44002	978 609 487	978 609 761
Teruel	Residencia Turia / Hogar	C/ Yagüe de Salas, 17 -44001	978 604 813	978 603 506
Torrecilla de	Hogar	C/ Mártires, 59 -44640	978 852 190	978 825 190
Utrillas	R. de Utrillas / Hogar	Av.Señores Baselga s/n -44760	978 757 011	978 757 037

Centros municipales de servicios sociales				
Localidad	Servicios sociales de base	Dirección	Teléfono	Fax
Albalate del A.	Bajo Martín	Plza de la Iglesia, 1 -44540	978 813 037	978 813 116
Alcañiz	Alcañiz	Plaza España, 6 -44600	978 871 217	978 834 387
Alcorisa	Los Alcores	P.Constantino Lorente,15 -	978 840 661	978 840 617
Aliaga	Aliaga	C/ Mayor Baja, 20 -44150	978 771 424	978 771 424
Andorra	Andorra	C/ Aragon, 4 -44500	978 843 853	978 844 338
Calamocha	Calamocha	Avda. Valencia, 3 -44200	978 731 618	978 732 290
Calanda	Calanda	Capuchinos, s/n -44570	978 886 069	978 886 061
Cedrillas	Cedrillas	Plza. Constitución, s/n -44147	978 774 204	978 774 001
Cella	La Fuente	Plza Mayor, 1 -44370	978 650 618	978 653 204
Iglesuela del	Maestrazgo	Plz. de la Iglesia, 1 -44142	964 443 325	964 443 325
Libros	Ribera del Turia	Paseo del Turia, 58 -44132	978 784 213	978 784 001
Monreal del	Municipios del Jiloca	Plza. Mayor, 1 -44300	978 863 801	978 864 168
Mosqueruela	Mosqueruela	Plza. Mayor, 1 -44410	978 805 224	978 810 534
Muniesa	Muniesa	Avda. Val de Oliete, 68 -44780	978 810 534	978 810 534

Perales de A.	Altiplano de Teruel	P. Fray Juan Cebrian,1 -44163	978 775 233	978 775 101
Santa Eulalia	Alto Jiloca	P.Gral. Primo de Rivera,1 -	978 860 000	978 860 000
Sarrión	Sarrión	Plza. España, 1 -44460	978 781 075	978 780 084
Teruel	Teruel	Av. Yagüe de Salas,16,1º -	978 606 413	978 606 111
Tramacastilla	Albarracín	C/ Magdalena, s/n -44112	978 706 910	978 706 059
Utrillas	Utrillas	C/ Escucha, 2 -44760	978 757 664	978 758 222
Valderrobles	Matarraña	Av.las Cortes de Aragón,7-	978 890 882	978 850 497

ZARAGOZA

Centros de Personas Mayores				
Localidad	Centro	Dirección	Teléfono	Fax
Alagón	Res. de Alagón	C/ Alameda, 41 -50630	976 612 640	976 612 237
Borja	R.de Borja /C.de Día /	Av. Canto Coral s/n -50540	976 867 311	976 867 311
Calatayud	Centro de Día / Hogar	C/Rua deDato, 64 -50300	976 886 944	976 886 944
Calatayud	Psiquiátrico de Calatayud	Ctra.Sagunto-Burgos s/n -	976 881 757	976 881 078
Ejea	Centro de Día	Avda. Cosculluela, 32 -50600	976 663 646	976 660 254
Ejea	Hogar	C/ Libertad, 2 -50600	976 660 254	976 660 354
Illueca	Hogar	Plaza Diputación 2 -50250	976 820 883	976 820 883
Tarazona	Hogar Doz	Avda. Navarra, 15 -50500	976 199 280	976 199 283
Zaragoza	C.de Día Delicias / Hogar	C/ Andrés Vicente, s/n -50017	976 488 602	976 488 602
Zaragoza	C. de Día San Blas / Hogar	C/ San Blas, 20 -50003	976 436 219	976 436 219
Zaragoza	Dirección Provincial	P.º Rosales, 28 -50008	976 716 223	976 716 221
Zaragoza	Hogar Balsas Ebro Viejo	C/ Valle de Broto s/n -50015	976 512 055	976 512 055
Zaragoza	Hogar Boterón	C/ Boterón, 2 -50001	976 299 662	976 299 662
Zaragoza	Hogar Casetas	Ctra. Logroño, s/n -50620	976 772 888	976 772 888
Zaragoza	Hogar Las Fuentes	C/ Cardenal Cisneros, 7-9 -	976 421 895	976 426 050
Zaragoza	R. Las Fuentes / C. de Día	C/ Fray Luis Urbano s/n -50002	976 598 379	976 597 626
Zaragoza	Residencia de Movera	Avda.Movera,600 -50194	976 586 790	976 586 228
Zaragoza	R. Romareda /C. de Día	C/ Violante de Hungría, 21 -	976 558 734	976 554 085

Centros municipales de servicios sociales				
Localidad	Servicios sociales de	Dirección	Teléfono	Fax
Alagón	Bajo Jalón-Ebro	Plza España, 1 -50630	976 612 329	976 612 108
Alfajarín	Ribera Izda del Ebro	Plza España, 16 -50172	976 790 630	976 790 632
A. de Aragón	Alhama de Aragón	Avda. Aragón, 19 -50230	976 840 337	976 840 483
Ariza	Ariza	Plza. del Hortal, 18 -50220	976 845 426	976 845 512
Ateca	Tres Ríos	Plza España, 5 -50200	976 872 116	976 872 105
Belchite	Belchite	Ronda de Zaragoza, s/n -50130	976 830 175	976 830 004
Borja	Borja	C/ Mayor, 17 -50540	976 852 028	976 867 215

Calatayud	Calatayud	San Juan del Real, 6 -50300	976 881 018	976 886 044
Cariñena	Cariñena	Plza España, 1 -50400	976 622 101	976 620 375
Caspe	Caspe	Plza España, 1 -50700	976 639 078	976 639 069
Daroca	Daroca	Plza España, 6, bajos -50360	976 800 713	976 800 362
Ejea de los C.	Ejea de los Caballeros	Avda. Cosculluela, 1 -50600	976 661 515	976 663 816
Épila	Épila	Plza España, 1 -50290	976 609 568	976 603 128
Fabara	Fabara	Plza. España, 1 -50793	976 635 369	976 635 322
F. de Ebro	Fuentes de Ebro	Plza. Constitución, 4 -50740	976 160 761	976 160 832
Gallur	Ribera Alta Ebro	Plza. España, 1 -50650	976 864 741	976 864 741
Illueca	Aranda	Plza. España, 6 bajos -50250	976 822 362	976 822 168
Almunia	Jalón-Algairén	Plza España, 1 -50100	976 811 759	976 811 758
Luna	Luna	Plza. Mayor, 10 -50610	976 689 479	976 689 137
Magallón	Portal del Moncayo	C/ Santa María, s/n -50520	976 858 263	976 858 263
Maluenda	Maluenda	P.Cardenal Casanova, 1 -50340	976 893 273	976 546 909
M. de Huerva	Ribera Bajo Huerva	Plza José Antonio, 1-4 -50430	976 124 170	976 124 090
Miedes	Sierra Vicort-Espígar	Plza Mayor, 9 -50330	976 892 142	976 892 142
Morata de	Morata de Jalón	Mayor Baja, 1 -50260	976 818 126	976 818 186
Pina de Ebro	Pina de Ebro	Plza España, 1 -50750	976 165 506	976 165 498
Sabiñán	Saviñán	C/ Conde Argillo, 4 -50299	976 826 202	976 825 230
Sádaba	Sádaba	Plza Aragón, 1 -50670	976 675 037	976 675 428
Sástago	Meandros del Ebro	C/ Ramón y Cajal, 4 -50780	976 178 791	976 178 830
Sos del Rey	Altas Cinco Villas	Plaza de la Villa, 1 -50680	948 888 331	948 888 464
Tarazona	Tarazona y Moncayo	Avda. de la Paz, 31, bajo -50500	976 641 033	976 643 907
Tauste	Tauste	Plza España, 1 -50660	976 859 144	976 855 000
Utebo	Utebo	Paseo Berbegal, 22-24 -50180	976 785 049	976 785 247
Villarroya de	Río Ribota	Plza Mayor, s/n -50310	976 896 050	976 896 192
Zaragoza	CMSS Casco Viejo - San	C/ Las Armas, 61 -50001	976 445 066	
Zaragoza	CMSS La Magdalena	C/ Heroísmo, 5 -50001	976 290 626	
Zaragoza	CMSS Centro	C/ Hernán Cortés, 31-33 -50005	976 220 666	976 224 500
Zaragoza	CMSS Delicias	C/ Terminillo (ParDelicias) 50017	976 312 828	976 312 835
Zaragoza	CMSS Ensanche	C/ Violante de Hungría, 4 -50009	976 721 760	976 727 159
Zaragoza	CMSS San José	Mayor,s/n(C.Cul.T.S.Punter)500	976 496 868	976 224 500

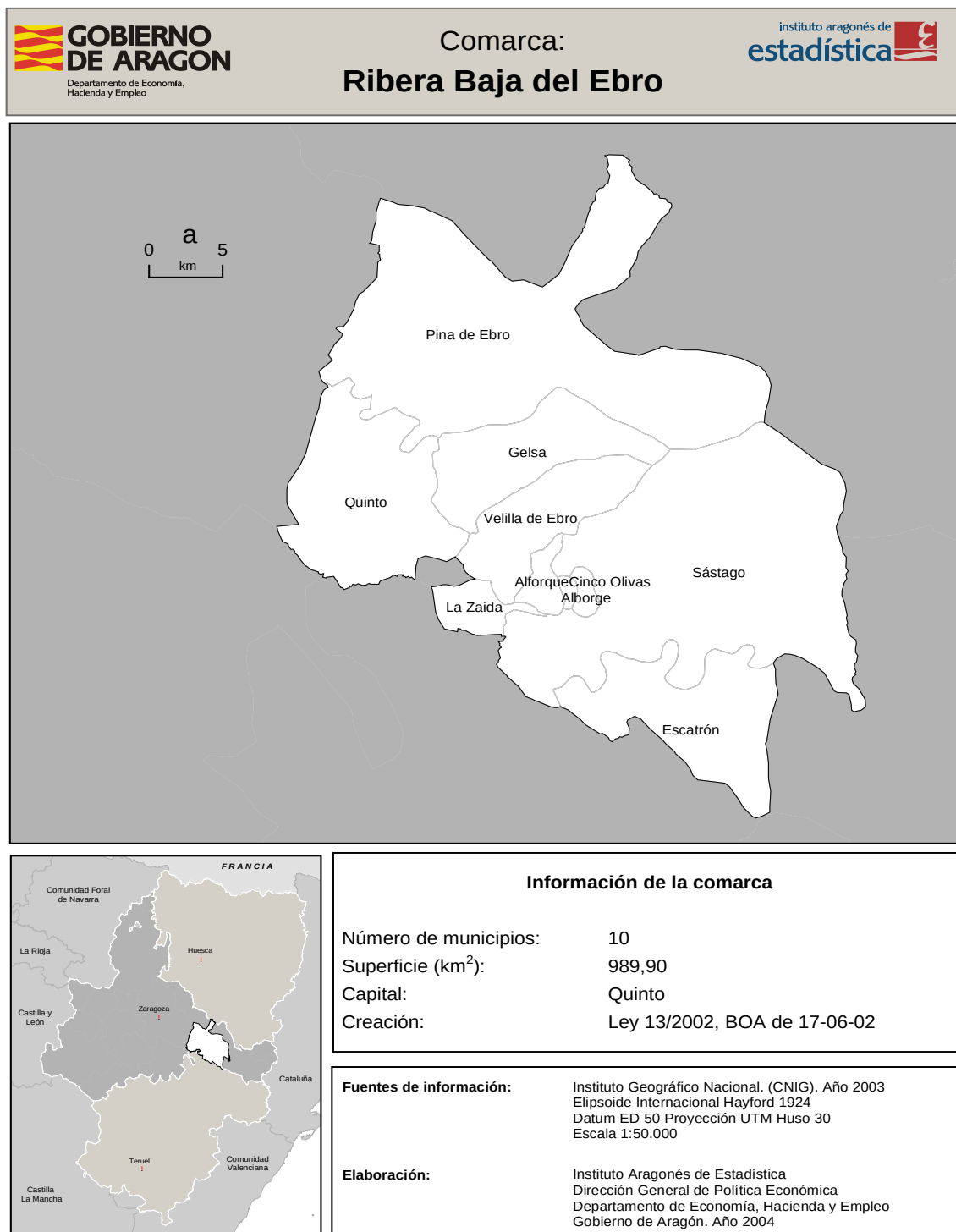
Zaragoza	CMSS Las Fuentes	C/ Miguel Servet, 57 -50013	976 724 000	976 499 880
Zaragoza	CMSS La Almozara	Av. Puerta Sancho, 30 -50003	976 404 693	976 281 682
Zaragoza	CMSS Oliver	C/ Séneca, 78 -50011	976 349 563	976 345 954
Zaragoza	CMSS Valdefierro	Plaza Inmaculada, s/n -50012	976 753 809	976 753 930
Zaragoza	CMSS Torrero	C/ Monzón, s/n -50007	976 259 155	976 259 178
Zaragoza	CMSS Actur	A. Duce, 2 (C.Cult.J. Martí)-	976 732 750	976 733 309
Zaragoza	CMSS Arrabal	Plaza San Gregorio, s/n -50015	976 510 892	976 730 262
Zaragoza	CMSS La Jota	María Virto, s/n (C.Conv.) -	976 473 327	976 473 327
Zaragoza	Rurales Norte Zona 2	C/ Alberto Duce, 2 Dpdo. -50018	976 732 750	976 733 309
Zaragoza	Rurales Norte Zona 1	C/ Alberto Duce, 2 Dpdo. -50018	976 732 750	976 733 309
Zaragoza	Rurales Oeste Zona 1	Avda. de Navarra, 54 -50010	976 333 282	976 534 003
Zaragoza	Rurales Oeste Zona 2	Avda. de Navarra, 54 -50010	976 333 282	976 534 003
Zuera	Zuera	Plza España, 3, 3ª -50800	976 681 119	976 680 818

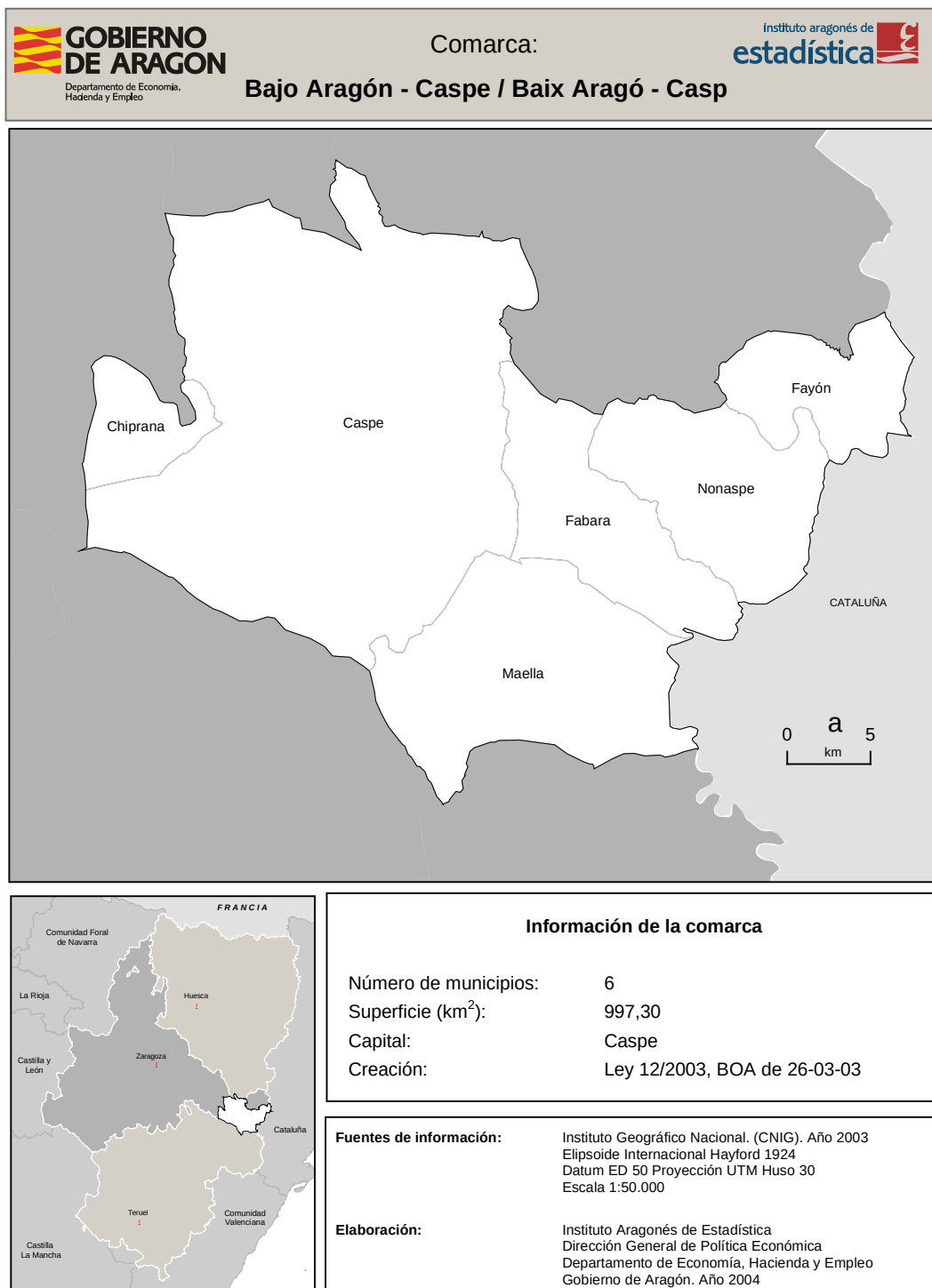
ANEXO Nº 2: MAPA SANITARIO DE ARAGÓN

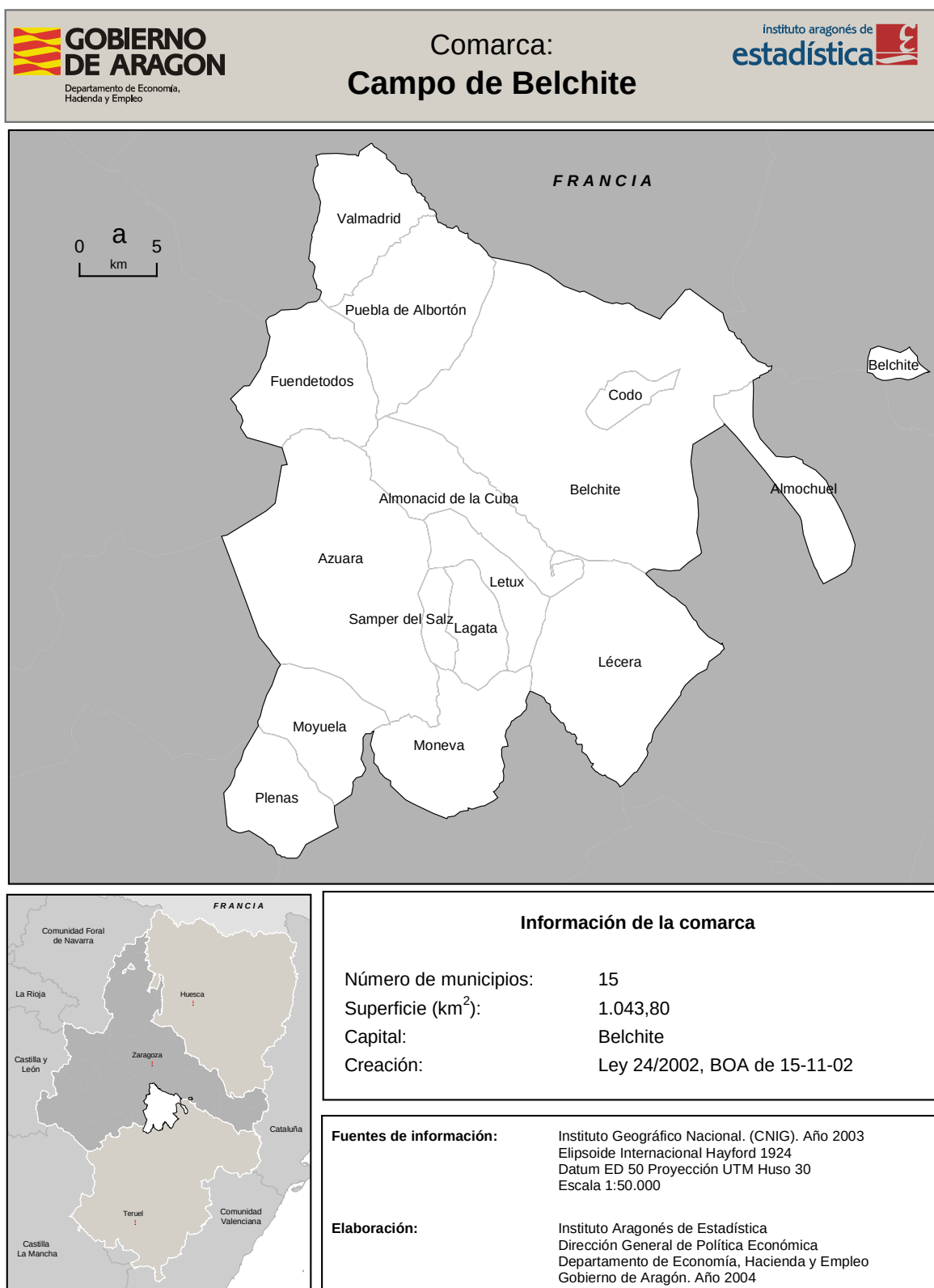
MAPA 1. MAPA SANITARIO DE ARAGÓN, 2002

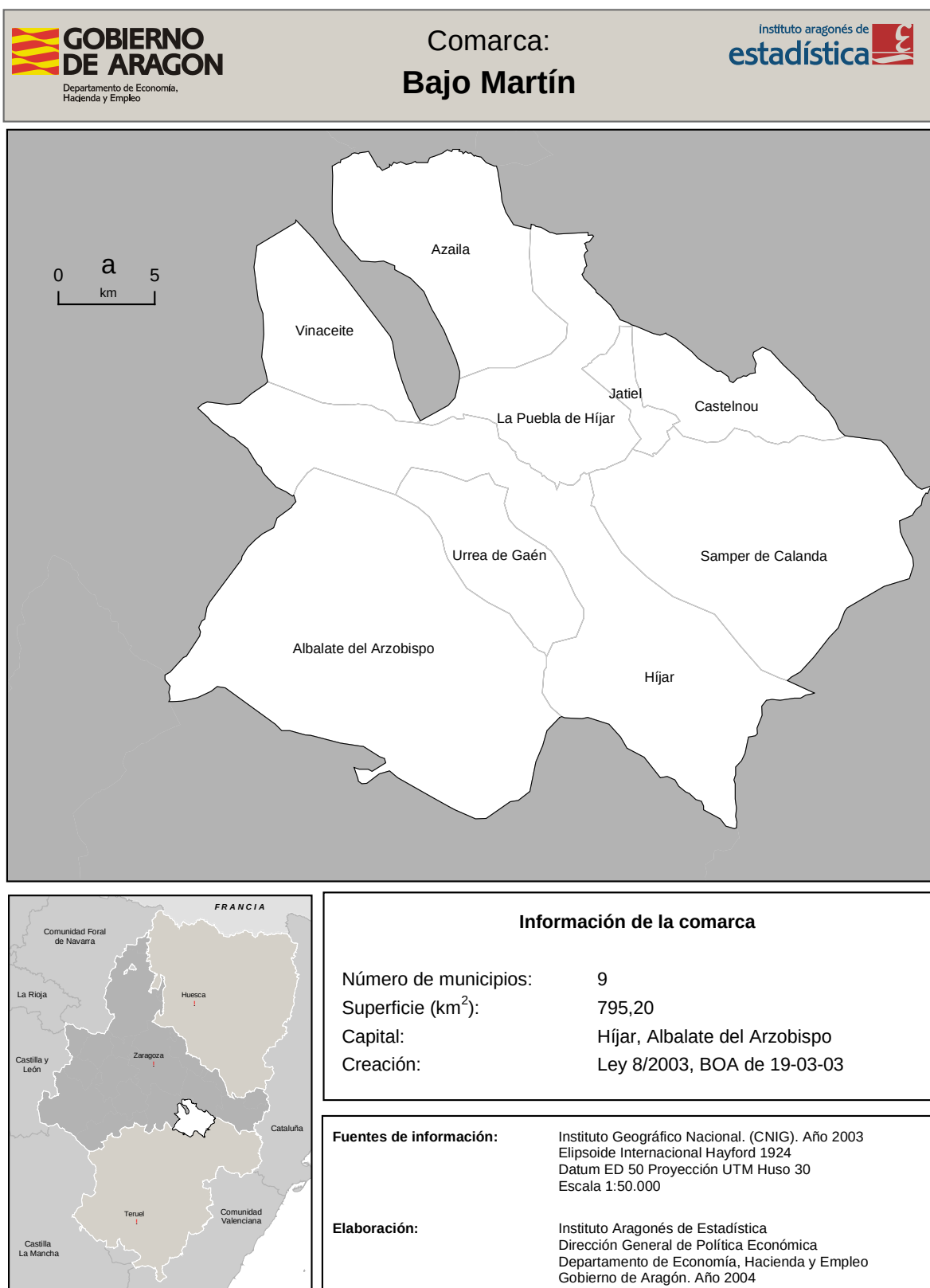


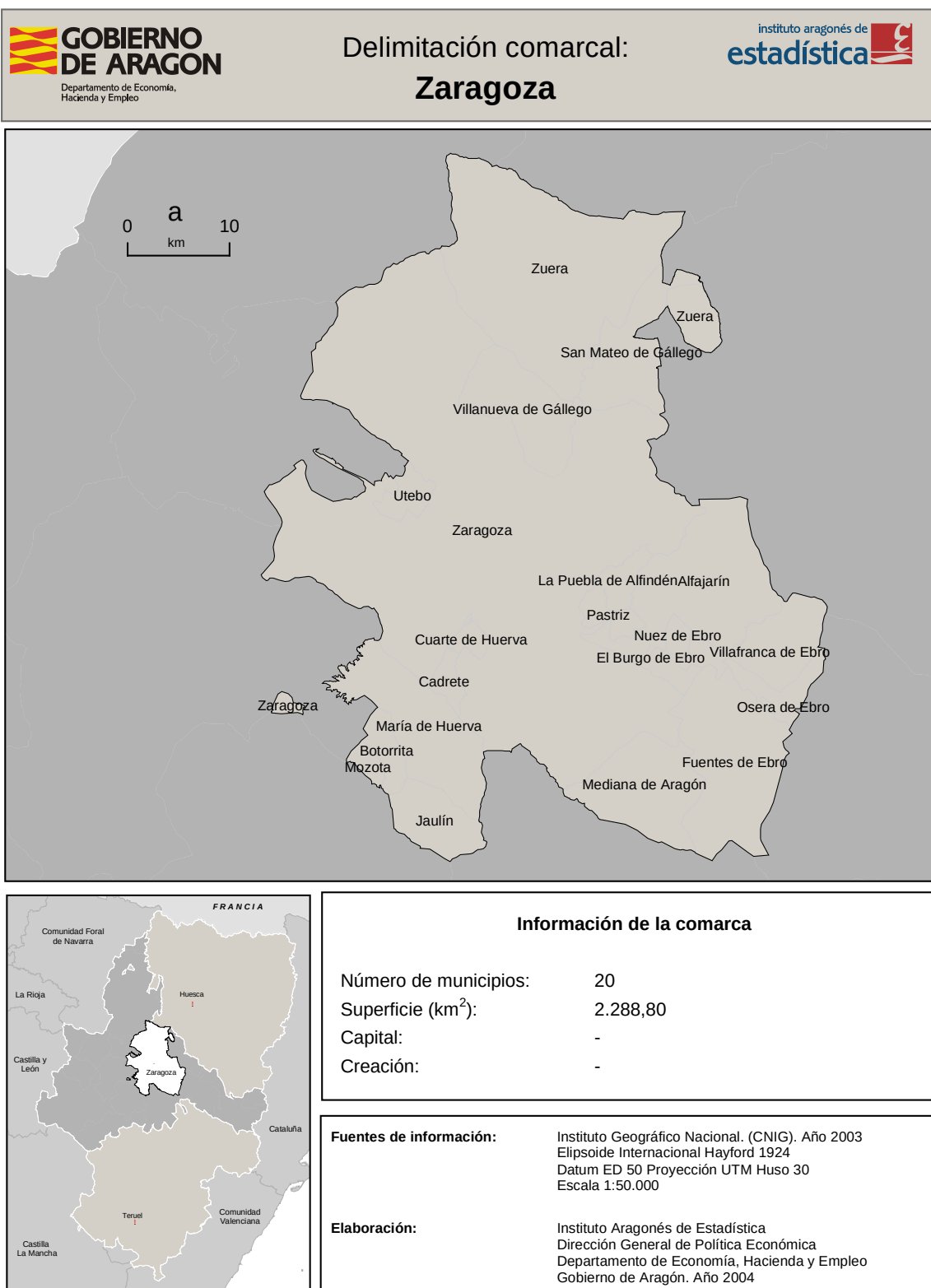
ANEXO Nº 3: MAPAS COMARCALES



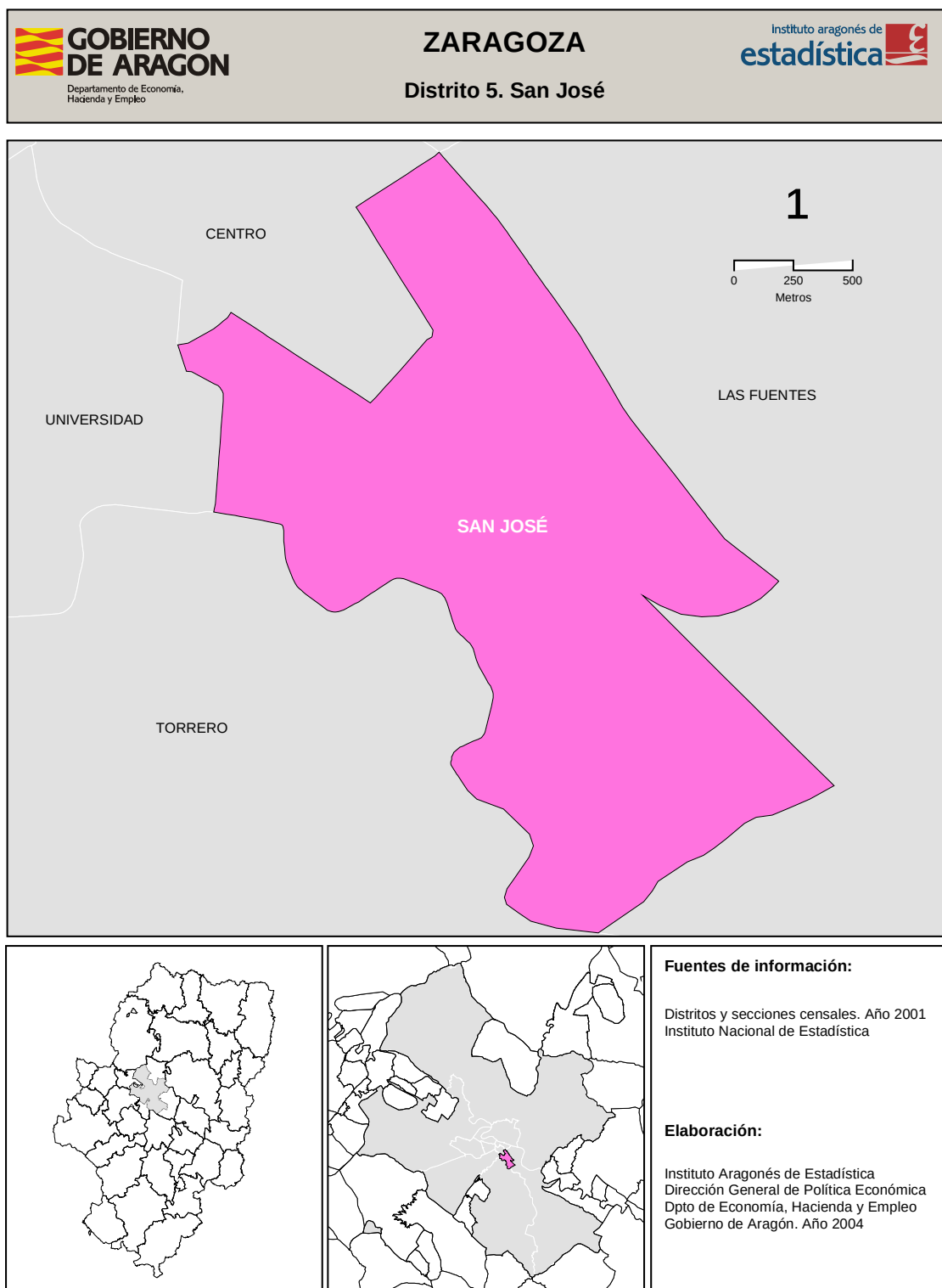


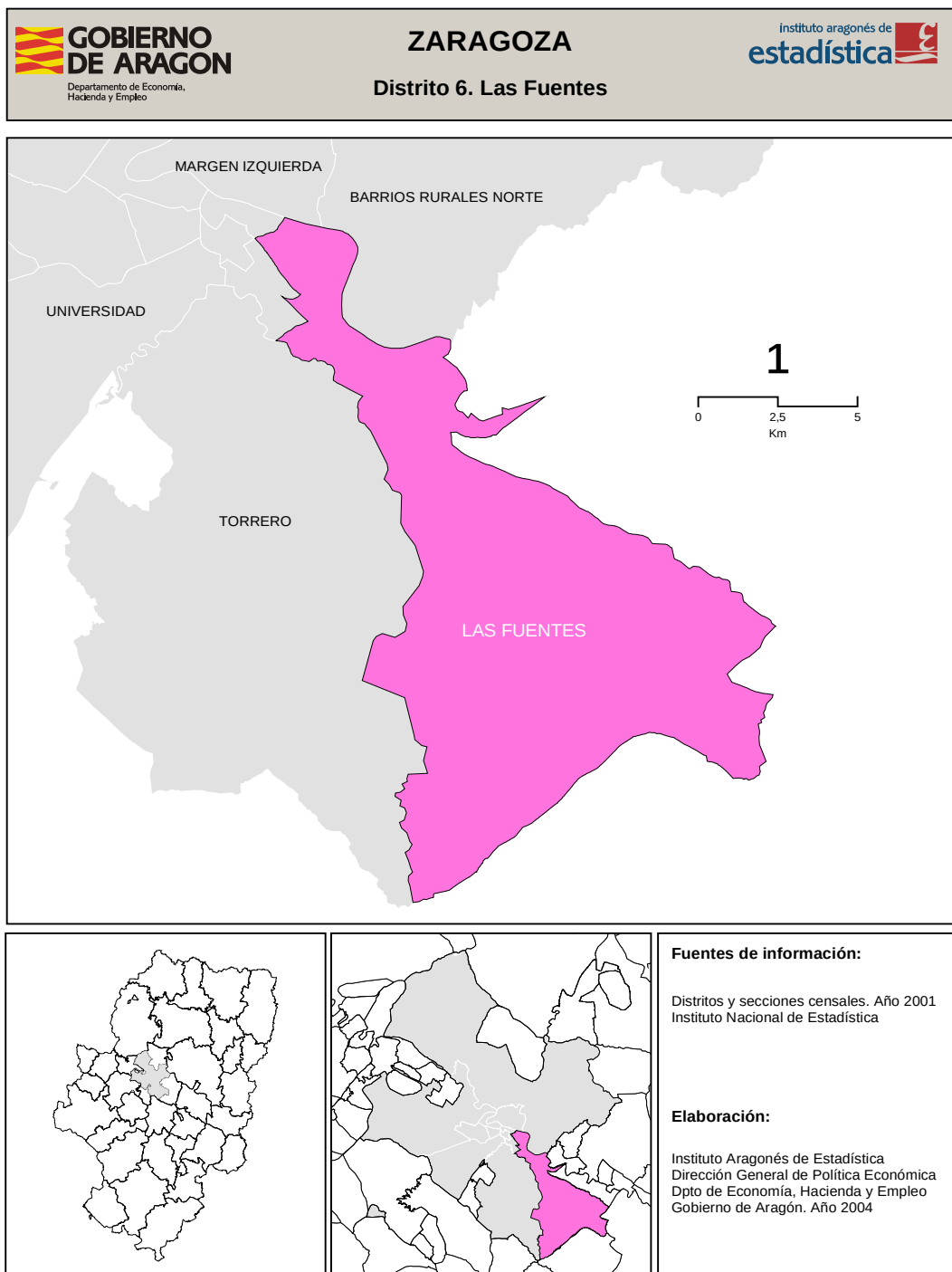


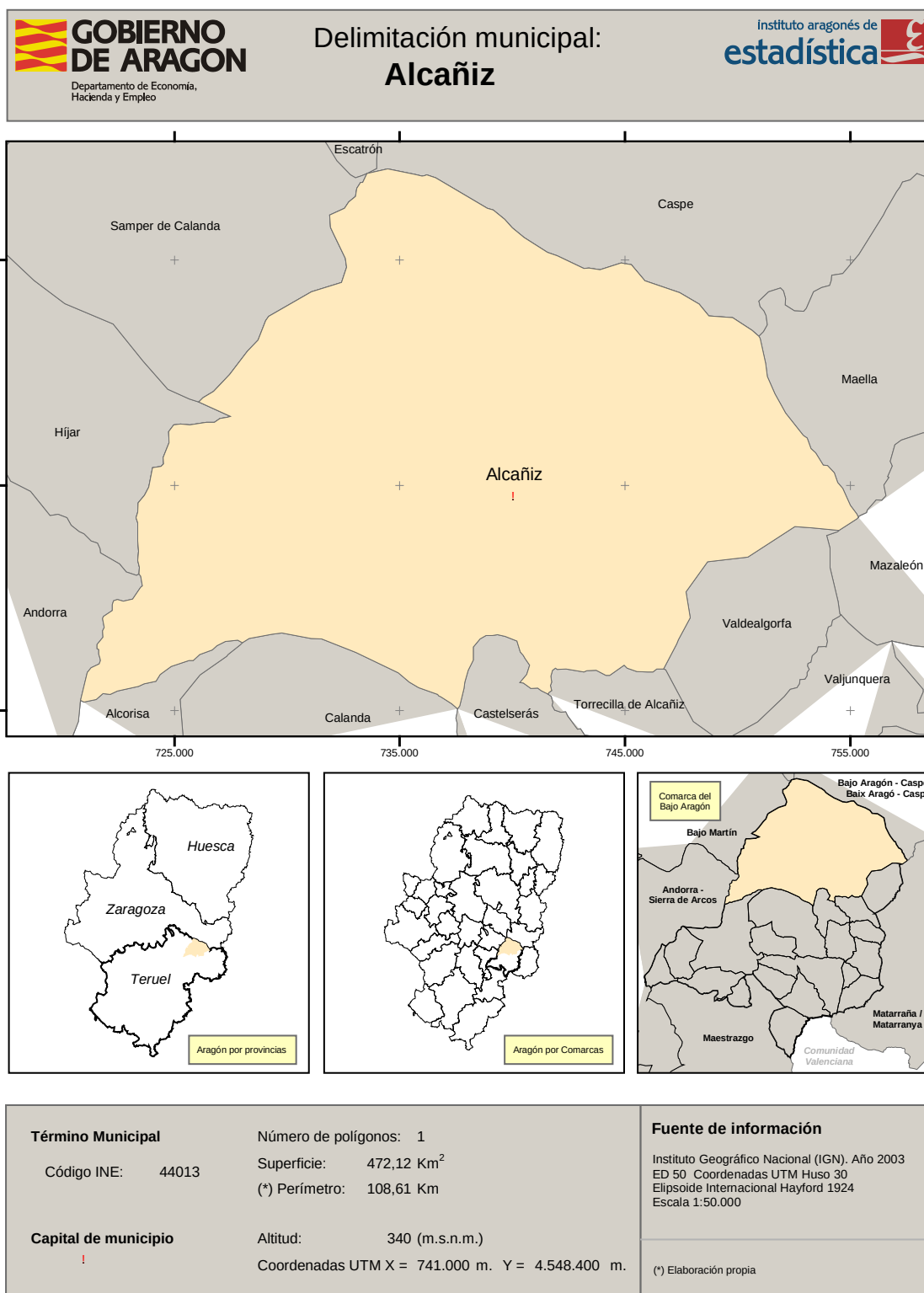












ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráficos:

Capítulo 2: indicadores demográficos

0. Población Aragón por provincia
1. Población según tamaño municipal y edad, 2003.
1. Personas mayores por comunidades autónomas. Porcentajes.2004
2. Población mayor de 65 años en Aragón.2003
3. Población según edad y sexo,2003
4. Número medio hijos por mujer,2003
5. Pirámide de mortalidad, 2003
6. Evolución de la esperanza de vida 1900 – 2002 (Aragón)
7. Pirámide de población de Alcañiz
8. Pirámide de población de Bajo Aragón – Caspe
9. Pirámide de población de Bajo Martín
10. Pirámide de población de Campo de Belchite
11. Pirámide de población de Ribera Baja del Ebro
12. Pirámide de población de Zaragoza d.c.

Capítulo 3: Análisis de la discapacidad en Aragón

1. Personas con discapacidad por grupos de edad y sexo, 1999
2. Aragón. Personas con discapacidad severa o total
3. Esperanza de vida libre de discapacidad
4. Personas con alguna discapacidad que reciben ayudas de asistencia personal por comunidad autónoma, grupo de discapacidad y sexo. Población de 65 y más años. 1999
5. Personas con alguna discapacidad que reciben ayudas de asistencia personal por comunidad autónoma, grupo de discapacidad y sexo. Población de 6 a 64 años. 1999
6. Relación del cuidador con la persona discapacitada. Población de 6 a 64 años. 1999
7. Relación del cuidador con la persona discapacitada. Población de 65 y más años. 1999
8. Personas discapacitadas y tamaño de hogar. 1999
9. Personas con alguna discapacidad por sexo y tamaño de hogar. Población de 6 a 64 años. 1999
10. Personas con alguna discapacidad por sexo y tamaño de hogar. Población de 65 y más años. 1999
11. Distribución de los hogares de cada tamaño de hogar según tengan o no personas con discapacidades
12. Distribución de los hogares con y sin discapacidades según el tamaño del hogar
13. Distribución de los hogares según tengan o no personas con discapacidades y el número de discapacidades
14. Nivel de estudios de la población discapacitada. Población de 10 a 64 años
15. Nivel de estudios de la población discapacitada. Población de 65 y más años

Capítulo 4: Recursos para personas en situación de dependencia

1. Servicio Público de ayuda a domicilio. Índice de cobertura. Enero 2004
2. Servicio Público de ayuda a domicilio. Perfil del usuario. Aragón. 2004

3. Servicio Público de ayuda a domicilio. Distribución de funciones. Aragón. Enero 2004
4. Servicio Público de ayuda a domicilio. Precio público (euros/hora). Enero 2004
5. Servicio Público de Teleasistencia en España. Evolución del índice de cobertura 1995-2004
6. Servicio Público de Teleasistencia. Perfil del usuario
7. Servicio Público de Teleasistencia en España. Distribución por género de los usuarios. 1995-2004
8. Centros de día para dependientes. Distribución del número de Centros según titularidad y Financiación. Aragón. Enero 2004
9. Centros de día para dependientes. Distribución del número de plazas. Aragón. Enero 2004
10. Centros de día para personas mayores dependientes. Número de plazas. Enero 2004
11. Centros públicos de día para dependientes. Perfil de usuario. Aragón. Enero 2004
12. Centros residenciales. Distribución del número de Centros según titularidad y Financiación. Aragón. Enero 2004
13. Centros residenciales. Índice de cobertura de plazas residenciales. Enero 2004
14. Servicio de atención residencial en España. Distribución porcentual de número de plazas según titularidad. 1994-2004
15. Centros residenciales. Distribución del número de centros según tamaño. Aragón. Enero 2004

Tablas

Capítulo 2: Indicadores demográficos

1. Tamaño municipal de la población (habitantes) y nº de municipios de la categoría.
2. Proyecciones de esperanza de vida 2002-2030
3. Indicadores de estructura demográfica

Capítulo 3: Análisis de la discapacidad en Aragón

1. Población discapacitada en Aragón por sexo y edad (absoluto y tasa por mil habitantes).1999
2. Población discapacitada por grupo de discapacidad. 6 a 64 años.1999
3. Población discapacitada por grupo de discapacidad. 65 y más años.1999
4. Población discapacitada de 65 y más años según tipo y nº de discapacidades. 1999
5. Discapacidades por comunidad autónoma, sexo, grupo de discapacidad y grado de severidad. Aragón. 1999.
6. Personas con alguna discapacidad que reciben ayudas de asistencia personal por horas de dedicación a la semana. Aragón. 1999
7. Nivel de estudios en la población discapacitada. 1999

Capítulo 4: Recursos para personas en situación de dependencia

1. Comparación de las ratios de cobertura en residencias y SAD algunos países de Europa
2. Recursos Sociosanitarios para personas mayores
3. Servicio público de ayuda a domicilio en España. Número de usuarios atendidos e índice de cobertura. Enero 2004
4. Servicio público de Ayuda a Domicilio en España. Número de horas dispensadas e intensidad horaria. Enero 2004
5. Servicio público de teleasistencia en España. Número de usuarios atendidos y solicitantes e índice de cobertura. Enero 2004
6. Centros de día para personas dependientes en España. Número total de centros y plazas. Enero 2004
7. Servicio público de Estancia Temporal en España. Número de Centros y Plazas. Enero 2004
8. Número de plazas para dependientes y psicogeríátricas en centros residenciales. Enero 2004
9. Centros residenciales y precio de las plazas en España. Enero 2004
10. Servicios de ayuda a domicilio. Varias comarcas de Aragón. Año 2000
11. Servicios de ayuda a domicilio. Usuarios y tasa de cobertura
12. Servicios de teleasistencia. Varias comarcas de Aragón. Año 2000
13. Servicios de teleasistencia. Usuarios y tasa de cobertura
14. Recursos para las personas con discapacidad, 2000
15. Recursos para la salud mental. Aragón. 2004

ANEXO IV:

TABLA DE VARIABLES E IDEAS FUERZA

VARIABLES			
Comunidad Autónoma del País Vasco	Comunidad Autónoma de Aragón	Comunidad Autónoma de Madrid	Comunidad Autónoma de Andalucía
Plena Competencia	Reconocimiento de los Servicios Sociales que consolidan el Estado del Bienestar	Estado Social de Derecho	La Constitución como garante de los Derechos y como eje de compromiso para que los poderes públicos se comprometan por el bienestar de las personas
Se han estructurado Servicios	Vocación Universal de la atención	Libertad e Igualdad	Servicios Sociales
La responsabilidad es pública	Cuarto Pilar del Estado de Derecho	Progreso Económico y Social = Derechos civiles y políticos	Tiene en cuenta la diferenciación de la población
Se ha facilitado el crecimiento en Red	Asume competencias en función de lo que posibilita la Constitución	Asume competencias en virtud de lo que posibilita la Constitución	Se precisa delimitar y matizar
Un sistema diferenciado y complementario	Afianzar la Universalidad	Tener en cuenta la realidad más próxima a los ciudadanos	Organización de los Servicios Sociales
Principio de Universalidad	Buscar la calidad	Servicios Sociales un medio instrumental	Superar la dispersión
Colaboración con la iniciativa Privada	Articular la colaboración entre el sistema público y la iniciativa Privada	Renovación del sistema	Realización de un trabajo coherente
Cofinanciación	Mandato expreso de responsabilizarse en el desarrollo de los Servicios Sociales	Prestaciones	Reconocer lo que se tiene
Reconocimiento de la Dependencia	Búsqueda del desarrollo personal y social	Organización	Reorganizar, sistematizar
Derecho garantizado	Lucha contra la marginación	Definir competencias	Sistema Público
Trabajar desde la prevención	Organización del Sistema Público	Financiación del Sistema	<u>Ley 6/1999 de 7 de julio</u>
Mayor demanda de Servicios ante la bajada de apoyo informal	Afianzar la idea de Sistema de Servicios Sociales que es Público	Consenso Social	Atención Específica a personas mayores
Reconocimiento de espacios diferentes para el desarrollo de la vida de las personas	No se puede solucionar todo de manera exhaustiva	Acción Social a través de los Servicios Sociales	Espacio Socio-Sanitario
Sociedad que busca promocional la igualdad	Se precisa tiempo	<u>Organización del Sistema de los Servicios Sociales</u>	Interrelación SS.SS y Sanidad
Derecho Subjetivo	Visión de medio y largo plazo	Nuevas Formas de intervención Social	
Responsabilidad pública para fortalecer los Servicios Sociales	Sistema Público descentralizado	<u>Garantizar que todos reciban de la misma manera la Atención Social</u>	
Criterios de eficiencia y eficacia	Sistema Organizativo Territorial	Universalidad	
Referencia otros Sistemas públicos (Europa)	En valor las comarcas	Equidad	
Nivel óptimo de coordinación entre los niveles de la Administración	Responsabilidad en las entidades locales	Igualdad	
Se articula a través de las prestaciones y servicios	Coordinación	Libre elección y autonomía	
Tiene en cuenta la realidad social, demográfica y económica	Cooperación	<u>Diversos agentes pueden prestar el Servicio</u>	
Quiere consolidar la realidad con el Tercer Sector	Importancia de la L.A.D.	Administración responsabilidad pública de velar por prestaciones, intereses y derechos	
Señala que la colaboración entre sistemas es necesaria. Se buscan fórmulas	Misión conjunta Administración Central / Autonómica		
Insiste en reforzar la plena ciudadanía que da esta ley, resalta el valor de Justicia Social	Reconocimiento del derecho Subjetivo		
Trabaja para erradicar la exclusión social	Sistema de Atención a la Dependencia		
Diferencias interterritoriales	Reorganización Sistema de Servicios Sociales en función de la L.A.D.		
Riesgo de desigualdad	Se experimenta un reto que puede ser constructivo para la Sociedad del Bienestar		
Enfoque comunitario	Organizar el Sistema Público de Servicios Sociales		
Las personas en su medio	Definición de principio		
Importancia de los trabajadores sociales y el educador social	Concretar la Estructura		
Habla del <u>Sistema</u> de Servicios Sociales	Integrar recursos (públicos) con recursos de entidades privadas		
Consolidad Servicios			
Colaboración con Entidades Privadas			
Prioridad a las no lucrativas			
Figura del Concierto			
Apertura a otras formas de colaboración			

IDEAS FUERZA			
Comunidad Autónoma del País Vasco	Comunidad Autónoma de Aragón	Comunidad Autónoma de Madrid	Comunidad Autónoma de Andalucía
Derecho Subjetivo / aplicación Universal condicionado a personas en función del derecho	Derecho Universal	Regular las actuaciones de Administración Pública e iniciativa Privada	Servicio Público
Promoción, prevención, protección, asistencial	Promueve el bienestar Social	Garantizará la prestación de los Servicios Sociales	Coordinación Administrativa
Titularidad Pública	Contribuye al desarrollo de las personas	Ordenar la Actividad	Servicio para las personas
Titularidad Privada Concertada	Las prestaciones esenciales en el marco del derecho subjetivo	Promoción	Prevenir, tratar, eliminar la marginación
Cooperación y coordinación con otros sistemas	Trabajar en Red	Prevención	Promoción de los individuos
Atender a la dependencia	Coordinarse con otras áreas de la política social	Centrarse en la vulnerabilidad y en la dependencia	Mayor Bienestar Social
Finalidades que compartir con otros sistemas	Rol de la iniciativa privada en los Servicios Sociales	Sistema Público integrado y coordinado	Calidad de vida
Dimensión Comunitaria	Ordenar, organizar y desarrollar	Gestionado por las Administraciones Autonómica y local	Coordinación con medios Públicos y de iniciativa Social
Adaptación de Recursos	Conjunto de Recursos Titularidad Pública y Privada	Finalidad Conjunta en Seguridad Social, Educación, Sanidad, Empleo y Vivienda	Servicios Sociales Comunitarios
Atender en su medio	Mismos objetivos en materia de Servicios Sociales	Coordinación con otras áreas	Servicios Sociales Especializados
Diseño del tipo de intervención	Responsabilidad Pública	Regular los recursos, prestaciones y actividades	Servicios que se interaccionan técnica y profesionalmente
Interdisciplinar	Igualdad, participación, Responsabilidad Social	Ámbito subjetivo	Responden a los colectivos
Unidad a través de la Coordinación	Coordinación	Servicios Sociales Interrelación / Complementariedad	Personas mayores
Corresponsabilidad	Integrar	<u>Atención Primaria</u>	Personas con deficiencias físicas, psíquicas y sensoriales
Capacidad de planificar	Preferencia por la gestión directa	Atención Especializada	Interrelación entre servicios sociales y de sanidad
Gobierno Vasco: Diseño y planificación estratégica	Seguridad en que los Recursos Públicos están bien optimizados antes de colaborar con la iniciativa privada	<u>Atención Específica a la Dependencia</u>	Integración y Polivalencia
Coordinación en el diseño y elaboración con Administraciones Vascas	Cooperación entre las Administraciones	Actuaciones Transversales	Zona de Trabajo Social
tomar conciencia del soporte económico del sistema	Rentabilidad Social / Eficacia / Calidad	SS Sociales, responsabilidad de potencias actuaciones	Planificación racional
Gestión Directa	Coordinación / Cooperación	Atención Integral	Detectar necesidades
Régimen de concierto	Profesionalidad	Autonomía	Coordinarse con las cooperaciones locales
Gestión Indirecta	Interdisciplinariedad	<u>Permanencia en su Medio</u>	Optimización de los recursos económicos
Convenios con entidades sin ánimo de lucro	Referencias	Atención en función de su situación	Instituto Andaluz de Servicios Sociales (organismo autónomo de gestión)
Colaboración / Corresponsabilidad	Formación	La persona y el "centro"	Colaboración con la iniciativa social
Importancia de la iniciativa Social	Investigación	Personal de Referencia	Servicios y Centros de Atención a personas mayores
Colaboración estable	Innovación	Atención Social Primaria (polivalencia)	Titularidad Pública y Privada
Potenciar la Iniciación y búsqueda de nuevas propuestas	Asegurar la financiación desde las Administraciones Públicas	Atención Social especializada (coordinación con educación, sanidad y empleo)	Actuaciones personalizadas, polivalentes, integradoras, complementarias, técnicas y preventivas
	Iniciativa Privada Social y Mercantil	Distribución equilibrada en el Territorio	Otras alternativas
	Subvenciones para la iniciativa Social	Elaboración de Planes y Programas	Recursos Sanitarios en relación con los Recursos Sociales
	Fomento de la Iniciativa Social	Diseño de criterios y modelos de intervención	Mejorar la calidad de vida de las personas mayores
	Correlación con el sistema L.A.D. por parte del sistema de Servicios Sociales de Aragón	Investigación de necesidades	Multiprofesional
	Corresponsabilidad	Coordinación con Iniciativa Privada	Atención Integral, interdisciplinar, rehabilitadora, optimización de los Recursos, domiciliar, convalecencia, paliativos
	Dependencia (todos los sectores de la población afectados)	¿Qué es la Iniciativa Privada?	Se diseñarán estructuras
	Recursos diversificados y adaptados	Entidades de Iniciativa Social	Financiación por la Comunidad Autónoma
	Los usuarios colaboran en el gasto	Convenios de Colaboración	Colaboran Entidades Locales y usuarios
	Voluntad de realizar adaptaciones en función de la realidad de las personas dependientes	Entidades Colaboradoras (sin ánimo de lucro)	
	Libertad de elección		
	Investigación, Formación, Innovación Tecnológica, Formación de profesionales, Investigación científica		