

Estudio de Investigación

Aplicación de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

*Desde la perspectiva
de la discapacidad
física y orgánica*

Noviembre 2018



COCEMFE

Confederación Española de Personas
con Discapacidad Física y Orgánica

Colabora



Agradecimientos

La Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica COCEMFE agradece la colaboración recibida para la elaboración de este Informe a todas las entidades y personas participantes, así como al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



Índice

Introducción	3
Presentación del estudio	4
Metodología	5
Trabajo de campo y plan de análisis.....	6
Estructura del informe.....	9
2. Las personas con discapacidad en el estado español.....	11
2.1. DISCAPACIDAD, AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA: UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL	11
2.2. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA.....	21
3. El acceso de las personas con discapacidad al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).....	43
3.1. SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SAAD.....	43
3.2. LA VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA.....	53
3.3. LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN	65
3.4. RESOLUCIÓN, PLAZOS Y REVISIONES	72
4. La promoción de la autonomía de las personas con discapacidad a través de los Servicios y Prestaciones del SAAD.....	87
4.1. CATÁLOGO DE SERVICIOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS	87
4.2. LOS SERVICIOS DEL SAAD.....	102
4.3. LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL SAAD	122
5. La Asistencia Personal en el catálogo de servicios y prestaciones	141
6. La financiación del sistema, el copago y sus efectos sobre la situación de las personas con discapacidad.	163
6.1. LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA	163
6.2 EL SISTEMA DE COPAGO Y SUS EFECTOS SOBRE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	185
7. Conclusiones	204
El acceso de las personas con discapacidad al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)	204
El catálogo de servicios y prestaciones del SAAD: entre el desconocimiento, el desequilibrio y el descontento.....	210
La financiación del sistema, el copago y sus efectos sobre la situación de las personas con discapacidad	218
Bibliografía	222
Coordinación y Equipo de investigación	227

Introducción

En España hay 3,8 millones de personas con discapacidad, lo que supone el 8,34% de la población, según últimos datos disponibles en el INE (Instituto Nacional de Estadística).

Existe una política social de apoyo al colectivo de personas con discapacidad que ha evolucionado tras la promulgación de la Constitución española en 1978 y especialmente a partir de los años ochenta, acompañando el desarrollo del Estado de bienestar y, concretamente, del sistema público de servicios sociales (Cano Esteban, et. al., 2015).

De forma más reciente, se ha sumado a este conjunto de políticas la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, cuyo objetivo, según se contempla en la “Exposición de motivos” es “atender 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”. Con la promulgación de esta Ley se puso en marcha el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como “conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados, y para mejorar las condiciones de vida de la ciudadanía”¹.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito y que las personas con discapacidad constituyen un grupo social que podría verse especialmente beneficiado con este avance legislativo, después de algo más de una década desde su promulgación e implementación, este estudio tiene como objetivo conocer los principales efectos que su aplicación ha tenido sobre este colectivo específico.

¹ Descripción facilitada por el IMSERSO, consultada en http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/saad/saad/el_saad/index.htm

Presentación del estudio

Este proyecto ha consistido en realizar una investigación sobre la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante LAPAD) en cuatro comunidades autónomas –Andalucía, Castilla y León, Galicia y Madrid– y en relación a las personas con discapacidad física y orgánica.

El objetivo general de este estudio ha sido conocer los efectos de la implantación de la LAPAD en las distintas comunidades autónomas tomando como principal fuente de información la voz de las personas con discapacidad. Esta perspectiva se ha complementado con un análisis de los aspectos más relevantes del marco normativo a nivel estatal y autonómico, así como también con la obtención de datos y estadísticas sobre la atención que presta el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante SAAD). Respecto a la implementación del sistema, interesa identificar tanto sus posibles aciertos, como sus principales carencias y, especialmente, aquellas dimensiones que pueden afectar de forma específica a las personas con discapacidad.

Con el fin de hacer operativa la investigación, el objetivo principal se ha desagregado en cuatro objetivos específicos:

- Describir el contexto en esta materia a nivel estatal, tanto en términos normativos como estadísticos.
- Analizar la situación concreta en cada comunidad autónoma a partir de los diferentes grados de desarrollo legislativo de la LAPAD e implementación del SAAD.
- Conocer las opiniones y experiencias de las personas con discapacidad –en tanto beneficiarias de la norma– y, a modo complementario, de las personas cuidadoras-familiares. Asimismo, resultan de interés los discursos tanto de las administraciones públicas implicadas, como de las asociaciones de personas con discapacidad física y orgánica que integran COCEMFE.
- Discernir el impacto de la LAPAD en el colectivo de personas con discapacidad física y orgánica considerando variables sociodemográficas tales como la edad, el sexo/género, la clase social o el ámbito rural/urbano.

El estudio se ha realizado en los distintos territorios teniendo en cuenta sus características sociodemográficas en relación al colectivo de personas con discapacidad física y orgánica y también respecto al desarrollo e implementación de la LAPAD (por ejemplo, la cobertura de servicios en una región eminentemente urbana como Madrid, el contraste rural/urbano y la experiencia piloto en asistencia personal en Galicia, la mayor concesión de ciertas prestaciones frente a otras como en el caso de Andalucía o la consideración de comunidad modelo en cuanto a la implementación en función de los datos que arroja el SAAD en el caso de Castilla y León). Asimismo, un factor fundamental a la hora de diseñar la muestra estructural de las comunidades autónomas (en adelante CC. AA.) –teniendo en cuenta la necesidad de facilitar la ejecución y asegurar la viabilidad del estudio– ha sido considerar la presencia de organizaciones integradas en COCEMFE, cuya colaboración ha sido clave a la hora de llevar a cabo el trabajo de campo.

Debido a la amplitud y a la multiplicidad de vertientes que entraña una investigación de este tipo, el estudio aporta una visión general de las dimensiones abordadas pero pone el énfasis en algunas temáticas puntuales; ya sea porque afectan de forma específica a las personas con discapacidad, o porque son de especial relevancia para las condiciones de vida de este grupo social (por ejemplo, los procedimientos de acceso al sistema teniendo en cuenta las limitaciones de movilidad en casos de discapacidad física, la implantación de ciertas prestaciones como la Asistencia Personal y su carácter central para promover la autonomía personal y la vida independiente, o los efectos del sistema de copago sobre las condiciones

de vida de las personas con discapacidad teniendo en cuenta los exiguos ingresos de los que disponen en ocasiones, cuando estos se limitan a las cuantías de una Pensión no Contributiva (por ejemplo, para 2018, 380,10 euros mensuales).

De esta forma, se ha optado por acotar las principales líneas de análisis en torno a dos grandes ejes:

1. La LAPAD y sus beneficiarios/as: prestando atención a las experiencias y discursos de las personas con discapacidad física y orgánica; determinando las características sociodemográficas de las personas con discapacidad en España y las CC. AA. estudiadas; y los datos publicados por el SAAD de las personas beneficiarias, las personas no atendidas y potencialmente beneficiarias, acceso a la protección en función de la capacidad económica.
2. La LAPAD y el SAAD en las CC. AA. elegidas:
 - Los modelos de gestión mediante el análisis del acceso al SAAD (procedimiento de reconocimiento del derecho, valoración de la situación de dependencia, elaboración del Programa Individual de Atención, plazos de resolución y revisiones).
 - El catálogo de servicios y prestaciones del SAAD y su cobertura en los territorios.
 - La implantación del recurso de Asistencia Personal entendido como pilar de la promoción de la autonomía personal.
 - La financiación del sistema, el copago de servicios, sus efectos sobre la situación de las personas con discapacidad y el mínimo vital.

Como se verá al final de esta introducción, la estructura del informe seguirá fundamentalmente el orden del punto dos, combinando en cada caso: el análisis del desarrollo normativo y de los datos a nivel estatal y autonómico, y el análisis de los discursos de las personas con discapacidad y de los distintos agentes que han participado en la investigación.

Metodología

Toda problemática social, dada su naturaleza multicausal y cambiante, resulta especialmente compleja de aprehender. Partiendo de esta premisa, en el caso concreto de esta investigación se ha considerado que las metodologías cualitativas resultan especialmente adecuadas para abordar esta complejidad; dada su capacidad para a partir de ellas generar conocimiento, no sólo sobre los hechos en sí, sino sobre los procesos sociales en el marco de los cuales estos hechos se (re)producen. De esta forma, el análisis de los discursos permite mostrar la multiplicidad de interrelaciones que atraviesan los fenómenos estudiados y, por lo tanto, la riqueza de sus matices y las distintas claves intervenientes para su interpretación.

Si bien la presente investigación parte de un diseño eminentemente cualitativo, en el marco de su desarrollo también se ha apostado por introducir criterios de triangulación metodológica, o combinación de diversas técnicas. De esta manera, se pone el acento en distintos aspectos o perspectivas de análisis que se complementan y equilibran mutuamente, aportando una mayor calidad y profundidad a los resultados obtenidos.

La estrategia de triangulación ha consistido fundamentalmente en contrastar el análisis de los discursos sociales sobre las percepciones y experiencias de los distintos agentes participantes en la investigación con el contexto en el cual estos son producidos. Para ello, se han estudiado dos tipos de fuentes:

- a) Por un lado, se ha analizado el desarrollo normativo relacionado con la LAPAD, tanto a nivel estatal como autonómico. De esta forma, los discursos no solamente hacen referencia a lo que sucede *de hecho*, sino que, a su vez, se enmarcan en lo que debería ser, por *derecho*. De este análisis normativo, destaca asimismo su carácter sistematizado, actualizado y comparado entre los territorios; abordaje que puede arrojar claves para comprender las desigualdades en relación a la eficacia de la norma a la hora de implantar el sistema y hacer efectivos los derechos de las personas beneficiarias. Por último, este tipo de aproximación ha resultado de gran utilidad para comprender el contexto general de la investigación, así como para apoyar el diseño de las técnicas empleadas en fases posteriores de la misma.
- b) Por otro lado, para triangular metodológicamente el análisis de los discursos y comprender el contexto de partida, ha resultado también fundamental aproximarse al objeto de estudio desde una perspectiva cuantitativa. Para ello, se ha realizado un abordaje analítico y pormenorizado de las fuentes estadísticas disponibles, tanto a nivel estatal como autonómico; en este sentido, se han analizado los datos disponibles del INE y del SAAD, así como también los facilitados por las propias CC. AA. o los aportados por otros estudios independientes. El objetivo ha sido, mediante la descripción de los datos de las distintas fuentes, dar respuesta a las diferentes preguntas de investigación desde esta perspectiva.

Trabajo de campo y plan de análisis

Con el fin de recoger los discursos a partir de los cuales se articulan los principales contenidos de este estudio, se han empleado una pluralidad de técnicas de investigación cualitativas pertenecientes al grupo de las técnicas conversacionales, desarrolladas en 2018. A continuación, se describe cada una de ellas y la justificación de su conveniencia:

Entrevistas a expertos/as: se han recogido testimonios de personas expertas, desde un punto de vista general, en materia de discapacidad y en la implementación de la LAPAD por parte de los servicios sociales. Estas entrevistas de carácter exploratorio nos han facilitado el marco del estudio y el diseño inicial de las técnicas de investigación empleadas en su desarrollo.

Entrevistas etnográficas en profundidad: también con carácter exploratorio, en una fase inicial del estudio, se han realizado dos entrevistas etnográficas. El objetivo de emplear esta técnica ha sido dotar al equipo de investigación del necesario conocimiento de la realidad que se iba a estudiar, así como también nutrir el diseño de la investigación. Para ello se ha acompañado a dos personas de diferente perfil (sexo, edad y tipo de discapacidad) durante toda una jornada. Mediante la utilización de las técnicas de observación participante y de entrevista en profundidad semiestructurada ha sido posible aproximarse tanto a los discursos como a las prácticas, para así poder comprender cómo las personas con discapacidad conciben, viven y otorgan sentido a sus experiencias cotidianas en relación con su autonomía y sus situaciones de dependencia.

Entrevistas a mediadoras sociales o agentes de servicios sociales: recoger los discursos de las personas que trabajan con el grupo social objeto de este estudio y que, concretamente, intervienen en el procedimiento de acceso al SAAD ha resultado de vital importancia. En este sentido, las valoraciones que realizan las Trabajadoras Sociales de base de las CC. AA. son especialmente significativas, en tanto la información detallada que han proporcionado en

base a sus experiencias ha servido para completar y contrastar la ofrecida por otras fuentes. Sus discursos tienen un importante peso en el estudio, ya que consideramos que son la primera línea de la trinchera en la aplicación de la LAPAD y pueden realizar valiosas aportaciones para mejorar el sistema.

Grupos de discusión: Los grupos de discusión, en los cuales participaron primordialmente personas con discapacidad –y excepcionalmente familiares encargadas/os de tareas de cuidados–, nos han permitido analizar los discursos sociales cristalizados que emergen en torno a la situación vital de este grupo social, en general, y en relación con la LAPAD, en particular. En relación a esto último, estas técnicas nos permiten comprender cómo los discursos se construyen colectivamente en la dinámica grupal y cómo, en ese proceso, se ponen de manifiesto las principales temáticas objeto de preocupación en torno a la LAPAD.

Grupos triangulares: Se trata de una técnica innovadora desarrollada por el sociólogo Fernando Conde. Por su estructura y por tratarse de una técnica más breve y de moderación más directiva permite la aparición de discursos colectivos de manera ágil, con el añadido de que en ellos las trayectorias personales y vitales cobran más protagonismo que en los grupos de discusión, donde es el discurso colectivo el que acaba imponiéndose. Esta técnica se ha empleado tanto en el caso de personas con discapacidad, como con personas cuidadoras o familiares.

Por último, cabe destacar los esfuerzos por adoptar un diseño y una estrategia metodológica inclusiva en todas las fases del proceso de investigación. En este sentido, se ha procurado tener en cuenta los diversos factores asociados a los distintos tipos de discapacidad de las personas con el fin de facilitar y promover en todo momento su participación (como, por ejemplo, las necesidades de transporte, las características de los espacios donde se llevaron a cabo las técnicas, o la ejecución de las mismas en los formatos de moderación de grupos y entrevistas; teniendo en cuenta el tiempo necesario para expresarse o la necesidad de contar con personas de apoyo durante la dinámica).

En resumen, durante la ejecución del trabajo de campo se han realizado dos entrevistas a personas expertas, dos entrevistas etnográficas, ocho entrevistas semiestructuradas con mediadoras sociales y/o agentes de los servicios sociales (dos por comunidad autónoma), cuatro grupos de discusión con personas con discapacidad (uno por comunidad autónoma), cuatro grupos triangulares con personas con discapacidad (uno por comunidad autónoma) y cuatro grupos triangulares con personas cuidadoras / familiares de personas con discapacidad (uno por comunidad autónoma²).

² En relación a los grupos triangulares diseñados, ciertos imprevistos producidos en el desarrollo del trabajo de campo obligaron a modificar el empleo de la técnica para llevarlos a cabo (nótese la conversión del grupo triangular de familiares en un grupo de discusión en el caso de Castilla y León, o la ejecución del grupo de Andalucía con un participante menos, lo que asemejó la técnica más a la entrevista grupal).

Cuadro resumen del trabajo de campo

Tabla 1. Número y perfil de personas participantes en el trabajo de campo

FASES DE LA INVESTIGACIÓN	Comunidad de Madrid		Galicia		Castilla y León		Andalucía	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Entrevistas a expertos/as	2	1	0	0	0	0	0	0
Grupo de discusión de personas con discapacidad	4	2	5	1	2	2	3	4
Entrevista Etnográfica a personas con discapacidad	1	1	0	0	0	0	0	0
Grupo triangular integrado por personas con discapacidad	2	1	2	1	3	0	3	0
Grupo triangular integrados por cuidadoras/tutoras de personas con discapacidad	2	1	3	0	3	2	2	0
Entrevistas: con mediadoras sociales o agentes de los servicios sociales	2	1	2	0	2	0	2	0
TOTAL	13	7	12	2	10	4	10	4
TOTAL MUJERES	45			TOTAL HOMBRES	17			

Plan de análisis

La estrategia de análisis de toda la información recabada durante el trabajo de campo puede resumirse en las siguientes acciones:

Triangulación y trabajo sobre certezas: se analizaron las diferentes fuentes de información, incorporando solamente aquella información sobre la que hay indicios consistentes de veracidad y/o congruencia, descartando aquella sobre la que no se encuentren certezas o generan serias dudas en su interpretación.

Contrastes de hallazgos con agentes clave: otro elemento relevante ha sido el contraste de los hallazgos y conclusiones con actores clave, en este caso el equipo responsable de la investigación en COCEMFE, lo que permite validar el sentido y consistencia de la información.

Análisis del discurso: para llevar a cabo el análisis discursivo de los grupos y entrevistas se realizaron las transcripciones de los materiales. Para facilitar la sistematización del análisis, en distintas fases se llevaron a cabo tareas de clasificación, volcado y análisis del material, siguiendo las pautas marcadas por los objetivos de la investigación y las principales dimensiones de análisis.

Estructura del informe

Con el fin de responder a los requerimientos del estudio y facilitar el acceso y comprensión de los resultados los capítulos presentan el análisis correspondiente a las distintas fuentes de información (normativa, datos y discursos). En cuanto a la estructura del informe, se ha organizado de la siguiente manera:

Las personas con discapacidad en España

Este capítulo inicial tiene el fin de ofrecer un contexto general sobre algunos aspectos conceptuales, legislativos y sociodemográficos desde los cuales parte este estudio.

En primer lugar, se desarrolla una breve explicación conceptual donde se abordan las principales definiciones que se manejarán en esta investigación en relación con la discapacidad, la autonomía y la dependencia, en tanto ejes centrales a partir de los cuales se articulan los contenidos del informe. Asimismo, se presentan los principales avances normativos a nivel estatal en relación con los derechos de las personas con discapacidad. Este sintético recorrido sirve de antecedente para enmarcar el actual desarrollo de la LAPAD y sus principales características. Por último, se ofrece una descripción sociodemográfica general de las personas con discapacidad en España y sus principales características en cada una de las comunidades autónomas objeto de este estudio.

El acceso de las personas con discapacidad al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

El objetivo de este capítulo es conocer el proceso mediante el cual se accede al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y, en definitiva, se obtiene el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a los servicios y prestaciones del sistema. Con el fin de sistematizar los resultados el análisis se articuló en las siguientes dimensiones: 1) solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD; 2) valoración del grado de dependencia; 3) elaboración del Programa Individual de Atención; y 4) resolución de los procedimientos, plazos y revisiones.

La relevancia de comprender el carácter global del procedimiento, desde las normas que lo regulan, los datos sobre los resultados que arrojan, y las experiencias de los distintos agentes participantes en la investigación, radica en que nos permite identificar posibles escenarios de inclusión/exclusión; este procedimiento es el que, en definitiva, facilita o dificulta la posibilidad de hacer efectivo el derecho y acceso a los servicios y prestaciones del SAAD.

El catálogo de servicios y prestaciones del SAAD

Una vez analizado el procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia se indaga en los servicios y prestaciones económicas que conforman el catálogo del SAAD. Teniendo en cuenta la extensión de los contenidos relativos a esta dimensión se ha optado por analizar: en términos normativos, la regulación del catálogo en relación con la definición de sus características generales, así como la intensidad en el caso de los servicios y la cuantía en el caso de las prestaciones económicas. Respecto a los datos, el análisis se centra en la cobertura del catálogo de servicios y prestaciones, tanto a nivel estatal como autonómico. Por último, en relación con los discursos, el énfasis se pone en aquellos servicios y prestaciones que han resultado más significativos para la experiencia de las

personas con discapacidad, en particular, y para los discursos de los distintos agentes sociales, en general.

El interés de realizar esta aproximación al catálogo de servicios y prestaciones del SAAD es que nos permite evaluar en qué medida la cobertura actual, además de ser efectiva y acorde a las necesidades de las personas beneficiarias, se orienta en mayor o menor medida a atender las situaciones de dependencia, a la par que promueve la autonomía personal.

La Asistencia Personal en el catálogo de servicios y prestaciones

Tras estudiar de forma general el catálogo de servicios y prestaciones del SAAD este estudio ha querido prestar especial atención al análisis de una prestación específica: la prestación económica de asistencia personal. Teniendo en cuenta la baja implantación de esta prestación en el marco del desarrollo de la LAPAD y su especial relevancia para la experiencia de las personas con discapacidad –en tanto tiene importantes efectos en la promoción de la autonomía personal– resultaba imprescindible dedicar un capítulo específico a su abordaje. Como en el resto de casos, tras dedicar un apartado a cada una de las fuentes de información tratadas, la triangulación de las mismas arroja resultados novedosos.

La financiación del sistema, el copago y sus efectos sobre la situación de las personas con discapacidad

Por último, este capítulo pretende indagar en dos dimensiones relacionadas. Por un lado, se describe de forma general el modelo de financiación de la LAPAD y los distintos niveles de cobertura. Por otro, se presta especial atención a la participación de las personas beneficiarias en la financiación del sistema mediante el copago de servicios. En este sentido, desde las experiencias de las propias usuarias, y de los agentes sociales que intervienen en el procedimiento y conocen la situación de este grupo social específico, este capítulo pretende arrojar luz sobre los particulares efectos que este modelo tiene en la situación especialmente vulnerable de las personas con discapacidad. En este sentido, teniendo en cuenta las características sociodemográficas y socioeconómicas del colectivo analizadas al inicio, este último capítulo tiene el objetivo de identificar posibles mecanismos que puedan estar reduciendo o incrementando las desigualdades que de partida afectan a las personas con discapacidad.

2. Las personas con discapacidad en el estado español

2.1. DISCAPACIDAD, AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA: UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

A lo largo de la historia, las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, han luchado por el reconocimiento de sus derechos como seres humanos. El concepto de discapacidad en sí mismo ha sufrido una evolución propia que ha dependido de los cambios acaecidos en el contexto político, social y en consecuencia también jurídico.

En las últimas décadas se han utilizado conceptos diversos para nombrar al colectivo protagonista de este estudio –así, es posible encontrar referencias a personas con incapacidad o invalidez, minusvalía, discapacidad o diversidad funcional (Colectivo IOÉ, 2012; Toboso, 2013). Esta multiplicidad de nociones responde a distintas formas de representar y aproximarse a la situación de este grupo social en distintos momentos de la historia. Pues, la evolución de la concepción social de la discapacidad, en tanto constructo definido histórica y culturalmente, ha dado lugar a la articulación de distintos modelos explicativos en distintas épocas: desde el “modelo clásico” de la Grecia Antigua, que concebía a la persona con discapacidad como alguien prescindible y objeto de prácticas de segregación o eugenésicas, pasando por su vertiente de la Edad Media, que consideraba la discapacidad como un “castigo divino” dada su fuerte impronta religiosa; hasta el “modelo médico” propio de la racionalidad moderna, que asocia la discapacidad a la idea de “enfermedad” y pretende explicar sus causas y efectos prestando atención a su sustrato fisiológico. Más recientemente, el “modelo social” ha emergido en contraposición a los anteriores y pone en el centro de la explicación la interacción entre “el sustrato fisiológico del individuo y las condiciones sociales del entorno en el que este habita” (Cano Esteban et al., 2015: 16).

Las actuales representaciones de la discapacidad, así como las prácticas vinculadas a ella, se basan principalmente en estos dos últimos modelos (el médico y el social) y tanto unas como otras “se localizan en múltiples «espacios» (o entornos): el espacio social, el político, el legislativo, el biomédico, el actitudinal, el entorno educativo, el laboral, etc.,” (Cano Esteban et al., 2015: 67). Es por esta capacidad de permear los diversos ámbitos de lo social que interesa describir, aunque sea brevemente, sus principales características.

El *modelo médico* (o moderno-institucional) entiende la discapacidad como la manifestación de una patología que supone un límite para la autonomía de la persona (Ferreira, 2017). Desde este punto de vista, la discapacidad se considera una condición individual, producto de una deficiencia que puede manifestarse tanto a nivel físico, como psíquico y/o sensorial. Esta forma de representar la discapacidad presupone la existencia de un patrón de normalidad del cual la persona con discapacidad se desvíe. Asimismo, a partir de este patrón se articulan una serie de dicotomías que introducen divisiones entre cuerpos sanos y enfermos, eficientes y deficientes. Estas representaciones, sostenidas desde el conocimiento experto propio del espacio biomédico, afectan las formas de intervenir en otros espacios (social, político, legislativo, etc.). Se entiende entonces que las personas con discapacidad requieren ser rehabilitadas para que “se lleguen a asemejar lo más posible a las demás personas sanas y capaces de la sociedad” (Ferreira, 2017: 21). Desde este

modelo, el tratamiento brindado a las personas con discapacidad tiene un carácter paternalista y asistencial y suele llevarse a cabo mediante prácticas de institucionalización, “disciplinarias y normalizantes” (Ferreira, 2017: 22).

Por el contrario, el *modelo social* (o moderno-crítico) comprende la discapacidad poniendo el énfasis en la dimensión colectiva. Según este modelo, la discapacidad se origina no tanto en una naturaleza individual y fisiológica, sino en las limitaciones de un entorno social que no se adapta a las necesidades diversas de las personas con discapacidad de manera que puedan participar en la sociedad en igualdad de condiciones. Esta representación de la discapacidad, que parte de una lógica relacional -donde la interacción entre el entorno social y las personas con discapacidad resulta central a la hora de acceder a los bienes sociales (educación, cultura, trabajo, ocio, relaciones personales y espacios físicos y simbólicos)-, demanda un tipo específico de prácticas que requiere no tanto “rehabilitar” a la persona, sino “transformar” el entorno; un tipo de intervención que requiere la participación del conjunto de la sociedad a la hora de promover “el reconocimiento de derechos, la autonomía y la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad” (Ferreira, 2017: 22).

Siguiendo a Toboso (2013), los modelos recién descritos se asocian a dos “paradigmas” que, además de servir de marcos contenedores de las concepciones y percepciones sociales acerca de la discapacidad y las personas con discapacidad, han moldeado las respuestas políticas y legislativas, por ello son tan relevantes. Concretamente, se refiere al *paradigma de la rehabilitación* propio del modelo médico, y al *paradigma de la autonomía personal* que corresponde al modelo social (Toboso, 2013: 682). Las principales diferencias entre estos paradigmas –en relación a como cada uno problematiza, define y concibe la discapacidad– se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 2. Paradigmas sobre la discapacidad

	PARADIGMA REHABILITADOR (MODELO MÉDICO)	PARADIGMA DE LA AUTONOMÍA PERSONAL (MODELO SOCIAL)
Problemas	Intervención individual con atención y rehabilitación médica.	Detección de barreras y su posterior eliminación.
Conceptos	Médicos (carga peyorativa – minusvalía, deficiencias...–).	Ciencias sociales (menor carga peyorativa – “con” discapacidad, diversidad...–).
Visión del mundo	Personas vistas desde el punto de vista de sus deficiencias. Condición individual.	Discapacidad como problema social.

Fuente: Cano Esteban et al., 2015: 43.

Durante las últimas décadas se ha asistido a un lento pero sostenido proceso de transición de uno a otro paradigma. A nivel internacional, esta transformación se ha puesto de manifiesto en la elaboración de ciertas herramientas técnicas o textos normativos, como la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud* (en adelante CIF) elaborada por la OMS en 2001, o la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (en adelante CDPCD) aprobada por la Asamblea General de la ONU en diciembre de 2006.

Respecto a la primera, esta vino a reemplazar la previa *Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* de 1980. Además de los cambios notables en la propia denominación, cabe destacar que mientras la primera clasificación consistía en una catalogación clínica de las discapacidades en función de sus causas fisiológicas, la segunda se sitúa en el marco de un modelo interpretativo bio-psico-social dentro del cual la discapacidad hace referencia a limitaciones que pueden derivar de una deficiencia en el

orden de la salud, pero lo hacen dentro de un entorno físico y social que puede a su vez imponer restricciones para el desenvolvimiento de la persona. Si bien la CIF no deja de mantener “la preeminencia de la ciencia médica como discurso legítimo” (Rodríguez y Ferreira, 2010: 299) la consideración de este marco bio-psico-social da cuenta de la actual coexistencia de modelos que se produce en diversas esferas; una coexistencia entre el modelo médico y el modelo social, no ajena a tensiones.

Sin embargo, en el año 2006, se consolida jurídicamente la transición entre ambos modelos, y ganará peso el paradigma de la autonomía personal. Con la promulgación de la Convención de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, se origina el denominado **enfoque de derechos**, que considera que la persona con discapacidad es titular de derechos, y en consecuencia el tratamiento respecto a las oportunidades políticas, económicas, sociales y laborales deben ser igualitarias.

El concepto de discapacidad adquiere un estatus jurídico por su carácter vinculante y obligatorio. A nivel internacional la persona con discapacidad cuenta con un instrumento que reconoce su autonomía y capacidad para exigir sus derechos y garantías en aquellos Estados que lo hayan ratificado. Este nuevo enfoque se centra en la igualdad de oportunidades, la no discriminación en base a la discapacidad y la participación social.

Los principios que recoge la Convención son el pilar filosófico del concepto de inclusión en cuanto a que reconoce que los seres humanos deben ser valorados y aceptados por su propia particularidad y contar con elementos de apoyo para lograr esa equiparación de oportunidades y de participación activa en sus comunidades.

En la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, desde el mismo preámbulo, se reconoce que:

“la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (CDPCD, 2006: 1).

Asimismo, la impronta del paradigma de la autonomía personal también se recoge al inicio del texto. De hecho, el respeto a la autonomía individual, “incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas” constituye uno de sus principios generales (CDPCD, 2006: 5). Ese principio se desarrolla a lo largo de todo el articulado de la Convención, pero queda recogido de forma específica en el artículo 19, relativo al:

“Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad”. Asegurar este derecho requiere que:

- Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;
- Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;
- Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades”. (CDPCD, 2006: 15-16).

Garantizar la autonomía individual supone entonces no sólo reconocer el derecho de las personas con discapacidad a tener las mismas condiciones y opciones de vida que las demás personas de la comunidad, sino que este reconocimiento requiere generar oportunidades y desarrollar una serie de servicios e instalaciones para lo cual es indispensable la intervención de los Estados, que deberán adoptar “medidas efectivas y

pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad" (CDPCD, 2006: 15).

El resultado de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad es resultado de la lucha constante del movimiento asociativo en su demanda a los poderes públicos, dando lugar al establecimiento de instrumentos jurídicos universales que respaldan los derechos reivindicados.

Como se indicaba con anterioridad, este texto cambia el concepto de la Discapacidad y lo sitúa como un problema social, no individual, en el que todas las personas debemos trabajar juntas para solventar y eliminar las barreras existentes y lograr así una inclusión plena y verdadera.

La esencia de los derechos humanos es la *dignidad* de la persona. Por tanto una perspectiva paternalista de protección de los derechos ya no tiene cabida en este enfoque que aboga por el reconocimiento de los mismos en tanto que son inherentes a la persona.

Esto no supone un derecho nuevo, sino concretar aquellos derechos existentes relativos a la situación de las personas con discapacidad en ámbitos generales como la accesibilidad, la salud, la educación, el empleo, la participación en la vida pública y la igualdad.

En el enfoque de derechos, el concepto de *dignidad* de la persona no se asocia a la intervención asistencial del Estado que proporciona medios para el desarrollo de la vida independiente, sino que se precisan garantías efectivas que deben recoger las leyes y en las que se debe velar y asegurar el respeto por los derechos humanos con la exigibilidad pertinente.

El marco normativo sobre la discapacidad en España

En el caso de España, las huellas de este cambio de paradigma pueden rastrearse a través de las políticas sobre discapacidad. Desde la década del ochenta, éstas evolucionaron, junto con el desarrollo del sistema público de servicios sociales, desde un planteamiento centrado en la rehabilitación a otro centrado en la "equiparación de posibilidades" y, finalmente, adoptando un enfoque de derechos y no discriminación (Toboso, 2013: 684). En este sentido, destacan algunos hitos normativos: la misma Constitución de 1978, la Ley 13/1982, de 7 de Abril, de *Integración Social de los Minusválidos* (en adelante LISMI), y la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de *Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad* (en adelante LIONDAU).

Estas dos últimas normas, junto con la Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, fueron derogadas y refundidas en el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social (en adelante Ley General). Este Real Decreto Legislativo es producto, a su vez, de la necesidad de adaptar la normativa a la CDPCD, que entró en vigor en España en el año 2008 y que desde entonces forma parte del ordenamiento jurídico.

La Constitución de 1978, además de referirse en su artículo 14 a la igualdad ante la ley, "sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social", en su artículo 49 establece, en la terminología de la época, que "los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento y rehabilitación e integración de disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán

especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos" (en referencia al Título I, relativo a los derechos y deberes fundamentales).

En estas referencias constitucionales se fundamentó la posterior promulgación de la LISMI que, orientada a garantizar una completa integración social de las personas con discapacidad, desarrolló toda una serie de acciones positivas en distintos ámbitos. Esta Ley contemplaba intervenir tanto en el diagnóstico y valoración, prevención y rehabilitación de las "minusvalías", como en el impulso de un sistema de prestaciones sociales y económicas y medidas concretas de integración laboral de las personas con discapacidad. Su asociación al modelo médico-rehabilitador radica en que esta ley "definía también los espacios y entornos de intervención" en relación con una serie de expertos legitimados para "poner en marcha las prácticas médicas y asistenciales que tenían como objetivo la adaptación individual y la integración de la persona en el medio social" (Cano Esteban et al., 2015: 55). Sin embargo, su promulgación constituyó sin duda un avance fundamental en términos de reconocimiento y concreción de derechos de las personas con discapacidad en España, así como también inspiró posteriores desarrollos normativos.

Así se reconoce en la "Exposición de motivos" de la LIONDAU dos décadas más tarde. Una norma que a la par que reconoce la importancia de la LISMI, identifica también la necesidad de dar un nuevo impulso a "las políticas de equiparación de las personas con discapacidad":

"Dos razones justifican esta nueva ley: la persistencia en la sociedad de desigualdades, pese a las inequívocas proclamaciones constitucionales y al meritorio esfuerzo hecho a partir de aquella ley, y, lo que es más importante todavía, los cambios operados en la manera de entender el fenómeno de la «discapacidad» y, consecuentemente, la aparición de nuevos enfoques y estrategias: hoy es sabido que las desventajas que presenta una persona con discapacidad tienen su origen en sus dificultades personales, pero también y sobre todo en los obstáculos y condiciones limitativas que en la propia sociedad, concebida con arreglo al patrón de la persona media, se oponen a la plena participación de estos ciudadanos" (LIONDAU, Exposición de motivos).

La impronta del modelo social y la concepción de la discapacidad entendida como el resultado de la interacción entre la persona y su entorno ya están presentes en esta nueva ley, que entiende la necesidad de "diseñar y poner en marcha estrategias de intervención que operen simultáneamente sobre las condiciones personales y sobre las condiciones ambientales" y se dirijan fundamentalmente en dos direcciones: la lucha contra la discriminación y la accesibilidad universal, con el objetivo de garantizar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. Esta aproximación estructural al fenómeno de la discapacidad constituye uno de los principales factores que diferencia esta norma de la anterior:

"Mientras que la LISMI se basaba en el desarrollo de «acciones» especiales dirigidas a atender a las personas con discapacidad, la LIONDAU se orientaba a establecer las «condiciones» generales para eliminar los obstáculos a su participación en la sociedad y el disfrute para ellas de un conjunto más amplio de derechos sociales. Por ello, la LIONDAU supuso, con relación a la LISMI, un avance importante, al menos sobre el papel, hacia una concepción social de la discapacidad y de las personas con discapacidad" (Cano Esteban et al., 2015: 56)

Asimismo, el paradigma de la autonomía personal está presente en los principios inspiradores de la ley incluidos en el artículo 2, que menciona en primer lugar la vida

independiente –además de la normalización, accesibilidad universal, diseño para todos, diálogo civil y transversalidad de las políticas en materia de discapacidad³.

Concretamente, el principio de vida independiente quedaba definido de la siguiente manera: “la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad” (artículo 2.a.).

La Ley General de 2013 sumará a estos principios aquellos propios de la Convención (CDPCD), ratificada por el Estado español unos años antes, y añadirá en su artículo 3, además del principio de vida independiente, el de “respeto a la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas” (Ley General, artículo 3). En este sentido, el artículo 6, relativo al “Respeto a la autonomía de las personas con discapacidad” hace referencia a la importancia de la libertad en la toma de decisiones para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, y la necesidad de que la información y el consentimiento se efectúen en formatos adecuados, accesibles y comprensibles para todas las personas.

Más allá de incorporar dimensiones propias de la Convención, como las relativas a la autonomía de las personas con discapacidad, la Ley General no deja de refundir desarrollos normativos (LISMI y LIONDAU) que responden a modelos distintos y, por lo tanto, de acuerdo al análisis de otras investigaciones en la materia, terminan refrendando y sancionando una mezcla anacrónica; así, esta ley en lugar de enriquecer la perspectiva particular de la LISMI situándola en el marco estructural que ofrecía la LIONDAU, terminó por “revestir de un cierto carácter social la concepción tradicional individualista de la discapacidad y de la atención a las personas con discapacidad” (Cano Esteban et al., 2015: 60).

En definitiva, este breve recorrido por las transformaciones en las representaciones y prácticas sobre la discapacidad y su concreción en el espacio político-legislativo en España tiene por finalidad no sólo describir sus principales características, sino también remarcar la actual coexistencia de estos paradigmas y sus posibles efectos limitantes para la asunción plena del enfoque de derechos. Esta idea será clave para el objetivo central de esta investigación, en tanto pretende analizar el impacto de una ley que encierra en sí misma la tensión fundamental que atraviesa estas formas contemporáneas y dispares de representar la discapacidad y las personas con discapacidad, esto es: la dependencia vs. la autonomía. Las próximas páginas estarán entonces dedicadas a desentrañar esta tensión y presentar

³ Los demás principios quedan definidos de la siguiente manera: “b) *Normalización: el principio en virtud del cual las personas con discapacidad deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona.* c) *Accesibilidad universal: la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible.* [...]d) *Diseño para todos: la actividad por la que se concibe o proyecta, desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible.* e) *Diálogo civil: el principio en virtud del cual las organizaciones representativas de personas con discapacidad y de sus familias participan, en los términos que establecen las leyes y demás disposiciones normativas, en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas oficiales que se desarrollan en la esfera de las personas con discapacidad, las cuales garantizarán, en todo caso, el derecho de los niños y las niñas con discapacidad a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.* f) *Transversalidad de las políticas en materia de discapacidad, el principio en virtud del cual las actuaciones que desarrollan las Administraciones públicas no se limitan únicamente a planes, programas y acciones específicos, pensados exclusivamente para estas personas, sino que comprenden las políticas y líneas de acción de carácter general en cualquiera de los ámbitos de actuación pública, en donde se tendrán en cuenta las necesidades y demandas de las personas con discapacidad*” (LIONDAU, artículo 2).

las características principales de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia; texto que constituye uno de los últimos hitos normativos en relación a las políticas públicas que afectan al colectivo de personas con discapacidad.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia

Antes de describir las principales características de la LAPAD se hace necesario introducir una breve referencia a la noción de autonomía y dependencia y la conexión de ambas con los modelos antes descritos. En este sentido, resulta relevante mencionar los orígenes del “modelo social” en el Movimiento de Vida Independiente, que emerge en Estados Unidos a finales de los años sesenta y principios de los setenta en el marco del activismo por los derechos civiles.

Este movimiento promueve no sólo el reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad, sino también un nuevo conjunto de premisas que, articuladas en la Filosofía de Vida Independiente, se oponen a los supuestos y prácticas del modelo médico (como por ejemplo, la legitimidad de los saberes expertos como única fuente de autoridad y las imposiciones médicas, las prácticas de institucionalización y rehabilitadoras, y en definitiva, la consideración de las personas con discapacidad como “objetos” pasivos o cuerpos sobre los cuales intervenir y dictar modos de vida, etc.). Se trata, en definitiva, de considerar a las personas con discapacidad como “sujetas de derechos” que deben poder decidir por sí mismas, elegir libremente y en igualdad de condiciones sobre sus propios proyectos de vida. Este movimiento pone el énfasis en la noción de independencia, pero no para desconectar de lo social el fenómeno de la discapacidad, sino para plantear “una vía política y actitudinal” que permita:

“superar la dependencia y la falta de autonomía de las personas con discapacidad bajo las prácticas del modelo médico: institucionalización, paternalismo, imposición de un supuesto conocimiento experto, consideración de la persona como mero «objeto» de atención y rehabilitación médica, etc. Es en contra de estas prácticas, en su contexto, donde se plantea como respuesta y ruptura la idea de independencia. [...] lo que nos pone sobre la senda de las prácticas características del modelo social: desinstitucionalización, promoción de la autonomía, prácticas emancipadoras, consideración de la persona como «sujeto» de derechos, rehabilitación de la sociedad” (Cano Esteban et al., 2015: 44).

El binomio autonomía/dependencia se sitúa en el corazón de este debate y también en el de la propia LAPAD, una norma que pretende “atender 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” (LAPAD, Exposición de motivos).

De acuerdo a esta descripción, las personas con discapacidad constituyen uno de los grupos sociales que pueden verse especialmente beneficiados por su cobertura, en tanto colectivo susceptible de encontrarse en esta situación⁴.

Algunas definiciones básicas de la LAPAD: dependencia, autonomía y actividades básicas de la vida diaria

La noción de “dependencia”, tal como se define en el artículo 2, hace referencia a:

“el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (LAPAD, artículo 2.2).

Así, es posible comprobar como en la misma definición de dependencia se incluye la noción de autonomía, si bien esta última se define específicamente como:

“la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” (LAPAD, artículo 2.1).

Una noción común a ambas definiciones es esta última de “actividades básicas de la vida diaria”, que consisten en:

“las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas” (LAPAD, artículo 2.3).

Principios y objetivos de la LAPAD

La LAPAD establece el “derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia” y su objetivo es “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad” de su ejercicio (artículo 1).

De acuerdo al artículo 4.1 “las personas en situación de dependencia tendrán derecho, con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan, a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley”.

En términos generales, entre los principios que guían esta norma (artículo 3) destacan: el carácter público de las prestaciones, la universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, la atención integral e integrada, la valoración de las necesidades atendiendo a criterios de equidad y a situaciones de especial discriminación o desigualdad.

⁴ Estrictamente, son titulares de derechos las personas que cumplen los requisitos detallados en el artículo 5 de la LAPAD: en resumen, personas españolas que se encuentren en situación de dependencia en alguno de los grados y residan en territorio español, o hayan residido durante cinco años (inmediatamente los dos anteriores a presentar la solicitud). Se pueden considerar medidas de protección para personas españolas no residentes o españolas retornadas, o no españolas residentes.

Asimismo, interesa mencionar algunos de los principios que pueden resultar de especial relevancia para las personas con discapacidad, en tanto hacen referencia a la autonomía y la vida independiente, como por ejemplo: “la promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible” o “la permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida” (artículo 3.h y 3.i).

También de especial relevancia para las personas con discapacidad pueden resultar algunos de los derechos reconocidos en el artículo 4, concretamente los vinculados al respeto de su dignidad e intimidad; a recibir información completa, continuada, comprensible y accesible relacionada con su situación de dependencia; a participar en la formulación y aplicación de políticas que afecten su bienestar; a decidir libremente sobre su tutela y bienes, o sobre el ingreso en un centro residencial y, fundamentalmente, “a la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, en cualquiera de los ámbitos de desarrollo y aplicación de esta Ley” (artículo 4.k). Los derechos contemplados en el artículo 4 deben ser garantizados por los poderes públicos, que adoptarán las medidas oportunas para tal fin.

El modelo de gestión de la LAPAD

Para gestionar la implantación y funcionamiento de la LAPAD se crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que, tal como se indica en el artículo 6, se encargará de articular la participación de las distintas Administraciones Públicas de acuerdo a sus competencias –Administración General del Estado, Comunidades autónomas y Entidades Locales– y de optimizar los recursos. El SAAD se configura como una red pública integrada por centros y servicios, públicos y privados concertados.

Asimismo, se crea el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante Consejo Territorial) a cargo de articular los servicios sociales y la promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia. El Consejo Territorial lo constituye la persona titular del Ministerio competente y los Consejeros en materia de servicios sociales y dependencia de las Comunidades autónomas.

Este Consejo Territorial tiene importantes funciones en el marco del funcionamiento de la Ley. Además de acordar el Marco de cooperación interadministrativa entre la Administración General del Estado y las Comunidades autónomas⁵, se encarga de establecer criterios generales relativos a distintos aspectos de la LAPAD: procedimiento de valoración, intensidad de protección de los servicios, cuantía de las prestaciones económicas y participación de las personas beneficiarias en el coste de los servicios (copago) (artículo 8).

En cuanto a la participación de las Administraciones Públicas en el modelo de gestión, la función principal de la Administración General del Estado es la de determinar y financiar, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, el nivel mínimo de protección garantizado del SAAD, de acuerdo al número de personas beneficiarias, el grado de dependencia y los servicios y prestaciones reconocidas (artículo 9).

⁵ La cooperación interadministrativa se concreta mediante Convenios donde se acuerdan tanto los objetivos, medios y recursos para la aplicación de los servicios y prestaciones del SAAD, como la financiación que corresponda a cada Administración. La aplicación de los Convenios ha quedado suspendida desde el año 2012 hasta la actualidad, con importantes efectos en el sistema de financiación, tal como se verá en el capítulo 6.

Respecto a las comunidades autónomas, éstas tienen un papel fundamental en tanto son las encargadas de múltiples funciones, entre las cuales se encuentran:

- “a) Planificar, ordenar, coordinar y dirigir, en el ámbito de su territorio, los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia.
- b) Gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia.
- c) Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención.
- d) Crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios, facilitando la debida acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad.
- e) Asegurar la elaboración de los correspondientes Programas Individuales de Atención.
- f) Inspeccionar y, en su caso, sancionar los incumplimientos sobre requisitos y estándares de calidad de los centros y servicios y respecto de los derechos de los beneficiarios.
- g) Evaluar periódicamente el funcionamiento del Sistema en su territorio respectivo.” (LAPAD, artículo 11).

Por último, las Entidades Locales, tal como describe el artículo 12, participarán en la gestión según lo indique la normativa de cada comunidad autónoma.

En definitiva, para ejercer el “derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”, las personas con discapacidad acceden al sistema mediante un procedimiento de reconocimiento de su situación de dependencia y del derecho a los distintos servicios y prestaciones incluidos en el catálogo del SAAD. A desentrañar este proceso se dedica esta investigación y cada una de las fases se analiza en los distintos capítulos de este informe; sin embargo, antes de pasar a ello, para comprender la particular situación de las personas con discapacidad que pretenden ejercer este derecho, el siguiente apartado se dedica a describir el perfil sociodemográfico de este grupo social en España, comparando sus principales características con las del resto de la población, así como prestando especial atención a esta realidad en las comunidades autónomas de Andalucía, Castilla y León, Galicia y Madrid.

2.2. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

La aproximación al perfil sociodemográfico de la discapacidad en general y la discapacidad física y orgánica en particular es compleja y heterogénea. Existen diferencias en la conceptualización y en las formas de clasificación de la discapacidad que influyen en los métodos de recogida de la información. Igualmente existe una gran variedad de bases de datos sobre discapacidad que dificulta tener una fotografía global del colectivo, la evolución en los últimos años y su situación actual. En consecuencia, como reflejan algunos informes, la diversidad de fuentes de información ha generado la necesaria coordinación entre asociaciones y entidades del tercer sector, así como de la propia administración, para proporcionar nuevas estadísticas.

Las dificultades en las estadísticas consultadas hacen referencia, por un lado, a la medición de la discapacidad, dada la existencia de una gran heterogeneidad relacionada con la principal fuente de información desde la que cada una de ellas obtiene las cifras. Bien sea a través de una encuesta a hogares o a través de centros residenciales, algunas estadísticas recogen información únicamente sobre las personas con un grado de discapacidad reconocido⁶. En segundo término, la periodicidad y la actualización de los datos no es homogénea; mientras que unas estadísticas recopilan información anual, no siempre actualizada, otras realizan ediciones con amplios tramos temporales.

Como resultado, en el siguiente apartado se desarrolla un análisis descriptivo del perfil sociodemográfico de las personas con discapacidad a partir de la información recopilada fundamentalmente en:

- El empleo de las personas con discapacidad. Año 2016 (INE): es una estadística de periodicidad anual que tiene como objetivo obtener datos sobre la fuerza de trabajo (ocupados, parados) y la población ajena al mercado laboral (inactivos) dentro del colectivo de personas con edades comprendidas entre los 16 y 64 años y con discapacidad oficialmente reconocida. El origen de los datos procede de la integración de los datos estadísticos proporcionados por la Encuesta de Población Activa con datos administrativos registrados en la Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad del IMSERSO (...), en el Registro de Prestaciones Públicas del INSS, en el Sistema para Autonomía y Atención a la Dependencia del IMSERSO y en la Tesorería General de la Seguridad Social.
- El Observatorio de la discapacidad y mercado de trabajo (ODISMET). A través de su portal web recopila datos del perfil sociodemográfico utilizando como fuente de información “El empleo de las personas con discapacidad (INE) y los informes anuales del Mercado de Trabajo de las Personas con Discapacidad, del SEPE (Servicio Público de Empleo estatal).

⁶ Según la encuesta “El empleo de las personas con discapacidad” (INE), principal fuente de información de la que se extraen la mayor parte de los datos que contiene el siguiente apartado, al hablar de personas con discapacidad, están incluidas únicamente las personas con un grado de discapacidad superior o igual al 33% y asimilados según el RD Legislativo 1/2013.

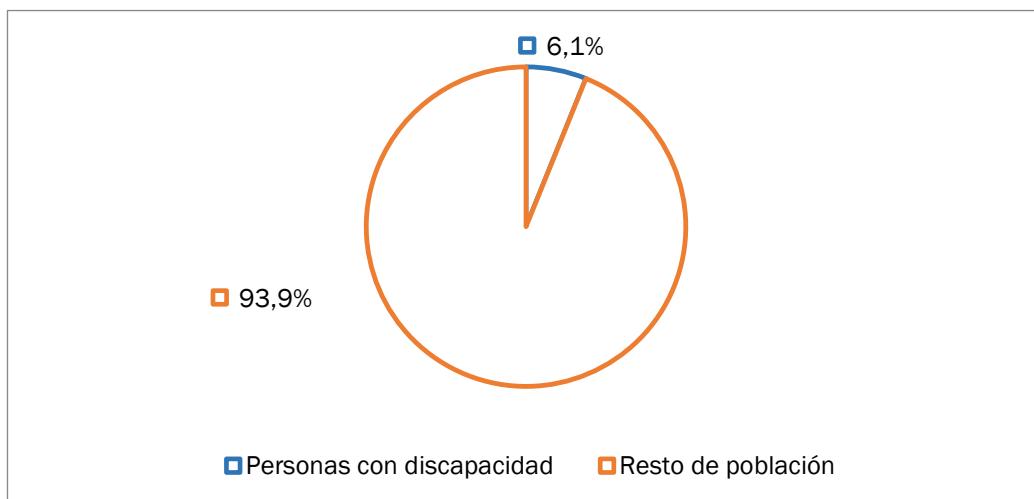
Perfil sociodemográfico de las personas con discapacidad en España

El perfil objeto de estudio en esta investigación ha sido el de personas con discapacidad física y orgánica residentes en España, con especial atención a las personas en las CC. AA. de Andalucía, Castilla y León, Galicia y Comunidad de Madrid, con edades comprendidas entre los 18 a 64 años.

Según la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística (EDAD-2008)⁷, 3.847.900 personas declararon tener algún tipo de discapacidad, representando el 8,37% sobre el total de la población española (personas con discapacidad y sin discapacidad).

En el colectivo estudiado el número de personas en edad laboral que tenían reconocida algún tipo de discapacidad en 2016 era de 1.840.700, que supone el 6,12 % sobre toda la población (30.064.400 personas)

Gráfico 1. Porcentaje de personas con discapacidad en edad laboral sobre el total



Fuente: INE, El empleo de las personas con discapacidad. Año 2016.

En comparación con 2015 la misma cifra se ha incrementado un 3,71 %, en concreto, 65.900 personas más. Aunque la población española entre 16 y 64 años ha disminuido de forma paulatina en el período 2014-2016, las personas con discapacidad mantienen una tendencia creciente, aumentando su proporción sobre el total de las personas en edad de trabajar.

⁷ Para la caracterización del colectivo de personas con discapacidad hubiésemos querido analizar los datos de la nueva encuesta EDAD (INE) realizada en el año 2017, pero en el tiempo de realización de esta investigación entre enero y octubre de 2018, los datos no fueron publicados y solo era accesible la consulta para EDAD2008.

En la siguiente tabla se pueden apreciar las diferencias registradas en el número de personas con discapacidad en edad laboral en los tres últimos años, y como producto de ello, el incremento del porcentaje que representan con respecto a la población total.

Tabla 3. Evolución de las personas con discapacidad en edad laboral

Años	2014	2015	2016
Población total	30.311.400	30.174.500	30.064.400
Población PCD	1.742.200	1.774.800	1.840.700
PCD / total (%)	5,75	5,88	6,12

Fuente: Informe del Mercado de Trabajo de las Personas con discapacidad, 2017. Datos del INE, *El empleo de las personas con discapacidad. Año 2014-16*.

Si ampliamos la comparativa de la población con discapacidad en edad laboral según su situación con respecto a la tasa estatal, que como hemos visto este año se sitúa en el 6,12 % sigue el siguiente orden: El Principado de Asturias, con el 9,54 % ocupa la primera posición, seguida de Ceuta y Melilla (8,42 %), la Región de Murcia (8,20 %), Cantabria (7,18 %) y Galicia (6,90 %). Por el contrario, los valores más bajos se han registrado en la Comunidad de Madrid (4,36 %) e Illes Balears (4,52 %).

En relación a las tasas de prevalencia de la discapacidad en las cuatro CC. AA. analizadas, Galicia se sitúa en primera posición, con una de las tasas más elevadas, mientras en el lado opuesto la Comunidad de Madrid es una de las regiones con menor proporción de personas con discapacidad respecto al total.

Tabla 4. Tasa de prevalencia de la discapacidad por CC. AA.

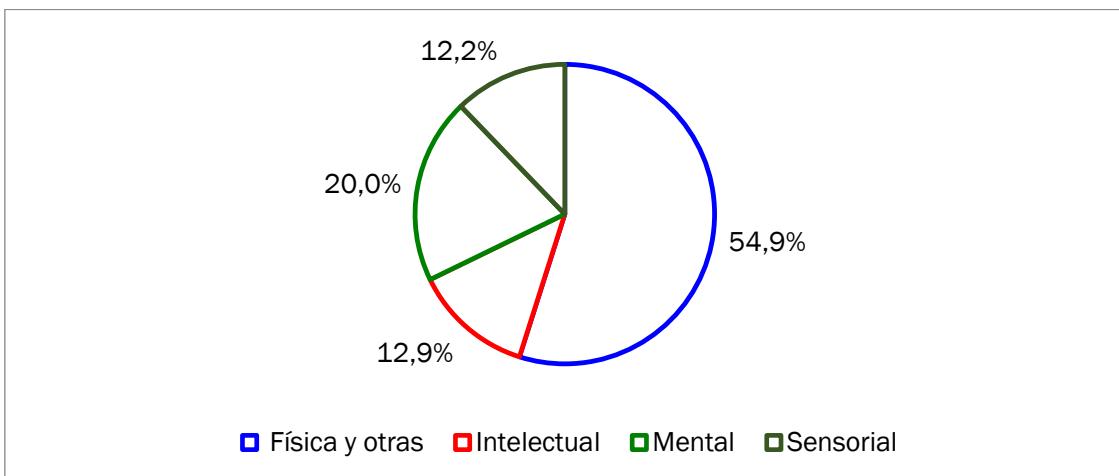
TASA DE PREVALENCIA					
	Andalucía	Castilla y León	Comunidad de Madrid	Galicia	Total Estatal
Población con discapacidad	6,7	6	4,4	6,9	6,1
Población sin discapacidad	93,3	94	95,6	93,1	93,9

Fuente: Elaboración propia ODISMET

Tipos de discapacidad

Para conocer los tipos de discapacidad la encuesta realizada por el INE, *El empleo de las personas con discapacidad* aporta los datos más actualizados hasta el momento. Como se muestra en el gráfico 2, las discapacidades físicas (unidas a otras discapacidades no categorizadas, entendemos que entrarían las orgánicas) representan el 54,9% de la totalidad, seguida por la discapacidad mental (20%), intelectual 12,9% y sensorial 12,2%

Gráfico 2. Tipos de discapacidad en España



Fuente: INE, El empleo de las personas con discapacidad. Año 2016.

La comparativa por comunidades autónomas que se observa en la siguiente tabla refleja que, entre las discapacidades físicas, Galicia tiene mayor proporción respecto al peso que supone esta tipología a nivel estatal, sin embargo, está casi siete puntos por debajo en el caso de las discapacidades mentales. En relación a la discapacidad intelectual Andalucía y Castilla y León superan la media cerca de cinco puntos porcentuales respectivamente (16,3% y 17,6%), así como en las limitaciones sensoriales donde Andalucía y la Comunidad de Madrid sobreponen entre dos y tres puntos porcentuales la media estatal.

Tabla 5. Personas con certificado de discapacidad por CC. AA. según grupo de discapacidad (porcentajes horizontales)

AMBITO TERRITORIAL	TIPO DE DISCAPACIDAD			
	Física y otras	Intelectual	Mental	Sensorial
Andalucía	49,3	16,3	19,3	15,1
Castilla y León	49,6	17,6	19,4	13,4
Galicia	66,4	10,0	12,8	10,9
Madrid, Comunidad de	55,2	11,8	18,9	14,1
Total Estatal	54,9	12,9	20,0	12,2

Fuente: INE, El empleo de las personas con discapacidad. Año 2016.

La evolución registrada entre 2014 y 2016 muestra una tendencia estatal en la que las discapacidades físicas se han incrementado levemente (0,5 puntos) en los dos últimos años, mientras que las discapacidades intelectuales y sensoriales se han reducido ligeramente. Asimismo, es destacable el incremento de las discapacidades físicas en territorios como Galicia y la Comunidad de Madrid, (3,8 y 2,2 puntos porcentuales).

Tabla 6. Diferencias interanuales personas con certificado de discapacidad por CC. AA. según grupo de discapacidad (puntos porcentuales).

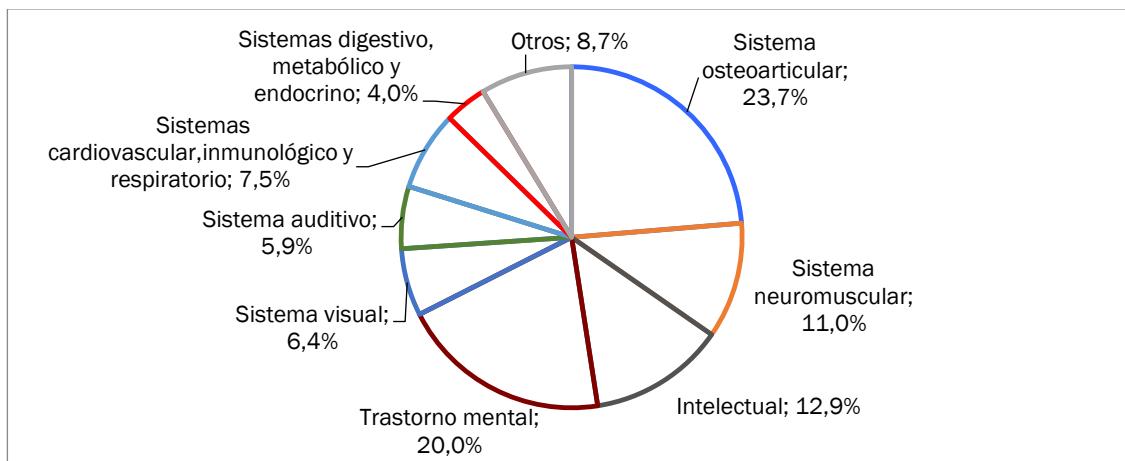
AMBITO TERRITORIAL	TIPO DE DISCAPACIDAD			
	Física y otras	Intelectual	Mental	Sensorial
Andalucía	0,7	-0,4	0,3	-0,6
Castilla y León	-0,4	0,0	0,7	-0,1
Galicia	3,8	0,6	-3,7	-0,6
Madrid, Comunidad de	2,2	-1,6	-0,1	-0,5
Total	0,5	-0,2	0,0	-0,3

Fuente: INE, El empleo de las personas con discapacidad. Año 2014-16.

Si analizamos cada una de las categorías por las que se agrupan las diferentes discapacidades obtenemos; por un lado, las discapacidades sensoriales, que comprenden las limitaciones visuales, de oído, del lenguaje, habla y voz. Las categorizadas como discapacidades físicas abarcan las limitaciones osteoarticulares, las del sistema nervioso y viscerales, para continuar con la discapacidad mental que no registra una clasificación con mayor desglose. Por otro lado, la categoría “otras discapacidades” engloba limitaciones múltiples, de la piel, y otras no clasificadas.

El desglose por tipos de discapacidad señala las limitaciones en el sistema osteoarticular como las más habituales a nivel estatal (26%), así como el trastorno mental (22%).

Gráfico 3. Personas con certificado de discapacidad según tipo de discapacidad



Fuente: INE, El empleo de las personas con discapacidad. Año 2016.

Como se recoge en el informe Discapacidad e inclusión social (Colectivo IOE, 2012) tener una discapacidad física u orgánica no significa que no se pueda realizar la actividad correspondiente, como puede ser: ver, oír, desplazarse fuera del hogar, etc., excepto en un porcentaje minoritario de casos con un alto grado de discapacidad.

Sin embargo, las discapacidades representan las limitaciones parciales que algunas personas tienen como consecuencia de depender de otras personas para hacer según qué actividades de la vida diaria.

Por este motivo, otras estadísticas como la Encuesta de Integración Social y Salud (EISS, 2012) recoge información sobre la capacidad para realizar actividades en la vida diaria. Los datos recogidos en la tabla 7 indican que el 69,4% de las personas con discapacidad tiene dificultades para realizar actividades de ocio, para salir de casa (58,8%) o para acceder a un empleo adecuado (40,9%) entre otras actividades relacionadas con la vida diaria. En consecuencia, tal y como se desarrollará en el capítulo 5 del informe, la figura de un asistente personal se hace necesaria para el desarrollo de la vida diaria de las personas con discapacidad.

Tabla 7. Población con discapacidad, según tipo de discapacidad para diferentes actividades relacionadas con la vida diaria

	Total personas	Porcentaje
Discapacidad para salir de casa	3.723.482	58,8%
Discapacidad para usar transporte	2.171.954	34,3%
Discapacidad para acceder y moverse por los edificios	2.227.363	35,2%
Discapacidad para actividades formativas	1.354.355	21,4%
Discapacidad para el acceso a un empleo adecuado	2.589.276	40,9%
Discapacidad para usar internet	573.643	9,1%
Discapacidad para el contacto y el apoyo social	108.742	1,7%
Discapacidad para las actividades de ocio	4.395.712	69,4%
Dificultad para pagar las cosas esenciales por discapacidad	558.372	8,8%
Discriminación por motivos de discapacidad	1.022.124	16,1%

Fuente: Informe Olivenza, 2017 sobre la situación general de la discapacidad en España a partir de los datos del INE, Encuesta de Integración Social y Salud (EISS,2012).

Sexo y edad

Un rasgo característico de la población con discapacidad en edad de trabajar es la importancia de las personas mayores de 45 años sobre el total de esta población de 16 a 64 años. Casi siete de cada diez personas con discapacidad en edad laboral tiene más de 45 años (65,9%).

En el grupo de edad de 25 a 44 años, 463.100 personas (25,2%), se produjo en 2016 un incremento interanual de 1,58 puntos en relación al aumento del grupo de población de más edad (4,3 puntos) tal y como muestra la tabla número 8.

Sin embargo, entre las personas sin discapacidad el reparto es bastante diferente: el grueso de la población se concentra en el tramo de 25 a 44 años (45,12 %), los menores alcanzan casi el 14 % y los de 45 a 64 años suponen el 41,03 %.

En cuanto a la distribución según el sexo, los hombres con discapacidad prevalecen sobre las mujeres en todas las edades, con especial presencia en el rango de mayor edad (170.400 personas más), lo que supone una diferencia del 13,2% sobre el grupo de mujeres de la misma edad.

Tabla 8. Personas con discapacidad por tramos de edad y sexo.

	GRUPOS POR SEXO			
	Hombres	Mujeres	Total	% variación 2016/15
Menor de 25 años	54.700	34.700	89.400	5,8
De 25 a 44 años	274.300	188.700	463.100	1,58
De 45 a 64 años	729.300	558.900	1.288.100	4,35
Total	1.058.300	782.300	1.840.700	3,71

Fuente: INE, El empleo de las personas con discapacidad. Año 2016

En la comparación entre las cuatro CC. AA. analizadas, la incidencia de las personas sin discapacidad mayores de 45 años es superior al resto en Castilla y León (69,4%), en valores absolutos 52.900 personas. Otras provincias como Asturias, Cantabria o Aragón también superan la proporción de este grupo de edad a nivel estatal (65,9%). Por el contrario, la Comunidad de Madrid se posiciona por encima de la media estatal en relación a las personas sin discapacidad de entre 16 y 25 años (7,2%) junto a territorios como Navarra y las Islas Canarias.

Tabla 9. Personas con certificado de discapacidad por CC. AA. según grupo de edad (porcentaje horizontal)

AMBITO TERRITORIAL	TRAMOS DE EDAD		
	De 16 a 24 años	De 25 a 44 años	De 45 a 64 años
Andalucía	6,9	29,9	63,2
Castilla y León	4,7	25,9	69,4
Galicia	4,6	28,0	67,4
Comunidad de Madrid	7,2	28,4	64,5
Total Estatal	6,0	28,1	65,9

Fuente: INE, El empleo de las personas con discapacidad. Año 2016.

En las diferencias por sexo de la población con discapacidad en edad de trabajar, los hombres sobrepasan a la proporción de mujeres (54,7% y 45,3% respectivamente a nivel estatal). Esta diferencia entre ambos grupos -9,4 puntos porcentuales en 2016- se ha mantenido desde 2014 (año que permite comparar la misma estadística).

En las comunidades autónomas estudiadas la prevalencia de los hombres con discapacidad tiene mayor incidencia en Castilla y León y en Andalucía –entre 11 y 16 puntos de diferencia sobre el conjunto de mujeres con discapacidad.

Por el contrario, Comunidad de Madrid ha experimentado un leve incremento de las mujeres con discapacidad en edad laboral, reduciéndose así la diferencia entre sexos en -1,8 puntos porcentuales.

Tabla 10. Personas con certificado de discapacidad por CC. AA. según sexo y diferencia por sexo.

AMBITO TERRITORIAL	Hombre	Mujer	Diferencia 2016	Variación de la diferencia 2016-14
Andalucía	55,6	44,4	11,2	2,0
Castilla y León	58,0	42,0	16,0	-0,3
Galicia	54,9	45,1	9,8	2,0
Madrid, Comunidad de	53,2	46,8	6,4	-1,8
Total	54,7	45,3	9,4	0,0

Fuente: Elaboración propia. El Empleo de las Personas con Discapacidad. Año 2014-2016.

En suma, se puede considerar que el tipo de discapacidad de esta población en edad laboral es generalmente sobrevenido, pudiéndose explicar por variables relacionadas con el estilo de vida o la actividad laboral para algo más de 6 de cada diez personas en edad laboral (65,9%).⁸

Nivel de estudios

Según el nivel de estudios alcanzado, el 56,2% de la población con discapacidad en edad laboral ha llegado a cursar estudios de secundaria.

Como se observa en el siguiente gráfico, entre las personas con discapacidad que están en edad laboral, en 2016 seis de cada diez tenían estudios de Secundaria o habían realizado Programas de formación e inserción laboral, y un 15% había alcanzado estudios superiores.

⁸ Para el Colectivo IOE “El origen de las discapacidades sobrevenidas antes de la edad de jubilación está estrechamente ligado a las condiciones precarias de vida y de trabajo de las clases subordinadas, con menores niveles de renta y formación. (Colectivo IOE, 2012).

Gráfico 4. Población con discapacidad de 16 a 64 años por nivel de estudios



Fuente: Informe Olivenza, 2017 sobre la situación general de la discapacidad en España a partir de los datos del INE.

Comparando las mismas cifras con la población sin discapacidad, las diferencias son notables en los niveles más bajos y más altos: no llegan al 0,5 % las personas sin estudios⁹, un 8,9 % tiene estudios primarios y el 33,9 % ha obtenido estudios superiores. No obstante, destaca la similitud existente en la franja de estudios secundarios o programas de formación (56,7%) y 56,2% en el conjunto de PCD.

Sobre el total de la población, la proporción de las personas con discapacidad con estudios superiores representa el 2,8%, el 6,1% con estudios secundarios y el 46,8% del colectivo de personas sin estudios. A pesar de que el 32% de las personas sin estudios tienen alguna discapacidad intelectual, para explicar el bajo nivel formativo del colectivo deben ser analizadas otro tipo de variables sociodemográficas como los ingresos o las características del hogar¹⁰.

En suma, si consideramos que el nivel de estudios es una de las principales vías de acceso al mercado laboral, donde los niveles de educación más altos presentan una mayor tasa de empleo, las personas con discapacidad que pertenecen al colectivo tendrán mayor probabilidad de verse afectadas por situaciones de desempleo.

Actividad laboral

La proporción de personas con discapacidad en el mercado laboral se observa a través de las tasas de actividad, empleo y paro que se muestran en la tabla 11, así como la incidencia de este grupo sobre el total de la población.

⁹ Para el estudio se ha considerado en la categoría “Sin estudios” a las personas con discapacidad que no saben leer ni escribir y a aquellas que saben hacerlo pero fueron menos de 5 años a la escuela.

¹⁰ . Según el INE y la encuesta EDAD-2008, la renta media en los hogares de las personas con discapacidad es un 25% menor que la del resto de hogares.

El análisis de la tasa de actividad (población activa/población de 16 a 64 años) muestra una gran diferencia entre las personas con y sin discapacidad. Por un lado, las personas con discapacidad tienen una tasa de actividad del 35,1% mientras que entre las personas sin discapacidad la población activa asciende al 77,98%. Las dificultades de inserción laboral, bien sea por limitaciones en edades tempranas o por la dificultad de permanencia en la actividad laboral después de experimentar una discapacidad sobrevenida, se observan a través de la tasa de paro, que asciende hasta el 28,6% para las personas con discapacidad.

En el estudio de la tasa de paro (población parada/población activa) de la proporción de personas con discapacidad sin empleo supera nueve puntos la tasa de paro de la población sin discapacidad (19,4%). Las mujeres con discapacidad sin empleo representan el 21,28% mientras que los hombres en la misma situación tienen una tasa de paro del 17,9%, por lo que se observa que la brecha de género en el paro registrado entre hombres y mujeres con discapacidad es ligeramente superior que la homóloga entre las personas sin discapacidad.

Si analizamos la comparación interanual (2015-2016) de ambas tasas, los resultados son positivos, ya que la tasa de actividad de las personas con discapacidad ha aumentado 1,29 puntos porcentuales, al mismo tiempo que la tasa de paro desciende 2,38 puntos porcentuales. Estos datos parecen confirmar una incipiente mejoría en el comportamiento del mercado de trabajo para las personas con discapacidad¹¹.

Tabla 11. Tasas de actividad, empleo y paro de las personas con y sin discapacidad por sexo

TASAS	Hombres (%)	Mujeres(%)	Total (%)
Personas con discapacidad			
Actividad	35,17	35,15	35,16
Empleo	25,28	24,86	25,1
Paro	28,13	29,27	28,62
Personas sin discapacidad			
Actividad	83,93	72,13	77,98
Empleo	68,89	56,78	62,79
Paro	17,92	21,28	19.49

Fuente: Informe del Mercado de Trabajo de las Personas con discapacidad (2017.), a partir del INE. El empleo de las personas con discapacidad. Año 2016

La distribución de las tasas de actividad, empleo¹² y paro en las comunidades autónomas estudiadas se muestra en la tabla 12, en relación a la tasa estatal para el año 2016.

La comparativa muestra a la Comunidad de Madrid como el territorio con mayor tasa de actividad dentro del conjunto de las personas con discapacidad en el año 2016 (43,3%).

¹¹ Informe del Mercado de Trabajo de las Personas con discapacidad. Estatal. Datos 2017, Pág 18

¹² Es el resultado de la división entre el total de la población ocupada y la población de 16 y más años

Asimismo, esta comunidad se sitúa entre las cuatro mejores tasas de actividad a nivel estatal. Por el contrario, encabezan la lista con las menores tasas Andalucía (30,5%) y Galicia (27,8%).

En relación a las diferencias existentes con la población sin discapacidad, Galicia es la comunidad donde existen más disparidad en las tasas de actividad en función de tener una discapacidad o no, con una diferencia de 48,8 puntos porcentuales entre la tasa de actividad de las personas con discapacidad y sin discapacidad, con peores resultados para el segundo grupo.

Tabla 12. Tasas de actividad, empleo y paro por CC. AA.

TASAS	Andalucía	Castilla y León	Comunidad de Madrid	Galicia	Total España
Personas con discapacidad					
Actividad	30,5	36,6	43,3	27,8	35,2
Empleo	19,5	26,9	32,7	21,2	25,1
Paro	37,1	26,5	25	23,26	28,6
Diferencia con población sin discapacidad*					
Actividad	-44,2	-40,5	-37,3	-48,8	-42,8
Empleo	-33,6	-38,1	-35,6	-42,2	-37,7
Paro	8,3	10,8	9,4	6,5	9,1

Nota: *Las diferencias indican en puntos porcentuales y se calcula restando la tasa de personas con discapacidad con las correspondiente a la población sin discapacidad

Fuente: Elaboración propia. ODISMET

La tasa de paro de las personas con discapacidad en España en 2016 era del 28,6%, es decir, 9 puntos porcentuales superior a la tasa de paro de la población con sin discapacidad (19,49%), tal y como se recoge en la tabla anterior.

En definitiva, si se relaciona la elevada tasa de paro de las personas con discapacidad, con un amplio porcentaje de esta población en edades superiores a los 45 años (1.288.100 personas (70%), son muchas las dificultades para promover la incorporación de las personas con discapacidad al mercado laboral. Este hecho se agrava con las limitaciones al empleo que para la población de más de 45 años supone el mercado laboral en la actualidad, siendo categorizada por el Observatorio de las ocupaciones como “colectivo con dificultades de inserción laboral”.

Renta y salarios

A partir de la tabla 13 podemos conocer la distribución de los salarios de las personas trabajadoras con discapacidad (oficialmente reconocida) y su comparación con las personas

asalariadas sin discapacidad¹³. Los resultados de la Encuesta de Estructura Salarial elaborada por el INE (2016) determina que el salario bruto anual medio de las personas asalariadas con discapacidad es 19.297,6 euros por trabajador/a, un 17,1% menos que para las personas sin discapacidad.

En la comparación interanual, respecto a los datos de 2015-2016, el salario bruto ha descendido, desde 19.569,6 euros por persona con discapacidad asalariada hasta 19.297,6 euros. La diferencia salarial refleja que las personas sin discapacidad recibieron un 17,1% más que las personas con discapacidad.

Tabla 13. Ganancia media de las personas con discapacidad

Ganancia media (en euros)	Total	Personas con discapacidad	Personas sin discapacidad	Diferencias salariales(%)
Salario medio anual				
Por trabajador/a	23.273,30	19.297,60	23.273,30	17,08%
Por hora	14,9	12,7	14,9	14,77%

Fuente: Nota de prensa INE. El salario de las personas con discapacidad. Año 2016.

Nota: Diferencias salariales = diferencia entre la ganancia de las personas con discapacidad y sin discapacidad, respecto a la ganancia de estas últimas, en porcentaje.

Por sexo, el salario de las mujeres con discapacidad fue de 17.365,0 euros de media por trabajadora y año, mientras que para los hombres fue de 20.614,2 euros. El salario de las mujeres fue, por tanto, un 15,8% inferior al de los hombres. Esta diferencia por sexo es mayor en el caso de la población sin discapacidad (22,6% más bajo).

Además, se detectaron menos desigualdades salariales entre la población femenina con y sin discapacidad (el salario de las primeras fue un 14,0% menor que el de las segundas), que en el caso de los hombres (cuyo salario fue un 21,0% inferior en presencia de discapacidad).

Perfil personas con discapacidad física y orgánica en las CC. AA. estudiadas

Los datos comentados en este epígrafe corresponden a los aportados por el Instituto Nacional de Estadística, complementados, en los casos en que es posible compararlos, con los últimos publicados por las Comunidades de Andalucía, Castilla y León, Galicia y Comunidad de Madrid en sus fuentes estadísticas oficiales.

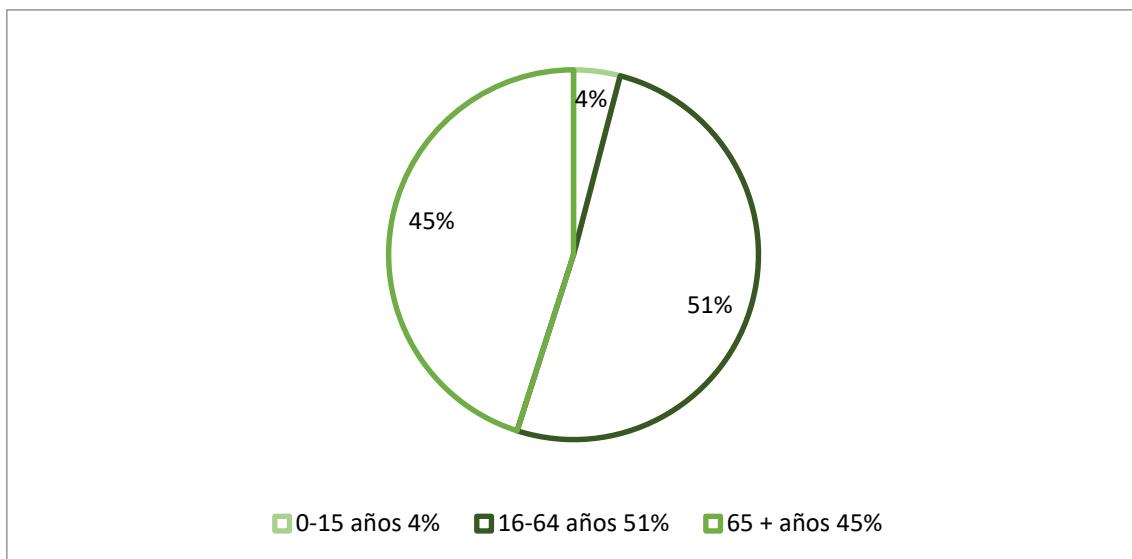
¹³ La encuesta no permite obtener datos desagregados por comunidades autónomas.

También de estudios realizados por distintas entidades al respecto, como el Informe Olivenza 2017 llevado a cabo por el Observatorio estatal de la Discapacidad y el Observatorio sobre discapacidad y mercado de trabajo en España (ODISMET) de la Fundación Once, con datos referentes a 2017.

Andalucía

Siguiendo los datos aportados por el SISS (Sistema Integrado de Servicios Sociales), dependiente de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, el número de personas valoradas en los centros de valoración y orientación de Andalucía con un grado de discapacidad igual o superior al 33% a 31 de agosto de 2018 es de 601.868, de las cuales 305.797 son hombres y 286.071 mujeres. Como podemos ver en el siguiente gráfico, el 51% de esta población se encuentra en edad de trabajar, 371.300.

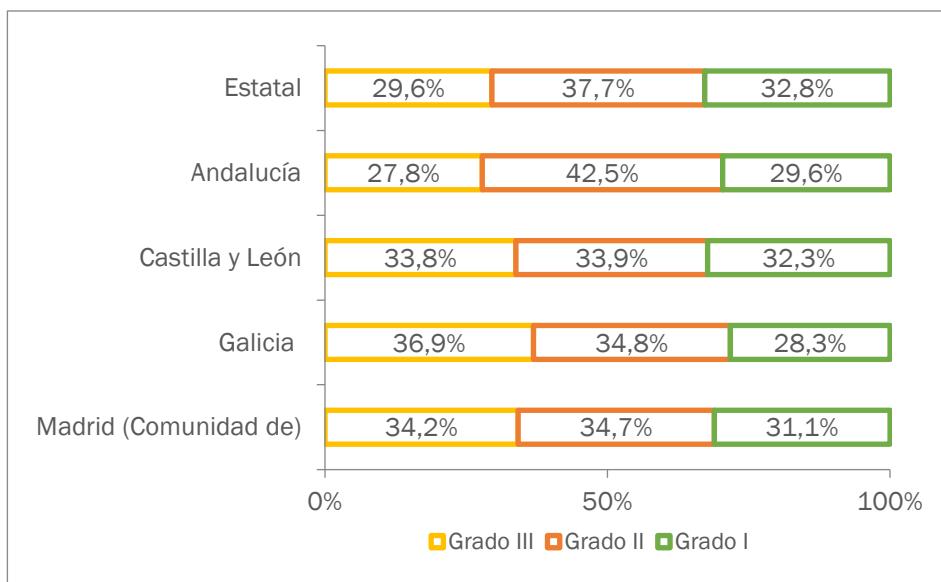
Gráfico 5. Distribución por edad de la población andaluza con discapacidad



Fuente: Estadísticas sobre personas con discapacidad 31 de agosto de 2018. Instituto de Estadística y Cartografía. Junta de Andalucía.

Si nos aproximamos a las solicitudes de dependencia en Andalucía, en el gráfico 6 podemos observar el porcentaje de solicitudes resueltas por grado de dependencia, a nivel estatal y en cada una de las cuatro comunidades autónomas objeto de este estudio. Resalta, el mayor porcentaje de resoluciones en Andalucía corresponde al grado II, con el 42,5%, mientras solo se resuelven con grado III el 27,8% y con grado I el 29,6% de las mismas. Mientras en las otras tres comunidades este porcentaje de resoluciones de grado II se sitúa en torno al 34%.

Gráfico 6. Porcentaje de solicitudes resueltas por grado de dependencia, a 30/06/ 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha de 30 de junio de 2018

ODISMET ofrece los datos referentes a la población en edad laboral, atendiendo a sus datos, hay 371.300 personas con discapacidad en edad laboral en Andalucía y sólo 267.600 tienen certificado de discapacidad(72%).

Respecto al nivel de estudios, según ODISMET, el 13,3% de la población con discapacidad andaluza tiene estudios superiores, frente al 27,4% de la población andaluza sin discapacidad con el mismo nivel de estudios. El 53,5% tienen estudios de Secundaria, frente al 58,9% de la población andaluza sin discapacidad y el 33,8% tiene estudios primarios o inferiores, mientras este porcentaje baja hasta el 13,7% entre la población sin discapacidad.

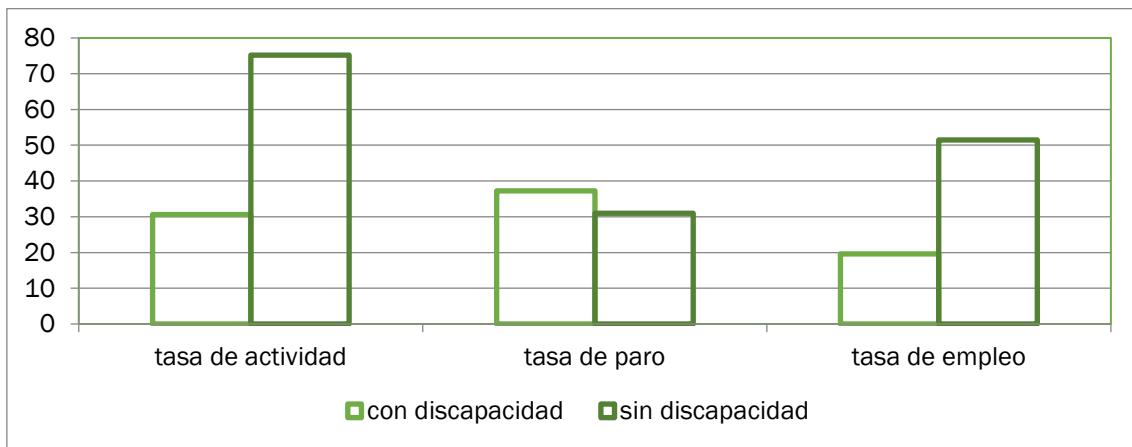
Gráfico 7. Nivel educativo de la población andaluza sin discapacidad y con discapacidad



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ODISMET

La tasa de actividad de las personas con discapacidad en Andalucía es del 30,5%, esta tasa asciende hasta el 75,2% en las personas sin discapacidad. La tasa de paro en esta comunidad autónoma llega al 37,1% entre las personas con discapacidad y al 31,5% entre las personas sin discapacidad. La tasa de empleo es del 51,5% para las personas sin discapacidad y del 19,6% para las personas con alguna discapacidad reconocida.

Gráfico 8. Tasas laborales de la población andaluza con y sin discapacidad



Fuente: Informe Olivenza 2017, sobre la situación general de la discapacidad en España.

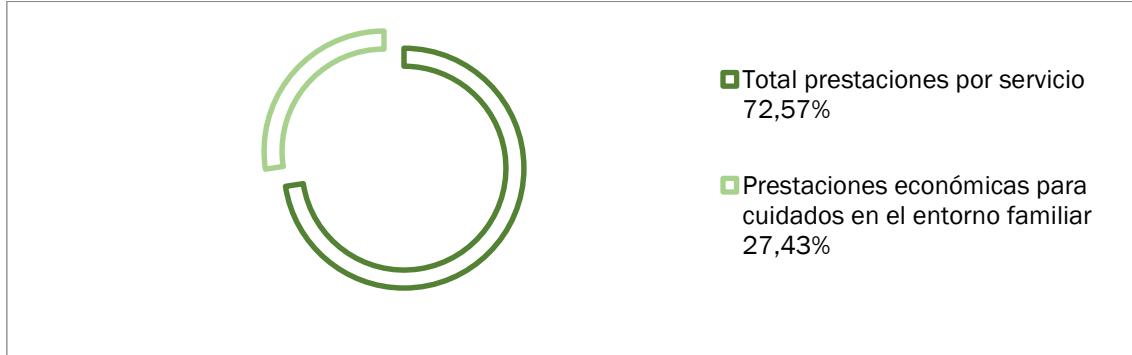
El total de contrataciones en Andalucía en 2015 fue de 51.779, de los cuales 11.891 (23%) eran contratos específicos a personas con discapacidad.

Se realizaron 61.003 contratos a personas con discapacidad en 2017 y 19.192 contratos específicos de discapacidad en esta comunidad. El salario medio bruto anual en Andalucía es de 21.339 euros, en el caso de las personas con discapacidad esta cantidad desciende hasta los 18.873 euros, una diferencia anual de 2.466 euros.

Debemos tener en cuenta también la parte del presupuesto que se destina a ayudas a personas con discapacidad. A este respecto, el Índice Sintético de Esfuerzo (ISE) es el porcentaje que supone el presupuesto destinado a discapacidad, sobre el presupuesto total. En 2016, este porcentaje era del 0,94% en Andalucía. Y el importe por persona con discapacidad reconocida era de 580,56 euros.

Este presupuesto se reparte entre el conjunto de prestaciones: Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal (0,68%), Tele asistencia (31,44%), Ayuda a Domicilio (24%), Centros de Día/Noche (5,42%), Atención Residencial (9,46%), Prestación vinculada al servicio (1,40%), prestación de asistencia personal (0,00%). Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (27,43%).

Gráfico 9. Personas beneficiarias y agrupación de las prestaciones en Andalucía



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha de 30 de junio de 2018

Castilla y León

Según fuentes estadísticas oficiales publicadas sobre la atención a personas con discapacidad, en Castilla y León se han registrado en 2017 un total de 174.314 personas con discapacidad, de las cuales el 51,88% son hombres y el 48,12% mujeres. El 57,2% son personas con discapacidad física, siendo el tipo de discapacidad más prevalente en la región.

Tabla 14. Distribución de la población con discapacidad de Castilla y León. 2007 – 2017

TIPO DISCAPACIDAD	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Física	90.038	91.271	92.325	93.210	93.573	93.620	94.554	95.580	97.035	97.500
Intelectual	18.208	18.485	18.670	18.695	18.890	18.980	19.201	19.346	19.570	19.635
Enfermedad mental	20.782	21.677	22.811	23.270	23.619	24.568	25.219	26.152	26.992	27.767
visual	14.431	14.380	14.497	14.115	14.203	13.987	13.895	13.836	13.858	13.642
Auditiva	8.578	8.959	9.433	10.287	10.898	11.586	11.720	11.914	12.182	12.251
Total	152.037	154.772	157.736	159.577	161.183	162.741	164.589	166.828	169.637	170.795

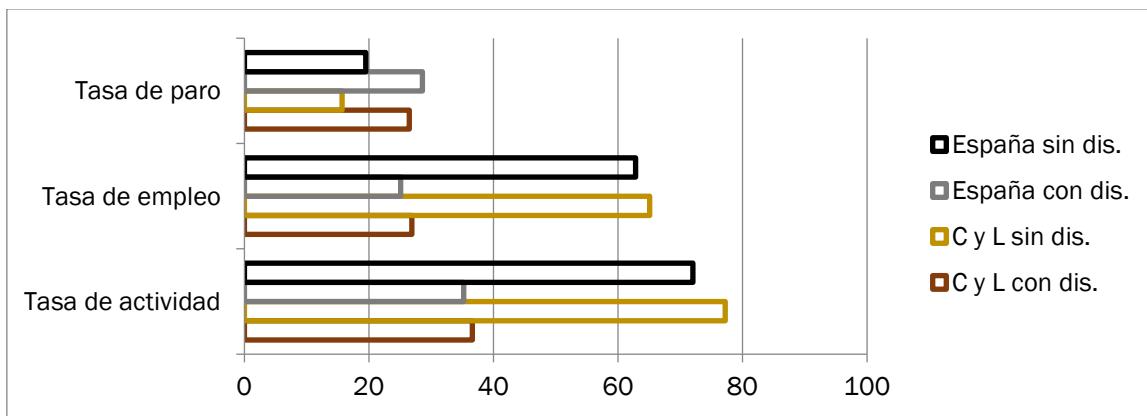
Fuente: Estadísticas atención a personas con discapacidad. Servicios Sociales Junta de Castilla y León.

En cuanto al nivel de estudios, el 13,2% de las personas con discapacidad tiene estudios primarios, frente al 19,2% de la población sin discapacidad en Castilla y León. Llama la atención el alto índice que encontramos en educación secundaria, según el Informe Olivenza asciende hasta el 73,5 % sensiblemente más alta que la media estatal para el colectivo, en torno el 56%. Tiene un nivel de educación Superior el 13,3% frente al 25,8% de la población sin discapacidad.

Con edades comprendidas entre los 16 y los 64 años encontramos 76.200 personas en Castilla León con certificado de discapacidad, con una mayor presencia de hombres, 58% y de personas entre 45 y 64 años de edad, 69,4%.

La tasa de actividad se sitúa en el 36,6%, más de 40 puntos por debajo de la tasa de actividad de las personas sin discapacidad en esta comunidad autónoma. La tasa de empleo es del 26,9%, 1,8 puntos por encima de la media estatal para personas con discapacidad. Encontramos una tasa de paro de 26,5%, 2,1 puntos menos que a nivel estatal, pero 10,8 puntos más alta que la tasa entre las personas sin discapacidad de la comunidad autónoma. La tasa de actividad se ha incrementado en más de dos puntos respecto a 2015, la de empleo también ha subido en este periodo y la de paro desciende, manteniéndose por debajo de la media del colectivo.

Gráfico 10. Tasas laborales de personas con y sin discapacidad en Castilla y León



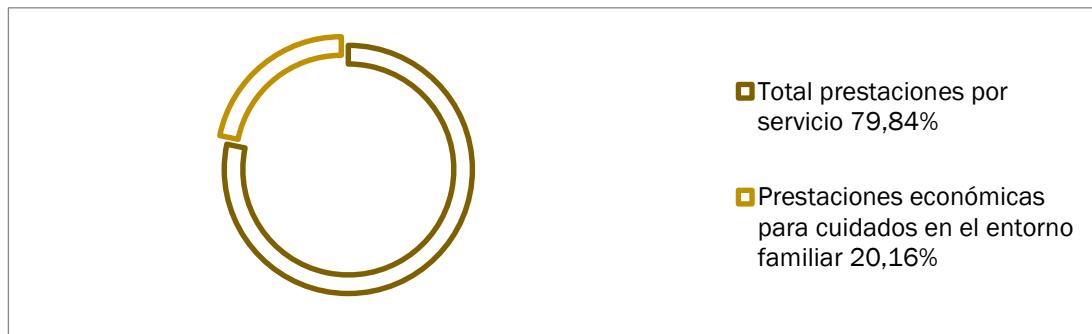
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ODISMET

En 2017 en Castilla y León se realizaron 17.983 contratos a personas con discapacidad y 4.682 contratos específicos de discapacidad. El salario medio bruto anual se sitúa en la comunidad en 17.167 euros para personas con discapacidad, mientras el de las personas sin discapacidad se sitúa en 21.097 euros, 3.929 euros más.

Según el Índice Sintético de Esfuerzo (ISE), el porcentaje que supone el presupuesto destinado a discapacidad, sobre el presupuesto total, en 2016 en Castilla y León es del 1,03%. Y el importe por persona con discapacidad reconocida era de 615,53 euros.

Esta cantidad se destina a: Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal (12,01%), Teleasistencia (7,67%), Ayuda a Domicilio (19,20%), Centros de Día/Noche (7,20%), Atención Residencial (7,73%), prestación vinculada al servicio (25,42%), prestación de asistencia personal (0,60%). Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (20,16%).

Gráfico 11. Personas beneficiarias y agrupación de las prestaciones en Castilla y León



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha de 30 de junio de 2018.

Galicia

En Galicia están registradas con fecha 31 de Diciembre de 2017, 231.954 personas con discapacidad reconocida de las que el 51,2% son mujeres (118.723)¹⁴ y el 48,8% son hombres (113.231).

La discapacidad física¹⁵, es la que mayor prevalencia tiene en Galicia (172.958), seguida con mucha diferencia por las de tipo mental, intelectual, sensorial o enfermedades raras.

Tabla 15. Número de personas diagnosticadas en cada tipo de discapacidad

Tipo discapacidades	Hombres	Mujeres	Total
Física	81569	91389	172958
Intelectual	22700	22265	44965
Mental	19661	27502	47163
Sensorial	21568	21632	43200
Enfermedades raras	108	112	220

Fuente: Censo de personas con discapacidad. Consellería Política Social. Xunta de Galicia. Datos 31 de diciembre 2017.

Se registraron 80.400 personas con certificado de discapacidad con edades entre 16 y 65 años, de las cuales el 54,9% son hombres y el 66,2% tienen entre 45 y 64 años.

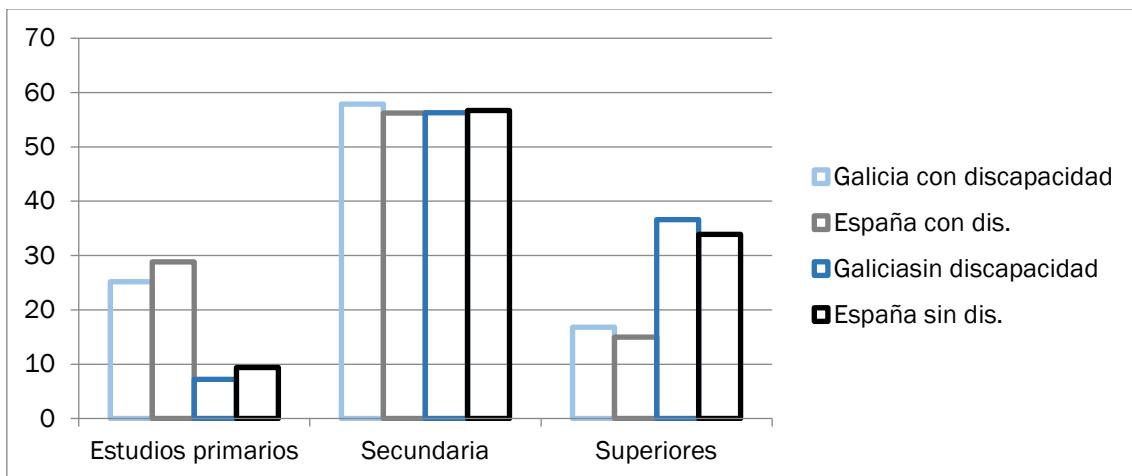
El nivel de estudios entre la población con discapacidad en Galicia, en 2017 se sitúa en el 22,6% para las personas con estudios primarios o inferiores, el 65,8% para las que tienen estudios de Secundaria y en el 11,6% para quienes tienen estudios superiores, casi 20 puntos por debajo de las personas sin discapacidad de la misma comunidad.

¹⁴ El censo de personas con discapacidad de Galicia se refiere al conjunto de personas que tienen reconocida una discapacidad igual o superior al 33%. Sirve de instrumento de planificación para elaborar las políticas de intervención en el área de la discapacidad. Esta información se limita al colectivo de personas que tienen reconocida administrativamente la condición de discapacidad, por lo que se trata de una aproximación parcial a la población estudiada.

http://politicasocial.xunta.gal/opencms/Benestar/Biblioteca/Documentos/Publicaciones/Datos_xerais_censo_pc_2017.pdf

¹⁵ Si una persona tiene reconocidas dos discapacidades de diferentes tipologías, en la estadística se va a contar esa misma persona en las dos categorías correspondientes.

Gráfico 12. Nivel de estudios de las personas con discapacidad y sin discapacidad en Galicia y en España

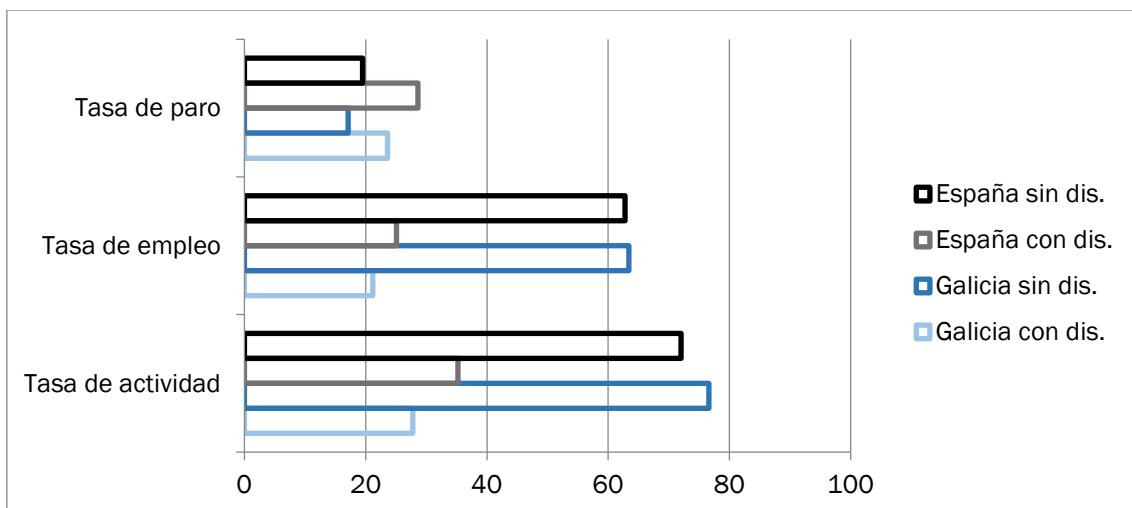


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ODISMET

En referencia a las tasas laborales. Encontramos que la tasa de actividad entre las personas con discapacidad en Galicia se sitúa en el 27,8%, frente al 76,6% de la población sin discapacidad. La tasa de empleo es del 21,2%, muy por debajo del 63,4% de la población sin discapacidad de la misma comunidad. La tasa de paro se sitúa en el 23,6%, cinco puntos por debajo de la media del colectivo a nivel estatal.

En 2017 se realizaron 18.286 contratos a personas con discapacidad en Galicia y hubo 5.328 contratos específicos de discapacidad. El salario medio bruto anual en la comunidad autónoma se fija en 21.781,6 euros, no obstante, en el caso del colectivo, desciende en 2.658,3 euros.

Gráfico 13. Tasas laborales entre la población con y sin discapacidad en Galicia y en España



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ODISMET

En cuanto al esfuerzo que las administraciones realizan. El Índice Sintético de Esfuerzo (ISE), el porcentaje que supone el presupuesto destinado a discapacidad, sobre el presupuesto

total, en 2016 en Galicia es del 1,03%. Y el importe por persona con discapacidad reconocida era de 588,01 euros.

Estos recursos se reparten entre: Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal (6,70%), Teleasistencia (6,65%), Ayuda a Domicilio (32,67%), Centros de Día/Noche (10,64%), atención residencial (12,30%), prestación vinculada al servicio (10,87%), prestación de asistencia personal (0,16%). Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (19,92%).

Gráfico 14. Personas beneficiarias y agrupación de las prestaciones en Galicia



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha de 30 de junio de 2018

Madrid

Según la base de datos de reconocimiento de la discapacidad¹⁶ en la Comunidad de Madrid en Diciembre de 2016 había 335.820 personas con discapacidad reconocida (166.266 mujeres y 169.554 hombres), de las cuales 195.980 son personas con discapacidad física (58,4%). La prevalencia de la discapacidad física es 2% más en hombres (59,1%) que en mujeres (57,6%).

Tabla 16. Perfil de personas con discapacidad en la Comunidad de Madrid

	Total	Mujeres	Hombres
Personas con discapacidad	335.820	166.266	169.554
Personas con discapacidad de entre 18 a 64 años	178.320	83.473	94.847
Personas con discapacidad física	195.980	98.291	97.689

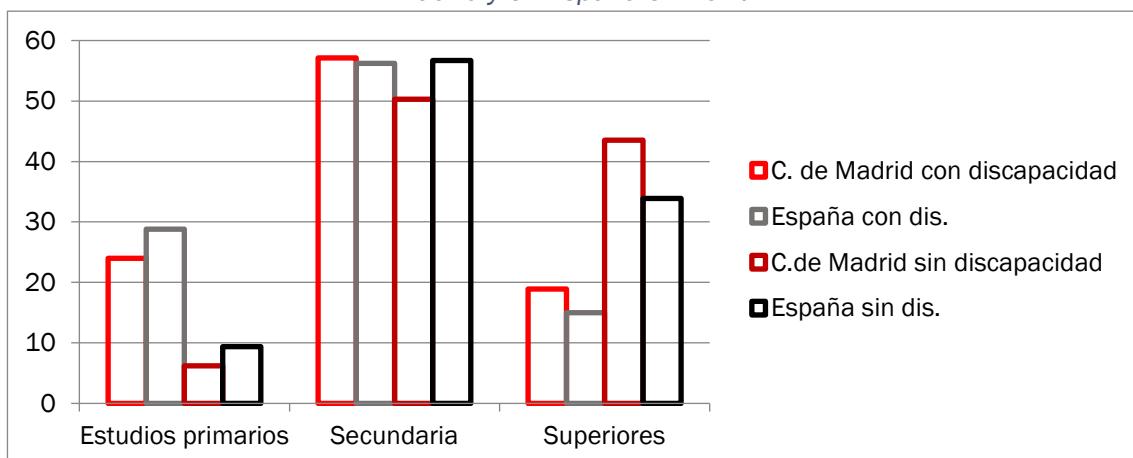
Fuente: Base de datos de reconocimiento de la discapacidad. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid. Dic. 2016

¹⁶ Personas con discapacidad reconocida igual o superior a un 33%.

En la Comunidad de Madrid, con edades entre 16 y 65 años se registraron 163.300 personas con certificado de discapacidad, los hombres suponen un 53,2% y los mayores de 45 años el 64,5%.

Respecto al nivel de estudios, encontramos datos referentes al año 2015 en el informe Olivenza. Encontrando un 21,1% de personas con discapacidad con estudios primarios en la Comunidad de Madrid, un 53,3% en secundaria y un 25,6% con estudios superiores. Estos datos varían, según los datos aportados por ODISMET, en 2017, descendiendo hasta el 18,9% el porcentaje de quienes tienen estudios superiores, casi cuatro puntos porcentuales por encima de la media del colectivo a nivel estatal en ese mismo año. El 57,1% tiene estudios de Secundaria y el 24% estudios de primaria o inferiores.

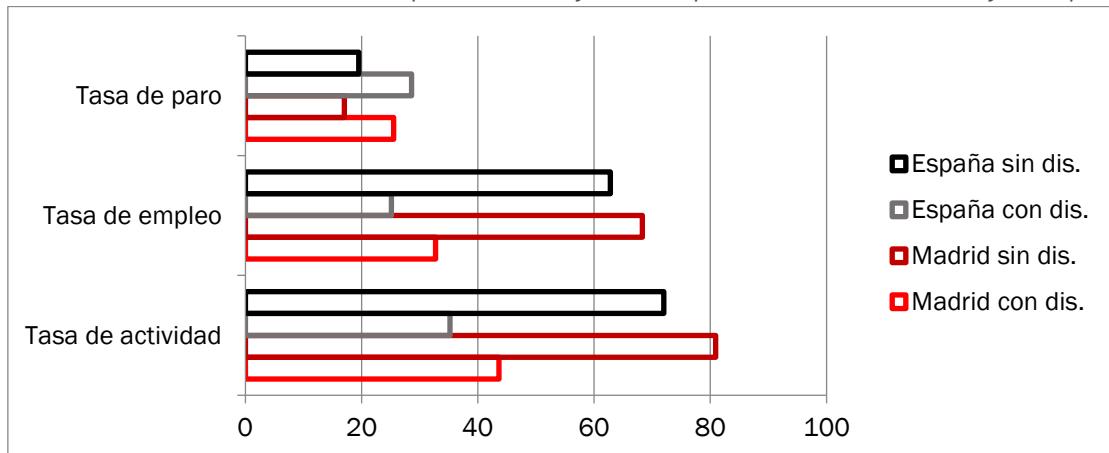
Gráfico 15. Nivel de estudios de las personas con y sin discapacidad en la Comunidad de Madrid y en España en 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ODISMET

La tasa de actividad laboral entre las personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid se sitúa en el 43,6%, más de 8 puntos porcentuales por encima de la media del colectivo a nivel estatal, pero más de 37 puntos por debajo de la tasa de ocupación entre las personas sin discapacidad de la misma comunidad. La tasa de empleo de las personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid es del 32,4%, más de 7 puntos superior a la media estatal. La tasa de paro se sitúa en el 25%, algo más de tres puntos por debajo de la media estatal para el colectivo, pero con 8 puntos de diferencia con el paro registrado en esta comunidad entre las personas sin discapacidad.

Gráfico 16. Tasas laborales de la población con y sin discapacidad en la C. de Madrid y en España



Fuente: Elaboración propia a partir de ODISMET

En cuanto a la evolución de estas tasas, la tasa de actividad se ha incrementado en 8,6 puntos desde 2014. La tasa de empleo también se ha incrementado, en 3,4 puntos, mientras la tasa de paro se mantiene.

Se realizaron 34.971 contratos a personas con discapacidad en Madrid en 2017, 16.498 contratos específicos de discapacidad. El salario medio bruto anual en esta comunidad es de 26.506 euros, la cantidad desciende hasta los 19.818 en el caso de las personas con discapacidad, 6.687 euros de diferencia (19% inferior).

El Índice Sintético de Esfuerzo (ISE), en 2016 para la Comunidad de Madrid es del 1,45%. Y el importe por persona con discapacidad reconocida asciende hasta los 1.010 euros.

Estos recursos se reparten de la siguiente forma: Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal (2,03%), Teleasistencia (22,59%), Ayuda a Domicilio (22,93%), Centros de Día/Noche (9,66%), Atención Residencial (14,33%), prestación económica vinculada al servicio (11,11%), prestación económica de asistencia personal (0,05%). Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (17,30%).

Gráfico 17. Personas beneficiarias y agrupación de las prestaciones en la Comunidad Autónoma de Madrid



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha de 30 de junio de 2018

3. El acceso de las personas con discapacidad al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

Este capítulo se dedica a analizar el proceso mediante el cual se accede al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Las siguientes páginas abordan esta cuestión desde diversas perspectivas: por un lado, la de los marcos normativos que regulan el procedimiento y la de los datos que describen la situación actual del Sistema; por otro, la de los discursos de las personas con discapacidad y otros agentes (personas cuidadoras y trabajadoras sociales) que también intervienen en esta fase inicial. El análisis se estructura en cuatro apartados que responden tanto al orden en el que se desarrolla este proceso, como a sus dimensiones más relevantes (solicitudes, valoración del grado de dependencia, elaboración del programa individual de atención, revisiones y plazos de resolución).

El objetivo general de este capítulo es, en definitiva, identificar aquellos aspectos que pueden facilitar o dificultar el proceso mediante el cual hacer efectivo el derecho al reconocimiento de la situación de dependencia y a la percepción de los servicios y prestaciones que brinda el SAAD.

3.1. SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SAAD

Análisis del marco normativo Normativa estatal

El reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD se obtiene mediante un procedimiento que, de acuerdo al artículo 28 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, debe ser iniciado por la persona interesada (o su representante legal). La resolución mediante la cual se reconoce la situación de dependencia y se determina los servicios y prestaciones correspondientes según el grado de dependencia la expide la Administración Autonómica donde resida la persona solicitante.

La tramitación se rige por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones

Públicas, salvando ciertas excepciones¹⁷⁾). Esto significa que las comunidades autónomas deben atenerse a las reglas comunes de los procedimientos administrativos.

Con el fin de mejorar el acceso al SAAD, el Consejo Territorial acordó unos “contenidos mínimos, básicos y comunes” para las solicitudes de inicio del procedimiento, así como también la documentación a aportar; todo ello con el objetivo de “agilizar y evitar la petición de nuevos datos” durante el proceso, tal como se explica en la *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*.

Dichas mejoras se incorporan y actualizan en el artículo 3 del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En dicho artículo se detalla, por un lado, la información que debe recoger el modelo de solicitud y, por otro, la documentación a adjuntar.

En el modelo de solicitud debe constar si la persona ya recibe servicios o prestaciones de servicios sociales, o si percibe cuidados en el entorno familiar y desde cuándo. También debe especificarse si “la persona solicitante tiene alguna discapacidad” (y el tipo, si lo manifiesta de forma voluntaria) o el diagnóstico de una enfermedad rara. Por último, la solicitud compromete a la persona beneficiaria a facilitar el seguimiento y control de las prestaciones por parte de la Administración, a comunicar a esta última si se produce un ingreso hospitalario o asistencial; asimismo, el modelo informa que los datos facilitados integrarán los ficheros del SAAD conforme a los principios de protección de datos personales.

A la solicitud debe adjuntarse la siguiente documentación: el compromiso de atención del cuidador familiar o del entorno, el informe de salud, una declaración responsable de la situación económica y patrimonial, copia de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, o autorización para que la Administración competente compruebe esta información.

Resulta de especial interés para las personas con discapacidad lo establecido en la disposición adicional novena de la Ley 39/2006, en tanto “quienes tengan reconocida la pensión de gran invalidez o la necesidad de asistencia de tercera persona [...] tendrán reconocido el requisito de encontrarse en situación de dependencia en el grado que se disponga en el desarrollo reglamentario de esta ley”. Esto es, el reconocimiento de la situación de dependencia puede homologarse de forma automática.

¹⁷ “Norma derogada, con efectos de 2 de octubre de 2016, por la disposición derogatoria única.2.a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. [Ref. BOE-A-2015-10565](#). No obstante, hasta que, de acuerdo con lo dispuesto en la disposición final séptima, en la redacción dada por el art. 6 del Real Decreto-ley 11/2018, de 31 de agosto. [Ref. BOE-A-2018-12131](#), produzcan efectos las previsiones relativas al registro electrónico de apoderamientos, registro electrónico, punto de acceso general electrónico de la Administración y archivo único electrónico, que será a partir del día 2 de octubre de 2020, se mantendrán en vigor los artículos relativos a las materias mencionadas.” Boletín Oficial del Estado, consultado en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1992-26318&tn=1&p=20180904#a38>

Normativa autonómica

La normativa autonómica recoge los principales lineamientos estatales relativos al inicio del procedimiento. A continuación, se comenta para cada comunidad autónoma la regulación que especifica algunos aspectos de esta primera fase para acceder al SAAD.

Andalucía

El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD queda regulado en el Capítulo III del Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración.

De acuerdo a esta norma (artículos 9 a 11), el modelo de solicitud junto a la documentación preceptiva se presenta en los Servicios Sociales Comunitarios del municipio de residencia y también según lo dispuesto en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992¹⁸. La información que se requiere adjuntar al modelo oficial de solicitud es: la documentación acreditativa de la persona solicitante –y de la persona representante, si es el caso– así como también el empadronamiento que acredite la residencia. De acuerdo a la Orden de 6 de noviembre de 2014, por la que se modifica el modelo de solicitud del Procedimiento para el Reconocimiento de la Situación de Dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía, también es necesario adjuntar un informe de condiciones de salud.

Si la solicitud no reúne la información o documentación adecuada, el Decreto 168/2007 especifica que los Servicios Sociales Comunitarios requerirán la subsanación en diez días hábiles. Si no se subsana la falta se considera desistida la solicitud y se eleva el expediente a la Delegación Provincial de la Consejería competente para que dicte resolución.

Castilla y León

En el caso de Castilla y León el procedimiento se regula por la Orden FAM/824/2007 de 30 de abril, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de

¹⁸ El apartado en cuestión estipula lo siguiente: “4. Las solicitudes, escritos y comunicaciones que los ciudadanos dirijan a los órganos de las Administraciones públicas podrán presentarse: a) En los registros de los órganos administrativos a que se dirijan. b) En los registros de cualquier órgano administrativo, que pertenezca a la Administración General del Estado, a la de cualquier Administración de las comunidades autónomas, a la de cualquier Administración de las Diputaciones Provinciales, Cabildos y Consejos Insulares, a los Ayuntamientos de los Municipios a que se refiere el artículo 121 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, o a la del resto de las entidades que integran la Administración Local si, en este último caso, se hubiese suscrito el oportuno convenio. c) En las oficinas de Correos, en la forma que reglamentariamente se establezca. d) En las representaciones diplomáticas u oficinas consulares de España en el extranjero. e) En cualquier otro que establezcan las disposiciones vigentes. Mediante convenios de colaboración suscritos entre las Administraciones públicas se establecerán sistemas de intercomunicación y coordinación de registros que garanticen su compatibilidad informática, así como la transmisión telemática de los asientos registrales y de las solicitudes, escritos, comunicaciones y documentos que se presenten en cualquiera de los registros.” Boletín Oficial del Estado, consultado en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1992-26318&tn=1&p=20180904#a38>.

dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia (artículos 1 a 4). La solicitud se formula mediante un modelo normalizado dirigido “al Gerente Territorial de la provincia” de residencia de la persona solicitante y disponible a través de la sede electrónica de la comunidad autónoma.

La presentación de la solicitud se efectúa según lo dispuesto en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992 (derogada por la Ley 39/2015), sin embargo, el artículo 3.3 especifica dos modalidades: de forma presencial en diversos puntos (en el registro de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales o en los servicios de información y atención al ciudadano de la Administración de la Comunidad de Castilla y León) o de forma electrónica a través del registro electrónico de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

En cuanto a la documentación, además de aquella que acredite la identidad de la persona solicitante (o su representante, si es el caso), el artículo 4 menciona de forma explícita el informe sobre condiciones de salud que debe ser “suscrito por un profesional del sistema público de salud, del sistema de atención sanitaria que corresponda al solicitante o, en su caso, por los profesionales sanitarios del sistema público autonómico de servicios sociales”. Por último, se menciona una extensa lista de documentos acreditativos de la capacidad económica¹⁹ que no es necesario aportar cuando la persona autorice a la administración a comprobar los datos económicos y patrimoniales.

El plazo para la subsanación de las solicitudes también es de 10 días hábiles, tal como lo estipula el artículo 71.1 de la Ley 30/1992.

Galicia

La iniciación del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia se detalla en los artículos 20 a 25 del Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa Individual de Atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.

En este caso, el artículo 20 indica que el modelo de solicitud se adjunta en el anexo I de la misma normativa y debe presentarse, con la documentación preceptiva, “en el registro que corresponda a los servicios sociales comunitarios del domicilio del solicitante” u otros registros (de la consejería con competencia en servicios sociales, de la Xunta de Galicia o los contemplados en el artículo 38 de la Ley 30/1992). Esta solicitud vale asimismo para solicitar la homologación de la dependencia en el caso de personas que tengan reconocida la necesidad de ayuda de tercera persona o cuando la persona ya tiene reconocida la situación en otra comunidad autónoma.

La normativa de Galicia detalla extensamente la documentación que debe adjuntarse a la solicitud en el artículo 21 y esto tiene que ver con que contempla situaciones diversas (personas emigrantes retornadas, personas con discapacidad, menores de edad, etc.). En resumen, la documentación hace referencia a los siguientes aspectos: acreditación de la identidad de la persona solicitante (y su representante cuando corresponda), certificado de

¹⁹ Datos sobre pensiones y prestaciones (de la persona solicitante o cónyuge), sobre la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, o certificado de imputación de rentas en el caso de no estar obligada a declarar, certificados del Catastro sobre bienes inmuebles y su titularidad o documentación relativa a disposiciones patrimoniales, entre otros.

empadronamiento para demostrar residencia en un municipio de la comunidad autónoma, informe de condiciones de salud e informe social y documentación para comprobar la situación económica -esta última no deberá aportarse en el caso de autorizar a la administración competente a consultar los datos declarados en los archivos públicos.

Respecto al informe de condiciones de salud emitido por un profesional del Servicio Gallego de Salud o de otras administraciones públicas quedan exentas de presentarlo "las personas solicitantes de homologación que tuvieran reconocida la necesidad de ayuda de tercera persona, con una puntuación de 45 puntos o más" (artículo 21.g); puntuación a acreditar con el certificado correspondiente. Asimismo, se consideran complementarios otros informes que, específicamente, en el ámbito de la discapacidad puedan emitir otras entidades y asociaciones sin ánimo de lucro. El plazo para subsanar la solicitud será de 10 días hábiles, como en el resto de los casos.

Un punto a destacar de esta normativa es la mención explícita a que la persona exprese en la solicitud su preferencia entre los distintos servicios y prestaciones económicas incluidas en el catálogo del SAAD (artículo 21). A su vez, el informe social elaborado por el/la trabajador/a social de los servicios sociales comunitarios debe incluir una valoración del recurso idóneo.

Otro aspecto relevante es que el *Decreto 15/2010* incluye anexos de los diversos modelos necesarios para iniciar el procedimiento (modelo de solicitud, de informe de condiciones de salud, de informe social, etc.).

Madrid

El Decreto 54/2015, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad de Madrid hace referencia a esta fase inicial en los artículos 12 a 14.

El modelo normalizado de solicitud puede formalizarse en los centros de servicios sociales municipales o en los lugares indicados en el artículo 38 de la Ley 30/1992. Al igual que en el caso de Castilla y León, la normativa pone el énfasis en la presentación electrónica, en este caso a través del Registro Telemático de la Consejería de Asuntos Sociales. Además de mencionar la posibilidad de anexar la documentación requerida en el momento de presentar la solicitud por esta vía, también se menciona la posibilidad de aportar documentos mientras se tramita el expediente.

En cuanto a la documentación, además de las comunes a otros casos (acreditación de la identidad y empadronamiento), se menciona que el informe de salud debe ser suscrito por un médico colegiado y no tener una antigüedad superior a tres meses respecto a la fecha de solicitud. Respecto a la capacidad económica solo menciona la declaración responsable sobre la renta y patrimonio y la autorización a las Administraciones públicas competentes para comprobar los datos.

Hace especial referencia al caso de personas que tengan reconocido el complemento de gran invalidez, que deberán acreditar esta situación. Si procede, también debe presentarse copia de la resolución de reconocimiento del grado de discapacidad.

A diferencia de las demás comunidades autónomas analizadas, según el artículo 14 del Decreto 54/2015, en el caso de Madrid el plazo para subsanar faltas en la solicitud o adjuntar nueva documentación será de 15 días hábiles, incrementando esta cantidad frente a otros casos.

Análisis de los datos

El 30 de junio de 2018 el SAAD registraba 1.737.471 solicitudes a nivel estatal, con un incremento de 26.092 solicitudes más respecto a la misma cifra en 2017, es decir, un 1,5% en el primer semestre del año.

Siguiendo la tendencia de los años anteriores, el número de solicitudes mantiene un crecimiento paulatino; en 2017 se registraron 1.711.379 solicitudes, lo que supuso un aumento neto anual de 89.176 (5,2%) respecto al 2016.

La evolución por comunidades autónomas indica que Andalucía es la comunidad que más solicitudes ha contabilizado, con 386.030 registros representa el 22,2% de las solicitudes para ayudas a la Dependencia a nivel estatal.

La Comunidad de Madrid es la siguiente en el ranking; el 12,3% de las solicitudes a nivel estatal han sido gestionadas en esta región. A lo largo del último año las solicitudes contabilizadas presentan un importante aumento; en junio de 2018 se registraron 213.512 solicitudes y un año antes fueron 180.031.

Castilla y León aglutina el 7,2% de solicitudes a nivel estatal. En junio de 2018 contaba con 124.596. Por su parte Galicia gestiona el 4,6% de solicitudes registradas en el SAAD a nivel estatal (80.466).

Tabla 17. Número y porcentaje de solicitudes registradas en SAAD respecto al total estatal.

ÁMBITO TERRITORIAL	Solicitudes Registradas	
	Nº	%
Andalucía	386.030	22,2%
Madrid (Comunidad de)	213.512	12,3%
Castilla y León	124.596	7,2%
Galicia	80.466	4,6%
Estatal	1.737.471	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

Según el XVIII Dictamen del Observatorio Estatal para la Discapacidad, el incremento de nuevas solicitudes que se viene produciendo a lo largo del 2017 puede estar motivado “probablemente porque la recepción de servicios correspondientes a las personas con Grado I haya abierto expectativas en la población potencial, así como las expectativas sobre la mejora del sistema (crecimiento en los nuevos gobiernos autonómicos).” No obstante, también señala como probable causa la reactivación de expedientes que habían sufrido demoras hasta caducar en las fases anteriores de implantación.

Como se verá en el apartado 3.4, este aumento en las solicitudes también genera el aumento de personas en lista de espera para ser valoradas.

Desde otra óptica, para conocer el peso de las solicitudes de la Ley de Dependencia en relación al total de la población de cada región, el gráfico 18 muestra la distribución en las comunidades autónomas estudiadas.

Castilla y León es la comunidad autónoma que mayor porcentaje de solicitudes ha registrado 124.596, (5,1%) respecto al total de su población (2.425.801). Es la Comunidad que mayor número de personas en situación de dependencia tiene respecto a su propia población y, por tanto, mayor carga de trabajo.

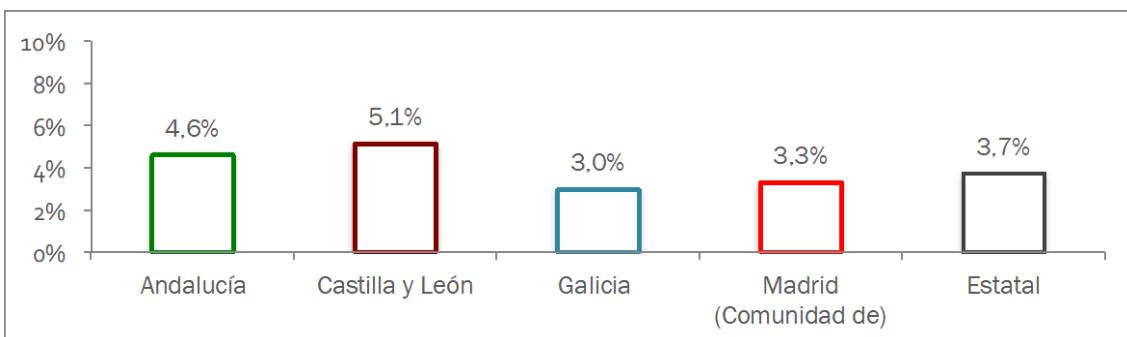
Le sigue Andalucía con 386.030 solicitudes, que respecto a su población (8.379.820) supone un 4,6% de personas que requieren ayudas por dependencia.

En la Comunidad de Madrid 213.512 personas hicieron la solicitud, el 3,3% del total de habitantes de la región (6.5017.184).

Y en Galicia, lo hicieron 80.466 personas, esto es el 3,0% de sus habitantes (2.708.339).

A nivel nacional el 3,7% de la población española (46.572.132²⁰) ha pedido acceso a ser reconocido como persona en situación de dependencia a través de la LAPAD.

Gráfico 18. Porcentaje de solicitudes registradas en el SAAD en relación a la población de cada CC. AA.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

En el análisis del perfil de las personas solicitantes de la LAPAD, la disposición por sexo indica que los hombres solicitan más ayudas a la dependencia que las mujeres.

Se observa en la distribución de personas solicitantes que existe una relación entre el número de solicitudes y la edad. En el caso de las mujeres, el tramo de edad entre 55 a 64 años es en el que mayor porcentaje de solicitudes se producen, con más del 37%. En los hombres este tramo también es el mayoritario, superando el 31%.

Las diferencias por género se reducen con el incremento de los tramos de edad; mientras que en las edades más tempranas prevalece la proporción de hombres, es a partir de los 48 años cuando las diferencias se reducen, equiparándose la proporción en las edades más avanzadas.

²⁰ Cifras INE de población referidas al 01/01/2017. Real Decreto 1039/2017, de 15 de diciembre BOE 29.12.17.

Tabla 18. Perfil de la persona solicitante: Sexo y Edad.

Sexo	19 a 30 años		31 a 45 años		46 a 55 años		56 a 64 años		Total	
	Nº	% ¹	Nº	% ¹						
Mujer	20.840	12,92%	39.534	24,51%	40.580	25,16%	60.365	37,42%	161.319	100,00%
Hombre	29.965	16,24%	50.751	27,51%	45.717	24,78%	58.048	31,47%	184.481	100,00%
Total	50.805	14,69%	90.285	26,11%	86.297	24,96%	118.413	34,24%	345.800	100,00%

¹ Calculado sobre el total de cada sexo

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

Análisis de los discursos

La falta de recursos provoca discriminación en las solicitudes

En relación con la presentación de la solicitud, a partir de un caso particular en el grupo de discusión de Madrid, emergen las percepciones generales sobre el acceso. Se trata del caso de una participante que mostró su disconformidad al comentar cómo fue disuadida a la hora de presentar la solicitud por el asistente social.

El grupo entiende que se trata del reconocimiento de un derecho, y que éste comienza por la misma posibilidad de presentar la solicitud. Por tanto, este procedimiento no puede estar sujeto ni a las características particulares de la persona que lo solicita (nivel micro, el grado de discapacidad o las circunstancias específicas de la persona – estar mejor o peor que otra, disponer o no de ciertos medios–), ni a la discrecionalidad de aquellas personas que intermedian en el procedimiento de acceso (en el nivel micro, los/las asistentes sociales, como en este caso concreto), ni tampoco a otras cuestiones coyunturales de carácter macro o estructural (como puede ser la insuficiencia de presupuesto).

En los diferentes grupos realizados, las personas con discapacidad, fundamentalmente con grado I y II de dependencia, ponen de manifiesto su disconformidad con un modelo de gestión donde se prioriza las personas con mayor grado. La “falta de recursos para todas” perjudica a las personas con menor grado de dependencia.

M4: *a mí no me han dejado ni presentar una solicitud de la Ley de Dependencia.*

M2: *¿Y eso?*

M4: *pues porque no me merecía la pena, o sea el ayuntamiento hace ya dos años por lo menos. No me permitió el asistente social ni presentar la solicitud.*

M1: *En 2011.*

M2: *¿Y qué razón te dio?*

M4: *pues que hay mucha gente con muchas necesidades y que las mías son mínimas.*

(GD PCD MADRID)

Además de los inconvenientes mencionados para presentar la solicitud, se añaden otros para que esta siga su curso. En el grupo de discusión realizado en Andalucía se mencionan experiencias que denotan un proceso complejo, desorganizado, poco claro para la persona beneficiaria y que, en definitiva, conlleva esperas y demoras, tal y como se detalla en el apartado 3.4 del presente capítulo.

Cuando el reconocimiento de la situación de dependencia es aprobado y las personas solicitantes quedan a la espera de recibir la prestación o el recurso, las demoras existentes generan malestar, repercutiendo directamente en la calidad de vida de las personas

solicitantes y en las expectativas generadas durante el proceso de solicitud, además de vulnerarse el derecho a la prestación.

(...) en cuanto a la Ley de la Dependencia, me vais a perdonar... (...) me parece, que no soluciona nada a nadie... Primero porque funciona fatal, esto funciona, además, tanto con la gente que vienen a ayudarte, con la economía, con todo (...) yo tengo la Ley de la Dependencia aprobada desde el año 2014, todavía no he recibido nada. (GD PCD ANDALUCÍA)

Poca información sobre el SAAD y sus prestaciones

A pesar de que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) ha supuesto un acercamiento de la población a los servicios sociales -tradicionalmente vinculados a la atención de situaciones de riesgo y exclusión para grupos de población con mayor vulnerabilidad social (como añaden las trabajadoras sociales de Andalucía)- los centros en los que se gestiona el sistema no son identificados por gran parte de la población susceptible de solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia.

El discurso de los/as usuarios/as también pone de manifiesto la falta de información sobre las prestaciones y servicios que ofrece la LAPAD. Asimismo, cuando la información se recibe, esta resulta confusa o imprecisa. La sensación de desconocimiento sobre el alcance de la cobertura que tienen las prestaciones y servicios contemplados en la legislación es también compartida por las personas cuidadoras cuando son testigos de este procedimiento.

Después, las ayudas, ya te digo, de la seguridad social te mandan a la trabajadora social, la trabajadora social te manda a ir al ayuntamiento, del ayuntamiento te dice que no es cosa de ellos que es de la Xunta, y así. (...) Llega un momento, en que tú misma ¡te sientes tan cansada! (GD PCD GALICIA)

Lo que pasa que tú vas un poco como, “quiero que me informes sobre esto”, pero tú no sabes el abanico de cosas que hay, de recursos o de... ellos deberían decirte todo lo que está a tu alcance y qué es lo mejor para... o sea, y tú decidir con ellos que es lo mejor para ti. (GD PCD GALICIA)

Poca información también. No sabes muy bien a dónde dirigirte, con quién hablar, qué procedimientos seguir. O sea, es un poco... Si tienes suerte pues aciertas y, si no tienes, pues tienes que ir de puerta en puerta. Y aun así... (GT FAMILIARES GALICIA)

En relación con esta instancia del procedimiento de acceso se identifica en los discursos sensaciones encontradas; entre el malestar de tener que recurrir a la administración en reiteradas ocasiones en tanto las instrucciones recibidas son incorrectas o poco claras y el reconocimiento de la importancia de reclamar estos servicios y prestaciones que constituyen en sí un derecho de las personas con discapacidad en situación de dependencia para promover su autonomía y calidad de vida.

Esta serie de discursos compartidos revela la necesidad de que la persona con discapacidad disponga de toda la información necesaria para afrontar el proceso de solicitud con seguridad, conociendo la cartera de servicios y prestaciones y los pasos a dar, y se mantenga en todo momento como la protagonista y centro fundamental, contando con el apoyo familiar, pero sin perder de vista que ella es la persona sujeta de derechos y quién debe realizar el proceso, así como decidir en todo momento en cada una de las etapas que lo integran.

La accesibilidad es una barrera para la realización de las solicitudes

Una de las dimensiones señaladas en los grupos de discusión de Galicia y Andalucía es la relacionada con los problemas de accesibilidad en las instalaciones de los centros y organismos en los que conseguir la documentación necesaria para realizar su solicitud.

Las personas con discapacidad señalan que la información que manejan en los centros del SAAD es diferente, teniendo como consecuencia la realización de múltiples desplazamientos para obtener la información completa.

Y después pasa que te mandan, pues vete aquí, y de aquí vas allí y de aquí vas allí y claro, ¡nosotros tenemos una movilidad maravillosa para ir a todos los sitios! (...) Y aparte que cada uno te dice una cosa diferente, ¿sabes? hoy te dicen, rellena esto, llega y lo presentas, dentro de 10 días te llega un papel, no, esto está mal el informe, otro papel. (GD PCD GALICIA)

Yo fui a buscar un certificado de convivencia, bueno, al empadronamiento, y evidentemente tuvo que ir mi madre, porque yo no puedo entrar con silla, y fue y le dije mira, vas y le dices a la chica que salga afuera, que yo estoy aquí (GD PCD GALICIA)

(...) yo llego a la seguridad social y me pasa tres cuartos de lo mismo. ¿Tengo que esperar fuera a que alguien me vea desde dentro eh? para hacerles señas y decirles, ¡Eh! que estoy aquí (...) te ponen una rampa supletoria de madera, de quita y pon, te tienen que abrir las puertas, porque efectivamente, tampoco están adaptadas (GD PCD GALICIA)

Tiempo de espera entre la solicitud y su resolución

Las trabajadoras sociales, como contacto directo de la Administración con las personas solicitantes, reconocen la insatisfacción de las personas usuarias respecto al sistema de acceso a los servicios y prestaciones y los plazos de espera del SAAD. Consideran que la LAPAD ha generado muchas expectativas que después no se han cumplido en muchos aspectos, siendo los menores grados, los más perjudicados:

la gente está muy descontenta con la dependencia, muy descontenta con la ley, lógicamente, por los plazos, por los servicios que no están, hay gente que lleva esperando muchos años para recibir un recurso (...) Implantaban primero el grado 3, luego el grado 2, y luego el grado 1, en 2008, y como vieron que no llegaban, el grado 1 lo retrasaron hasta 2015 y luego volvieron a retrasar (ETS C. MADRID)

La deslocalización de la gestión de los recursos desde la administración municipal a las CC. AA. ha generado una falta de compromiso de los servicios disponibles con la capacidad de respuesta que necesitan los ciudadanos, cuya proximidad en la gestión local favorecía la cobertura de sus necesidades.

(...) 2007, 2008, o incluso en el 2006 creo que hubo alguna, y todavía no tenían los servicios. Y dices, es que 10 años después, claro la gente, es una ley que ha generado muchísimas expectativas que no se han cumplido, entonces la queja de la gente es real. Porque antes se canalizaba, la gente tenía servicios en el momento que te pasaba (ETS C. MADRID)

3.2. LA VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA

Análisis del marco normativo

Normativa estatal

El reconocimiento de la situación de dependencia requiere llevar a cabo una valoración mediante la cual se clasifica a la persona en función de diversos grados. Los grados de dependencia se definen en el artículo 26 de la Ley 39/2006 de la siguiente manera:

Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Como es posible deducir de la descripción previa, se trata de valorar “la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización” (artículo 27.4). Para ello, se aplica un baremo con el fin de establecer un procedimiento común. El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia interviene en la determinación del baremo, tomando como referencia la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, de la Organización Mundial de la Salud²¹.

Esta herramienta marca criterios objetivos de valoración, intervalos de puntuación para cada grado, así como también un protocolo de procedimientos y técnicas para su aplicación. Además del baremo se tendrá en cuenta la información provista en los informes sobre la salud y el entorno de la persona, así como también la prescripción de ayudas técnicas, órtesis y prótesis.

Este procedimiento en cuestión queda a cargo de los órganos de valoración de las comunidades autónomas que dictaminarán el grado de dependencia, así como los cuidados requeridos. Los criterios comunes y relativos a la composición y actuación de estos órganos constan en la *Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social*

²¹ El baremo se aprobó por primera vez mediante el *Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia*. Posteriormente fue derogado por el *Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, actualmente en vigor.

y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia. El punto primero describe los órganos de valoración como equipos técnicos de evaluación, asesoramiento y control, de carácter público y multiprofesional que colaboran, asesoran y en su caso, elaboran el dictamen-propuesta de la situación de dependencia, determinando los diagnósticos, el grado y las actividades de la vida diaria que requieren cuidados.

Estos órganos asesoran a las personas encargadas de aplicar la herramienta técnica de valoración y se encargan de impulsar la formación de las personas valoradoras. Respecto a estas últimas, el acuerdo especifica una serie de conocimientos, necesarios para una correcta aplicación del baremo (punto segundo); entre ellos, “las características funcionales de los grupos de personas con dependencia, especialmente en menores, discapacidad intelectual, enfermedad mental y personas mayores con deterioro cognitivo”.

En relación con el procedimiento de valoración, el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia hace referencia en su disposición adicional primera al reconocimiento de la situación de dependencia en el caso de situación vigente de gran invalidez y de la necesidad del concurso de otra persona. En este sentido, a quienes tengan reconocido el complemento de gran invalidez se les reconocerá la situación de dependencia y se aplicará el baremo para determinar el grado. Lo mismo sucede en el caso de quienes tienen reconocido el complemento de necesidad de concurso de otra persona²². Asimismo, según estipula la disposición adicional segunda, la valoración de necesidad de concurso de otra persona para el reconocimiento de las prestaciones no contributivas de la Seguridad Social podrá acreditarse mediante la aplicación del baremo y determinar la concurrencia de ambas situaciones.

Con el transcurso de los años, desde la aprobación de la Ley 39/2006 se han reconocido diversas problemáticas en relación con su implementación (entre ellas, la disparidad normativa entre comunidades autónomas). Así se manifiesta en la exposición de motivos de la *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*. En relación con la valoración un cambio relevante ha sido la simplificación de los grados de dependencia –mediante la supresión de los niveles que antes incluía cada grado– y la necesidad de que todas las resoluciones de valoración (nuevas o producto de revisiones) se ajusten a la nueva estructura.

²² En este caso el grado de dependencia se determinará de acuerdo a la puntuación obtenida para el reconocimiento del complemento en cuestión (de 15 a 29 puntos, grado I; de 30 a 44 puntos, grado II; de 45 a 72 puntos, grado III). Si el grado resultante es el I o II se aplicará el baremo de valoración de la situación de dependencia y se reconocerá el más favorable de los dos.

Normativa autonómica

Andalucía

Al referirse a la valoración de la situación de dependencia, la normativa menciona de forma escueta tanto los aspectos básicos de los órganos de valoración, como los fundamentales del proceso.

La valoración se llevará a cabo una vez que los Servicios Sociales Comunitarios remitan el expediente a los Órganos de Valoración y estos comuniquen a la persona solicitante el día y la hora de la valoración. La misma se llevará a cabo en su lugar de residencia y de forma excepcional en otras instalaciones que determine el Órgano de Valoración (artículo 12).

Según el artículo 7 del Decreto 168/2007 los Órganos de Valoración estarán formados por personal del área social o sanitaria de la Delegación Provincial de la Consejería de Servicios Sociales y estarán encargados de formular la propuesta de resolución sobre el grado y nivel de dependencia. Para ello, recabarán el informe sobre condiciones de salud, aplicarán el baremo de valoración y establecerán la correspondencia entre ambos. En este proceso se tendrá en cuenta, además del informe de salud, el informe sobre el entorno de la persona y otros informes complementarios que puedan solicitarse a los Servicios Sociales Comunitarios u otros organismos si así lo consideran los Órganos de Valoración.

Según el artículo 14, una vez concluida la valoración, el órgano de valoración elevará una propuesta de resolución a la persona titular de la Delegación Provincial de la Consejería competente en materia de servicios sociales. Dicha propuesta deberá especificar el grado de dependencia, los servicios y prestaciones que pueda requerir y, si procede, el plazo máximo para realizar una primera revisión de grado.

Castilla y León

En este caso la legislación no hace referencia a los “órganos de valoración”, sino a agentes específicos que se encargan de llevar a cabo esta tarea dependiendo de la situación de la persona solicitante. En todo caso, la aplicación técnica del instrumento de valoración la realizarán profesionales del área social o sanitaria, tal como explica el artículo 6 de la Orden FAM/824/2007, con las siguientes variaciones:

- Trabajador/a social del Centro de Acción Social correspondiente: si la persona solicitante reside en su domicilio.
- Personal técnico de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales: si la persona se encuentra en un recurso residencial.
- Personal sanitario del Sistema de Salud de Castilla y León: si la persona percibe el servicio de atención domiciliaria para personas inmovilizadas.

Quien se encargue de la valoración deberá recabar todos los datos necesarios sobre la situación de la persona solicitante (de carácter personal, familiar, social), analizar la documentación, solicitar información adicional en el caso de ser necesaria y aplicar el instrumento de valoración. Posteriormente elaborará un informe de resultados que deberá emitirse en el plazo máximo de 30 días. El mismo se incorporará al expediente, junto con el informe social.

Finalmente, será personal técnico de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales y de la entidad local competente en materia de acción social y servicios sociales quien, en el plazo de 15 días, emita el dictamen técnico que debe incluir el grado de dependencia y los cuidados que requiera la persona (artículo 7 de la *Orden FAM/824/2007*), tal como establece el artículo 27 de la *Ley 39/2006*.

Galicia

El procedimiento de valoración en este caso se desarrolla extensamente en el *Decreto 15/2010*. La norma cuenta con un capítulo específico dedicado a los Órganos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Galicia, dentro del cual se hace referencia a las características y funciones de los órganos de valoración y asesoramiento de la dependencia (OVAD), los técnicos de valoración de la situación de dependencia (TVSD), y la unidad de coordinación de la dependencia (UCD).

OVAD (artículos 8 y 9): son órganos colegiados y debe existir uno por cada área de valoración provincial adscrita al departamento territorial de la consellería con competencia en materia de servicios sociales. Están integrados por profesionales socio-sanitarios –la composición mínima debe ser: médico/a, psicólogo/a, trabajador/a social y terapeuta ocupacional, si es el caso. Dentro de sus principales funciones consta la de revisar los informes de salud, social, complementarios y documentación general del expediente, en tanto estos órganos proponen el dictamen sobre el grado y nivel de dependencia (y el programa individual de atención) al titular del departamento territorial. También se encargan coordinar la actuación de los técnicos de valoración, programar y organizar las citas, dar asesoramiento técnico y controlar la calidad de las valoraciones, entre otras.

TVSD (artículos 10 y 11): profesionales de perfil socio-sanitario que dependen de los OVAD. Se encargan de aplicar el baremo de valoración de la dependencia, examinar la situación socioeconómica en relación con el informe social y comunicar al OVAD la necesidad de informes complementarios. Asimismo, orientan y asesoran a las personas solicitantes, a la vez que analizan la modalidad de intervención más adecuada en función de sus necesidades.

UCD (artículo 12 y 13): esta unidad de carácter técnico, compuesta por profesionales con idéntico perfil a los OVAD, se encarga de establecer y unificar los criterios generales para la correcta aplicación del baremo (y elaboración del programa individual de atención) y brinda asesoría frente a reclamaciones y recursos. Entre otras funciones, se encarga de coordinar los planes de formación de los miembros de los OVAD y de los TVSD.

De acuerdo a esta descripción los órganos de valoración son los encargados de programar y comunicar la cita, indicando el día, franja horaria y lugar (artículo 27). Mientras, los técnicos de valoración se encargarán de aplicar el baremo en el entorno habitual de la persona solicitante (solo los OVAD pueden determinar otro lugar si lo consideran adecuado) (artículo 28).

Finalmente, el dictamen-propuesta resultante de la valoración integral realizado por los OVAD debe contener “como mínimo, diagnóstico, puntuación del baremo, el grado y nivel de dependencia y su carácter permanente o revisable”.

Madrid

De acuerdo a lo expuesto en el artículo 16 del *Decreto 54/2015*, una vez completo el expediente (solicitud e informes correspondientes), el “órgano competente en materia de

dependencia”, o “administraciones que tengan encomendada la gestión”²³ comunicarán el día, franja horaria y lugar para realizar la valoración. Al igual que en el resto de comunidades autónomas, se llevará a cabo en el entorno habitual del interesado, excepto que el órgano competente valore un lugar distinto.

La valoración estará a cargo de un profesional socio-sanitario “de la Administración de la Comunidad de Madrid o Administraciones que tengan encomendada la gestión”, quien se encargará de aplicar el baremo, analizar y revisar los diversos informes que componen el expediente (de salud, del entorno habitual), informar sobre los servicios y prestaciones del SAAD y realizar el trámite de consulta.

Como resultado de estas actuaciones se elaborará un informe que se elevará a la Comisión Técnica de Valoración de la Dependencia (artículo 17). Este órgano colegiado²⁴ se encarga de coordinar los planes de formación de las personas valoradoras, así como también brinda apoyo técnico al órgano competente para resolver las solicitudes. Para ello, emitirá un dictamen técnico que contenga el diagnóstico, el grado de dependencia, la especificación de los cuidados y el plazo máximo para la primera revisión de grado si lo considera oportuno.

Análisis de los datos

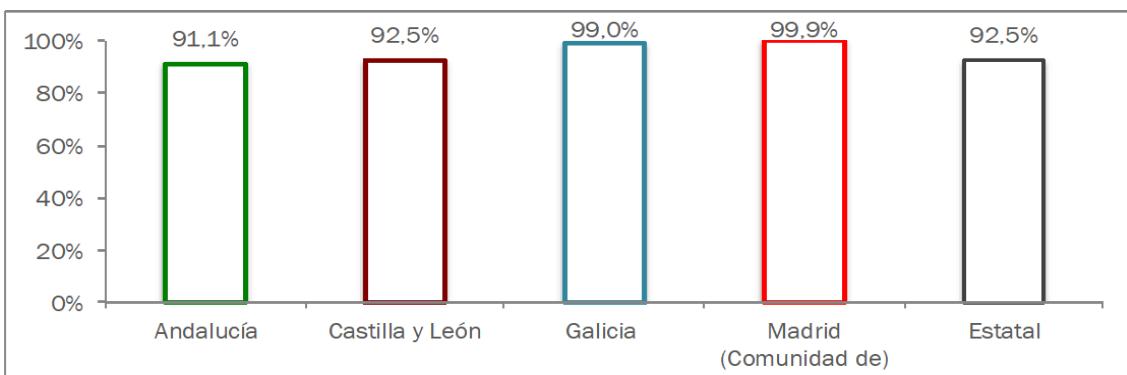
El número de personas que han sido valoradas a nivel estatal es de 1.606.431, de las cuales 330.248 fueron consideradas en situación de no dependencia (20,5%), quedando clasificadas como “Sin Grado” y, por tanto, sin derecho a acceder a ayudas en el proceso de valoración.

En el siguiente gráfico se muestra la tasa de valoración que cada CC.AA. alcanza respecto a las solicitudes registradas en el SAAD. Destaca la Comunidad de Madrid como la región con la mayor tasa de valoraciones realizadas (213.226) sobre solicitudes recibidas (213.512), seguida de Galicia (99%). Andalucía destaca por estar por debajo de la tasa estatal en la proporción de valoraciones realizadas (91,1%), quedando pendiente de valoración el 8,9% de las solicitudes cursadas.

²³ Tal como establece el artículo 11 del Decreto 54/2015 relativo a las competencias del procedimiento: “1. El órgano competente en materia de dependencia será el que conozca y resuelva el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. 2. Por razones de eficacia se podrá encomendar, tanto a organismos autónomos de carácter administrativo pertenecientes a la Administración Institucional de la Comunidad de Madrid, como a las Entidades Locales del territorio de la Comunidad de Madrid, la realización material y técnica de las actividades de valoración del solicitante y de su entorno habitual, información al interesado sobre los servicios y prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como la preceptiva consulta al interesado sobre la modalidad de intervención más adecuada a su eventual situación de dependencia”.

²⁴ Se compone de 7 a 10 miembros y al menos la mitad debe cumplir un perfil socio-sanitario.

Gráfico 19. Tasa de valoraciones realizadas sobre solicitudes registradas en el SAAD.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

A nivel estatal, el conjunto de personas beneficiarias con derecho a prestación fue de 1.276.183. En el último año el incremento ha sido de 58.828 personas, es decir, un (4,6%) más que en 2017.

Si nos aproximamos a la distribución del reconocimiento por Grados a nivel estatal y por CC.AA., los resultados son los siguientes:

En el año 2017, 1.264.951 personas fueron valoradas con algún grado de dependencia; el 29,6% correspondía a valoraciones de Grado III, el 37,6% al Grado II y el 32,7% al Grado I. Por tanto, a nivel estatal es mayor la proporción de valoraciones de Grado II, para cerca de cuatro de cada diez solicitantes. Sin embargo, las diferencias entre las Comunidades estudiadas son más destacadas.

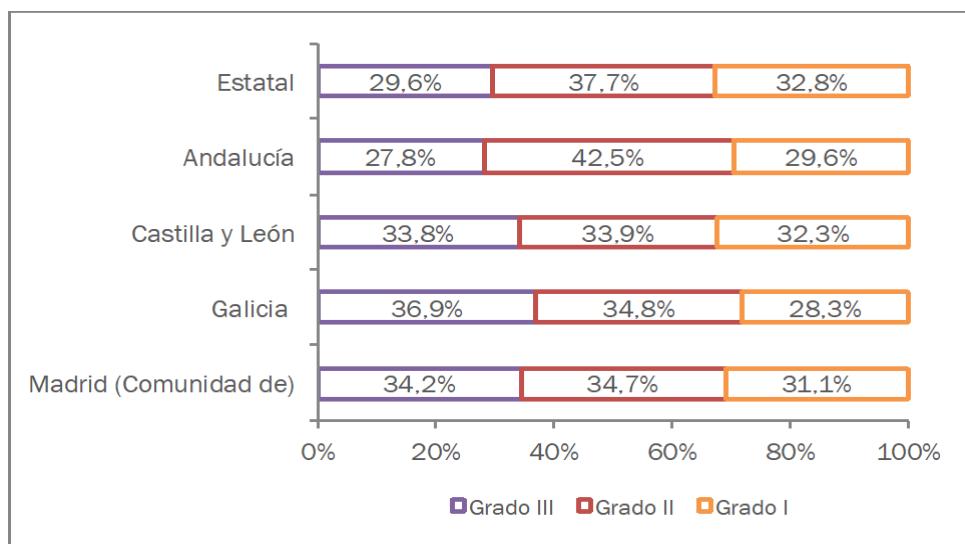
La Comunidad que más personas tiene reconocidas en Grado III es Galicia (39,9%), con 24.841 solicitantes supera la media nacional. Por el contrario, registra menos valoraciones en Grado I, 19.027 (28,3%).

Andalucía tiene una distribución desigual con mayor prevalencia del Grado II, que agrupa a 121.560 personas (42,5%), una proporción cinco puntos superior a la media nacional.

Castilla y León mantiene todos sus grados en torno a 30.000 personas y una distribución similar a las cifras nacionales.

Por último, la Comunidad de Madrid está equilibrada en los Grado III y II (casi 55.000 personas en cada uno), 34,2% y 34,7% respectivamente, y menos resoluciones en Grado I, no llegando a las 50.000 personas.

Gráfico 20. Distribución del total de personas beneficiarias con derecho a prestación según Grado por CC. AA.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

La tendencia en estos datos está estabilizada en los últimos años, según el Observatorio de la Dependencia, “parece que se ha estabilizado el número de personas dependientes valoradas con Grado III. En 2011 había 431.811 expedientes activos de personas con Grado III mientras que en diciembre de 2015 descendía hasta las 349.795 personas. En 2016 aumentan hasta llegar a 363.920 y en 2017 se contabilizan tan sólo 10.037 nuevos grandes dependientes” (XVIII Dictamen del Observatorio, 2018: 17).

Análisis de los discursos

Valoración del grado de dependencia y/o discapacidad

La cuestión de la valoración del grado de dependencia, vinculada a la LAPAD, emerge conectada a la valoración del grado de discapacidad. Suele mencionarse la disparidad que existe en ocasiones entre "discapacidad" y "dependencia" y cómo un porcentaje alto de discapacidad, no coincide necesariamente con un alto grado de dependencia.

(...) dime tú si no soy una persona dependiente. Pues no tengo el nivel, el del grado 3, nivel 1. Y a todo esto tengo un 93% de discapacidad física, el 93%. (GD PCD ANDALUCÍA)

En función de la discapacidad te dan el dinero de la ley de la dependencia porque sinceramente fueron a mi casa, me pidieron el certificado, y en función de eso [...] (GD PCD MADRID)

En este sentido hay que tener en cuenta que se trata de procedimientos de valoración diferentes y que se llevan a cabo con criterios distintos. La entrevista con la trabajadora social de los servicios comunitarios en Galicia da alguna clave a este respecto, mientras la valoración del grado de discapacidad tiene una impronta médica y se centra más en el diagnóstico en función de una “patología”; la valoración de dependencia se guía por el criterio de capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

Es importante prestar atención a si los discursos se refieren a una u otra, por ejemplo, en el GD PCD Andalucía, mencionan la relación entre la alteración en el porcentaje de discapacidad y el impacto en la percepción de pensiones y subvenciones. Esta cuestión no tendría por qué afectar de manera directa a la valoración de los grados del SAAD en tanto se certifican por vías diferentes.

Hay una, hay una dualidad y doble sistema de calificación. Del que estamos hablando, de la calificación a la Ley de Dependencia, pero luego también hablamos del grado de discapacidad. El grado de discapacidad depende de Servicios Sociales.

Y eso, también, a raíz de todo el tema de recortes económicos, modificaron el decreto del baremo de grados y hubo gente a la que le bajaron el grado precisamente para recortarle prestaciones y quitarle las pensiones. (...) es decir, alteran tu porcentaje de discapacidad, eso no tiene nada que ver con la Ley de Dependencia. Esa es la postura anterior. Qué pasó, con el tema de la crisis y para recortar, por el tema de los recortes económicos, se modificó el decreto o la ley donde se estipulaba un... los grados. Es decir, cómo se daban los grados. En qué repercute eso...

(GD PCD ANDALUCÍA)

Yo estuve 6 años luchando con la ley de dependencia. ¡Seis! (...)me venía denegada iba a ver por qué, y llamaba todas las semanas, hasta que me lo concedieron, pero seis años estuve con lo de dependencia. Después había pedido ayuda al hogar, y me salió denegada porque bueno, yo estoy casada, mi marido tiene una nómina de 1000 euros, pero por esa nómina me vino denegada. Fui a la asistente social y le dije, cuánto dinero tiene que ganar mi marido para poder yo tener una ayuda a domicilio, me dijo, 400 euros. (GD PCD GALICIA.)

Sin embargo, sí habría que pensar si hay posibles interacciones entre uno y otro, por ejemplo, si se ha otorgado un porcentaje bajo de discapacidad, o se ha cambiado a la baja y luego se accede a la LAPAD por la vía de la homologación; esto podría conducir a una baja valoración de grado. Este comentario se interpreta mejor si se tiene en cuenta la explicación de la Trabajadora Social de COGAMI Galicia, que explica cómo la homologación de la valoración de discapacidad y dependencia resulta desventajosa.

A través de la ley de dependencia aparecen unos baremos de equiparación de grado de discapacidad a grado de dependencia pero es cierto que siempre decimos que soliciten dependencia por el canal normal, no por el de equiparación, porque en el de equiparación pierden, es decir, la valoración de grado va a ser mucho menos que la valoración real que le hagan a la persona. (ETS COGAMI GALICIA)

Este tipo de cuestiones que emergen en los grupos suele ser útil contrastarlas también con el discurso de trabajadoras sociales, que es el que se acerca a la realidad concreta de los procedimientos, independientemente de las percepciones que puedan tener los/las usuarios/as, o del plano del derecho que plantea la normativa, y que en ocasiones no se corresponde con la realidad de los hechos.

El discurso de las personas cuidadoras no profesionales coincide respecto a la ausencia de concordancia entre la valoración de la discapacidad y la valoración de la LAPAD, poniendo de manifiesto las incompatibilidades que genera y la disparidad entre ambas:

Pues eso, con una persona psíquica reconocido, reconocido por sentencia judicial un 65%, porque también me lo quisieron quitar eh. Y ya... judicialmente, era imposible quitarlo. Cómo es posible que, con esas cosas, un 65% de capacidad reconocida incluso judicialmente, que ellos lo que hicieron fue quitar un punto de aquí y un

punto de aquí y... me bajaron del 65% al 58%, antes, 65%, cobraban. Ahora ya no cobro nada, porque tengo otros ingresos. ¿Cómo es posible que te den una valoración de categoría uno? Que al final resulta, que si... si... por bien porque los padres tienen algo de dinero o bien porque él tiene ahorrado algo o es por lo que sea, le dan 6€ a la madre, a una madre que trabaja las 24 horas del día.
(GT FAMILIARES PALENCIA).

Arbitrariedad en el proceso

En relación con esta cuestión, emerge en los grupos la percepción de que el resultado de la valoración depende de criterios subjetivos, “de quién valore”, y que en cualquier caso deben visibilizar muy fehacientemente sus circunstancias para obtener los recursos en cuestión. Esto es así porque se entiende que existe una tendencia a subestimar la situación de las personas con discapacidad y esto las perjudica a la hora de determinar su grado de dependencia. No sólo se subestima, sino que se considera que los baremos de valoración no están pensados ni ajustados a las necesidades de las personas con discapacidad y por tanto se hace necesario destacar aquellos aspectos más significativos que permitan a la persona que valora otorgar un grado ajustado a la necesidad real.

*M2: sí, pero hay que aumentarlo un poco
H1: si, si quieres residencia, ¿me entiendes? Tienes que decir: “me están haciendo todo”, me peinaban, aunque tú puedes
H2: Sí, tienes que hacerlo, ¿sabes? (..)
M2: Si no lloras, es una pena, pero es así. En este mundo no puedes ir con la verdad por delante. Y si vas con la verdad por delante te pegan palos
(Todos afirman) (GD PCD MADRID)*

Consideran que esto no debería ser así, ya que se trata de que se reconozca un derecho, sin embargo, la experiencia y el sentido práctico les indica que deben conducirse de esa manera.

Se encuentra así la evidencia de que el enfoque desde el que se aplica la ley responde a una visión asistencialista y no al reconocimiento de un derecho consolidado a través de instrumentos jurídicos internacionales como la ratificación de la Convención de Derechos de las Personas con discapacidad por parte de España, que vincula jurídicamente a los Estados adscritos a la misma. Esta situación de partida plantea una dudosa aplicación correcta de la valoración, que no cuenta con la premisa de la persona como sujeta de derechos, sino como sujeta beneficiaria de servicios provistos por el Estado. Este es el punto de inflexión que cambia la perspectiva y en consecuencia el funcionamiento del sistema y los procesos que se derivan del mismo.

En definitiva, más allá de las confusiones que se producen entre los procesos de valoración de dependencia y de discapacidad, la dinámica que comentan es la misma, la de tener que poner en marcha estrategias para evitar arbitrariedades y que la valoración se considere a la baja.

(...)porque es un país de pandereta lo que tenemos, no puedes ir con la verdad y diciendo, para coger lo que tus derechos. (GD PCD MADRID)

M2: A mí me han dicho, tú cuando vayas señala que no te puedes duchar sola, es lo más importante, porque me dice “¿tú comes sola?” y le digo, hombre si estoy sola tendré que comer sola, si no no puedo comer (GD PCD MADRID)

Adecuación de las valoraciones, baremaciones y reducción de grado

La disconformidad con la valoración del grado es un aspecto repetitivo tanto en el discurso de las personas con discapacidad participantes como en el de las personas cuidadoras no profesionales. Ven condicionada la calidad de vida según se produzca una valoración puntual.

Ni las personas con discapacidad ni los/as cuidadores/as conocen el baremo de valoración de la situación de dependencia, por lo que hay extendida una sensación de arbitrariedad en la que es necesario, como hemos señalado anteriormente, tener que destacar las limitaciones a la autonomía personal producto de la discapacidad para que realmente la valoración se adecúe a las necesidades.

(...) el problema es ¿qué baremos están utilizando? (...) yo me pregunto qué baremos se utilizan ahora para la aplicación de la ley de dependencia. (GD PCD MADRID)

Las valoraciones de la discapacidad también se han reducido, incluso en las enfermedades de carácter degenerativo.

(...) Él tiene un grado II y yo tengo un grado II, y él tiene más autonomía que yo. Yo no me puedo... (...) A ver si te fijas, las manos de (nombre), parecen a las mías, pero yo tengo mucha menos movilidad que (nombre), yo para desabrochar este botón, si lo tengo que desabrochar, lo desabrocharía, pero te juro que me llevaría media hora o una hora (GT PCD GALICIA).

Pero es que, aunque miren el grado, a lo mejor una persona puede tener un 90% digamos de... de grado, pero si tiene ayuda en su casa, eso también lo tenían que mirar, valorar. No es lo mismo que una persona que esté sola, aunque tenga menos discapacidad. Pero está sola. (GDT PCD ANDALUCIA)

A mí fue como 3 años. A mí cuando me vino la resolución, siempre te dan un grado, el mínimo. Grado uno. El más bajo (...) recurrí, porque claro, evidentemente, a mí me dijo la trabajadora social, es que no hay más que verte para saber que tú no eres independiente. (GD PCD GALICIA)

Para las personas cuidadoras no profesionales, las valoraciones de grado uno no dotan de ningún recurso a la dependencia, convirtiéndose en un grado de dependencia insuficiente y casi inservible para una amplia mayoría de personas con discapacidad.

Y luego las valoraciones, pues es que claro, es lo que yo os digo, a mi hija le han dado un 1 cuando tiene que tener el 2. (...) Las valoraciones, que sí, que es verdad que los cuestionarios, son... Pues, sota, caballo y rey. Y según eso, pues te dan el 1 o el 2 (...) (GT FAMILIARES GALICIA)

Él camina, pero, bueno, no es autosuficiente. Entonces está catalogado 1-1. Es la mínima puntuación que tienes. No tienes derecho absolutamente a nada. (GT FAMILIARES GALICIA)

(...) como todo se basa en unas tablas generalizadas y no en unos casos individualizados, es ahí donde tú ves, las posibles desigualdades. Que dices ¿cómo es posible que a uno que tiene una hernia cervical le pueden dar un 20% de discapacidad, porque eso se reconoce, y a una persona que está mucho más limitada, cómo valoran por la tabla que tiene una enfermedad vascular, le pueden dar a lo mejor, un poquito más. (GT FAMILIARES PALENCIA)

Desde el ámbito profesional las personas expertas consultadas como la representante del Colegio de Trabajo Social señalan la escasa adecuación del baremo de valoración a las necesidades de las personas con discapacidad en general y física y orgánica en particular. Su diseño responde en mayor medida a la valoración de situaciones de dependencia del grupo de población de mayor edad que a la autonomía personal del colectivo con discapacidad.

(...)no estaba pensado para personas en situación de dependencia ni psíquica ni....como mucho los físicos algo, porque recuerdo que era; si puedes comer solo, te puedes lavar pero como mucho, pero el resto de discapacidad, bueno, ni de asomo se valoraba, pero bueno lo metieron ahí y es lo que yo digo, lo metieron ahí porque hubo mucha reivindicación del colectivo.(ENTREVISTA REPRESENTANTE COLEGIO TRABAJO SOCIAL)

Administración autonómica vs administración local

La valoración del grado de dependencia es un trabajo que se realiza desde las comunidades autónomas.

La Comunidad de Madrid, a diferencia de otras CC. AA., entre los años 2015 y enero de 2018, realizó una encomienda de gestión sobre los Ayuntamientos de la Comunidad de Madrid por la cual la valoración la realizan directamente las trabajadoras sociales del municipio, recortando los plazos:

y luego también eso es un indicador bastante importante, se han notado los ajustes de plazos. Cuando la Comunidad de Madrid valoraba, los plazos para la valoración eran mucho más amplios que cuando a nosotros nos dan la encomienda de gestión y hacemos nosotros la valoración. Ahí ajustaron a, primero creo que fue 45 días y luego ajustaron a 40 días el plazo que teníamos para valorar, ajustaron muchísimo y sin podernos saltar. (ETS C. MADRID)

En los discursos de las trabajadoras y trabajadores sociales se han recogido los pros y contras de la realización de la valoración desde las diferentes administraciones -la comunidad autónoma frente al municipio - recogiendo la tensión existente entre ambas administraciones.

Para las trabajadoras sociales los beneficios de realizar la valoración desde el municipio están en el grado de conocimiento del solicitante; conocen a la persona, sus etapas vitales, su entorno socio-familiar, su estado físico, etc., y a través del seguimiento que les permite la cercanía, argumentan que su valoración no se basa solamente en un momento puntual de evaluación de la autonomía personal, por lo que nunca van a conceder un grado 0 a una persona que ese día tenga un buen momento, si no que se ajustan a la situación real de la persona:

tú ajustas a las necesidades que hay, necesidades reales. (ETS C. MADRID)

(...) yo en mi caso, que veo cuando vienen las personas a informarme de la resolución que han tenido. Ahora mismo del mes de enero hasta ahora he tenido grados ceros que si yo hubiese valorado no hubiese sido nunca grado cero. Porque yo conozco la situación familiar, de salud de esa persona, lo que estaba diciendo. (ETS C. MADRID)

Asimismo, respecto a la valoración del grado las trabajadoras sociales opinan que, desde la Comunidad de Madrid el ajuste del grado se realiza en base al presupuesto, mientras que realizando la valoración desde el municipio el grado se ajusta en base a la situación de la persona.

*... ellos distribuyen el dinero de otra forma. (ETS C. MADRID)
cuando no conoces a la persona es mucho más fácil hacer eso. (ETS C. MADRID)*

El papel de las trabajadoras/es sociales y su formación en la valoración

La falta de formación de las personas que valoran el grado de dependencia es una de las dimensiones que emerge especialmente en el discurso de las/los trabajadoras/es sociales y que conviene destacar, dada la relevancia que esto tiene para el procedimiento de acceso. Concretamente, coinciden en señalar la falta de formación que reciben las personas valoradoras sobre los tipos de discapacidad, siendo este un elemento discriminante dentro de la LAPAD, que conlleva una valoración no ajustada a la realidad y a las necesidades de la persona con discapacidad.

Los discursos se refieren al desconocimiento del equipo de valoración sobre los tipos de discapacidades y sus efectos asociados (enfermedades, grado y evolución de la calidad de vida de la persona, apoyos básicos del entorno, etc.); en definitiva, a la falta de conocimientos médicos para determinar la autonomía que realmente puede o no tener el/la usuario/a y su potencial progresión.

*Porque al final hay muchos tipos de discapacidad y no les ha favorecido nada.
Primero porque a nosotras no nos han dado formación, o sea nos dieron una
formación puntual para saber cómo valorar, pero hay una variedad de edades y de
tipos de discapacidad. No es lo mismo una discapacidad en una persona mayor, que
nosotros no tenemos la capacidad, ni sabemos cómo valorar, o sea lo vas haciendo y
vas aprendiendo, pero no estamos formados para valorar, ni somos médicos, o sea
hay muchas cosas y luego dentro de todo el abanico de recursos y discapacidades
que hay tampoco creo que la dependencia les haya favorecido porque
probablemente haya recursos a los que no puedan acceder. O que no se les valore
bien. (ETS C. MADRID)*

*Es necesario tener una formación sanitaria o a nivel salud. Entonces, los
trabajadores sociales de los centros de salud sí que están más aproximados porque
lógicamente en su equipo de trabajo, se hacen seminarios monográficos en algún
tema (...), pero los trabajadores sociales de los CEAS, porque es social, no tienen esa
formación a nivel sanitaria, (...) generalmente no se tiene esa formación y ese nivel
por lo que no se puede valorar hasta qué punto por ejemplo puede afectar un daño
cerebral (...), entonces eso no se puede valorar pero tampoco se le puede pedir a un
trabajador del CEAS que también tenga formación a nivel sanitario, igual algún
seminario, algún curso un poquito más específico sí que se podía hacer. (ETS
CASTILLA Y LEÓN)*

Para las personas con discapacidad y sus familias la valoración es el punto inicial donde empiezan los problemas de la LAPAD, teniendo como resultado valoraciones no adecuadas a la situación real de dependencia, tal como se explicó en anteriores apartados. Así es que resolver estos aspectos relativos a la formación y la correcta aplicación del baremo resultan primordiales para garantizar el acceso a los servicios y prestaciones que proporciona la LAPAD.

3.3. LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN

Análisis del marco normativo

Normativa estatal

En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD debe elaborarse el programa individual de atención que determina la modalidad de intervención más adecuada para cada caso, tal como indica el artículo 29 de la Ley 39/2006. Este programa lo elaboran “los servicios sociales correspondientes del sistema público”, que serán los encargados de establecer qué servicios y prestaciones económicas²⁵, entre los previstos para cada grado, resultan más convenientes.

Dentro del Catálogo de servicios que se especifica en el artículo 15 se incluye: servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de noche, y residencias. En cuanto a las prestaciones económicas se distingue entre: prestación vinculada al servicio (artículo 17), para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (artículo 18) y de asistencia personal (artículo 19).

Un aspecto relevante del artículo 29 es la mención del rol de las personas solicitantes, en tanto el programa individual de atención ha de elaborarse “con la participación, previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas por parte del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen” (artículo 29.1). Este margen de participación se restringe en el caso de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar, en cuyo caso corresponderá determinarla “a la Administración competente, a propuesta de los servicios sociales”.

El desarrollo normativo estatal respecto a este asunto es escueto, mientras que a nivel autonómico es dispar, como en otros asuntos relativos al procedimiento. Así es que a continuación se analiza la legislación relativa a la elaboración del Programa Individual de Atención en las diversas comunidades autónomas objeto de estudio.

Normativa autonómica

Andalucía

La elaboración del Programa Individual de Atención se aborda en el artículo 17 del Decreto 168/2007 y, tal como allí se indica, queda a cargo de los Servicios Sociales Comunitarios.

²⁵ Para una descripción detallada del catálogo de servicios y prestaciones económicas véase el capítulo 5.

Una vez que estos servicios son comunicados sobre la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia (véase el siguiente epígrafe) requerirán a la persona beneficiaria documentación que acredite la situación económica y personal/familiar que haya alegado. En base a esta información los Servicios Sociales Comunitarios elaborarán un “informe social en que se detalle la situación social familiar y del entorno de la persona en situación de dependencia” (artículo 17.3). Será en esta fase del proceso cuando se requiera la participación de la persona beneficiaria “en los términos de la Ley 39/2006”.

En un plazo máximo de dos meses, desde que los Servicios Sociales Comunitarios reciban la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia, deberán remitir una propuesta de Programa Individual de Atención a la Delegación Provincial de la Consejería competente en materia de servicios sociales. Asimismo, adjuntarán a la propuesta el informe social, las declaraciones y documentación acreditativa del trámite de audiencia.

El Programa Individual de Atención, aprobado mediante resolución dictada por la Delegación Provincial antes mencionada, deberá contener: información sobre las circunstancias de la persona, especificar las condiciones de los servicios prescritos y su coste, si corresponde. En cuanto a las prestaciones, la vinculada a servicios si no es posible acceder a uno de carácter público, de forma excepcional la destinada a cuidados en el entorno, y la de asistencia personal especificando las condiciones de acceso a la misma.

Castilla y León

En el caso de esta comunidad autónoma resulta llamativa la ausencia de referencias elaboradas al Programa Individual de Atención. Esta ausencia ha sido previamente identificada en otros estudios de carácter jurídico²⁶ y se sostiene a día de hoy.

En la Orden FAM/824/2007 de 30 de abril, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia, la mención al PIA se identifica en la exposición de motivos, donde se cita la Ley 39/2006 que en su artículo 11 establece la participación de las comunidades autónomas a la hora de “asegurar la elaboración de los correspondientes Programas Individuales de Atención”.

Por otro lado, si bien otra normativa reciente como la Orden FAM/6/2018, de Castilla y León, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales hace referencia al Programa Individual de Atención en su artículo 20, lo menciona en relación a la prestación económica de cuidados en el entorno, pero no aporta mayor información sobre su proceso de elaboración.

Esta ausencia puede deberse a que Castilla y León resuelve el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a los servicios y prestaciones del SAAD en un único procedimiento administrativo (como se verá en el siguiente epígrafe); sin embargo, ello no es óbice para excluir referencias que expliciten el proceso de elaboración del Programa Individual de Atención.

²⁶ Véase el informe “Análisis de los desarrollos normativos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Estudio comparativo autonómico”, elaborado para el CERMI y publicado en el 2009.

Galicia

A igual que en el caso de Andalucía, una vez reconocida la situación de dependencia, el órgano del departamento territorial de la consellería con competencia en materia de servicios sociales iniciará de oficio el procedimiento para la elaboración del Programa Individual de Atención, tal como lo indica el artículo 33 del Decreto 10/2015.

Como característica distintiva de esta comunidad autónoma, el análisis de la modalidad de intervención más adecuada queda a cargo de los técnicos de valoración de la dependencia y se adecuará a los criterios generales de la legislación, esto es: acceso prioritario a servicios públicos o concertados y debidamente acreditados, concesión de prestación económica vinculada a servicios cuando no lo cubra el catálogo, excepcionalidad de la prestación económica para cuidados en el entorno y cumplimiento de los requisitos estipulados para acceder a la prestación económica de asistencia personal.

Este análisis de la modalidad de intervención más adecuada realizada por los técnicos formará parte del expediente, junto con el informe de condiciones de salud, el informe social, la consulta formulada a la persona solicitante, y toda la documentación que haya aportado al caso. En función de todo ello el Órgano de Valoración y Asesoramiento de Dependencia emitirá una propuesta de Programa Individual de Atención en la que deberá tener en cuenta la consulta formulada a la persona solicitante; esta consideración es “orientativa”, “y en ningún modo vinculante”, tal como expresa el artículo 37.2. La propuesta de PIA incluirá la modalidad de intervención más adecuada indicando los recursos que correspondan, en el caso de servicio público. Cuando el acceso a este último no sea posible se incorporará a la persona en un programa de asignación de recursos y deberá tener acceso al mismo en el plazo de 3 meses desde la resolución del PIA²⁷. En el caso de las prestaciones económicas, la propuesta de PIA debe detallar la cuantía y la fecha de inicio de la prestación.

En cualquier caso, esta propuesta de Programa Individual de Atención se elevará a la persona titular del departamento territorial de la consellería con competencia en materia de servicios sociales, quien finalmente dictará resolución al respecto.

Madrid

La sección cuarta del Decreto 54/2015 se refiere a la elaboración del Programa Individual de Atención mediante dos artículos, el 23, relativo al Trámite de Consulta, y el 24, que se refiere específicamente al PIA.

En cuanto al trámite de consulta hay que tener en cuenta que la Comunidad de Madrid se encuentra entre los casos que no incluyen un apartado en su solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia donde la persona pueda expresar sus preferencias en relación con el catálogo de servicios y prestaciones del SAAD. Así es que el trámite de consulta a la persona interesada sobre los servicios o prestaciones concretas que estime más adecuadas puede realizarse “en cualquier momento previo a la propuesta de resolución”. Si bien esta consulta será “preceptiva”, no será vinculante para la Administración. Tal como explica el punto dos del artículo 33 el trámite puede realizarse “por escrito o por cualquier otro medio de comunicación” siempre y cuando se deje constancia del mismo. Una vez informada la persona sobre el catálogo del SAAD, en aquellos casos en que ya disfrute de un servicio

²⁷ Si esto no se produce, pude modificar el PIA y obtener una prestación económica vinculada al servicio al que no está teniendo acceso.

similar financiado por la comunidad, el trámite puede entenderse efectuado (sin perjuicio de que la persona pueda manifestar preferencia por otro recurso).

En cuanto al Programa Individual de Atención el artículo 24 especifica que lo elaborará “el órgano competente en materia de dependencia”, determinando modalidad de intervención más adecuada para la persona solicitante teniendo en cuenta los servicios y prestaciones previstas para el grado de dependencia que le sea reconocido. Por último, recoge de forma específica lo indicado en el artículo 29 de la Ley 39/2006 en relación con la prestación económica para cuidados en el entorno, que podrá determinarla como modalidad de intervención más adecuada el “órgano competente en materia de dependencia a propuesta de los servicios sociales de atención primaria”.

Análisis de los datos

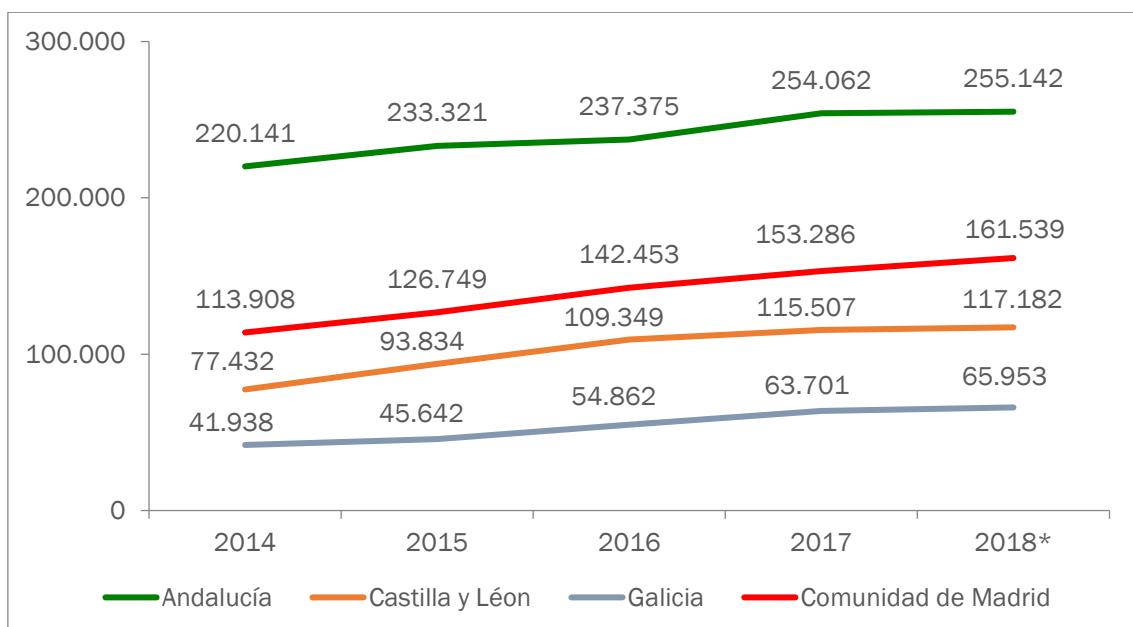
El número de personas beneficiarias con prestaciones en 2018 es de 987.086 a nivel estatal y reciben un total de 1.221.196 prestaciones, con una media de 1,3 prestaciones por persona.

El crecimiento anual en 2017 respecto a 2016 ha alcanzado la cifra de 109.044 servicios y prestaciones. En los 6 primeros meses de 2018 se ha incrementado en 43.185 prestaciones a nivel estatal.

La evolución de cada comunidad autónoma en cuanto a cifras de resolución de PIAS (XVIII Dictamen del Observatorio, Anexo CC. AA. 2018) desde el año 2014 hasta la actualidad ha tenido un crecimiento paulatino.

La Comunidad que más ha incrementado el número de prestaciones en este período ha sido Madrid, seguida de Castilla y León.

Gráfico 21. Evolución de nº de prestaciones concedidas por CC. AA.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO. *Información correspondiente al primer semestre de 2018 (Estadísticas mensuales del SAAD. 31 junio 2018. Epígrafe 1.7).

Cabe destacar que en el primer semestre de 2018 todas las CC. AA. estudiadas ya han superado el número de prestaciones atendidas respecto a todo el año anterior.

Este apartado está más desarrollado en el capítulo 5 de este informe donde se habla del Catálogo de Servicios y Prestaciones Económicas y la distribución de las prestaciones por comunidad autónoma.

Análisis de los discursos

La adecuación del PIA es uno de los aspectos que se cuestiona en los grupos. En este sentido, puede ocurrir que, o bien los servicios y prestaciones no se adecúen al proyecto vital de la persona, o que la persona tenga preferencia por un tipo de recurso al que no puede acceder.

A mí es que la Ley de la Dependencia no me sirve para nada. Y sin embargo me hace mucha falta eh. Porque yo no puedo limpiar la lámpara, ni puedo arreglar un armario, ni puedo coger, bueno, puedo coger la fregona, pero con dolores de espalda, de espalda de muerte. Y sin embargo llevo mi casa con dos críos y mi marido [...]. Y no tengo ayuda de ninguna de... bueno, tengo ayuda de una asociación que, gracias a ella, pero bueno. Eso es cuestión aparte, eso es cosa privada de la asociación y me está ayudando muchísimo. (GD PCD ANDALUCÍA)

(...) Me han hecho la entrevista, me han hecho qué hacía, qué no hacía, que quería, y digo: "mira, yo quiero el dinero", bueno pues "tú estás sola, vives sola" no tengo familia, no tengo a nadie y como estás sola no podemos darte el dinero porque necesitamos una persona que se haga responsable de ese dinero, como un tutor, entonces te podemos conceder ayuda a domicilio. (GD PCD MADRID)

Una vez realizadas las valoraciones y recibido el PIA, las personas con discapacidad y las cuidadoras manifiestan su malestar con los recursos existentes para cubrir los servicios del SAAD, teniendo como consecuencia que buscar ellas mismas, de manera independiente, recursos privados para poner solución a los retrasos de la administración en la asignación de los recursos o a la ausencia de los mismos.

Yo solicité rehabilitación, porque es un servicio que han puesto y claro, la rehabilitación solo la dan si pago, ahora ha salido, bueno (...) lo solicité y me vino aprobado, pero qué pasa, tienes que ir antes sin saber si te lo van a aprobar realmente. Tu pides la ayuda y realmente no sabes si te va a venir aprobada y claro, tú tienes que ir, y pagar, porque claro, el fisioterapeuta no te hace la gimnasia así por así, y a veces dispones y otras veces no dispones de ese dinero (GD PCD GALICIA)

Cuando dejé de trabajar, hace dos años, pues yo empecé un poco, bueno, a mirar, no sé, (...) poco a poco te van diciendo pues, y ahora tienes que pedir esto aquí, tienes (...) Claro, yo empecé a ir y yo lo pagaba sin saber que entraba... entonces me dijeron sí, pues que te entra y te damos... según las sesiones que vayas, así que lo pagamos. Y que ha sido lo único, tampoco... (GD PCD CASTILLA Y LEÓN)

Eso, es lo que decía antes cuando... Cuando decía que se quedaba corto, no en cuanto a dinero. Sino en cuanto a otras prestaciones que necesitan ellos. Ellos, son

los que lo necesitan. No es... que nosotros. (...) Logopedas... fisioterapeutas...eh... Todo tipo de ayuda que necesitas, que, de eso de nada, todo eso, tú te lo tienes que... que buscar, que pagar.
(GT FAMILIARES CASTILLA Y LEÓN)

Nosotros, llevamos a nuestra hija al fisioterapeuta... Pues, una vez al mes o dos veces al mes. Lo que necesites, la tienes tú que... que pagar con tu dinero. (...) Las asociaciones, con tu dinero. Todo, todo... todo con tu dinero. (GT FAMILIARES CASTILLA Y LEÓN)

En este sentido, la adecuación del PIA se considera fundamental para promover la prevención de la dependencia, mejorar la autonomía y evitar así que el coste de los servicios no sea sufragado únicamente por las personas con posibilidades de poder hacerlo;

(...) además llega un momento que las familias tienen un problema; no tienen un familiar o un hermano, un hijo, un padre o una madre y tienen una persona con una gran dependencia en casa que a ver cómo nos organizamos, es decir, o tiene mucha pasta la familia o si no... (REPRESENTANTE DE COCEMFE).

Asimismo, el desconocimiento de las prestaciones de los servicios disponibles y la opacidad en la información que se trasmite a las personas solicitantes – el resultado de la valoración es enviado a través de una carta al domicilio del/la solicitante donde le informan de la prestación concedida pero no de su duración, ni el inicio o fin de la misma- genera una sensación de vulnerabilidad de derechos entre las familias.

Yo, lo que valoro, es que son derechos del chaval. Son derechos de él, o sea... No es que se le tenga que dar nada, ni nada. Se lo puedo dar y se lo doy... a gusto. Pero, yo lo que quiero es que el chaval, se lo den a él, porque es su derecho. Y es, lo que no le dan (...) Porque es un derecho que él tiene (...).(GT FAMILIARES CASTILLA Y LEÓN)

No, te mandan una carta, sí, te mandan una carta a casa donde te dicen que se reconoce el grado que tiene, eh... Y la cuantía que te van a dar y vamos, tampoco...

No te dicen nada más. No te dicen, ni el tiempo que lo vas a cobrar, ni nada. Simplemente te mandan esa carta, con la cuantía y el grado.(GT FAMILIARES GALICIA)

Las cuidadoras no profesionales se enfrentan al estigma social que tiene la “ayuda económica” entre las prestaciones para promover la autonomía personal, siendo en algunos casos una de las ayudas con menor impacto en el bienestar de las personas solicitantes.

O que dan por hecho, que todo el mundo que va, quiere la ayuda económica (GT FAMILIARES PALENCIA)

En relación con la elaboración del PIA, las trabajadoras sociales evalúan la adecuación del servicio o prestación que se puede solicitar en base a las preferencias y necesidades del solicitante. Sin embargo, estas preferencias no siempre coinciden con la resolución final que se determina en otra instancia. Así lo pone de manifiesto la trabajadora social de los servicios comunitarios de Galicia:

Bueno, la labor de las trabajadoras sociales de comunitarios empieza digamos con lo que sería el análisis de toda la documentación, lo que sería la observación de la visita domiciliaria y ver y analizar la persona en su propio entorno (...) entonces al final lo que hacemos es una valoración y una propuesta (...) Que bueno, siempre solemos intentar lo que sea mejor, poner en el centro a la persona e intentar promover todos los recursos necesarios para que puedan seguir en el hogar, pero a veces no puede ser así, con lo cual nosotros sí que entramos en esta valoración. Qué bueno, yo considero que de cara a lo que es luego la Xunta de Galicia que va hacer una resolución de PIA, siempre va a poder tener en cuenta, o sea, debería a lo mejor tener en cuenta nuestra propuesta y la del usuario, pero bueno a veces no es así.

(ETS GALICIA)

En los casos en los que el procedimiento de valoración y PIA se lleva a cabo de forma compartimentada, como en esta comunidad autónoma, este hecho plantea la oportunidad a la trabajadora social de volver a intervenir en medio del mismo y ajustar la propuesta en el caso de que se haya producido algún cambio entre la resolución de la valoración del grado de dependencia y la resolución del PIA, tal como lo explica a continuación.

Nuestro trabajo finaliza con el envío, digamos, de lo que es la solicitud con toda la documentación preceptiva, luego a ver, cómo tiene esas dos fases, lo que es la primera fase, lo que sería la resolución de valoración y luego ahora en teoría en tres meses la resolución de PIA, yo a las personas a las que le hago la tramitación siempre les informo de que tan pronto les viene la valoración, porque les llega a ellos (...), que me la traigan y si hay cualquier cambio en la persona o en el entorno que lo cuida o tal, que vengan porque corresponde por parte nuestra comunicar lo que ha pasado, entonces cuando viene la resolución de valoración de grado siempre vemos si realmente procede seguir con la propuesta que se había hecho en la propia solicitud sobre lo que desea la persona o también sobre lo que nosotros proponemos. (ETS GALICIA)

En el caso de la Comunidad de Madrid, por ejemplo, el/la trabajador/a social puede remitir una carta a la Comunidad de Madrid comentando el interés de la persona usuaria sobre un servicio o prestación concreto. Pero es la Comunidad de Madrid quien finalmente resuelve (unilateralmente) el recurso asignado. En este caso no solicitan a las trabajadoras sociales informes complementarios para conocer con mayor profundidad el contexto de la persona.

“M: no ellos reciben la carta, la familia y ya está. Con la resolución, lo que se manda es el trámite de consulta con la solicitud. Y tu ahí “valoras” porque le propones a la familia, trabajas. Porque a lo mejor la familia lo que quiere es una residencia y tú valoras que una residencia no es adecuada por lo que sea y que es mejor un centro de día, pues trabajas con la familia para que sea en un centro de día, se les manda un trámite de consulta que ellos llaman, que no es vinculante. Es como una propuesta, “yo como Comunidad de Madrid, María estoy interesada en un centro de día”, pero son ellos, Comunidad de Madrid quien resuelve y quien decide, si es un recurso adecuado o no. Únicamente hubo una época en que nos pedían informe complementario cuando había prestación, con la PECEF. “(ETS C. MADRID)

3.4. RESOLUCIÓN, PLAZOS Y REVISIONES

Análisis del marco normativo

Normativa estatal

Resolución y plazos

La Ley 39/2006 en su artículo 28 indica que el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD “se efectuará mediante resolución expedida por la Administración Autonómica correspondiente a la residencia del solicitante y tendrá validez en todo el territorio del Estado”; en la misma se determinarán los servicios o prestaciones que corresponden según el grado de dependencia. Asimismo, en el marco de este procedimiento de reconocimiento se establecerá la modalidad de intervención concreta mediante la elaboración del Programa Individual de Atención, tal como especifica el artículo 29. De acuerdo a esta redacción, la normativa hace referencia a la tramitación y resolución de un único procedimiento administrativo, si bien admite que las comunidades autónomas puedan establecer un procedimiento diferenciado para, por un lado, reconocer la situación de dependencia y, por otro, los servicios y prestaciones del SAAD.

En cualquier caso, tal como se explica en el segundo punto de la Disposición final primera de la Ley 39/2006, el plazo máximo para resolver el procedimiento es de seis meses (desde la fecha de entrada de la solicitud y la resolución del reconocimiento de la prestación), “independientemente de que la Administración competente haya establecido un procedimiento diferenciado”. De acuerdo al punto tres, el derecho de acceso a las prestaciones se generará desde la fecha de resolución de reconocimiento o transcurridos “seis meses desde la presentación de la solicitud sin haberse dictado y notificado resolución expresa de reconocimiento de la prestación”²⁸.

Otro aspecto relevante que ha afectado los plazos ha sido la aplicación progresiva de la ley, prevista en la disposición antes citada. El criterio general ha sido hacer efectivo el derecho a las prestaciones de forma gradual según el grado de dependencia y nivel reconocido. Desde el 1 de enero de 2007 y durante los siguientes cinco años se ha ido incorporando sucesivamente a las personas beneficiarias con reconocimiento de grado III (1º año: niveles 1 y 2), grado II (2º año nivel 2 y 3º y 4º año nivel 1) y grado I (5º año, nivel 2 con prestación reconocida). Por último, quienes obtuvieron el reconocimiento de grado I nivel 2 (sin prestación) y nivel 1 se incorporaron a la efectividad del derecho a partir del 1 de julio de 2015.

Si bien el calendario estipulado ya se ha cumplido es importante tener en cuenta sus efectos en el proceso de implementación de la ley y en las experiencias y percepciones de las personas beneficiarias.

²⁸ Se mantiene como excepción a este punto la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales que quedará sujeta “a un plazo suspensivo máximo de dos años a contar, según proceda, desde las fechas indicadas anteriormente, plazo que se interrumpirá en el momento en que el interesado empiece a percibir dicha prestación”.

Revisiones

Las revisiones se regulan en términos generales a través del artículo 30 de la Ley 39/2006.

El primer punto del artículo hace referencia a la revisión del grado de dependencia. Esta puede realizarse de oficio o a instancia de la persona interesada ya sea por producirse un cambio en la situación de dependencia (mejora o empeoramiento) o un error de diagnóstico o de aplicación del baremo de valoración.

El segundo punto se refiere a las prestaciones, que podrán ser “modificadas o extinguidas” en caso de cambios en la situación personal de la persona beneficiaria, variación en los requisitos o incumplimiento de las obligaciones asociadas a la percepción de una prestación.

Normativa autonómica

Andalucía

Resolución y plazos

Esta comunidad autónoma es una de las que ha optado por el procedimiento diferenciado de reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del SAAD. Por un lado, el artículo 15 del Decreto 168/2007 se refiere a la resolución del grado y nivel de dependencia que debe dictarse y notificarse en un plazo máximo de tres meses desde la fecha de presentación de la solicitud. Por otro, el artículo 18 se dedica a la aprobación del Plan Individual de Atención, que debe resolverse y notificarse en un plazo máximo de 3 meses desde la fecha de recepción de la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia por parte de los Servicios Sociales Comunitarios. Ambas resoluciones están relacionadas, en tanto la eficacia de la primera “quedará demorada hasta la aprobación del correspondiente Programa Individual de Atención” (artículo 15.3)

En ambos casos se encarga de dictar las resoluciones la persona titular de la Delegación Provincial de la Consejería competente en materia de servicios sociales. Las mismas pueden ser recurridas en alzada ante la persona titular de la Consejería competente en materia de servicios sociales.

Revisiones

En cuanto a la revisión del grado de dependencia el artículo 16 del Decreto 168/2007 reitera lo indicado en el artículo 30.1 de la Ley 39/2006, especificando que cuando se inicie de oficio la revisión la impulsará la Delegación Provincial de la Consejería competente en materia de servicios sociales. Se adjuntarán a la revisión los informes o documentos necesarios para su resolución. A la revisión se aplicarán las mismas normas del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia. El plazo máximo para efectuar la primera revisión, cuando proceda, se indicará en la resolución del grado y nivel de dependencia.

El artículo 19 de la misma norma se refiere al Programa Individual de Atención, cuya revisión corresponde al órgano mencionado en el párrafo anterior. El trámite puede iniciarse a instancia de la persona interesada o sus representantes, de los Servicios Sociales Comunitarios, de oficio cada tres años (o cuando las circunstancias lo demanden) y en caso de traslado de residencia desde otra comunidad autónoma. A la revisión se aplicarán las mismas normas del procedimiento de aprobación del Programa Individual de Atención.

Castilla y León

Resolución y plazos

Los artículos 7 a 10 de la *Orden 824/2007* hacen referencia a los distintos instrumentos que llevan a resolver en un único procedimiento administrativo el reconocimiento de la situación de dependencia y los servicios y prestaciones del SAAD. Una vez realizada la valoración se emitirá en un plazo de 15 días un dictamen técnico que especifica el grado de dependencia, así como los cuidados requeridos por la persona. En base a dicho dictamen el órgano instructor del procedimiento formulará una propuesta de resolución que se elevará al titular de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León. Será en esta instancia donde finalmente se dicte una resolución motivada que reconozca la situación de dependencia y los servicios o prestaciones correspondientes. El plazo máximo para resolver y notificarla será de seis meses, desde la fecha de presentación de la solicitud.

Revisiones

En este caso, a la *Orden 824/2007* se le añadió un artículo 6 bis, relativo a “revaloraciones” mediante la *Orden 73/2012*. Esta referencia no coincide exactamente con el concepto de revisiones contemplado en la legislación estatal. Las revaloraciones se contemplan con el fin de garantizar los procesos de valoración y consisten en la posibilidad de que la Gerencia de Servicios Sociales asigne “a profesionales específicos la tarea de evaluar casos ya valorados”. Si este proceso arroja un resultado distinto al de la primera valoración se iniciará de oficio “un procedimiento de revisión del grado y nivel de dependencia” y el dictamen técnico “se emitirá teniendo en cuenta la revaloración”. No hay referencias en dicha norma a la revisión de las prestaciones o del Programa Individual de Atención.

Galicia

Resolución y plazos

En tanto en la Comunidad Autónoma de Galicia también se contempla el procedimiento diferenciado, el *Decreto 15/2010* contiene dos artículos distintos relativos a la terminación de procedimientos administrativos. El artículo 30 hace referencia a la resolución del reconocimiento de la situación de dependencia, mientras que el artículo 38 aborda la resolución del procedimiento de reconocimiento del Programa Individual de Atención. En ambos casos, el plazo máximo para resolver es de tres meses (desde la presentación de la solicitud en el primero de los casos, y desde el reconocimiento de la situación de dependencia en el segundo). En el punto 2 del artículo 30 se especifica que la efectividad del acceso al servicio o prestaciones reconocidas “quedará demorada hasta la aprobación del correspondiente Programa Individual de Atención”.

Dictará resolución de los procedimientos administrativos en cuestión la persona titular del departamento territorial de la consellería con competencias en materia de servicios sociales y, contra el resultado de la resolución podrá presentarse recurso de alzada en el plazo de un mes desde el día siguiente de la notificación. Cuando se considere oportuno las resoluciones deberán incluir el plazo máximo en el que se deban realizar las revisiones correspondientes. En el caso de la resolución del PIA, esta debe incluir las condiciones individuales de los servicios y prestaciones, así como también la participación de la persona en su coste. Asimismo, debe ser motivada si lo que resuelve se aleja de la modalidad de intervención propuesta inicialmente en el proceso de elaboración del PIA.

Revisões

El Decreto 15/2010 en su artículo 42 se refiere a la revisión del grado y nivel de dependencia. Las causas de revisión serán las establecidas en el artículo 30 de la Ley 39/2006. En el caso de iniciarse de oficio, se encargará de ello el órgano del departamento territorial de la consellería competente en materia de servicios sociales. Cuando se inicie a instancia de la persona interesada, esta deberá presentar los informes de salud y documentos pertinentes que fundamenten la revisión. El Órgano de Valoración y Asesoramiento de la Dependencia se encargará de emitir un dictamen-propuesta de desestimación en el caso de no existir las circunstancias acreditadas que justifiquen la revisión. De seguir adelante, el procedimiento se rige por las mismas normas que el de reconocimiento de la situación de dependencia explicado anteriormente en este capítulo.

En cuanto a la revisión del Programa Individual de Atención, el artículo 43 indica que puede ser iniciada:

- a instancia de la persona interesada cuando sus circunstancias motiven un cambio de servicio o prestación reconocida y así lo acredite (ya sea por variación en sus condiciones de salud o de la situación de su entorno).
- de oficio por el órgano del departamento territorial de la consellería competente en materia de servicios sociales en los siguientes supuestos: por una revisión de grado cuyo resultado modifica las prestaciones, por traslados de residencia a la comunidad, por circunstancias objetivamente motivadas, por recomendación de trabajadoras/es sociales de los Servicios Sociales comunitarios, del sistema de salud, o de los servicios sociales especializados.

Además de indicar que las normas de revisión del PIA serán las mismas que las del procedimiento de aprobación, dicha revisión se llevará a cabo “con la periodicidad que determine el órgano superior con competencias en materia de dependencia y conforme a los planes anuales de actuaciones que se establezcan”.

Madrid

Resolución y plazos

Esta comunidad autónoma es una de las que ha optado por el procedimiento único de reconocimiento y así lo destaca en su normativa. La sección sexta del Decreto 54/2015, dedicada a la resolución del procedimiento diferencia: por un lado, el dictamen-propuesta para la resolución del procedimiento que emite la Comisión Técnica de Valoración de la Dependencia; por otro, la resolución que emitirá el órgano competente en materia de dependencia mediante la cual se reconocerá el grado de dependencia y el derecho a las prestaciones indicadas en la modalidad de intervención que determine el PIA.

Un aspecto relevante de esta normativa es que cuando el dictamen de la Comisión Técnica de Valoración de la Dependencia se aleje de la modalidad de intervención manifestada por la persona, o se base en hechos al margen de los aportados, deberá informar este contenido a la persona interesada para que pueda alegar lo que considere pertinente en un plazo máximo de 15 días. En cuanto al plazo general para resolver el procedimiento, se ajusta a la normativa estatal y se estipula en un máximo de seis meses desde la presentación de la solicitud en el registro de la administración competente o legitimada con una encomienda de gestión.

Revisões

Los procedimientos de revisión se recogen en el artículo 30 del Decreto 54/2015. Allí se explica que puede revisarse tanto la resolución del procedimiento en su conjunto o bien “en

cualquiera de sus dos elementos estructurantes: grado de dependencia y Programa Individual de Atención" (artículo 30.2).

Cuando la revisión de grado se inicia a instancia de la persona interesada, la Comisión Técnica de Valoración debe considerar si la mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia está suficientemente acreditada. No puede solicitarse la revisión si no han transcurrido seis meses desde la última valoración, excepto en casos de empeoramiento súbito o traumatismo que afecten una patología ya existente o impliquen la concurrencia una nueva.

Respecto a la revisión del Programa Individual de Atención esta puede realizarse de oficio cuando: una revisión y variación de grado implica una modificación de los servicios o prestaciones, se produzca un traslado de residencia desde otra comunidad autónoma, existan circunstancias que lo aconsejen o se disponga de un recurso más adecuado para la persona beneficiaria. La revisión se iniciará a instancia de la persona interesada o su representante cuando se produzcan cambios en su situación o entorno que requieran modificar los servicios o prestaciones. Debe solicitar el trámite mediante modelo normalizado a través de los servicios sociales de atención primaria y será el/la trabajador/a social quien motive la necesidad de la revisión y proponga una nueva modalidad de intervención.

Análisis de los datos

Las personas pendientes de valoración son aquellas que han solicitado la ayuda a la Dependencia y que están a la espera de ser valoradas por un equipo que les aplica el baremo de valoración.

El número de personas pendientes de valoración en los primeros meses de 2018 se ha situado en 131.040. El año 2017 cerraba con una cifra de 120.213, lo que ha supuesto un incremento de 10.827 personas durante el primer semestre del año.

Gráfico 22. Evolución del número de personas a la espera de valoración desde junio de 2009 hasta diciembre de 2017.



Fuente: XVIII Dictamen del Observatorio De La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Pág. 16.

Lista de espera de personas en situación de dependencia reconocida o "limbo de desatención" se define como "el número de personas que han sido valoradas y de las que

se ha emitido un dictamen con grado reconocido de dependencia y aún no han obtenido resolución de prestación (PIA)" (Informe de la Comisión. 2017: 34).

Es un indicador clave para analizar el grado de gestión de los procedimientos administrativos en cada comunidad autónoma.

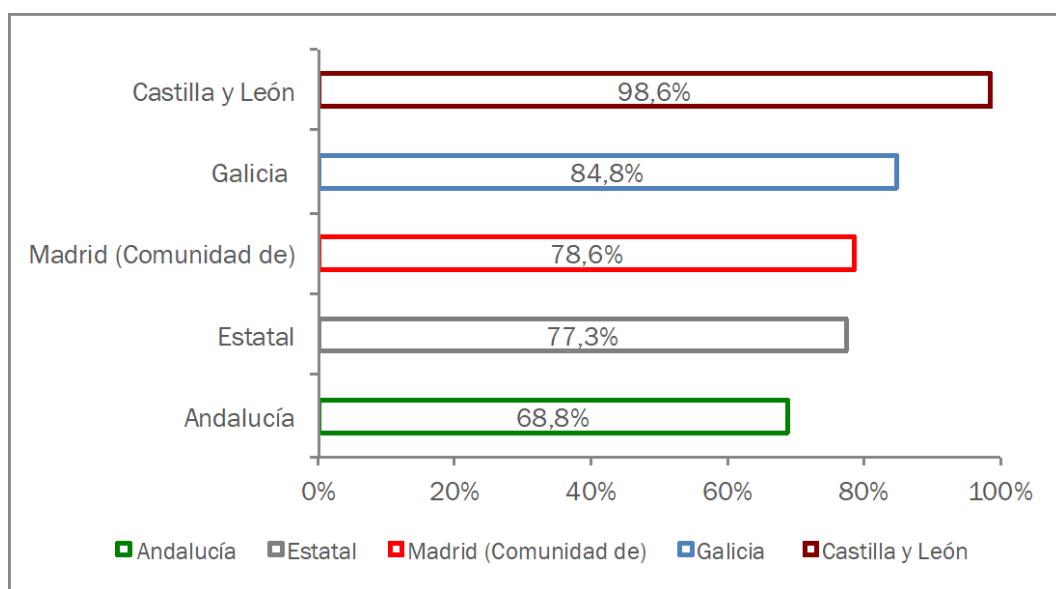
Indicador del grado de cobertura: (Informe de la Comisión. 2017: 47)

las personas beneficiarias con prestación reconocida / sobre las personas con derecho.

A nivel estatal, en los 6 primeros meses de 2018, 289.097 personas están a la espera de ser atendidas. La lista de espera respecto a 2017 (310.120) ha disminuido en 21.023 personas.

La Comunidad con menos lista de espera y, por tanto, con mejor tasa de cobertura es Castilla y León, con 1.304 personas en el "limbo de espera". Frente a Andalucía, que es la región con mayor nº de personas esperando a ser atendidas con los servicios y prestaciones reconocidos en el PIA (89.220).

Gráfico 23. Distribución por CC. AA. de personas beneficiarias atendidas vs. personas con derecho a prestación.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

Las razones por las que los expedientes se encuentran en situación de espera son "múltiples y variadas", según el Informe de la Comisión. Por lo que, es la propia Comisión la que anima al IMSERSO a identificarlas con cada comunidad autónoma. Igualmente señala la necesidad de determinar los casos que realmente pueden ser considerados "lista de espera de acceso a las prestaciones" por causas imputables a la Administración, una vez transcurrido el plazo máximo de tramitación establecido por la LAPAD.

La Comisión concluyó que la mayor causa de baja en el SAAD es el fallecimiento de los beneficiarios, principalmente por la edad de las personas.

Tabla 24 Resumen parámetros de gestión del SAAD a nivel estatal y CC. AA.

INDICADOR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	ESTATAL	ANDALUCÍA	CASTILLA Y LEÓN	GALICIA	COMUNIDAD DE MADRID	NOTACIÓN DE CODIGOS DE COLOR
Solicitantes o solicitudes activas	% de personas que han realizado la solicitud de valoración para acceder a prestaciones de la LAPAD (respecto a su población)	3,7%	4,6%	5,1%	3,0%	3,3%	Verde las CC. AA. con mayor nº de solicitudes. El Índice DEC en su Indicador 2, puntúa positivamente la mayor carga de trabajo que tiene las CC. AA. con más solicitudes. Rojo las CC. AA. con menor nº de solicitudes registradas.
Personas valoradas con expediente activo (personas con resolución)	% de personas que han sido valoradas	92,5%	91,1%	92,5%	99,0%	99,9%	Verde las CC. AA. con mayor ratio de personas valoradas. Rojo las CC. AA. con menor ratio de personas valoradas.
% de resoluciones de valoración por Grados	Resolución de valoración por Grado III	23,5%	22,6%	26,5%	31,2%	25,4%	Verde las CC. AA. con mayor ratio de resoluciones de Grado III. Rojo las CC. AA. con menor ratio de resoluciones con Grado III.
	Resolución de valoración por Grado II	29,9%	34,6%	26,6%	29,5%	23,1%	Verde las CC. AA. con mayor ratio de resoluciones con Grado II. Rojo las CC. AA. con menor ratio de resoluciones con Grado II.
	Resolución de valoración por Grado I	26,0%	24,1%	25,3%	23,9%	23,1%	Verde las CC. AA. con mayor ratio de resoluciones con Grado I. Rojo las CC. AA. con menor ratio de resoluciones con Grado I.
% de personas con derecho a prestación (resolución de dependencia).	% de personas beneficiarias que han obtenido el derecho a tener prestación (aún no están siendo atendidas, pero han adquirido el derecho a recibir prestación).	79,4%	81,2%	78,4%	84,5%	74,3%	Verde las CC. AA. con mayor ratio de personas beneficiarias con derecho a prestación sobre personas valoradas. Rojo las CC. AA. con menor ratio de personas con derecho a prestación sobre personas valoradas.
Personas beneficiarias con prestaciones	Personas beneficiarias con prestaciones	987.086	196.510	88.984	57.058	124.515	Verde las CC. AA. con mayor número de personas beneficiarias con prestaciones. Rojo las CC. AA. con menor número de personas beneficiarias con prestaciones

Grado de cobertura.	% de personas beneficiarias sobre personas con derecho a prestación	77,3%	68,8%	98,6%	84,8%	78,6%	Verde las CC. AA. con mayor ratio de personas beneficiarias sobre personas beneficiarias con derecho. Rojo las CC. AA. con menor ratio de personas atendidas sobre personas beneficiarias con derecho.
Evolución del nº prestaciones concedidas entre 2014-2018	Incremento del nº de prestaciones concedidas entre 2014-2018 por CC. AA.		35.001	39.750	24.015	47.631	Verde las CC. AA. con mayor crecimiento en nº de prestaciones concedidas. Rojo las CC. AA. con menor ratio de prestaciones concedidas.
Índice DEC	<p>El Índice DEC mide y evalúa, desde el año 2012, el desarrollo de las estructuras y presupuestos del Sistema de Servicios Sociales en España, abordando tres aspectos esenciales en el desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> · D. de derechos y decisión política. · E. de relevancia económica. · C. de cobertura de servicios. 	5,08	5,25	7,50	4,15	3,50	Verde las CC. AA. con mayor puntuación en Índice DEC. Rojo las CC. AA. con menor puntuación en Índice DEC.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAAD e Índice DEC 2017²⁹

²⁹ Índice de Desarrollo de los Servicios Sociales:

El Índice DEC mide y evalúa, desde el año 2012, el desarrollo de las estructuras y presupuestos del Sistema de Servicios Sociales en en estado español, abordando tres aspectos esenciales en el desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales:

- D. de derechos y decisión política.
- E. de relevancia económica.
- C. de cobertura de servicios.

Cada uno de estos aspectos se desglosa en diversos indicadores, a los que se asigna una puntuación cuya suma determina el resultado que cada Comunidad obtiene en el correspondiente aspecto y en el total. Así mismo se establecen condiciones para alcanzar la excelencia en cada uno de estos 3 aspectos. La conjunción de la excelencia alcanzada en cada uno de los tres aspectos y de la puntuación total, determina la calificación otorgada al desarrollo del Sistema de Servicios Sociales en cada Comunidad Autónoma.

<https://www.directoressociales.com/documentos/indices-dec.html>

Las diferencias entre CC. AA. estudiadas según los indicadores actualizados del SAAD:

Andalucía tiene:

- El menor porcentaje de personas valoradas respecto a las solicitudes realizadas.
- La menor tasa de resoluciones de Grado III.
- La menor tasa de cobertura de personas atendidas con prestaciones.
- La mayor tasa de resoluciones de Grado II.
- El mayor número de personas beneficiarias con prestaciones.

Castilla y León es la comunidad autónoma que mayor número de indicadores positivos registra:

- Es la región que mayor carga de trabajo soporta al tener un mayor nº de solicitudes de ayudas a la LAPAD (respecto a su propia población).
- Tiene la mayor tasa de cobertura de personas beneficiarias.
- La mejor puntuación en el desarrollo de las estructuras y presupuestos del Sistema de Servicios Sociales en España (Índice DEC).

Galicia destaca en la gestión del SAAD por registrar:

- Es la región que menos ha incrementado el número de prestaciones desde el año 2014.
- El menor porcentaje de solicitudes sobre su población.
- El menor número de personas beneficiarias con prestaciones
- La mejor tasa de resoluciones de Grado III.
- La mayor ratio de personas beneficiarias con derecho a prestación.

Comunidad de Madrid tiene:

- Menor tasa de resoluciones de valoración con Grado II y I.
- El menor porcentaje de personas con resolución de dependencia y, por tanto, en espera a obtener derecho a prestación.
- La puntuación más baja en el desarrollo de las estructuras y presupuestos del Sistema de Servicios Sociales en España (Índice DEC).
- En positivo destaca por ser la región con mayor tasa de personas valoradas respectos a solicitudes presentadas.
- La que más ha incrementado el nº de prestaciones concedidas desde 2014.

Análisis de los discursos

Conforme cambia la situación y circunstancias de las personas con discapacidad, éstas pueden solicitar que se revise el grado de dependencia que inicialmente se les ha asignado.

Los discursos son dispersos en relación a este tipo de revisión: algunas de las personas participantes cuentan sus experiencias de revisión como un proceso no problemático pero lento, mientras otras relatan los obstáculos que enfrentaron durante el procedimiento.

Eh... a mi primeramente me dieron como a él, el grado 1, después, al tiempo, solicité la revisión, me concedieron el grado 2. Viniendo una muchacha a mi casa, me hizo el

informe, yo como vivo sola, soy independiente, mi padre me va a supervisar de vez en cuando, a mi vivienda, pero yo vivo con un perro. Qué pasa, que cuando cojo la silla, que ahora tengo, como la de este compañero, de botón, voy yo bien. Pero con la muleta doy un traspie con mi propio pie, y al suelo voy y me desnudo. Entonces pues, me dice, sí, tú, el grado 2 (GD PCD ANDALUCÍA)

Para que yo pudiera hacer la asistencia personal, yo tenía un grado uno, de hecho, no tenía derecho a ningún tipo de ayuda, no tenía derecho a nada, entonces pedí por medio de la trabajadora social una revisión de grado, me tardó, me tardó mucho tiempo y yo ya pensé que eso se había quedado ahí (...) Bien, ahora, no me llegan las horas. No me llegan las horas porque yo cada año necesito más, si antes yo me podía vestir, ahora no puedo, entonces, he pedido una extensión, he tenido que hacer un escrito a la Xunta, he tenido que volver a presentar pues, papeles, y sí, se me ha concedido. No han tardado, a lo que suelen tardar, no han tardado, han tardado unos 3 meses. (GD PCD GALICIA)

A mí me tienen que valorar más, porque cuando a mí me fueron a valorar, por ejemplo, yo tenía de una última operación del año pasado, que me pusieron una malla, porque a mí me dio una parada cardíaca, pues todo eso no me lo valora, porque dicen que tienen menos de 6 meses. Pero vamos a ver, que está ahí, que tengo el informe, pues no me lo valoran (...) Tengo que esperar los 3 años para otra vez, como empeoramiento. Y el cáncer de mama, que estoy con mastectomía, sin ganglios, ni nada, tampoco me lo valoran porque dicen que eso es estético, que me vaya al psicólogo. Digo, pero perdona, ¿estético? (GD PCD ANDALUCÍA)

En los grupos de discusión emergen las dificultades y miedos que algunas personas con discapacidad enfrentan cuando se plantean la revisión de la valoración de su grado de dependencia.

Unas veces aconsejadas por organizaciones sociales, otras basadas en su experiencia o en ejemplos cercanos, los inconvenientes que manifiestan son:

- Miedo a la reducción del grado, suponiendo una reducción de los recursos asignados en la actualidad.
- Miedo a perder la prestación o servicio que reciben durante el proceso de revisión de la valoración.
- No tener garantías del plazo temporal que supone la respuesta a la revisión de la valoración de grado.

H4: el tema es que, si empeoras y vuelves a aceptar a solicitar una actualización, otra vez tienes que empezar todo el tema burocrático. El círculo burocrático.

H1: ya no solo eso, que si empeoras ya no hay dinero ni para vaselina.

H2: y encima te lo pueden paralizar, que es peor. Te pueden paralizar la prestación que percibes (GD PCD ANDALUCÍA)

H1: ahora cambiar, bueno sí, cambiar ahora, es difícil cambiar.

H2: pero si túquieres lo puedes empezar a mover.

M2: claro, lo puedes empezar a mover.

H2: todo llega.

M2: pero con visos a un año, año y medio (GD PCD MADRID)

Estas dificultades y miedos son compartidos también por las familias, que ante el empeoramiento o aumento de la dependencia de la persona con discapacidad se encuentran igualmente entre la dicotomía de solicitar una revisión de grado para cubrir sus necesidades o poner en peligro la continuidad de la presentación o servicio que ya reciben.

H: Nuestra hija, tiene un grado uno. Que hemos intentado revisar hace... unos meses y nos lo han denegado. O sea... Subirle el grado, porque realmente necesita más.

H: Digamos, que ha empeorado. Por eso, hemos eh... accedido a... A que la revisaran en ese grado de dependencia. (GT FAMILIARES CASTILLA Y LEÓN)

A nivel institucional, desde Servicios Sociales los y las trabajadoras sociales pueden solicitar una revisión de la valoración, que será realizada por la comunidad autónoma, bajo petición del solicitante o de la persona titular.

A pesar de que existe la posibilidad de solicitar un cambio del recurso asignado o bien una nueva valoración del grado de dependencia reconocido al producirse cambios o nuevas situaciones, en las revisiones de las valoraciones emergen problemas relacionados con el resultado de las revisiones.

Según afirma la trabajadora social, en ocasiones se prioriza la valoración de una solicitud inicial frente a la revisión de un grado. La falta de regulación sobre los plazos de respuesta provoca que las revisiones pasen a ocupar un segundo plano:

Vale, es que la revisión, no está contemplada temporalmente en la ley, en los decretos que regulan los procedimientos. Cuando se hablan de tiempos y demás, marcan tiempos iniciales, solicitud, resolución de grado y resolución de la propuesta. Las revisiones no están contempladas o sea, están contempladas como un derecho y un deber que tiene el usuario, sin embargo, no están acotadas temporalmente, se hacen, se hacen muchísimas ya te digo (...) entonces se prioriza por cuestión también un poco de optimizar, si tenemos una persona que ya tiene un grado dos y ya tiene una ayuda a domicilio o va una chica a su casa y pide revisión de grado para que vayamos otra vez, pues le quitamos al valorador que vaya a ver a una persona que lo acaba de solicitar, entonces se van entremetiendo. Se hacen, hacerse se hacen.(ETS ANDALUCIA)

Según las trabajadoras sociales se produce un cuello de botella en los PIA cuando las valoraciones no se resuelven en los plazos estimados. Si la persona empeora y pide otra valoración se solapan los trámites y nunca consiguen que un “PIA quede resuelto”.

Existe una percepción de inconsistencia, discrecionalidad y falta de transparencia en el proceso de acceso a los recursos de la LAPAD, en cuanto tiempos, las esperas y los plazos de solicitud:

Tampoco ha sido muy clara la ley, y de hecho hay gente que te dice: “es que mi vecina hace tres meses tuvo no sé qué”, y dices es que es real. Tenéis el mismo grado, la misma situación, el mismo PIA, pero la única variable ha sido el momento en que se ha solicitado o en el que lo han concedido, ya está, luego todo lo demás, pero unas variaciones tremendas, de tiempo... (ETS C. MADRID)

Ahora mismo, hace unos años la solicitud temporal, no me acuerdo qué departamento la llevaba, pero después pasó a dependencia, y ahora mismo, no sé cuántas solicitudes temporales llevaré, pero no me han concedido ninguna. Están siendo mucho más estrictos. Las solicitudes temporales son personas que están en

el hospital, que no tienen un apoyo, no tienen una red de apoyo social o familiar, y necesitan estar por lo menos dos o tres meses en ese centro, pues vuelven a su domicilio. Además, es que tengo varios, tengo personas así, vuelven a su domicilio y no hay ningún recurso más al que poderse acoger. (ETS C. MADRID)

Una revisión de grado puede conllevar también una revisión de PIA, en tanto al modificarse el grado de dependencia, también cambian los servicios y prestaciones a los que se tiene acceso. Lo más relevante en esta situación y del cambio de recursos que conlleva es que este tipo de revisión puede suponer nuevas demoras, y mientras se espera, existe la percepción de que se suspenden las prestaciones de las que se disfrutaba hasta el momento.

Hasta ahí, luego ya me independicé y solicité un cambio de recurso y el cambio de recurso me tardaron 2 años. O sea, pasar de, lo que quería era de que, dejar de percibir la pensión, es decir, porque yo no vivía con mis padres, a que me cambiaran a ayuda a domicilio. Dos años esperando y, entre comillas, lo que ha motivado el cambio fue que tocó un empeoramiento, entré en el hospital y la trabajadora social del hospital fue la que movió el tema dentro del... dentro del expediente, que estaba totalmente parado. Para el tema de la ayuda a domicilio. Pero si no, como le digo, traslado de expediente de un pueblo aquí a Sevilla, dos años esperando (GD PCD ANDALUCÍA)

Porque a mi madre le dieron, cuando le dieron el PIA, después de un año. Yo fui a Agustín de Foxá, y le dije, porque le habían dado centro de día, pagando, teníamos que pagar 400 euros, no era gratis (...) me dijeron que también podía pedir el cambio de centro de día por una residencia pero que tardaban bastante tiempo en cambiar el PIA porque a lo mejor tienen que ir a volverte a valorar otra vez. (GD PCD MADRID)

Depende del recurso y yo vuelvo a decir que ahora estamos peor que nunca y estamos tardando una burrada. (ETS GALICIA)

Como indican las trabajadoras sociales, los retrasos en la revisión del PIA y la asignación del recurso dependen en gran medida del recurso solicitado, con mayores demoras en las solicitudes de residencias y los centros de día.

(...) No. No, para nada. A nivel de dependencia, es decir, suelen cambiar recursos muy poco. Muy poco porque, o en algún caso, por ejemplo, pues sí que tuvimos ahora hace poco en un centro, una persona que estaba en un centro, pero que su discapacidad, su diagnóstico había empeorado mucho y ya no era viable que estuviera en el centro, y acabaron solicitando ayuda en el hogar, ¿(...) Con celeridad?

Dentro de los plazos de la administración, realmente, cambiar de recurso no suele ser lo que mayor dificultad genera, depende también para el recurso que solicites, si tú tienes, pues, no sé, centro y ahora quieras pasar a servicio de ayuda a domicilio, eso al final quién lo gestiona es en cada ayuntamiento, lo van gestionando a través de dependencia, pero lo gestionan allí y a veces hay una lista de espera de 15 personas. Claro, cambiar de recurso y que te den ayuda en el hogar, es fácil, ahora, ya acceder al recurso es diferente. Y lo mismo pasa con personas que solicitan el recurso de residencia, de centro de día, porque pueden pasar meses, meses, meses y más meses y hay lista de espera. (...) (ETS COGAMI GALICIA)

Asimismo, la urgencia es otra de las dimensiones que se deben tener en cuenta en el caso de las revisiones de grado o de PIA, para algunas trabajadoras sociales el tiempo de espera para atender la urgencia deja a los solicitantes en “un limbo temporal”:

(...) un ELA puede en 6 meses, 9 meses cambiar completamente, de tener una autonomía a tener una gran dependencia, y es verdad que la tramitación en esos 6 meses, a nivel municipal tienes ese margen de poner unas prestaciones con la intensidad que sea hasta que se resuelva. En el momento que se resuelva verás que la dependencia te va a limitar. La revisión de grado o la revisión de PIA se puede hacer de forma ordinaria y la comunidad de Madrid tiene 6 meses para resolver esa revisión de grado, esa revisión de PIA, pero también hay procedimientos de urgencia porque la situación lo requiere y se justifica a la Comunidad (ETS AYTO. MADRID)

Con la implantación de la LAPAD, desaparece el trámite de urgencia. Las trabajadoras sociales realizan solicitudes temporales de recursos a los que no obtienen respuesta por parte de la Administración, dejando en “un limbo temporal” a personas con situaciones graves que requieren una rápida intervención. (ETS C. MADRID)

Porque antes se canalizaba, la gente tenía servicios en el momento que te pasaba, si una persona mayor salía de un hospital y necesitaba una residencia, hacías unos trámites y era más o menos real y efectivo, disponer de una residencia y disponer de los apoyos. Es que ahora sales y es, bueno, búscate la vida, hasta que esa persona mayor, porque los hijos no pueden prestar apoyo, o el apoyo es intermitente y no es continuo porque trabajan o lo que sea, y se encuentran con una persona mayor que no pueden atender y hacen los trámites, pero la administración no responde (ETS C. MADRID)

En los plazos y la tramitación de la urgencia las trabajadoras sociales advierten las siguientes diferencias respecto a su tramitación antes y después de la LAPAD:

Tabla 19 Antes de la implantación de la LAPAD vs. ahora en la implantación de la LAPAD

ANTES LAPAD	ACTUALIDAD LAPAD
Concesión de recursos inmediatos ante urgencias.	Se realizan los trámites sin respuesta de la Administración.
Tramitación rápida.	Tramitación lenta y burocrática (ver esquema de ETS Andalucía donde explica las administraciones que intervienen en el acceso incrementando los plazos)
Tramitación de urgencia: existía esta figura.	Tramitación de urgencia: se elimina esta figura en la ley actual.

Plazos

Dentro del proceso de Acceso al SAAD, la cuestión de los plazos es central en el discurso de los grupos. En torno a ella se presentan diversas problemáticas y todas están atravesadas por demoras y esperas, tal y como se ha indicado a lo largo de este apartado, existen retrasos en:

- La valoración del grado y el reconocimiento de la situación de dependencia
- Acceso a los servicios y prestaciones del SAAD
 - Haber obtenido la valoración y el reconocimiento de la situación de dependencia, así como también contar con un Plan de Atención Individual definido, no significa acceder automáticamente a los recursos asignados en la modalidad de intervención.
- Retrasos en la revisión del grado
- Retrasos en la revisión del PIA

Han pasado 8 años, 8 años,

(...) me he ido poniendo en contacto, igual que ella, cada cierto tiempo, yo iba, perdiendo tiempo de mi vida, venir para, mira, a ver qué pasa, "no, es que ahora vienen los del grado". Siempre había gente peor que yo.

Bueno, si yo te entiendo que ese dinero para gente que vaya peor ¿no? yo el jueves pasado me acerqué a la salida de la Consejería y en un momento, y fui a preguntar, qué pasa con esto, "oh, esto es que no sé cuántos", digo, pero por qué no, "no, pues yo creo que ya en tu grado estamos". (...) Yo, presentando el escrito solicitándole, digo, mira, que mi Ley de Dependencia, llevo 8 años esperando, que alguien me diga algo, por lo menos contestarme. Que es lo que le digo en el escrito. Y ahora cuando estoy con el escrito me dicen, "pero tú, tú tienes más grados de los que... pones este, presenta otro escrito para que te vuelvan otra vez a revisar" ... perder el tiempo.

"Para que cuando te tengan más grados, tienen más posibilidades que te lo, que te den más cosas". Digo, pero a ver, supuestamente me tienen que dar ya cosas, o sea, cosas, que yo no sé exactamente... (GD PCD ANDALUCÍA)

H4: entonces, los pasos son, primero te ve un valorador, que puede tardar como dos años en verte. Después, un año o año y pico hasta que te venga la resolución, pero que te venga la resolución no quiere decir que empiecen inmediatamente para el recurso.

Ahora, para que se te asigne el recurso, pues puede, a la disponibilidad de la administración. Otro año, año y medio, o más. (GD PCD ANDALUCÍA)

Las causas de estas demoras se asocian a distintos factores:

- Recortes presupuestarios, menos personal en los equipos de valoración e incremento de los tiempos de espera para ser valoradas.

Haber sido valorada en un grado que ha tardado más tiempo en acceder a los recursos (por ejemplo, las personas valoradas en grado 1, cuando por normativa tenían prioridad otros grados).

H4: el de la Ley de Dependencia, también, a raíz del tema de los recortes presupuestarios con la crisis, había menos valoradores, al haber menos valoradores la lista de espera... era de dos años. Para que te valoraran. (GD PCD ANDALUCÍA)

Estos retrasos tienen un impacto determinante en la vida de las personas de las siguientes formas:

Por un lado, el desfase entre los recursos asignados con retraso y las necesidades de la persona en ese momento. Es necesario tener en cuenta que conforme evoluciona la situación de dependencia- los retrasos en la asignación de recursos pueden ser de meses o años - en el momento de acceder a ellos la modalidad de intervención diseñada en un principio puede resultar obsoleta.

En segundo término, una modalidad de intervención inadecuada a las nuevas circunstancias conduce a una revisión de grado y PIA, y puede implicar nuevos retrasos. Mientras tanto, el acceso a los recursos que marca el PIA no es efectivo.

Por último, el impacto más drástico que tienen los retrasos es que la persona fallezca sin haber percibido los servicios o las prestaciones establecidos en el PIA. A este respecto se genera un debate que tiene que ver con lo justo/injusto de cobrar “indebidamente” prestaciones que llegaron una vez la persona había fallecido. Ese cobro es incluso percibido como una forma de “reparación” por parte de la administración hacia las familias. Esta es una de las situaciones donde se pone sobre la mesa la vulnerabilidad a la que están expuestas las personas con discapacidad y su entorno.

M2: además mira, mi madre solicitó, se la concedieron, un grado 3 y no llegó a cobrarla, ni a tener servicios porque se murió antes, que es lo que están haciendo ahora.

H1: mi madre

M1: mi madre también

M2: tardan un año, una persona mayor y cuando quieren dársela se ha muerto
(GD PCD MADRID)

H1: yo, mira, he pedido un aumento de una hora más porque además la tengo concedida, por mi discapacidad. Y todavía no ha llegado, y llevamos seis meses desde que eché, y tengo que aportar más cosas porque me han pedido la declaración de mi mujer, cosa que ya había echado, pero bueno, yo por no hacerla, voy a volver a echarla y a callarme. Pero ya van seis meses para que me den una hora más, para poder ir a la piscina de rehabilitación (...) la verdad es que es una vergüenza. Eso me lo podían haber dicho el primer día “oye, ¿puedes o no puedes?” y ya está, si es solo firmar, para que más tiempo. Lo único que hacen con eso es embolsarse todos estos meses. (GD PCD MADRID)

En definitiva, lo que se plantea en los grupos es una doble lista de espera, en un primer momento para la valoración del grado, con plazos que superan los seis meses estipulados por la ley, y, en segundo lugar, la lista de espera para el reconocimiento de la situación de dependencia. Las conclusiones relacionadas con este ámbito de la aplicación de la LAPAD se resumen en: “Ahora tarda más que antes”, cuando comparan la tramitación de la Ley en los inicios y en la actualidad.

4. La promoción de la autonomía de las personas con discapacidad a través de los Servicios y Prestaciones del SAAD

El objetivo de este capítulo es analizar los servicios y prestaciones económicas a las que acceden las personas con discapacidad a través del SAAD, una vez reconocido el derecho (valoración y PIA). Estudiar esta cuestión nos ayuda a comprender la cobertura específica del SAAD y en qué medida esta cobertura enfatiza tanto los aspectos relativos a la atención de las situaciones de dependencia, como los de promoción de la autonomía y la vida independiente de las personas con discapacidad. Si bien debería aquí abordarse la prestación económica de Asistencia Personal, dado el peso que tiene dentro de los objetivos de la investigación, hemos considerado oportuno dedicar a este asunto un capítulo aparte. Así es que las próximas páginas se centrarán en las siguientes dimensiones de análisis: la definición del Catálogo de Servicios y Prestaciones, las características de los Servicios y Prestaciones en cada comunidad autónoma, y por último, la adecuación de los servicios y prestaciones a las necesidades de las personas con discapacidad a través de las valoraciones realizadas por los diferentes actores.

4.1. CATÁLOGO DE SERVICIOS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS

Análisis del marco normativo Normativa estatal

Las prestaciones del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) se especifican en el capítulo II de la Ley 39/2006. Su objetivo es prestar una atención orientada “a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades”. Para ello, se pretende, por un lado, facilitar la autonomía de la persona “en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible”; por otro, proporcionarle “un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad” (Ley 39/2006, artículo 13).

Asimismo, se distinguen dos tipos de prestaciones: de servicios y económicas. Dentro del Catálogo de servicios que se especifica en el artículo 15 se incluye: servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de noche, y residencias. En cuanto a las prestaciones económicas se distingue entre: prestación vinculada al servicio (artículo 17), para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (artículo 18) y de asistencia personal (artículo 19).

El Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en

situación de dependencia, en su artículo 2, determina los servicios y prestaciones que corresponden a cada grado de dependencia, en el sentido de cuáles pueden ser incluidos en el Programa Individual de Atención y, por tanto, en la resolución final. Por un lado, a los grados II y III les corresponde todos los servicios y prestaciones económicas antes mencionadas. Por otro, el grado I accede a los mismos servicios y prestaciones económicas, con la excepción del servicio de atención residencial.

En términos generales, las prestaciones de servicios tienen carácter prioritario frente a las económicas. Según se explica en el artículo 14.2 de la Ley 39/2006, las primeras “se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas comunidades autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados”. En este sentido, la prestación económica vinculada al servicio dará cobertura cuando no sea posible la atención mediante la oferta pública antes mencionada (artículo 14.3), la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales se considera excepcional y requiere cumplir una serie de condiciones relativas a la convivencia y la habitabilidad de la vivienda (artículo 14.4) y, por último, la prestación de asistencia personal queda sujeta a las condiciones específicas que el Consejo Territorial establezca para el acceso.

Normativa autonómica

En términos generales, la normativa autonómica replica las características del Catálogo de servicios y prestaciones económicas establecido a nivel estatal. Así es que a continuación se mencionan aquellos aspectos específicos que marcan alguna diferencia relevante en cada una de las CC. AA. objeto de estudio.

Andalucía

El Catálogo de servicios y prestaciones económicas en el caso de Andalucía queda establecido en la Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía. Dicha norma, actualmente en vigor, ha sido modificada en múltiples ocasiones (2008, 2009, 2010), sin embargo, no ha incluido cambios posteriores que afectan la definición del catálogo de servicios y prestaciones económicas en dos sentidos:

Por un lado, la Orden de 3 de Agosto de 2007 diferencia niveles dentro de los grados (artículo 5), una distinción que fue eliminada mediante la propuesta de mejora aprobada por la *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 dependencia³⁰*.

³⁰ Tal como se explica en el punto Segundo, queda aprobada la siguiente mejora: “1.ª Modificación de la actual clasificación de la situación de dependencia establecida por grados y niveles. Se acuerda modificar la actual estructura de grados y niveles para la determinación del grado de dependencia, que se contiene en el artículo 26 de la Ley. La nueva estructura pasará a tener una única división en 3 grados, desapareciendo la división de

Por otro, tampoco se actualiza a lo estipulado en el artículo 2 del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En resumen, la no actualización del catálogo provoca que ciertos servicios o prestaciones se excluyan en la redacción de la norma. En concreto, no se incluye la prestación económica de asistencia personal para los grados I y II (artículo 5.a y 5.b).

Sin perjuicio de lo anterior, la reciente *Ley 9/2016, de Andalucía, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía*, incluye en su capítulo IV –donde se enumeran las prestaciones de los servicios sociales– un artículo que define las “prestaciones garantizadas” como “aquellas cuyo reconocimiento tiene el carácter de derecho subjetivo, son exigibles y su provisión es obligatoria para las Administraciones Públicas” (artículo 42.1). En esta categoría de prestaciones garantizadas quedan incluidas aquellas “contempladas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, y en su normativa de desarrollo” (artículo 42.2.h). Si bien esta reciente ley permite interpretar que el acceso al catálogo de servicios y prestaciones queda regulado por la normativa estatal, esto no quita la conveniencia de actualizar otra normativa autonómica y recoger los últimos cambios introducidos a este asunto.

Castilla y León

En el caso de Castilla y León, su marco normativo incluye las últimas actualizaciones realizadas a nivel estatal.

El catálogo de servicios y prestaciones económicas se ha regulado por la Orden FAM/644/2012, de 30 de julio, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales (recientemente derogada por la Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales).

A la hora de definir los servicios y prestaciones, el artículo 4.1. remite directamente a la normativa estatal: “a cada grado de dependencia corresponderán los servicios y prestaciones económicas previstas en el Real Decreto 1051/2013 de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”.

Como característica diferencial del catálogo de Castilla y León, cabe destacar al punto 2 del artículo 4, por el cual se extiende el servicio de atención residencial a las personas con grado I cuando así lo acredite el expediente por la situación socio-familiar: “se proporcionará, desde el nivel adicional de protección de la comunidad autónoma, por centros autorizados

dichos grados en niveles. Los nuevos grados serán los siguientes: Grado III. Gran Dependencia. Grado II. Dependencia Severa. Grado I. Dependencia Moderada. Todas las nuevas resoluciones de valoración de grado de dependencia, desde la entrada en vigor de la norma que recoja el contenido de este apartado, se ajustarán a la nueva estructura de grados, incluidas las derivadas de procesos de revisión u otras causas. Las personas que ya tuvieran reconocido grado y nivel, seguirán manteniéndolos, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 30 de la Ley a efectos de revisión.”

e inscritos en el Registro de entidades, servicios y centros de carácter social de Castilla y León" (Orden FAM/6/2018, de 11 de enero).

Galicia

En este caso los servicios y prestaciones del SAAD quedan definidos por la Orden de 2 de enero de 2012, de Galicia, de desarrollo del Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, el procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.

Si bien la orden antes citada, así como el decreto que desarrolla no están completamente actualizados en relación con la normativa estatal, en el caso de Galicia es necesario destacar otra normativa dedicada específicamente a regular el Catálogo de servicios y prestaciones del SAAD. Se trata del Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por el que se define la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y se determina el sistema de participación de las personas usuarias en la financiación de su coste. El interés de dicho decreto radica en que pretende configurar un catálogo especializado que atienda las necesidades de la persona teniendo en cuenta, además de su grado de dependencia, su pertenencia a algún colectivo específico, entre los cuales se explica el de personas con discapacidad física. Tal como se explica en la exposición de motivos "esta norma constituye un desarrollo especializado de la misma relación genérica de servicios que figuran en el artículo 15 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, así como del artículo 3 del Decreto 15/2010, de 4 de febrero, de tal forma que a través de la configuración de las diferentes modalidades de un mismo servicio se pueda dar mejor respuesta a la necesidad de atención que requiera cada persona atendiendo al diagnóstico que está detrás de su situación de dependencia".

La "cartera de servicios", según el artículo 5, queda integrada por:

- a) servicios comunes,
- b) servicios específicos,
- c) servicio de asistente personal.

La primera cartera se dirige a "personas cuyo diagnóstico no requiera la asignación de servicios que, siendo de la misma naturaleza, se encuentren incluidos en cualquiera de las carteras específicas" (artículo 5.2.). La cartera de servicios específicos está destinada "a personas dependientes que, teniendo edad igual o superior a 16 años, tengan diagnosticada alguna de las siguientes limitaciones: alzhéimer, discapacidad física, parálisis cerebral, daño cerebral, discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista o enfermedad mental" (artículo 5.3.). Por último, la cartera del servicio de asistente personal consiste en aquellos "servicios dirigidos a facilitar el apoyo personal, inclusión social y/o educativa, así como la promoción y participación de las personas que, siendo de edad igual o superior a 16 años, se encuentran en situación de gran dependencia o dependencia severa, con el objeto de permitir su desarrollo en las actividades de la vida diaria, laborales y/o educativas y propiciar la participación de la persona usuaria en la vida social y económica".

Si bien no es posible exponer aquí cada una de las carteras, cabe destacar dos aspectos: por un lado, el carácter innovador que supone el desarrollo normativo de una cartera de servicios que tenga en cuenta la especificidad de los diagnósticos que derivan en una determinada situación de dependencia, un aspecto relevante para las personas con discapacidad física y orgánica. Por otro, el hecho de establecer una cartera de servicio de asistencia personal y definirla tal como se cita en el párrafo anterior, puede llevar a confusión, en tanto la asistencia personal dentro del SAAD tiene la naturaleza de prestación económica (o libranza, en el caso de la normativa de Galicia), y pueden acceder a ella las

personas beneficiarias que tengan reconocido cualquiera de sus grados, tal como explica otra normativa estatal y de la propia comunidad autónoma.

Madrid

La Comunidad de Madrid ha elaborado su normativa recientemente a través del Decreto 54/2015, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad de Madrid.

El catálogo de servicios se desarrolla en el artículo 3, mientras que las prestaciones económicas se definen en el artículo 5. Finalmente, el artículo 6 se dedica a especificar los servicios y prestaciones económicas por grado de dependencia. Dado el carácter reciente de esta normativa, la misma incluye las últimas actualizaciones del marco estatal. En este sentido, los contenidos del decreto responden a los lineamientos generales. Asimismo, no se identifican en este asunto elementos que puedan considerarse innovadores o que vayan más allá del marco regulatorio estatal.

Análisis de los datos

Actualmente la Ley 39/2006 concede a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia 1.221.196 prestaciones a 987.086 personas (cifra a 30 de junio de 2018 y una vez realizado el cruce con los ficheros de fallecidos –siendo el fallecimiento la principal causa de baja en el Sistema).

La *ratio* de prestaciones por persona beneficiaria es de 1,24 y se distribuye de la siguiente manera entre las CC. AA. analizadas: en Castilla y León asciende a 1,31; en Andalucía y Comunidad de Madrid es de 1,30; mientras que en Galicia desciende a 1,16 – ubicándose por debajo de la media estatal.

En cuanto al porcentaje de población beneficiaria respecto a la población total (tabla 20), este se sitúa en el 2,2% a nivel estatal. Entre las CC. AA. objeto de estudio, Castilla y León presenta la tasa más elevada (3,7%). Le sigue Andalucía, donde el 2,4% de su población recibe algún tipo de prestación; Galicia con un 2,1% y la Comunidad de Madrid, que cuenta con un 1,9% de personas beneficiarias entre su población.

Tabla 20. Personas beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las CC. AA.

Ámbito territorial	Población CC. AA. (1)		Personas beneficiarias con prestaciones	
	Nº	%	Nº	% población CC. AA.
Estatal	46.572.132	100,00%	987.086	2,20%
Andalucía	8.379.820	17,99%	196.510	2,35%
Castilla y León	2.425.801	5,21%	88.984	3,67%
Galicia	2.708.339	5,82%	57.058	2,11%
Comunidad de Madrid	6.507.184	13,97%	124.515	1,91%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

En cuanto al perfil de las personas atendidas con prestaciones, tal como se observa en la tabla 21, a nivel global nos encontramos con una mayor prevalencia de hombres beneficiarios. Este grupo supera en casi 8 puntos porcentuales al de beneficiarias mujeres. Esta diferencia, que se repite en las distintas franjas de edad, se incrementa especialmente entre las personas más jóvenes. La mayor diferencia se sitúa en el grupo de 19 a 30 años, donde alcanza casi un 17%. A medida que avanzamos por las diversas franjas etarias esta diferencia se va reduciendo hasta un 0,24%.

Tabla 21. Perfil de la persona beneficiaria con prestación: Sexo y Edad

Sexo	19 a 30 años		31 a 45 años		46 a 55 años		56 a 64 años		Total	
	Nº	% ¹	Nº	% ¹						
Mujer	15.388	41,64%	27.574	44,08%	24.420	46,49%	32.558	49,88%	99.940	45,99%
Hombre	21.568	58,36%	34.974	55,92%	28.109	53,51%	32.709	50,12%	117.360	54,01%
Total	36.956	100,00%	62.548	100,00%	52.529	100,00%	65.267	100,00%	217.300	100,00%

¹ Calculado sobre el total de cada franja de edad

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

Si atendemos a las franjas etarias por cada sexo, resulta llamativo que el mayor peso específico entre los hombres está en la franja 31 a 45 años con casi el 30% de los casos. En cambio, entre las mujeres su mayor peso relativo lo tenemos entre las mujeres de más edad, con un 32%. ³¹

Tabla 22. Perfil de la persona beneficiaria con prestación: sexo y edad: % por sexo

Sexo	19 a 30 años		31 a 45 años		46 a 55 años		56 a 64 años		Total	
	Nº	% ¹	Nº	% ¹						
Mujer	15.388	15,40%	27.574	27,59%	24.420	24,43%	32.558	32,58%	99.940	100,00%
Hombre	21.568	18,38%	34.974	29,80%	28.109	23,95%	32.709	27,87%	117.360	100,00%
Total	36.956	17,01%	62.548	28,78%	52.529	24,17%	65.267	30,04%	217.300	100,00%

¹ Calculado sobre el total de cada sexo

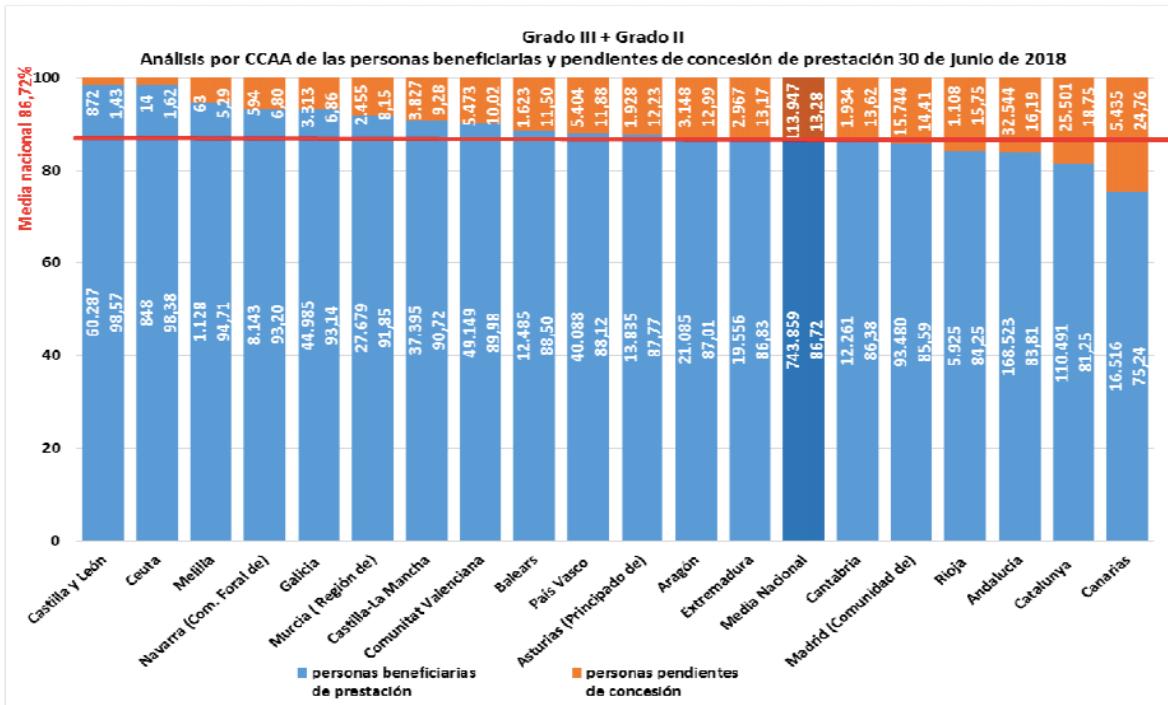
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

Según el informe emitido por el IMSERSO a fecha 30 de junio de 2018 sobre la situación actual “encontramos un total de 857.806 personas beneficiarias de Grados III y II (grandes y severos dependientes), de las cuales 743.859 son personas beneficiarias con prestación reconocida, lo que supone un 86,72% de cobertura media estatal, como se refleja en la gráfica de la página siguiente.

³¹ Para la interpretación hay que tener en cuenta que la construcción de algunos tramos de edad son más amplios que otros y esto puede incidir finalmente en el peso porcentual de cada uno de ellos.

Por lo tanto, hay un total de 113.947 personas de los Grados III y II pendientes de recibir prestación, esto es un 13,28% de las personas, de estos Grados, que ya han sido declaradas con derecho a servicio o prestación.”

Gráfico 25. Análisis por CC. AA. de las personas beneficiarias y pendientes de concesión de prestación a 30 de junio de 2018. (Grado III + Grado II)



Fuente: Datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018 (Informe Análisis explicativo estadísticas.).

La evolución de estos datos en un año (desde 30 de junio de 2017 a 30 de junio de 2018) ha sido positiva a nivel estatal, puesto que se ha atendido a 1,3% más de personas con Grado III y II.³²

En las CC. AA. estudiadas la evolución del indicador de personas beneficiarias de prestación que están siendo atendidas ha sido:

En Andalucía se ha atendido a un 3,4% más.

En Castilla y León el indicador se mantiene en 98,6% de atención.

En Galicia ha evolucionado muy positivamente al incrementar la atención en un 7,6%.

La Comunidad de Madrid ha dejado de atender a un -9,4% de personas con Grado III y II.

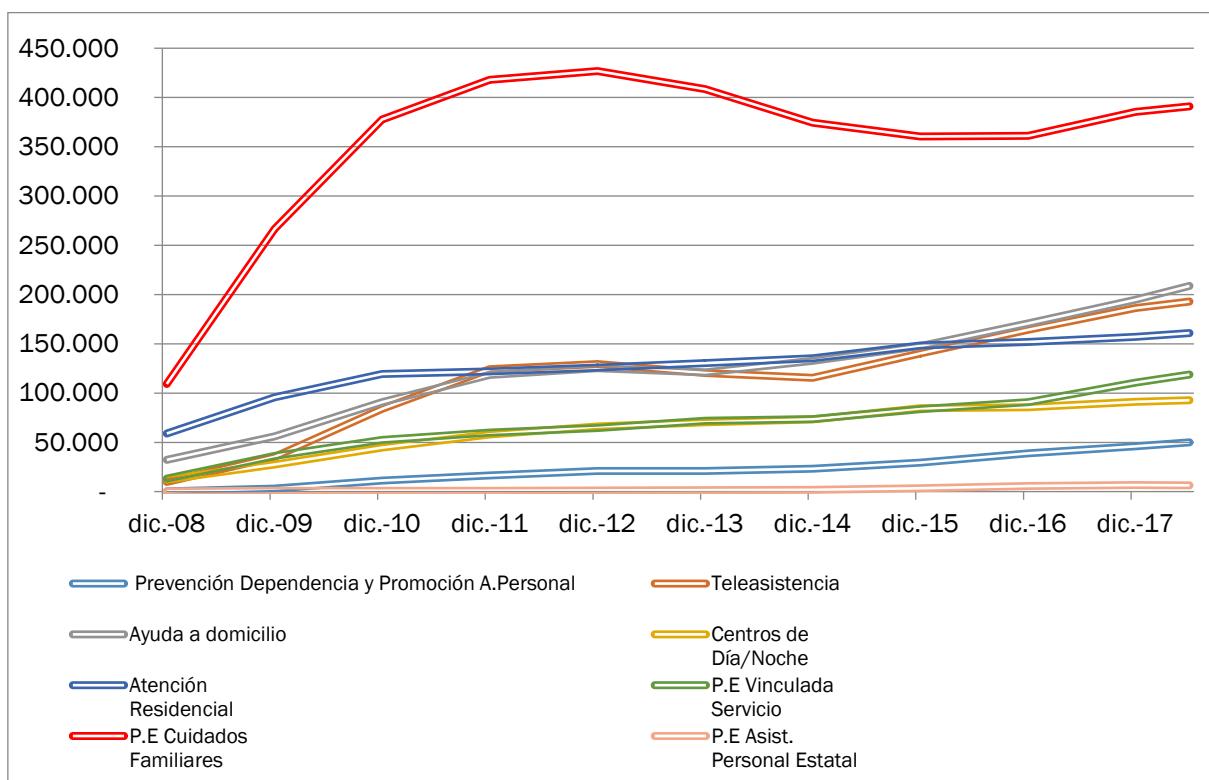
³² Diferencias calculadas de los datos extraídos de los informes mensuales del SAAD: “Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del sistema para la autonomía y atención a la Dependencia” con fecha 30 de junio de los años 2017 y 2018.

Evolución de la cartera de servicios y prestaciones económicas:

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales ha sido y continúa siendo la ayuda más concedida a nivel estatal de toda la cartera de servicios y prestaciones desde la implantación de la LAPAD. En 2012 alcanzó su punto máximo con 426.810 prestaciones concedidas, momento en que comenzó a disminuir con el cambio normativo que se produce, dando lugar a recortes económicos de alto impacto. No obstante, según el último dato registrado a 30 de junio de 2018, ya alcanza las 390.860 prestaciones concedidas recuperando las tasas anteriores al 2012.

Entre los servicios más concedidos históricamente, están la teleasistencia, la ayuda a domicilio y la atención residencial. Estos tres servicios han crecido paralelamente hasta situarse en la actualidad en niveles entre 160.000 y más de 200.000 prestaciones. Al inicio de la implantación de la Ley, la atención residencial fue el servicio más concedido de los tres. Actualmente, es la ayuda a domicilio el servicio más prestado a nivel estatal.

Gráfico 26. Evolución de la cartera de servicios y prestaciones económicas desde el año 2008 hasta junio de 2018 (primer semestre del 2018).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018 (recoge el primer semestre del año 2018).

Tabla 23. Número de prestaciones en la cartera de servicios y prestaciones económicas desde el año 2008 hasta junio de 2018.

	Prevención Dependencia y Promoción A. Personal	Teleasistencia	Ayuda a domicilio	Centros de Día/Noche	Atención Residencial	P.E Vinculada Servicio	P.E Cuidados Familiares	P.E Asist. Personal
dic-08	231	9.820	32.236	12.270	58.960	13.197	109.287	171
dic-09	2.962	35.372	56.089	27.361	95.820	36.076	266.398	658
dic-10	11.147	84.016	90.912	44.610	119.253	52.402	377.787	735
dic-11	16.415	124.114	118.513	58.030	122.040	59.836	417.782	874
dic-12	20.891	129.327	125.295	65.976	125.792	64.532	426.810	1.280
dic-13	20.994	120.457	120.962	70.343	130.424	72.029	408.401	1.441
dic-14	23.310	115.570	132.597	73.293	135.346	73.636	374.348	1.883
dic-15	29.461	140.252	147.748	84.462	148.382	83.734	360.505	3.440
dic-16	38.854	164.136	170.693	85.730	151.719	90.847	361.209	5.779
dic-17	46.078	186.276	194.725	90.959	157.174	110.669	385.476	6.654
jun-18	49.963	192.873	208.704	92.717	160.876	118.780	390.860	6.423

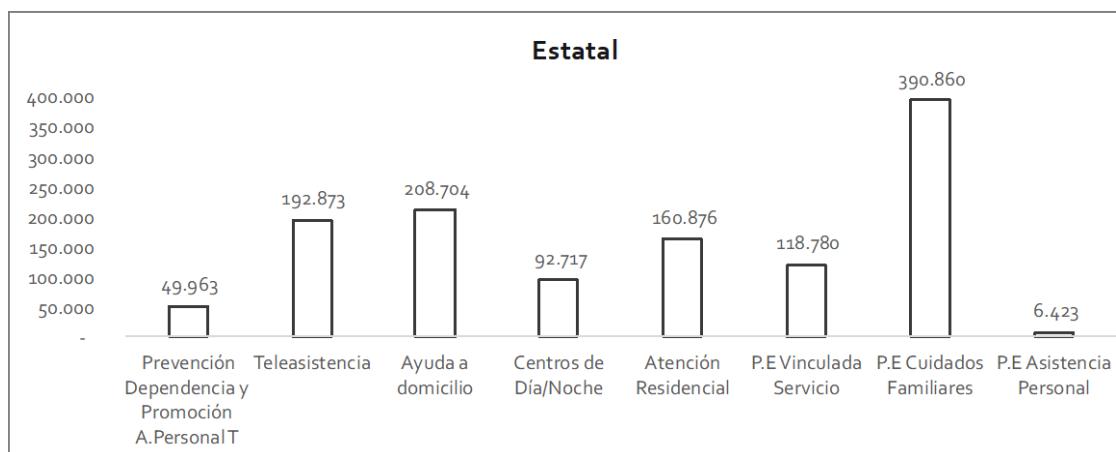
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO.

Tal como se indicó al inicio de este apartado, a fecha de 30 de junio de 2018, el total de prestaciones a nivel estatal alcanza la cifra 1.221.196 prestaciones.

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar es la prestación más concedida (390.860), seguida del servicio de ayuda a domicilio (208.704) y el servicio de teleasistencia (192.873).

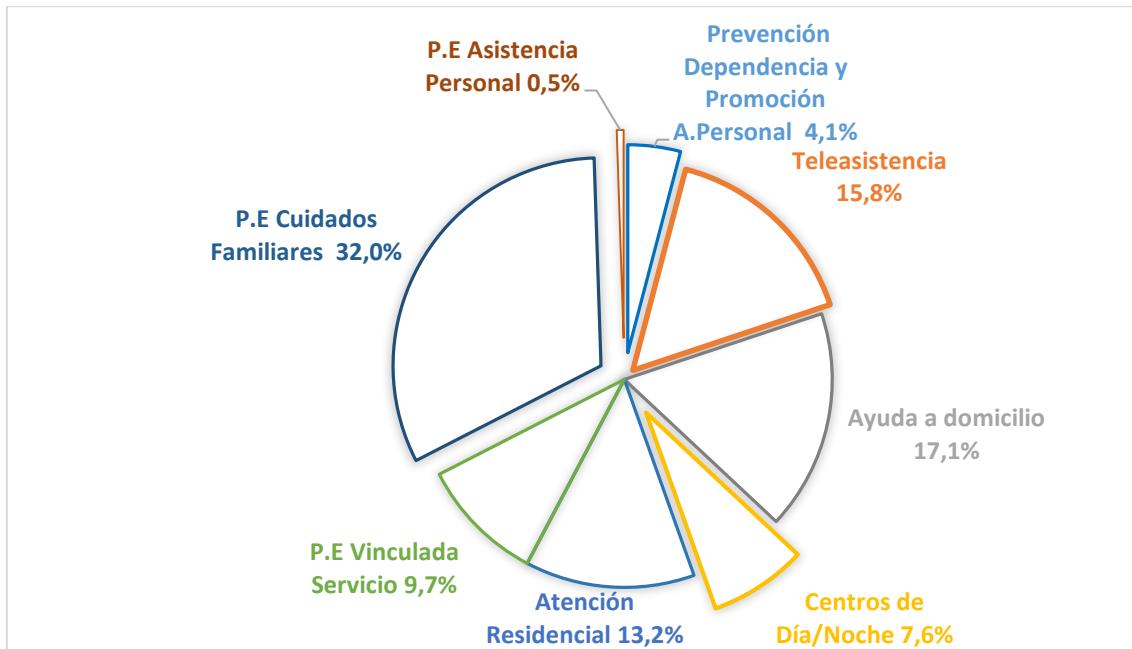
Destaca la prestación económica de asistencia personal como la prestación menos concedida (6.423) de todo el catálogo de servicios y prestaciones a lo largo de la historia de la LAPAD.

Gráfico 27 Distribución a nivel estatal según el tipo de Servicios y Prestaciones Económicas en el primer semestre de 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

Gráfico 28 bis *Distribución a nivel estatal según el tipo de Servicios y Prestaciones Económicas en el primer semestre de 2018 en Porcentaje*



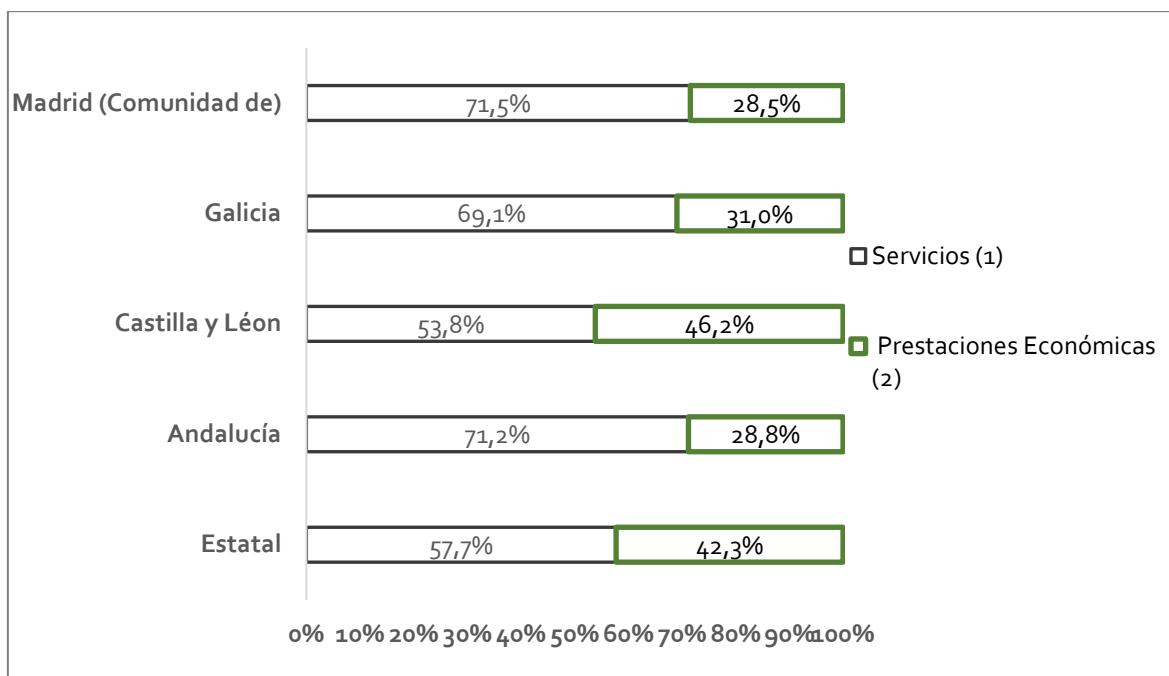
A lo largo del año 2017 se incrementa el número de personas atendidas en un 9,34% para el año 2017, con un total de 89.270 personas más que en diciembre de 2016. Crecen también los servicios entregados (con un incremento del 11%) en mayor medida que las prestaciones económicas por cuidados familiares (incrementan un 6,7%).

Atendiendo a la comparativa entre el nivel autonómico y el estatal se observa que:

A ambos niveles, las prestaciones por servicios en conjunto son las más concedidas frente a las prestaciones económicas. A nivel estatal las prestaciones por servicios suponen un 57,7% frente al 42,3% de las prestaciones económicas.

La Comunidad de Madrid (71,5%) y Andalucía (71,2%) son las Comunidades con mayor tasa de prestación de servicios, siguiendo lo dispuesto por la Ley 39/2006 por la que se da prioridad a los servicios sobre las prestaciones económicas. Seguida de Galicia con un 69,1% de servicios concedidos. Castilla y León mantiene el equilibrio entre los servicios, con un 53,8% y el 46,2% y el conjunto de prestaciones económicas.

Gráfico 29 Comparativa agrupada de Prestaciones por Servicios (1) y Prestaciones Económicas (2). Comparativa entre comunidades autónomas estudiadas y nivel Estatal.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

(1) Las prestaciones por servicio incluyen: Prevención dependencia y promoción autonomía personal. Teleasistencia. Ayuda a domicilio. Centros de día/noche. Atención residencial.

(2) Las prestaciones económicas incluyen: Prestación económica vinculada al servicio. Prestación económica por cuidados familiares. Prestación económica por Asistencia Personal.

Análisis de los discursos

En cuanto a las percepciones generales sobre el Catálogo de Servicios y Prestaciones Económicas del SAAD, los discursos de las personas con discapacidad ponen de manifiesto ciertos cambios relativos a la evolución de la cobertura.

Recién implementada la Ley se asignaban de forma más habitual cierto tipo de recursos. Por ejemplo, en el grupo de discusión de Andalucía, se menciona la preeminencia de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, sobre los servicios de atención residencial o centros de día, en tanto estaban menos desarrollados. A la luz de los datos que hemos visto anteriormente y en las entrevistas con Trabajadoras Sociales se corrobora que en los inicios de la Ley este tipo de prestaciones eran las más habituales.

H2: como la ley empezó también con una dotación económica insuficiente, lo que te ofrecían era, el tema de la ayuda al cuidador habitual, es decir, los familiares y tu entorno, a tu madre, y luego ya lo que había era el tema de ayuda a domicilio, el tema de unidades de día y entonces estaban empezando a construir las residencias, o sea que tampoco estaba muy habituado ese, ese recurso. Con lo cual, tampoco te lo, te lo ofrecían. (GD PCD ANDALUCÍA)

Un aspecto que aparece recurrentemente en los grupos tiene que ver con la insuficiencia y la inequidad del sistema, y como las personas con rentas más bajas se encuentran con una situación de mayor injusticia e insuficientes recursos de atención.

H5: [...] En primer lugar, yo pienso que nosotros estamos fastidiados igual que lo está la otra gente, llámémosle... bien, porque aquí también... a la asignación del dinero, el rico puede, el pobre no. Tenemos las mismas necesidades y muchas otras, es más, los que menos paga tenemos necesitaríamos ayuda, y el que tiene un patrimonio importante pues, pienso que... bueno, ciertos medios, pero si yo no tengo posibilidad de ir al centro de día no puedo hacer nada, me tengo que levantar, hay mucha gente metida en casa, por falta de centros. (GD PCD Galicia)

Un aspecto que también se reivindica es una adecuación de los baremos para la concesión de los servicios y prestaciones ya que se restringe el acceso a algunos de ellos a partir de umbrales de renta que no corresponden con la realidad económica en la que vivimos.

¡Teniendo un 83% de discapacidad! Me hicieron el reconocimiento aquí en [...] por primera vez, la segunda vez me llamaron de A Coruña y por tercera vez tuve que ir aquí, a la puerta del camino, y yo la última vez le dije ¡qué más tengo que hacer para el reconocimiento! ¿Sabes? Porque ¡ya no sabía que era lo que me venía denegado! Yo estuve 6 años luchando con la ley de dependencia. ¡Seis! Y mira que yo soy... más cabeza dura que ellos, porque cuando me venía denegada iba a ver por qué, y llamaba todas las semanas, hasta que me lo concedieron, pero seis años estuve con lo de dependencia. Después había pedido ayuda al hogar, y me salió denegada porque bueno, yo estoy casada, mi marido tiene una nómina de 1000 euros, pero por esa nómina me vino denegada. Fui a la asistente social y le dije, cuánto dinero tiene que ganar mi marido para poder yo tener una ayuda a domicilio, me dijo, 400 euros. Entonces bueno, yo ya la miré y dije bueno, no digo más nada, porque, ¿sabes? ¿Cómo vivo con 400 euros? Tengo un niño. (GD PCD GALICIA)

En relación con esta cuestión, emerge la relación entre ley y “el dinero”, es decir, la percepción de que la LAPAD está asociada primordialmente a la percepción de una cuantía económica, confusión que se acrecienta al mezclarse con la pensión por discapacidad. Mientras, otros servicios quedan en un segundo plano, o no se tiene una idea muy clara de qué se compone el catálogo de servicios y prestaciones, ni la finalidad de los recursos allí incluidos, por tanto, se establecen muchas veces relaciones confusas entre las prestaciones y los servicios.

H1: yo cobraba 180 euros por la ley de la dependencia, pero por los recortes [...] ahora cobro 153

M4: y, ¿en concepto de que te lo dan?

H1: en concepto de...

M2: el de ayuda en general, ¿no?

H2: en concepto de la ley de dependencia

M2: un dinero para tus necesidades

M4: como lo que sería, ¿cómo el subsidio de ingresos mínimos que había antes?

M2: no, porque no te piden ingresos. Ese dinero, en vez de darte una ayuda a domicilio, por ejemplo, que te dicen que te damos una ayuda a domicilio, un centro de día, una residencia. El grado de dependencia. Si tú quieres el dinero que, como he dicho antes, a mí, por ejemplo, no me lo dan por esa razón de vivir sola, a mi padre se lo daban el dinero, y ese dinero se supone que es para gastártelo en la persona, no para irte de copas. [...] entonces, se supone que es para esa persona si necesita una persona que le ayude a ducharse, tú le pagas y te dan el dinero. (GD PCD MADRID)

Otro aspecto destacado es la falta de adecuación que se da en ocasiones entre los servicios y prestaciones en relación con los proyectos vitales de las personas. Cuestión ya mencionada al abordar la elaboración del Plan de Atención Individual en el apartado de Acceso al SAAD.

Algunos ejemplos que evidencian esta situación en los grupos, son: recursos que no se adaptan a personas con discapacidad que no sólo reciben cuidados de otras personas, sino que también se encargan de cuidar al grupo familiar; servicios que demandan una parte importante de los ingresos en concepto de copago y que impiden llevar adelante otro tipo de proyectos (estudiar, convivir con una pareja, etc.); preferencia por una prestación a la que no se puede acceder porque la situación residencial no se adapta a lo que indica la norma (personas que querrían percibir una prestación económica pero viven de forma independiente en su propia vivienda). También se menciona la poca flexibilidad y adaptación a la hora de cambiar los recursos conforme se van transformando también las trayectorias vitales.

M2: a mí, lo que me ofrece la Ley de la Dependencia, a mí no me sirve para nada, porque yo en una residencia, [...], yo estoy casada y tengo dos hijos, mi marido tiene discapacidad también, para que lo sepáis. Y llevo una familia normal y corriente, bueno, yo en una residencia no me voy a meter. En una unidad de día tampoco. Y ellos me están diciendo que no me da... y una señora que a mí me venga una... una vez a la semana, la cual no me puede ni limpiar la lámpara que yo no puedo, de qué me sirve. A mí es que la Ley de la Dependencia no me sirve para nada. Y sin embargo me hace mucha falta ¿eh? Porque yo no puedo limpiar la lámpara, ni puedo arreglar un armario, ni puedo coger, bueno, puedo coger la fregona, pero con dolores de espalda, de espalda a muerte. [...] bueno, tengo ayuda de una asociación que, gracias a ella, pero bueno. (GD PCD ANDALUCÍA)

M2: Me han hecho la entrevista, me han hecho qué hacía, qué no hacía, que quería, y digo: "mira, yo quiero el dinero", bueno pues "tú estás sola, vives sola" no tengo familia, no tengo a nadie y como estás sola no podemos darte el dinero porque necesitamos una persona que se haga responsable de ese dinero, como un tutor, entonces te podemos conceder ayuda a domicilio. (GD PCD MADRID)

M4: imagínate que ahora ingresas en una residencia de personas, pues con alzhéimer, que están mezclándolo, como decía ella, pues no es lo mismo, están mezclando las churras con las merinas, al final se te acaba yendo la cabeza porque los servicios que tienen preparados ahí son para eso, no para otra cosa. (GD PCD CASTILLA Y LEÓN)

Otro aspecto destacado en relación con la adecuación del catálogo de servicios y prestaciones y la trayectoria vital está relacionado con la edad. Se menciona la exclusión de ciertos recursos, no necesariamente provenientes de la LAPAD, cuando la persona cumple 65 años, edad a partir de la cual pasan a ser consideradas bajo la categoría de personas mayores, quedando invisibilizada la situación de discapacidad y las necesidades específicas que conlleva (accesibilidad y entorno adaptado, rehabilitación y mantenimiento, etc.).

Esta dimensión parece relevante para poder continuar con un proyecto vital más allá de los 65 años.

M2: entonces, una pregunta ¿qué pasa con las personas con discapacidad mayores de 65? No pueden hacer un viaje porque si te vas con el IMSERSO, no puedes irte con ellos porque no tienen autobuses adaptados, no tienen, los hoteles no están adaptados, [...]. ¿Qué hace una persona discapacitada mayor de 65? Ya no puede salir de casa porque no tienen viajes para ellos, claro, ahí está el problema[...]

H2: yo no salgo, ¿ya?

M1: morirte del asco

M2: Tienes que tener recursos, aunque seas mayor, lo que no puedes hacer es meterete debajo del sofá. (GD PCD MADRID)

Otro aspecto que emerge en relación al catálogo, y que se desarrollará posteriormente, es el relativo a las prestaciones vinculadas a servicios y a la forma en que se calculan las cuantías y la intensidad de los servicios. Ambos aspectos preocupan al conjunto de participantes en los grupos, y si bien se tiene una noción general, de que las cuantías son calculadas en función de la renta disponible, se suele considerar como insuficiente, tanto las cuantías como la intensidad del servicio ofrecido.

M: claro, yo, por ejemplo, lo de la Ley de Dependencia eh... yo voy a un... a un fisio eh y entonces lo que me dan es una ayuda para... pues para pagar, así, para... para las clases. Entonces, a ver, yo tampoco estoy muy puesta en... en esto ¿sabes? Que tampoco. [...]. Si yo voy... eh, 4 días, me pagan 4 días. [...] Se lo dan al centro, pero bueno, pues yo no lo tengo que pagar. (GD PCD CASTILLA Y LEÓN)

[...] Yo creo que depende de lo que te he comentado antes. Que depende de la situación económica que tienes en función de la prestación social, en función de la pensión que estás recibiendo.

H: Sí, sí, y si no la tienes pues eh...[...]

M: Nada, pero yo si no la tuviera, tampoco, porque mi marido gana bien así que tampoco.

M: Lo sé yo por una amiga mía que su marido gana mucho dinero, que sí se tendrían derecho a conceder, pero le dijeron, cuánto gana su marido, pues no hay nada que hacer. (GD PCD CASTILLA Y LEÓN)

M1. A ver, en mi caso, yo soy tetra, entonces no es que necesite 12 horas, pero sí necesito unas horas puntuales, yo no me puedo pasar al baño [...] Tengo la asistencia personal, pero tengo que tenerlo muy claro, cómo y cuándo necesito las cosas. [...] porque tampoco quieres una persona constantemente encima de ti, ¿no? Pero solo los más puntuales, eso cambiaría mucho, cero copago y más horas, según la necesidad de la persona, porque cada persona somos un mundo. (GD PCD GALICIA)

La percepción de las trabajadoras sociales en la C. de Madrid es que no conocen lo suficientemente el catálogo de servicios específicos para las personas con discapacidad, por falta de información a los propios trabajadores sociales desde la Administración responsable de la gestión del SAAD.

“M: con el tema de la discapacidad creo que tenemos un poco más de desconocimiento. [...] porque no tenemos información suficiente, simplemente es, desde el centro base se les pasa al médico, pero no hay ningún tipo de información a nivel de recursos a los que puedan acceder más específicos.

M: es que yo he trabajado muchos años con personas con discapacidad. He trabajado en atención temprana, centro ocupacional, residencia, entonces claro [...]. Pero no porque nos hayan dado información sino por experiencia laboral, es un colectivo que conozco bastante, pero en ningún momento porque nos hayan informado.” (ETS MADRID)

En Galicia los servicios que más se conceden según las trabajadoras sociales son teleasistencia y ayuda en el hogar, seguidos de centro de día o residencia.

“Mira, lo que más sería, de servicios, teleasistencia y ayuda en el hogar, digamos que es casi lo que más. El centro de día o residencia, después. O sea, residencia los grados tres están teniendo y luego personas con discapacidad y con discapacidad física, en lo que yo conozco lo que más están recibiendo sería ayuda en el hogar, porque ni siquiera asistente personal, que estaría dentro de lo que serían las librazas, que se llama así.” (ETS GALICIA SS COMUNITARIOS)

Si bien reconocen que su cartera está más desarrollada en comparación con otros territorios, tanto en Galicia –autonomía caracterizada por una alta dispersión territorial– como en la Comunidad de Madrid –zona con grandes núcleos urbanos y gran concentración territorial– echan en falta recursos más específicos para personas con discapacidad en zonas rurales, relacionados especialmente con la prevención de las situaciones de dependencia y la promoción de la autonomía personal.

“Veo que hay una cartera muy amplia pero fuera de lo básico lo veo yo que, para las personas a lo mejor con discapacidad física, por lo menos en zonas rurales, que hablo, tengan acceso a servicios donde puedan desarrollar lo que es toda la promoción de la autonomía, prevención de la dependencia, eso no está para nada desarrollado” (ETS GALICIA SS COMUNITARIOS)

Hay niños con unas discapacidades muy severas que necesitan muchos apoyos y que supone muchos gastos, supone revisiones al hospital más a menudo, en un medio rural ir a Madrid es económicamente mucho más dinero, faltar al trabajo, compatibilizar esos cuidados específicos con el trabajo es muy difícil. Todo se traduce en dinero [...] y recursos, yo creo que en discapacidad faltan además de todo tipo de discapacidad, faltan muchos recursos, y al final con eso lo que se fomenta es que se queden en casa. [...]. Que haya medios para llegar a los centros. [...] una hora y pico, pero que te lleve una persona o que es muy autónomo. Claro, es que hay muchos chicos que o les lleva un familiar, o qué haces con un chico de 18 años que el centro ocupacional, si le dan plaza, se la dan en Torrejón o en Coslada, y la ruta no llega hasta aquí, y no tiene autonomía suficiente. ¿Qué haces? Y eso en Madrid, en un medio rural [...] (ETS MADRID)

4.2. LOS SERVICIOS DEL SAAD

Análisis del marco normativo

Normativa estatal

Los servicios del catálogo se prestan con distinta intensidad, y esta viene determinada tanto por el contenido prestacional de cada servicio asistencial, como por el grado de dependencia (Real Decreto 1051/2013, artículo 4.1). A continuación, a partir de la normativa estatal³³, se define de forma somera cada uno de los servicios y sus intensidades:

Servicio de prevención de las situaciones de dependencia

Según el artículo 21 de la Ley 39/2006 se trata de servicios cuya finalidad consiste en “prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y sus secuelas”. Los mismos se desarrollan en los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que deben elaborar las comunidades autónomas, siguiendo los criterios, recomendaciones y condiciones que acuerde el Consejo Territorial.

El Real Decreto 1051/2013, agrega en su artículo 5 que la intensidad de estos servicios quedará determinada en los Planes de Prevención antes mencionados, así como también que la prevención será prioritaria para las personas en situación de dependencia en grado I (artículo 5.2 y 5.3).

Servicio de promoción de la autonomía personal

De acuerdo al artículo 6 del Real Decreto 1051/2013, el objetivo de este servicio es “desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria”. Concretamente, se incluye en esta categoría servicios “de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones [...], los de habilitación, los de terapia ocupacional, así como cualesquiera otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad”.

Asimismo, se consideran servicios de promoción de la autonomía personal los siguientes: “a) Habilitación y terapia ocupacional. b) Atención temprana. c) Estimulación cognitiva. d) Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional. e) Habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual. f) Apoyos personales, atención y cuidados en alojamientos de soporte a la inclusión comunitaria” (Real Decreto 1051/2013, artículo 6.4).

³³ Se hará referencia, fundamentalmente al contenido de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

En relación con la intensidad de estos servicios, tal como se observa en la tabla 10 se distingue entre un nivel general, que se adapta a cada grado de dependencia y un nivel de mayor intensidad para el caso específico del servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional; especialmente relevante en el caso de personas con discapacidad física y orgánica. Asimismo, se observa que, en ambos casos, a mayor grado de dependencia, menor es la intensidad mínima de estos servicios.

En cualquier caso, cabe resaltar que la intensidad de este servicio se determinará en el programa individual de atención (PIA) mediante el dictamen técnico que establece las horas mensuales correspondientes “en función de las actividades de la vida diaria en las que la persona en situación de dependencia precise apoyos o cuidados” (Real Decreto 1051/2013, artículo 6.4).

Servicio de teleasistencia

La teleasistencia consiste en un servicio que mediante el uso combinado de medios tecnológicos y personales brinda asistencia inmediata ante “situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento” (Ley 39/2006, artículo 22).

El artículo 7 del Real Decreto 1051/2013 agrega que este servicio “favorece la permanencia de las personas usuarias en su medio habitual” y que las condiciones específicas bajo las cuales se presta quedarán establecidas “por cada Comunidad Autónoma o Administración”.

Servicio de ayuda a domicilio

Este servicio consiste en un conjunto de actuaciones que se lleva a cabo “en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria”. Dentro de las actuaciones se contempla, por un lado, servicios relacionados con la atención personal, y por otro, aquellos dedicados a atender necesidades domésticas o del hogar. Este último tipo de servicio no puede brindarse si no es de manera conjunta con el de atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria (Ley 39/2006, artículo 23).

La intensidad dependerá del grado de dependencia y la cantidad de horas mensuales tendrá que especificarse en el programa individual de atención. Asimismo, en dicho programa se requiere diferenciar la cantidad de horas dedicadas a uno u otro tipo de atención (personal o doméstica-del hogar). Tal como se observa en la Tabla 24, la intensidad se incrementa conforme aumenta el grado de dependencia. Finalmente, la determinación de la intensidad y la gradualidad de la misma quedará a cargo de la comunidad autónoma o la Administración competente (Real Decreto 1051/2013, artículo 8 y Anexo II).

Servicio de Centro de Día y de Noche

Este tipo de servicio tiene el objetivo de “mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias”, brindando una atención integral durante el día o la noche. Asimismo, incluye servicio de “asesoramiento, prevención, rehabilitación y orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal” (Ley 39/2006, artículo 24). Los centros se distinguen en distintos tipos: para menores de 65 años, para mayores, y de atención especializada en el caso de los Centros de Día. En el caso de los Centros de Noche, estos deben adaptarse a las peculiaridades de la persona en situación de dependencia.

El Real Decreto 1051/2013 en su artículo 9 y Anexo III hace alusión a la intensidad de este servicio. Especifica que la misma dependerá de los servicios del centro y de las necesidades de la persona que se indiquen en el programa individual de atención. Asimismo, será la

comunidad autónoma o la administración competente la encargada de determinar “los servicios y programas y otras actividades de los centros para cada grado de dependencia” (artículo 9). Por último, el Anexo III detalla la intensidad de estos servicios para los casos de dependencia moderada (grado I, mínimo 15 horas semanales).

Servicio de atención residencial

Por último, el servicio de atención residencial se define en el artículo 25 de la Ley 39/2006. El mismo ofrece atención integral y continuada de carácter personal, social y sanitario, a través de centros residenciales habilitados que prestan sus servicios según el tipo de dependencia, grado e intensidad de los cuidados requeridos. La atención residencial “puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales”.

Respecto a la intensidad estipulada en el marco estatal esta se asimila a lo indicado en el caso de los Centros de Día y de Noche. Así, el artículo 10.3 y 10.4 indica, por un lado, que “[l]a intensidad del servicio de atención residencial estará en función de los servicios del centro que precisa la persona con dependencia, de acuerdo con su programa individual de atención” y, por otro, que “la comunidad autónoma o la Administración que, en su caso, tenga la competencia determinará los servicios y programas de los centros para cada grado de dependencia”.

Una vez presentado el marco normativo estatal relativo a la definición de los servicios y las principales referencias a las intensidades de cada uno, se exponen a continuación aquellos aspectos más relevantes relativos a la normativa autonómica.

Normativa autonómica

La comparativa autonómica se presenta en la Tabla 24, donde se despliega la intensidad de cada servicio de acuerdo a la normativa de cada una de las comunidades objeto de análisis. A este respecto, cabe destacar para cada servicio y comunidad autónoma, lo siguiente:

Andalucía

- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, así como los de promoción de la autonomía personal se consideran incluidos en otros servicios, así es que no se hace mención a los mismos en un artículo específico, ni se detalla de forma explícita sus intensidades.
- El servicio de teleasistencia se brinda durante 24 horas, los 365 días del año, como en el resto de CC. AA.
- La intensidad de la ayuda a domicilio distingue en la normativa grados y niveles (ya suprimidos), y el número de horas varía respecto al marco normativo estatal. El texto debería actualizarse en tales sentidos.
- La intensidad del servicio de Centros de día/noche, no se especifica; algo similar sucede con la atención residencial.

Castilla y León

Mientras la normativa no hace referencia específica a los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, los servicios de promoción de la autonomía personal se consideran incluidos a través de otros servicios. Para estos últimos se especifica la intensidad de los mismos, a este respecto, no sólo las horas mensuales superan la cantidad estipulada en el marco estatal en algunos casos, sino que la asignación de las intensidades se realiza con un criterio inverso (a mayor grado de dependencia, mayor intensidad).

- Los servicios de teleasistencia y ayuda a domicilio se abordan en un mismo artículo. En cuanto a la teleasistencia, la intensidad coincide con la del resto de CC. AA. Respecto a la ayuda a domicilio, la referencia a la intensidad remite a la normativa estatal.
- También remite al marco normativo estatal en relación con las intensidades de los centros de día/noche y la atención residencial, explicitando en ambos casos la regulación por el *Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*.

Galicia

- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia se consideran incluidos en otros servicios y no se especifica la intensidad de los mismos.
- Para los servicios de promoción de la autonomía personal se detallan intensidades que superan las planteadas a nivel estatal. Asimismo, para los grados II y III las intensidades se asemejan más a las estipuladas para el servicio de ayuda a domicilio.
- El servicio de teleasistencia se brinda durante 24 horas, los 365 días del año, como en el resto de CC. AA.
- La intensidad de la ayuda a domicilio distingue entre un servicio intensivo y otro no intensivo, manejando una horquilla de horas mayor o menor, según los grados.
- La diferencia es que el “servicio de ayuda en el hogar”³⁴ no intensivo, puede compatibilizarse “con otros servicios y/o libranzas” (*Orden de 2 de enero de 2012, de Galicia, de desarrollo del Decreto 15/2010, de 4 de febrero*, artículo 24.3.b)
- La normativa de Galicia es también más precisa a la hora de delimitar la intensidad de los servicios de Centros de día/noche. El número de horas dependerá de la modalidad del servicio (diurno intensivo/no intensivo o nocturno), así como también del grado de dependencia reconocido de la persona beneficiaria.
- Por último, la atención residencial explicita la diferencia entre carácter permanente o temporal y la intensidad de este servicio en el caso de descanso de la persona cuidadora.

³⁴ Forma en la que se denomina este servicio en la normativa de Galicia.

Madrid

Respecto a la intensidad de los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal, la normativa de la Comunidad de Madrid reitera los contenidos de la regulación estatal (referencia al Plan de Prevención en el primero de los casos y repetición de las intensidades en el segundo)

- A diferencia de otras comunidades no especifica la intensidad del servicio de teleasistencia, aunque dadas sus características se deduce que se brinda 24 horas y 365 días al año. Sería conveniente especificarlo en la normativa.
- La intensidad del servicio de ayuda a domicilio se distingue en función del carácter intensivo o no intensivo del servicio. Mientras el servicio intensivo replica las horquillas del marco estatal, el no intensivo las reduce en el caso de los grados II y III.
- Para los centros de día/noche la intensidad se define en días a la semana, y tanto para el servicio diurno como nocturno, se distingue entre la modalidad intensiva/no intensiva. En este caso, la unidad de medida de las intensidades varía respecto a la estatal (horas semanales) o la definida por otras comunidades autónomas (horas mensuales en el caso de Galicia)
- Finalmente, no se encuentran referencias en la norma respecto a la intensidad de la atención residencial.

Tabla 24 Resumen de Intensidad de los servicios Estatal y por CC. AA.

Servicio	Estatal (1)	Andalucía (2)	Castilla y León (3)	Galicia (4)	Madrid (5)
Prevención	Planes de Prevención según criterios Consejo Territorial (prioritarios GI) (art. 5)	Incluidos en otros servicios (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros y residencias) (art.6.3)	No hay referencia	Incluidos en otros servicios (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros y residencias) (art.12.1)	Referencia al Plan de Prevención de la CC. AA. (art. 33.1)
Promoción	GI/II: mín. 12 hs/mes GIII: mín. 8 hs/mes *GI: mín. 15 hs/mes *GII: mín. 12 hs/mes *GIII: mín. 8 hs/mes (art. 10, anexo I)	Incluidos en otros servicios (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros y residencias) (art.6.4)	Incluidos en otros servicios (centro y residencias) y GI: mín. 12 h/mes GII: mín. 31 hs/mes GIII: mín. 36 hs/mes *GII/III: mín. 15 hs/mes. (art. 6)	GIII: 46-70 hs/mes GII: 21-45 hs/mes GI: Mín. 12 hs/mes *GI: máx. 15 hs/mes (art. 22)	GI/II: mín. 12 hs/mes GIII: mín. 8 hs/mes *GI: mín. 15 hs/mes *GII: mín. 12 hs/mes *GIII: mín. 8 hs/mes (art. 33.2)
Teleasistencia	Según condiciones CC. AA. (art. 7)	24 hs / 365 días (art. 7)	24 hs / 365 días (art. 7)	24 hs / 365 días (art. 23)	No especifica
Ayuda a domicilio	GIII: 46-70 hs/mes. GII: 21- 45 hs/mes. GI: máx.20 hs/mes. (art.8, anexo II)	GIII/N2: 70-90 hs/mes GIII/N1: 55-70 hs/mes GII/N2: 40-55 hs/mes GII/N1: 30-40 hs/mes (GI: no especifica) (art. 8)	Según normativa estatal (art. 7)	Intensiva: GIII: 46-70 hs/mes. GII: 21- 45 hs/mes. GI: máx.20 hs/mes. No intensiva: GIII: máx 35 hs/mes. GII: máx. 23 hs/mes. GI: máx. 10 hs/mes.	Intensiva: GIII: 46-70 hs/mes. GII: 21- 45 hs/mes. GI: máx.20 hs/mes. No intensiva: GIII: máx 30 hs/mes. GII: máx. 15 hs/mes.
Centro de día/noche	GIII/II: según PIA GI: mín. 15 hs/sem. (art. 9, anexo III)	Según grado y nivel (art. 9)	Según RD 1051/2013 (art. 8)	Diurna Intensiva: GIII: 160 o más hs/mes GII: 160 o más hs/mes GI: mín. 60 hs/mes Diurna no intensiva: inferior a la intensiva en función del grado Nocturna: entre las 20 hs y las 10 hs, según PIA (art. 25)	Intensiva: 4-5 días o noches/semana No intensiva: 2-3 días o noches/semana GI: 2-3 días o noches/semana (art. 33.)
Atención residencial	Según servicios centro y PIA (art. 10)	Según servicios centro y PIA (art. 10.2)	Según RD 1051/2013 (art. 9)	Permanente o temporal (hasta 45 días al año en el supuesto de descanso de persona cuidadora no profesional) (art. 26)	No especifica.

Fuente: elaboración propia:

(1) Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del SAAD, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

(2) Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.

(3) Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.

(4) Orden de 2 de enero de 2012, de Galicia, de desarrollo del Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, el procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.

(5) Decreto 54/2015, de Madrid, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad de Madrid.

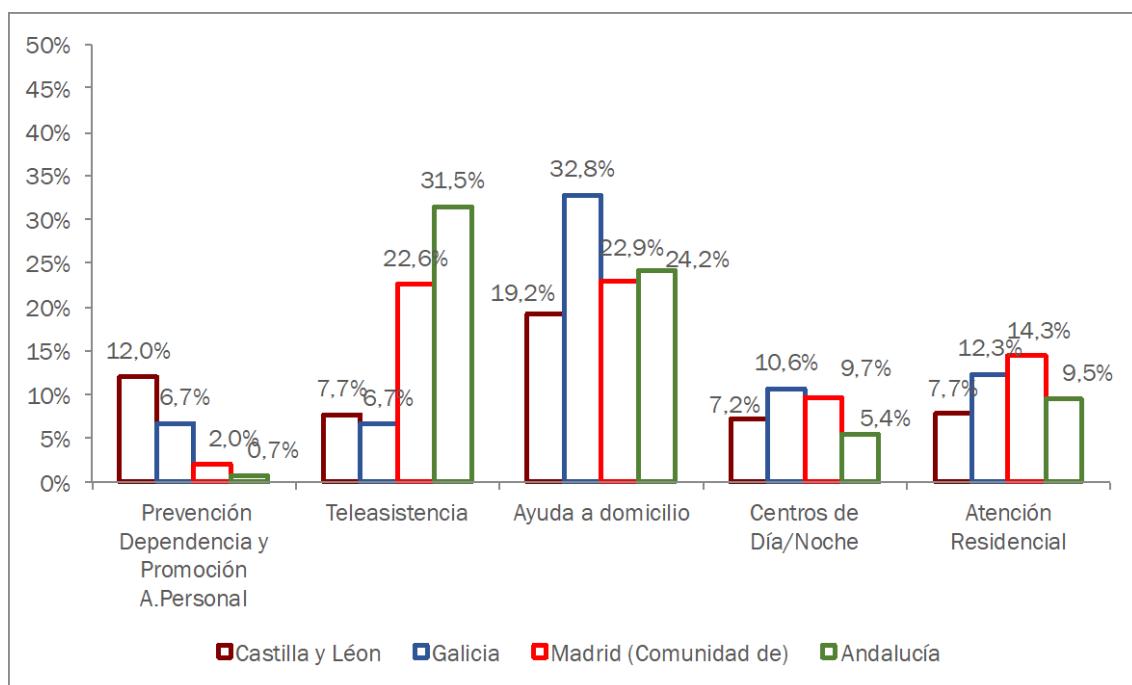
*Intensidad para el servicio específico promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía.

Análisis de los datos

La distribución de los servicios dentro del catálogo de la LAPAD por comunidad autónoma es la siguiente:

- Prevención Dependencia y Promoción Autonomía Personal: Castilla y León es la comunidad autónoma que más apuesta por este servicio (12% respecto del total de servicios y prestaciones).
- Teleasistencia: es Andalucía la región que más la concede (31,5% respecto del total de servicios y prestaciones)
- Ayuda a domicilio: Galicia la concede entre el 32,8% de sus servicios y prestaciones.
- Centros de Día/Noche: Galicia lo concede en el 10,6% de su catálogo de servicios y prestaciones.
- Atención Residencial: la Comunidad de Madrid la concede como servicio de su catálogo el 14,3%.

Gráfico 30 Comparativa de los Servicios del Catálogo entre CC. AA.% respecto del total de Servicios y Prestaciones del catálogo.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha de 30 de junio de 2018.

Los servicios de atención residencial y los centros de día/noche son los menos concedidos a nivel global entre el catálogo de servicios y prestaciones de la LAPAD. Cabe destacar que este tipo de servicios son los más costosos para las CC. AA. dentro del catálogo.

Los servicios más concedidos son la teleasistencia y la ayuda a domicilio, que son de más bajo coste para las CC. AA. frente a las residencias y centros de día/noche.

Análisis de los discursos

Prevención de las situaciones de dependencia

Dentro de la cartera de servicios del SAAD, además del servicio de teleasistencia, de ayuda a domicilio, de centro de día y de noche, y de centros residenciales, existe el servicio de Prevención de las situaciones de dependencia, que incluye actuaciones y programas de carácter preventivo y de rehabilitación. Sin embargo, este tipo de servicios son excepcionalmente mencionados en los grupos de discusión, y cuando se refieren a algún tipo de terapia o servicio relacionado con la prevención de la dependencia, queda en evidencia la disparidad en la cobertura y la desigualdad que esto implica, dados los diferentes modelos; en ocasiones, se debe adelantar el dinero, y no todas las personas, ni en todo momento pueden costearlos, o en otras se debe recurrir al tercer sector para recibirlas.

En general, en los discursos de los grupos y entrevistas se señala que los servicios de prevención de la dependencia han sido escasamente desarrollados.

Desde algunos discursos, tanto por parte de trabajadoras sociales como de otras participantes se plantea la lógica de coste vs. inversión; y se critica que lo que hoy se entiende como un gasto debería realmente considerarse como una inversión. En relación con los servicios de prevención se sostiene que los recursos que se inviertan en prevenir la dependencia hoy, serán los que se ahorren a la hora de darle respuesta el día de mañana.

De acuerdo a estas posiciones, el problema radica en que existe una mirada estática hacia las situaciones de dependencia y autonomía que debería ser más dinámica. Para ello hace falta un funcionamiento efectivo de los mecanismos ya existentes, como las revisiones de PIA y grado, que permitan ir adaptando las modalidades de intervención a los cambios en la situación de la persona de un modo más ágil. Pero para este aspecto concreto, lo que falta fundamentalmente es una dotación suficiente para desarrollar los servicios y recursos que han quedado en un lugar secundario, como son los de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.

H2: sí, pero en estas... es que la ley se excusan de que como son patologías que no se pueden ni curar, pues para qué te va a pagar un tratamiento cuando no tiene cura, pero la cuestión es que una fisioterapia prevendría un montón de complicaciones que supone la enfermedad, con lo que también produciría costes económicos a la sanidad pública. (GD PCD ANDALUCÍA)

La prevención de la dependencia, tanto para personas con discapacidad como para personas mayores pues, se queda en un vacío. (ETS C. MADRID)

Los siguientes fragmentos de diferentes grupos evidencian los diversos criterios que se siguen en cada comunidad autónoma para el acceso a los servicios de prevención y como representan un coste añadido a las familias, en tanto tienen que pagar estos servicios.

H2: [...] yo soy el principal cabeza de familia, yo soy el que sustento a mi familia, yo soy el que tengo que pagar la luz, el agua, el gas, la comida y aparte las sesiones de fisioterapia que yo realizo, que son, que es una en Andalucía es como una fisioterapia. [...] no la cubre. M1: no.

H1: no. [...]
M1: en Huelva a través de COCEMFE eh... 10 euros pagas. (GD PCD ANDALUCÍA)

M: claro, yo, por ejemplo, lo de la Ley de Dependencia yo voy a un fisio y entonces lo que me dan es una ayuda para pagar, las clases [...] pues tienes que mirar esto, hay una asociación y tal. Y claro, me dijeron, ah pues si haces alguna cosa, que vas a hacer una gimnasia con algún centro que, que tengamos nosotros... [...] Si yo voy, 4 días, me pagan 4 días. Si voy 10, pagan 10. [...] a mí no me lo dan. Se lo dan al centro, pero bueno, pues yo no lo tengo que pagar. (GD PCD CASTILLA Y LEÓN)

M3. Yo hablo por mí, yo solicité rehabilitación, porque es un servicio que han puesto y claro, la rehabilitación solo la dan si pago, pero ahora ha salido, [...] este servicio, lo solicité y me vino aprobado, pero qué pasa, tienes que ir antes sin saber si te lo van a aprobar realmente. [...] el fisioterapeuta no te hace la gimnasia así por así, y a veces dispones y otras veces no dispones de ese dinero, y a mí normalmente me gusta ir y pagar, aunque después tenga que pedir (GD PCD GALICIA)

Otro aspecto que se destaca en los grupos de discusión en relación a los servicios de prevención es el papel que a nivel emocional y anímico juegan para favorecer también una recuperación física, siendo estos servicios fundamentales. Son servicios que pueden marcar la diferencia en la vida de las personas.

[...] para tener a esa gente, [...] dos, tres, lo máximo que se pueda, pero sacarlos de esa rutina que... ya bastante tienen, ¡hablar con alguien! Yo cuando llegué por primera vez a COGAMI iba en silla de ruedas, no me mantenía en pie y cosas por el estilo, y yo iba deprimido siempre. Y yo llegué ahí y empecé a ver gente... perdón que... que estaba peor que yo, y la veía con una ilusión, ¡con ganas de hacer algo! Pero si yo estoy mejor que ese, y digo, yo tengo que estar así, y fui cogiendo, me ayudó... pienso que, a ponerme en pie, físicamente y psíquicamente, a ponerme en pie, (GD PCD GALICIA)

El papel de los especialistas como Logopetas, Fisioterapeutas, etc. como un medio de prevención de la dependencia y de impedir el avance de la gravedad de la discapacidad está muy presente en todo el discurso de las personas con discapacidad y sus cuidadores, por la importancia que tiene para prevenir el deterioro de su salud y mejorar su calidad de vida.

“H: lo más increíble es que se deje, lo del fisioterapeuta, gente que tiene una serie de problemas que solo pueden, que no haya una manera de contactar con un fisio o que les hagan un descuento o algo. Un fisio te cuesta 30, 40 euros cada vez que va a casa, o sea y es que necesitaría mínimo 2 o 3 días a la semana, para mantener cierta, o sea para no perder más de lo que tiene que perder.” (GT FAMILIARES MADRID)

Respecto a los menores, según la LAPAD, existe un cambio en la cobertura según la edad (con un proceso de cobertura desde niños/as escolares hasta que dejan la educación secundaria o bachillerato para incorporarse al mundo laboral). Los/as niños/as cuando crecen y acaban el instituto pierden los apoyos por parte de la LAPAD. Esta pérdida de referentes y cambios que van produciéndose en las etapas de crecimiento es señalado en varios grupos de familiares y alguno de los triangulares de personas con discapacidad como un factor de inestabilidad emocional grande para los niños/as o jóvenes.

Este semi-vacío que se produce entre los 6 y los 18 años en la prestación de estos servicios de prevención, siendo además una etapa crucial para frenar el desarrollo de determinadas patologías o para favorecer el desarrollo de habilidades motoras resulta especialmente preocupante. Este aspecto resulta crucial también dado el elevado coste de estos servicios especializados.

Lo que me parece que se debería revisar es para los menores de 18, que la prestación familiar por hijo a cargo, muchas veces para los tratamientos que requiere y los que le ofrece la dependencia, es que el gasto es abismal. Porque dependencia les va a ofrecer una atención temprana, dos días a la semana con un tratamiento de logopedia, de estimulación temprana y, a lo mejor fisio. Vale, pero no es suficiente, y a los seis años además se lo paran. Con lo cual de 6 a 18 años búscate la vida. Pero es que además hasta los 6 igual necesitas tratamientos de hidroterapia... tengo algunos niños que necesitan tratamientos muy específicos que la administración no, que desde la dependencia no se reconocen y que tampoco hay ayuda de apoyo económico, con lo cual una familia que no tenga recursos económicos difícilmente va a estimular a ese niño y va a ser muy complicada la evolución de ese crío. Se crea ahí un vacío sobre todo eso, porque la prestación familiar por hijo a cargo es nada, no cubre nada. (ETS C. MADRID)

M1: Yo no lo he visto, en el caso de mi hija lo único que recibe es una pequeña pensión que además se vio menguada, yo creo que al año o así, o sea que empezó cobrando una cantidad que es lo que [...] invertimos en su tratamiento de rehabilitación. [...] desde que cumplen cierta edad la seguridad social prácticamente ya no toma ninguna medida sobre actuación, es decir o directa sobre su rehabilitación. Por lo menos en el caso de mi hija fue dejar el instituto, cuando hizo un ciclo de formación profesional ya tenía que ir ella por su cuenta al instituto, nadie, no tenía ruta, no tenía nada no tenía ni fisioterapia ni, nada. O sea, quiero decir todo ese entorno de "protección" que había tenido hasta el momento desaparece. (GT FAMILIARES MADRID)

A nivel estatal, los servicios de Prevención de las situaciones de dependencia y de Promoción de la autonomía personal se conceden al 4,06% de los beneficiarios y en territorios como la Comunidad de Madrid, representa el 2,03% de los servicios y prestaciones, lo que los convierte en prácticamente inexistentes para los beneficiarios. Cuando se les pregunta a las trabajadoras sociales por estos servicios, su respuesta no puede ser más clarificadora y categórica.

*“¿Y LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN?
M: ¡uff! No existen.” (ETS C. MADRID)*

Por parte de las profesionales del trabajo social se piensa que estos servicios han de repensarse y tomarse en serio ya que como hemos ido desgranando en este epígrafe son un pilar para el mantenimiento y mejora de la calidad de vida del colectivo de personas con discapacidad y también de sus familiares. Su desarrollo se ha delegado, en el mejor de los casos, en el tercer sector o movimiento asociativo, quedando prácticamente sin desarrollo por parte de las administraciones públicas. Existe un gran desconocimiento de estos servicios, pero no solo por la ciudadanía, sino también por parte de los propios equipos de trabajo social, ya que por un lado no se dan a conocer y por otro no cuentan con formación específica para poder orientar y derivar a los mismos a las personas con discapacidad ya que muchas veces se ha de derivar a recursos muy específicos.

[...] Si que es verdad que hay que reconvertir muchas cosas de la dependencia, no tanto pensando en las urgencias, sino trabajar la prevención. Si que está claro que,

si se trabaja desde la prevención, mucho dinero te puedes ahorrar luego de intervención a posteriori. Entonces es verdad que los servicios de promoción y autonomía tienes que fortalecerlos, [...] Por eso es importante que desde el tejido social que muchas familias se están yendo sigan elaborando esa difusión desde los centros de salud de atención primaria que la gente va, sigan ofertándolos también, desde servicios sociales, (ETS AYTO. MADRID)

[...] otros servicios como pueden ser; logopeda o servicios de prevención de deterioro cognitivo, fisioterapia ambulatoria. La gente desconoce mucho esos servicios. Si nos vienen con demanda es porque lo están ejecutando ya de forma privada y han ido a entidades, como puede ser, entidades que trabajen el ELA o el Parkinson, o que trabajen alguna enfermedad, y al acceder ahí de forma privada te dicen: solicítalo vía dependencia porque te vas a poder beneficiar o bien del cheque servicio o bien se te puede incorporar la prestación en el PIA correspondiente. (ETS MADRID)

Ayuda a domicilio

La ayuda a domicilio es uno de los servicios que se menciona de forma recurrente. Los servicios de ayuda a domicilio pueden estar relacionados con la atención personal, pero también con las necesidades domésticas o del hogar.

En relación con este servicio, las cuestiones más destacadas en el análisis de los grupos son: por un lado, la insuficiencia de horas para cubrir las necesidades cotidianas. Por otro, la imposibilidad de contar con este servicio los fines de semana o el desconocimiento y las dificultades –que en ocasiones ponen las agencias intermedias– para hacer efectivo el derecho a contar con este servicio en este periodo de la semana. Asimismo, se mencionan las limitaciones en cuanto a las tareas que las personas que brindan el servicio pueden desempeñar –se mencionan actividades domésticas que lógicamente no se pueden demandar en tanto entrañan cierto riesgo–.

Por todo ello, las trabajadoras sociales plantean la necesidad de dotar de cierta flexibilidad a este servicio para que se adapte mejor a las necesidades de la persona; y que, por ejemplo, si las horas de ayuda a domicilio se asignan para servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria, también se pueda encomendar otro tipo de tareas.

En el siguiente pasaje encontramos resumidas las principales preocupaciones en torno a este servicio; como las razones por las cuales se solicita, las diferentes intensidades del mismo y la cuestión de los fines de semana –recurrente en todas las comunidades autónomas:

yo por ejemplo me mentí a mí mismo, que una vez limpiando la casa me caí, [...] pues prefiero que venga alguien a mi casa. A limpiarme, y yo tomarme tres cervezas menos. Que luego, por fortuna, tenemos la ayuda de los de ayuda. Pero antes de lo de la ayuda a domicilio con ellos yo ya llevaba un tiempo...

[...] Yo tengo, dentro de la Ley de Dependencia, los recursos ayuda a domicilio y tengo el máximo. Que son 72 horas mensuales. Eso equivale a 3 horas, 40 minutos al día.

M1: a mí me han puesto 10 horas al mes. Bueno, me van a poner, espérate.

H4: perdona, perdona. Y de lunes a viernes. El fin de semana no. [...].

M3: yo tengo 45 horas y son 2 horas de lunes a viernes.

H3: [...], pero el sábado y domingo tenemos que estar súper bien porque no... porque no tenemos necesidades los fines de semana. Que yo entiendo que, que, que, que es injusto ese tipo de cosas.

M2: es que el fin de semana no comemos ni bebemos. (GD PCD ANDALUCÍA)

M1: Pues tú tienes que hablar con la agencia, y decirle, tú imagínate que un día puedes necesitar dos horas, por algo más, y otro día una hora, y tú vete sacando y quédate una hora para el sábado y otra para el domingo, pero tienes que ir sacando de la semana.

H5. Pero dicen que no, hablo con la -----y dicen que no.

M1: Sí, sí, sí, tú tienes que negociar, tú tienes 10 horas. (GD PCD GALICIA)

Un asunto relevante que surge al hablar del servicio de ayuda a domicilio es la disconformidad con su irregularidad y con que la persona que lo brinda pueda ser reemplazada, intermitentemente, sin previo aviso. Esto genera incomodidad, en tanto se trata de alguien que ingresa al espacio y a la intimidad de la persona beneficiaria, pero con cada cambio se rompe el vínculo de confianza que debe restablecerse cada vez que esto ocurre.

M4. Bueno, yo también, tengo la ayuda a domicilio, 48 minutos, 5 días a la semana, pero... eh... hablando de esto, de la ayuda a domicilio, yo creo que, a ver, tendría que ir perfeccionándose, [...] cobrando 500 euros de pensión y aún tienes que copagar...

que no es mucho, aunque sean 30 euros, pero ¡para 500 euros! Es bastante.

Entonces, te están también cambiando muchas veces el horario, te cambian de auxiliar sin decirte nada, cosas así... (GD PCD GALICIA)

Otro de los aspectos que emerge es que en muchas ocasiones se está ofreciendo la ayuda a domicilio, por ser un servicio ampliamente desarrollado, económico y conveniado con empresas que lo gestionan, sin ser realmente el que mejor se adapta a las necesidades de las usuarias.

M3: [...] Me ofrecieron la, la ayuda a domicilio, pero es que a mí la ayuda a domicilio a mí no me valía de nada. [...] entonces decidimos que no, que, aunque la ayuda económica no es, porque no es para tirar cohetes, pero bueno, tenía a mi pareja conmigo, lo tenía a él para atenderme a mí, ayudarme con la niña, atender la casa, hoy día prácticamente él es el que se encarga de la limpieza de la casa, de la comida, yo por ejemplo cojo la silla eléctrica que me puedo mover y voy y hago mis compras. (GDT PCD ANDALUCÍA)

M4. Bueno, es verdad, pero es el servicio de ayuda a domicilio. Bueno, a través de comentarios de auxiliares, que me vienen, que también, yo sé que hay gente mayor que está viviendo sola, y está encamada y se pasa la mayor parte del día sola. Eso no sé de quién es responsabilidad, pero a mí eso me parece inhumano. (GD PCD GALICIA)

Otra cuestión, que se señala en los grupos de discusión tiene que ver con el modelo de gestión de la ayuda a domicilio y que está relacionada con disfuncionalidades en la distribución de las competencias entre las Comunidades y los municipios para su tramitación y prestación y las listas de espera que pueden llegar a convertirse en interminables

M1. Y unas horas para ayuda a domicilio, que cuando fue la crisis de 2014 hubo un problema enorme porque cogió la Xunta y quitó las 30 horas que había para ayuda a domicilio, y el ayuntamiento, asistentas, se enrocaron y dijeron ah, sacan ayuda a domicilio, y yo le dije, ¿tú leíste bien? No, ¡sacan ayuda a domicilio! ¡Sacan las 30 horas que daban de ayuda a domicilio! Sí, ¡tú léelo bien! ¿Dónde están mis 30 horas? No, son esas. Por eso que ellos creían que esas horas eran también las que prestaban ellas, por eso que si no te enseñas de una cosa te enseñas de otra, como tú no las tengas bien claras, olvídate, nada de nada, [...] (GD PCD GALICIA)

M2. [...], que como los ayuntamientos no tienen dinero o eso es lo que dicen, [...] tienen un grupo muy reducido de personas para mandar a tanta población, necesitada, como son ancianos, como son personas de movilidad reducida, como otros grupos, ¿no? [...] tú vas a solicitar la ayuda a domicilio [...] cuando tienes todo presentado lo que te dicen es, bueno, te ponemos en una lista de espera, esa lista de espera es interminable, o sea, yo no sé si dentro de 3 o 4 años yo voy a necesitar esa ayuda a domicilio, porque debido a mi situación, si hoy la necesito, la estoy solicitando porque la necesito, en cuatro años más, ya me van a coger con pinzas (GD PCD GALICIA)

Los familiares-cuidadores se plantean cuál es la prestación de servicios que más se adapta a las necesidades que requieren. Las personas cuidadoras necesitan trabajar para mantener a la unidad familiar y en algunos casos, deben afrontar los elevados costes económicos derivados de la discapacidad de su familiar. Entonces aparece el tema de la “conciliación” que debe ir entre el trabajo fuera de casa y el trabajo de cuidar el familiar 24 horas. Los recursos que aporta la LAPAD, tanto en servicios como prestaciones económicas, no llegan a cubrir en un mínimo esas necesidades.

H: es que lo curioso es que la empresa esta te manda una persona, pero [...], tú sigues sin poder ir a trabajar. Yo es que quiero la prestación económica porque, aunque venga una persona yo no puedo ir a trabajar [...] a lo mejor te viene 2 o 3 horas 3 días a la semana. (GT FAMILIARES MADRID)

Asimismo, en relación con el servicio de ayuda a domicilio, las familias reclaman una mayor preparación y adecuación del personal de las empresas contratadas por la Administración Autonómica (Comunidad de Madrid) que responda a las necesidades específicas de la persona con discapacidad. Igualmente se pide mayor empatía e implicación con la situación que está viviendo tanto la persona que recibe el servicio, como su entorno.

H: es que depende de qué persona venga, porque a mi me ha pasado, me han mandado gente que de repente ves que está limpiando el baño y le va a dar a mi mujer. ¡No! O sea, el lío, le metes cualquier bacteria ahí y ya está, o sea mi mujer no tiene defensas, entonces la persona que venga tienes que estar seguro de que va a hacerse cargo. [...] que tiene esos conocimientos mínimos para el cuidado de esa persona [...] y sobre todo que tenga empatía. Ha venido alguna persona que es que dices, la sensación es que le da igual. (GT FAMILIARES MADRID)

H: pero vamos que el problema es que no te soluciona nada de lo que tú necesitas. Porque si a mi me viene una persona que se haga cargo de mi mujer y yo me puedo ir a trabajar, pues todavía, pero es que tampoco, con lo cual al final tienes que pedir el tema económico. Y el tema económico a mi no me da ni para pagar el fisco que viene a mi casa. (GT FAMILIARES MADRID)

A nivel de gestión por parte de las administraciones, y según las trabajadoras sociales entrevistadas, existe un conflicto de poca flexibilidad con los criterios del servicio y con la intensidad o coste de los servicios.

“Entonces, a ver, la ayuda a domicilio la veo irrisoria, muy muy irrisoria. Luego en Galicia tienen una manía, que no sé si en todos lados es así, la ayuda a domicilio tiene que ser mayoritariamente, el mayor número de horas para una atención personal. Tú quieres la ayuda a domicilio, pues si vives con tu pareja o con tu mamá o con tal, que te hace el aseo personal y pues, si no quieres el aseo personal ya no te conceden la ayuda en el hogar, ya te dicen: No, es que, si es solo para atenciones domésticas o paseo o no sé qué, no tiene que ser atención personal.” (ETS GALICIA SS COMUNITARIOS)

“En el hogar, tendríamos que volver a más horas de ayuda a domicilio, porque ese recorte fue bastante jorobado, fue lo que más se notó. Y también recorte económico, antes las libranzas, las ayudas económicas eran de mayor cuantía y también las rebajaron.” (ETS GALICIA SS COMUNITARIOS)

Otro aspecto que se señala y que explica en buena manera el elevado porcentaje que supone este servicio en el global es que la ayuda a domicilio ha sido un servicio “comodín” ante las carencias de otros servicios y que en la medida en que se han ido desarrollando otros, las personas usuarias pueden elegir transitar hacia otro tipo de servicio más enfocado a la prevención. Este verbatim nos da idea de cuán importante ha sido la ayuda a domicilio, convirtiéndose en el servicio más extendido y que inconscientemente salta como servicio primordial del sistema.

También es verdad que a partir del 2015 es cuando se empieza a implementar el grado 1, y estamos hablando de hace 2 o 3 años que a nivel de funcionamiento de administración es ayer mismo. No tiene tanto recorrido y si fuera (¿) estas prestaciones cada vez van cogiendo más peso, cada vez la gente va viendo que a lo mejor no tengo por qué tener ayuda a domicilio, a lo mejor hay un sitio que es más específico, que yo pueda ir dos o tres días y puedo hacer una fisioterapia preventiva para evitar el deterioro muscular que tengo asociado a mi enfermedad, o evitar el deterioro cognitivo, (ETS MUNICIPAL MADRID)

Residencias

El servicio de los centros residenciales es uno de los que despierta mayor debate en los grupos. Las posiciones discursivas se ubican entre quienes admiten los beneficios de este tipo de espacios y quienes los cuestionan, sin embargo, existen matices a partir de los cuales se articula cada una de estas posiciones.

Los centros residenciales pueden considerarse adecuados en ciertas situaciones: personas que viven solas, que no mantienen vínculos familiares, y en una edad avanzada, que van comprobando el deterioro físico y consideran que en un futuro no podrán sostener el proyecto de vida independiente que tienen en la actualidad, en tanto requerirán mayores cuidados y de forma más recurrente. En estos casos la residencia se considera una opción viable económicamente en un futuro y puede dar hasta cierta seguridad saber que ya se cuenta con ese recurso asignado. Como expresa una de las participantes del grupo de

discusión de Madrid y en uno de los grupos de Galicia donde se señala la dificultad para acceder a determinadas residencias si se cuenta con un grado de “independencia” medio alto, esta dificultad para acceder al servicio puede resultar todavía más problemática si esto se cruza con una situación de soledad o ausencia de apoyo familiar.

M1: Yo vivo sola y [...], me han dado el grado 1 y 2, y ahora no hay 2 y 3. Yo quiero, estoy bien, perfectamente, pero el futuro. Estoy operada de corazón, tengo hemiplejia, tengo afasia. Y ya pues, esto mi corazón está más lento, no puedo. Yo quiero, la ley de dependencia. Yo quiero una residencia de la comunidad de Madrid. Yo soy soltera, y ya pues, mi familia no, no es, no sé... (GD PCD MADRID)

M1: Aunque se vea malo, es increíble que tú puedas, que ... porque tú imagínate que no tengas a familia a la que recurrir, pues qué haces

H1: Claro, te quedas en desamparo. [...]

M2: Si eres muy independiente, no pasas el periodo de prueba en Ferrol.

M1: Es que, por eso... (GT PCD GALICIA)

Aun así, otra de las participantes, en una situación similar (también vive sola) y con un proyecto independiente, cuestiona que la residencia sea la mejor opción. En el siguiente pasaje, distintas participantes dan su opinión sobre la conveniencia o no de las residencias y las preferencias de cada una (por ejemplo, preferir una residencia a que alguien entre en el domicilio, estar sola/acompañada, la comparación público/privado):

M1: [...] En el futuro yo quiero una residencia

M3: hombre, la queremos todos

M2: esa la queremos todos

M3: porque yo igual, vivo con mi marido, tengo familia. La familia siempre está ahí, está ahí [...]

M4: pero por qué queréis residencia y no una atención que permita estar en tu domicilio, ¿por qué crees que vas a estar mejor en una residencia?

M2: pues yo te digo por qué, pues mira lo primero, yo meter a una persona en casa, yo he tenido con mi madre a chicas. En un año, 4 chicas distintas. Tener una chica de lunes a viernes, después te viene otra que tiene que venir los fines de semana.

Una, [...]

M4: pero, ¿y por eso te vas a la residencia?

M2: y por no estar sola, porque yo por ejemplo me puedo manejar, yo ahora, yo no necesito a nadie, [...] a la vuelta a lo mejor de 5 o 6 años yo digo, pues ya me he cansado de estar sola y me voy a la residencia, estoy acompañada

M4: ¿pero tú crees que en una residencia vas a estar acompañada?

M2: si quieres sí, porque tienes gente alrededor (GD PCD MADRID)

La percepción de tener que optar por los centros residenciales no siempre es vista como una decisión voluntaria, en ocasiones, otro tipo de situaciones conducen a seguir este camino. En el grupo de Andalucía, una de las participantes no concibe vivir en una residencia, si bien le ofrecieron el recurso en el PIA tiene un proyecto de vida independiente y familiar, con lo cual, considera que ese recurso no se adapta en absoluto a sus preferencias y necesidades. Otro de los participantes en el mismo grupo menciona el carácter “obligado” que en ocasiones reviste el hecho de “acabar” en un centro residencial.

M2: Que no, que no, es que no me viene nada, yo... yo no me voy a meter en una residencia, prestaciones económicas decía... eso no te lo dan. Que yo no pago ningún concepto, eso me han dicho eh... de la residencia, yo te digo [...] pero bueno...

H2: acabas por obligación a una residencia, lo que siempre te obligan inevitablemente, si estás a tiempo.

M2: o sea, que a mí no me sirve para nada. (GD PCD ANDALUCÍA)

El carácter “obligado” de optar por la residencia puede ser también producto de relaciones de poder en el marco de complejos vínculos familiares, donde la organización de los cuidados es conflictiva y este tipo de soluciones se “impone” a la persona con discapacidad, que en ocasiones no tiene las herramientas, ni sabe exactamente cómo defenderse ante este tipo de situaciones. Un caso de estos se evidenció en el grupo de Madrid, ante el cual el resto de participantes procuraron orientar a la persona afectada.

H2: te puedes encontrar en una residencia a gente muy mal, [...] voy a cambiar la ley de dependencia por mi hermana. Yo no quiero residencia, es por mi hermana, ¿sabes? como sabe que yo no puedo valerme por mí mismo, según ella, y mi padre ya tiene 84 años [...] pues para no quedarme solo, ella ha decidido que cambie la ley de la dependencia, del dinero a la residencia, pero yo no quiero

M4: pero, vamos a ver, ella puede querer lo que quiera, pero eres tú...

H1: exactamente

M4: el que tiene que valorar qué es lo que tú necesitas y qué es lo que tú quieras [...]

M3: ¿ella tiene tu tutoría?

H1: no

M3: entonces tú puedes decidir mientras [...]

H1: yo tengo previsto que cuando venga mi chica del extranjero, vivir con ella, que me ayude ella. (GD PCD MADRID)

Este mismo participante, en otro momento explica las características de dicha residencia . Se trata de una residencia que no está necesariamente adaptada para personas con discapacidad. Aquí se pone en evidencia los efectos que este tipo de imposiciones pueden tener en la vida de las personas:

H1: te digo más, es que donde ella vive, ahí hay una residencia de ancianos

M4: que encima irías a una de ancianos, que la gente

M2: a partir de 60 años no te mandan a una de personas con discapacidad, te mandan directamente a la tercera edad

H1: y allí muerto, olvidado de Dios, me muero enseguida, porque allí encerrado, sin metro, sin autobuses, sin mis amigos y sin tal. Allí me muero enseguida. (GD PCD MADRID)

Además de mencionar lo inadecuados que pueden resultar ciertos centros residenciales para las personas con discapacidad, también se plantea el servicio deficiente que prestan algunos de estos centros públicos. En el grupo de Madrid expresaron sus percepciones acerca de las residencias de la Comunidad de Madrid a partir de las experiencias de terceros.

M4: Para mí eso es a lo que hay que entender porque es que las residencias, las macro-residencias, que tiene la comunidad

*H1: No te sirven de nada
(GD PCD MADRID)*

M2: claro, es que ya a partir de 60 años no te mandan a una de discapacitados, te mandan directamente a la tercera edad (GD PCD MADRID)

Esto lleva a las participantes a plantearse alternativas: en algunos casos, la opción es una residencia privada, donde prima el componente de “calidad del servicio” frente al servicio público, asegurado por el pago de altos aranceles. Opción que no está al alcance de todas las personas. En otros casos, consideran como mejor opción contar con servicios en el domicilio o, de existir la posibilidad, alojarse en pisos tutelados. En estos casos, prima poder conservar la “autonomía” en relación con los espacios y los tiempos de la vida cotidiana.

M2: hombre, es que depende de la residencia, es que depende del tipo de residencia

M4: es que si te vas ahora mismo a una residencia de las que hay

M2: no, no, es que yo no me iría, yo me iría a una privada pagando 3.000 euros al mes. Yo a una de la Comunidad de Madrid no me iría nunca (GD PCD MADRID)

Ciertas residencias son muy demandadas por su elevada especialización y el reducido número de plazas, lo que las dota de un carácter donde el trato es muy cercano y personal, estos vínculos de cercanía hacen que resulten muy atractivas y se contrapone al miedo a ser derivadas a macro-complejos donde la despersonalización resulta nociva para el bienestar de las usuarias. En este sentido la falta de plazas para las personas que lo solicitan es una problemática recurrente.

M2: Esa es promovida por AIXIÑA, por la asociación en la que ella la han apoyado desde siempre, y que dice que es su casa. [...] tienen muchas menos plazas que la demanda que hay. Lo que hace la Xunta es que les manda casos urgentes. [...] Entonces tienen más preferencia que ella., y ella cambió de revisión de PIA. [...] yo creo que, a desistir, porque no la van a mandar para Ourense. La pueden mandar para Bóveda o... para centros más grandes, y ella en principio no... un centro muy grande y despersonalizado, no lo quieres ¿no?

M2: Aixiña es mi casa. [...] (GT PCD GALICIA)

El planteamiento de los pisos tutelados que realiza una de las participantes del grupo de Madrid y la cuestión central de conservar la autonomía, se enriquece con otra declaración de una participante en el grupo de Andalucía que comenta la experiencia de su pareja en una residencia. La pérdida de autonomía en un centro residencial se pone de manifiesto en relación al control que ejerce la institución, no solamente respecto a la organización de ciertas rutinas diarias, sino también a la hora de disponer de los bienes materiales de las personas que allí residen, ya sean estos económicos (su dinero) o de otro tipo (pertenencias como la ropa).

M4: [...] antes había lo que llamaban, que ahora no sé si los tendréis, los pisos tutelados [...] que no quiere decir (se ríe) que sea lo óptimo para los demás, pero para mi te da tu propia independencia porque tienes tu casa y tú, hay un tiempo en el que tú tienes que tener tu propio espacio

M1: si

M4: y un espacio no es una habitación de una residencia, es tu propio espacio con tus cosas y con todo, ¿me entiendes? Pero luego tienes unos servicios comunes que eso es lo que tú necesitas, o sea que, si necesitas a alguien que suba a cortarte la carne, pues llamas al timbre [...] lo que eran los gimnasios en los sótanos de los edificios, entonces, tenías para hacer tu rehabilitación [...], pues necesitamos el

tener un mantenimiento constante porque ya no, no empeorar, además es que eso es dinero que entra a las arcas públicas porque no vas a crear más necesidades, más gasto social, porque te vas manteniendo. O sea, tenías una serie de servicios y a la vez tenías una independencia (GD PCD MADRID)

M3: pues mi pareja, que sí está en una residencia deja allí toda su pensión, le dan los fines de semana cuando le toca venir cada 15 días, 10 euros y apura la misma. Y en vacaciones da una semana, en Semana Santa, por ejemplo, 50 euros para toda la semana, administrándoselo bien, los 10 euros, un euro al día, y para de contar. [...] si le tienes que comprar zapatos tiene que llevarlo comprado de casa. O ropa, tiene que llevar la ropa marcadita, incluso con el número le confunden la ropa al chaval (GD PCD ANDALUCÍA)

En relación a los pisos tutelados en la Comunidad de Madrid, otra participante explica que existen, pero que están destinados a personas mayores de bajos recursos, no a personas con discapacidad. En Galicia y en Madrid se abunda sobre la falta de pisos, no ya tutelados sino pisos adaptados y de protección social donde las personas con discapacidad puedan desarrollar su proyecto de vida independiente.

M2: bueno aquí en Madrid, hay, según tengo entendido, el ayuntamiento tiene unos pisos tutelados para mayores de 65 años, pero tienes que estar bajo un puente para que te lo den, tienes que tener unos ingresos mínimos, mínimos, mínimos y no tener piso en propiedad (GD PCD MADRID)

M1: [...]Sólo pido que haya viviendas que pueda estar accesibles, ya no digo adaptadas, accesibles a una persona con discapacidad, porque cada persona con discapacidad, tenga los límites que tenga, pueda realmente hacer su vida.
H1: Perdona, también diría que debería de haber más pisos de protección social. En el barrio donde vivía, no había pisos de protección social porque cuando abren un concurso para acceder a ese tipo de viviendas, solo hay muy poquitas para acceder a ese concurso de pisos sociales. Y debería de haber más pisos sociales, para gente con discapacidad. Y no uno o dos. o tres. ¿Sabes? (GT PCD GALICIA)

El siguiente pasaje del grupo triangular de Andalucía resume bastante bien cómo se afronta por parte de las personas con discapacidad el debate en torno a las residencias como alternativas para desarrollar su proyecto de vida que se condensa en que hay pocas plazas, están reservadas, y se consideran como el último recurso, priorizándose otros servicios o prestaciones como una ayuda a domicilio bien dotada o el asistente personal.

M3: porque tampoco es que haya muchas residencias que digamos.

M2: dentro de la necesidad lo que yo veo que toda la gente va...

M3: va más gravemente afectado. [...]

M1: pero las residencias, el último extremo, vamos...

M3: si tú quieras que contratemos una persona para que nos atienda. La ayuda económica subirla o la ayuda a domicilio ponerla a todas horas. (GDT PCD ANDALUCÍA)

La forma en la que los familiares de las personas con discapacidad afrontan el debate en torno a las diferentes alternativas residenciales varía sustancialmente a como lo viven las personas con discapacidad. Para las familias las residencias son deseables en la medida en que les permite pensar en un futuro en el que ellas no están.

Sin embargo, también se señala que no siempre las residencias que se les ofrece están adaptadas o son adecuadas para las personas con discapacidad, sobre todo en entornos, más rurales donde no hay una gran oferta de las mismas y muchas veces son derivadas a residencias de ancianos, donde personas jóvenes pueden sentirse completamente fuera de lugar y entrar en depresión.

M1: [...] Cuando salió, despertó y empezó... quería hablar. A él le gusta el fútbol, le gustan las mujeres... Si no tienes con quién hablar, ¿qué haces? Te metes en aquella esquinita y no sales de ella. Y yo creo que hay mucha gente que aún sigue estando en la esquinita. (GT FAMILIARES GALICIA)

A partir del análisis de las entrevistas realizadas a trabajadoras y trabajadores sociales de las cuatro comunidades autónomas estudiadas se señalan varias problemáticas compartidas. En primer lugar, la escasez de plazas residenciales ofertadas en relación a la elevada demanda de las mismas. Se señalan largas listas de espera y la práctica imposibilidad de acceder a las mismas con un Grado II, a pesar de haberse reconocido el derecho a acceder.

No hay plazas residenciales suficientes a la Demanda, tenemos los grados II que quieren una plaza de residencia y puedes estar en el número noventa de lista de espera con un grado II, tres cuatro o cinco años y no te llamarán nunca. Entonces si no construyen más residencias está claro que esa persona estará en su casa con una ayuda regular. (ETS GALICIA SS COMUNITARIOS)

E: porque aquí se pide centro de día o atención residencial, llevan esperando muchísimos años, como cinco o seis años a que les concedan ese recurso, porque los centros que hay son muy pequeños [...], hay muy pocos centros para personas con discapacidad y dependencia [...], en C. Madrid te dicen directamente que puedes ver a esa persona sentada porque no hay ese recurso, porque fueron primero los de grado III, [...] entonces no llegan nunca a los de grado II. [...] . Si no entran directamente de forma privada y luego se pide el cheque servicio (ETS COMUNIDAD DE MADRID)

Es que por ejemplo aquí, los centros que hay para personas gravemente afectadas o residencias de adultos con discapacidad, o viviendas tuteladas para personas con discapacidad, están llenas. Entonces nosotros, por ejemplo, nos encontramos con [...] es que no hay (ETS ANDALUCÍA)

En segundo lugar, el desconocimiento sobre la posibilidad “real” de acceder a las residencias, es otra problemática señalada. Muchas personas piensan que el “copago” implica un % sobre el coste real de la plaza y no un % sobre la renta que se percibe, lo que directamente lleva a muchas personas a desistir de intentar acceder a plazas, pues asumen que el coste de una residencia privada es equiparable al coste de la pública y a lo que ellas deberán pagar, por lo que imaginan cantidades muy por encima de lo que pueden asumir.

Ellos consideran, yo creo que como piensan que su madre cobra 500, no va a poder ir nunca a una residencia, porque les va a suponer a ellos un coste, pero cuando se les dice que es dependiendo de lo que ella cobre y el 75, las familias se alivian mucho, (ETS ANDALUCÍA)

Por último, se señala la no especialización de las plazas residenciales como otra problemática añadida. Frecuentemente se está derivando a centros de mayores con efectos negativos sobre la salud de las personas con discapacidad que allí recalcan. Esta problemática es compartida por todos los agentes entrevistados, tanto por el colectivo, como por los equipos de Trabajo Social y las familiares. En ocasiones esta falta de especialización deriva en que sean las propias familias las que acaben asumiendo el trabajo de cuidados.

Sí, sí, totalmente, los centros de discapacidad, la mayoría son centros de mayores y los centros de día, la mayoría son de mayores también. (ETS ANDALUCIA)

[...] porque ¿una persona de 50 años que hace en una residencia de mayores? Pues, morirse, directamente ¿no?, [...] y no se puede mezclar o se está asumiendo desde el coste personal de la familia y el desgaste de la familia porque hay casos que necesitan una atención muy muy especializada [...] (ETS Castilla y León)

4.3. LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL SAAD

Análisis del marco normativo

Normativa estatal

Las prestaciones económicas contempladas en la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* tienen características y finalidades diversas. Las mismas se definen en la Sección 2ª del Capítulo II de la Ley, donde se distinguen las siguientes modalidades:

Prestación económica vinculada al servicio

Se trata de una prestación que se otorga para adquirir un servicio cuando no es posible acceder a uno de carácter público o concertado. Según el artículo 17, esta prestación se reconocerá “en función del grado de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente comunidad autónoma”, es de carácter periódico y su utilización será supervisada para asegurar el cumplimiento de la finalidad para la que fue concedida.

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

Este tipo de prestación se define en el artículo 18 y se reconoce cuando la persona beneficiaria es atendida por su entorno familiar o por cuidadoras/es no profesionales. La Ley 39/2006 destaca su carácter “excepcional”, así como también la necesidad de reunir ciertas condiciones de convivencia y habitabilidad de la vivienda, tal como indica el artículo 14.4. Asimismo, se requiere que las personas cuidadoras se ajusten a las “normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente”. En relación con esta prestación, se atribuye al Consejo Territorial funciones diversas: por un lado, establecer las condiciones de acceso; por otro, promover acciones de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales (programas de formación, información y medidas para los períodos de descanso).

Prestación económica de asistencia personal

El artículo 19 se dedica a definir esta modalidad de prestación, cuyo objetivo es facilitar la contratación de una asistencia personal con el fin de promover la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados. En tanto el estudio de la prestación económica de asistencia personal se abordará de forma específica, se reserva el análisis detallado de la misma para el siguiente capítulo.

La Ley 39/2006 pautaliza en el artículo 20 que la *cuantía de las prestaciones económicas* “se acordará por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para su aprobación posterior por el Gobierno mediante Real Decreto”. Las cuantías máximas de cada tipo de prestación quedan estipuladas en la disposición transitoria décima, apartado 2, del *Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*.

Tabla 25. Cuantía máxima de las prestaciones económicas por grado.

	Prestación económica vinculada al servicio	Prestación económica de asistencia personal	Prestación económica por cuidados en el entorno familiar
Grado III	715,07 €	715,07 €	387,64€
Grado II	426,12 €	426,12 €	268,79 €
Grado I	300,00 €	300,00 €	153,00 €

Fuente: Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Estas *cuantías máximas*, que varían en función del tipo de prestación económica y del grado de dependencia³⁵ constituyen uno de los criterios que las comunidades autónomas incluyen en sus fórmulas de cálculo para determinar la cuantía mensual que finalmente percibirá la persona beneficiaria de la prestación.

Entre estos criterios se incluye también la *capacidad económica* de la persona beneficiaria, que tal como indica el artículo 33 de la Ley 39/2006 “se tendrá también en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas”. Según el Consejo Territorial³⁶, la capacidad económica se define de acuerdo a la renta y el patrimonio. La renta incluye “los ingresos del beneficiario, derivados tanto del trabajo como del capital” y quedan exentas de este cálculo las cuantías provenientes de prestaciones deanáloga naturaleza y finalidad establecida en los regímenes públicos de protección social³⁷. El patrimonio de la persona beneficiaria incluye “el conjunto de bienes y derechos de contenido económico de que sea titular, con deducción de las cargas y gravámenes que disminuyan su valor, así como de las deudas y obligaciones personales de las que deba responder”. La vivienda habitual computará como patrimonio sólo en caso que la persona perciba el servicio o la prestación económica vinculada al servicio de Atención Residencial y no tenga personas a su cargo³⁸ que residan en la vivienda. Quedan exentos de este cálculo los bienes y derechos especialmente protegidos, como los regulados por la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria. Asimismo, para el cálculo de la

³⁵ A su vez, se entiende que de los grados de dependencia depende la intensidad de los servicios y con ello, su posible coste

³⁶ Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

³⁷ De acuerdo al artículo 31 de la Ley 39/2006 entre ellas se encuentra el complemento de gran invalidez, el complemento por hijo a cargo mayor de 18 años con un grado de discapacidad igual o superior al 75%, el de necesidad de otra persona de la pensión de invalidez no contributiva, y el subsidio de ayuda a tercera persona de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

³⁸ Se consideran personas a cargo –siempre que convivan y dependan económicamente de la persona beneficiaria– el cónyuge o pareja de hecho, ascendientes mayores de 65 años, descendientes o personas bajo tutela y/o acogimiento de menores de 25 años o mayores de 25 en situación de dependencia o con discapacidad.

capacidad económica de la persona beneficiaria se tendrá en cuenta la edad, las cargas familiares y el tipo de servicio.

Otra variable que afecta el cálculo de la cuantía de las prestaciones económicas es el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM). Su cuantía se expresa en tres modalidades: diaria, mensual y anual. De acuerdo a la Ley 6/2018, de 3 de julio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2018, las cantidades para el presente ejercicio quedan determinadas como sigue: a) IPREM diario, 17,93 euros. b) IPREM mensual, 537,84 euros. c) IPREM anual, 6.454,03 euros. Como referencia, desde el año de aprobación de la Ley 39/2006, la cuantía mensual del IPREM se incrementó desde los 479,10 euros en 2006 hasta los 537,84 euros actuales, concentrándose las mayores subidas entre el año 2006 y el 2010, cuando alcanza los 532,51 euros³⁹. La relevancia de este indicador en el cálculo de las prestaciones económicas del SAAD radica en que “*si la capacidad económica del beneficiario es igual o inferior al IPREM, la cuantía de prestación será del 100 por 100 de la cantidad establecida para cada una de las prestaciones en el Real Decreto anual de cuantías*”, tal como se indica en la Resolución de 2 de diciembre de 2008. Por otro lado, si la capacidad económica es superior a dicho indicador, será la comunidad autónoma o Administración competente la encargada de establecer un índice de reducción para determinar la cuantía final.

En cualquier caso, el marco normativo estatal –regulado en la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia– garantiza unas cuantías mínimas para cada prestación y la cantidad resultante de la aplicación de las fórmulas que estipule cada comunidad autónoma no puede ser inferior a un determinado porcentaje de la cuantía máxima de cada prestación económica. En el caso de la prestación económica vinculada al servicio o de asistencia personal⁴⁰ la cuantía no puede ser inferior al 40 por ciento, mientras que en el caso de la prestación económica para cuidados en el entorno esta barrera alcanza el 75 por ciento⁴¹.

Por último, otro aspecto común a tener en cuenta en el cálculo de la cuantía de las prestaciones económicas es el relativo a las deducciones por percibir una *prestación de análoga naturaleza o finalidad*. Este último punto puede resultar contradictorio con lo estipulado para el cálculo de la capacidad económica, en tanto estas prestaciones, que en un principio se consideran exentas para determinar la renta, una vez calculada la cuantía de la prestación económica si la persona beneficiaria “percibiera cualquier otra prestación de análoga naturaleza o finalidad de las citadas en el artículo 31 de la Ley 39/2006, el importe de éstas se deducirá de la cuantía de aquellas”. Esta deducción no impide garantizar los porcentajes mínimos de la cuantía que corresponda.

En resumen, este complejo sistema para determinar la cuantía de las prestaciones económicas establece unos lineamientos generales a nivel estatal (definición de cuantías máximas, capacidad económica, IPREM), a la vez que permite cierta flexibilidad a las

³⁹ Datos consultados en <http://www.iprem.com.es/>, el 1 de octubre de 2018.

⁴⁰ Para este tipo de prestaciones, la presente resolución también estipula que “el beneficiario deberá realizar un gasto igual o superior a la cuantía máxima establecida para dichas prestaciones”.

⁴¹ Estos porcentajes pueden reducirse en el caso en el que se haya reconocido la compatibilidad de la prestación con algún tipo de servicio.

comunidades autónomas a la hora de aplicar las fórmulas matemáticas para calcular la cantidad que percibirá la persona beneficiaria; sin embargo, un criterio común a estos cálculos debe ser que garanticen “la equidad en la progresividad de su aplicación según su capacidad económica”.

Normativa autonómica

A continuación, se exponen las principales referencias normativas relativas a las cuantías de las prestaciones económicas en cada comunidad autónoma:

Tabla 26. Referencias normativas relativas a las cuantías de las prestaciones económicas en cada CC. AA.

Andalucía	Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.	Artículo 16. Acceso a las prestaciones económicas. Artículo 17. Determinación de la cuantía de las prestaciones económicas. Artículo 19. Deducciones por prestaciones de análoga naturaleza y finalidad.
Castilla y León	Orden FAM/6/2018, de Castilla y León, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales	Artículo 33. Determinación de la cuantía de las prestaciones económicas. Anexo I. Indicadores y coeficientes Disposiciones adicionales. Primera.
Galicia	Orden de 2 de enero de 2012, de Galicia, de desarrollo del Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, el procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.	Artículo 34. Determinación de la cuantía. (prestación económica vinculada al servicio) Artículo 39. Determinación de la cuantía (prestación económica (prestación económica para cuidados en el entorno familiar)) Artículo 44. Determinación de la cuantía (prestación económica de asistencia personal) Artículo 56. Determinación de la cuantía de las libranzas. Anexo V. Cuantías máximas de la libranza para el año 2011
Madrid	Decreto 54/2015, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad de Madrid	Artículo 44. Determinación de la cuantía de la prestación (para cuidados en el entorno familiar) Artículo 52. Determinación de la cuantía de las prestaciones (vinculada al servicio y de asistencia personal) Artículo 54. Limitación de la cuantía de las prestaciones económicas

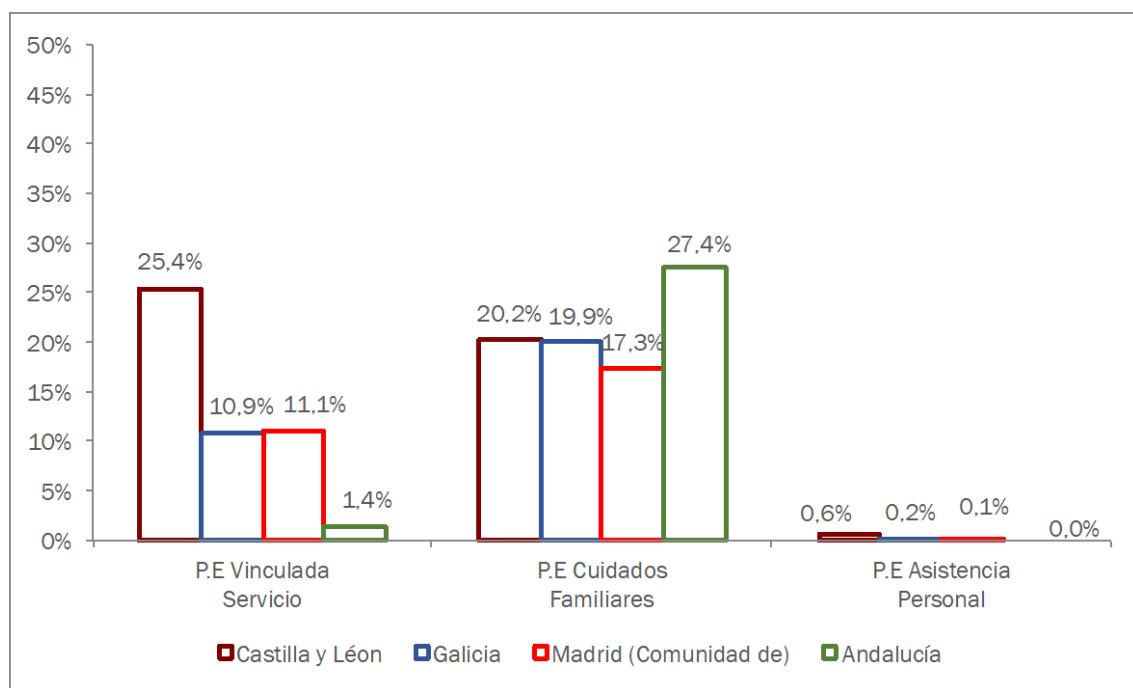
Fuente: elaboración propia.

Análisis de los datos

Dentro del catálogo de prestaciones y servicios, las prestaciones económicas se conceden de la siguiente forma:

- La prestación vinculada al servicio para la contratación de servicios profesionales es la más concedida en Castilla y León (25,4%).
- La prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF) es globalmente la más concedida de las prestaciones económicas y es la única que no está vinculada a la contratación de ningún servicio. Puede considerarse la prestación económica “pura”, y las referencias a esta en los grupos es constante, puesto que el resto están vinculadas a la contratación de algún servicio profesional. En Andalucía es la prestación más concedida 27,4%.
- La prestación para asistencia personal es la menos concedida de todo el catálogo.

Gráfico 31. Comparativa de la distribución de las Prestaciones Económicas entre CC. AA.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha de 30 de junio de 2018.

Un indicador que refleja el equilibrio entre los servicios y la prestación económica es el que muestra la ratio entre prestaciones económicas en el entorno familiar (PECEF) sobre el resto de servicios y prestaciones. A nivel estatal la PECEF representa el 47,1% sobre el resto de servicios y prestaciones concedidas.⁴²

⁴² Ejemplo de cálculo del indicador a nivel estatal PECEF: 390.860/830.336 resto de servicios y prestaciones económicas vinculadas a contratación de servicios profesionales concedidas a fecha 30 de junio de 2018.

En Andalucía la PECEF se sitúa en el 37,8% sobre el resto de servicios y prestaciones concedidas.

En Castilla y León el 25,3%, en Galicia el 24,9% y en la Comunidad de Madrid en el 20,9%.

Tabla 27. Indicador de equilibrio entre prestaciones y servicios vinculados a contratación de servicios profesionales frente a PECEF.

	Total de prestaciones del catálogo del SAAD	Resto de prestaciones del catálogo	P.E Cuidados Familiares	INDICADOR EQUILIBRIO SERVICIOS Y PECEF
Estatal	1.221.196	830.336	390.860	47,1%
Andalucía	255.182	185.188	69.994	37,8%
Castilla y León	117.182	93.553	23.629	25,3%
Galicia	65.953	52.815	13.138	24,9%
Madrid (Comunidad de)	161.539	133.592	27.947	20,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha de 30 de junio de 2018.

Análisis de los discursos

En relación con las prestaciones económicas, la que se menciona con mayor asiduidad es la de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, por lo que únicamente nos referiremos a ésta en este epígrafe. En relación con la asistencia personal, se dedicará un capítulo específico a esta cuestión. Así es que a continuación se realizarán algunos apuntes vinculados a este tipo de prestación:

En relación con la prestación económica para cuidados en el entorno, ya se ha mencionado que ha sido la que más se ha asignado desde los inicios de la Ley y esta cuestión cuantitativa se ha visto reflejada en los discursos de los grupos. Las personas participantes en este estudio también han comentado los aspectos que han empeorado de esta prestación: como la suspensión de la cotización de los cuidadores habituales, o la reducción de la cuantía económica. Asimismo, existe la percepción de que se está restringiendo el acceso a la prestación económica de cuidados en el entorno y se relaciona este cambio a los principios que inspiran la ley, en tanto priman cubrir las necesidades a través de servicios y no de prestaciones.

Por otro lado, a medida que los servicios se han ido desarrollando, la necesidad de usar esta prestación disminuye. Sin embargo, dada la percepción de que, por ejemplo, la intensidad del servicio de ayuda a domicilio es insuficiente, se genera un malestar al restringir el acceso a una prestación que, si bien económicamente se considera insuficiente, al menos facilita algo más que la atención a los cuidados esté cubierta por una persona, las 24 horas – necesidad manifestada por una parte importante de las personas participantes de los grupos. Es más, si a esta escasa cobertura del servicio de ayuda a domicilio se le suma la percepción de una insuficiente formación del personal para desarrollar el servicio, y las demás limitaciones ya comentadas, muchas personas usuarias, y sus propios familiares, acaban decantándose por la prestación económica para cuidados en el entorno.

[...], como la ley empezó también con una dotación económica insuficiente, lo que te ofrecían era, el tema de la ayuda al cuidador habitual, es decir, los familiares y tu entorno, a tu madre, y luego ya lo que había era el tema de ayuda a domicilio, el

tema de unidades de día y entonces estaban empezando a construir las residencias, [...], cotizaban antes de que hubiera regresión de que quitaran la cotización de los cuidadores habituales del entorno familiar. (GD PCD ANDALUCÍA)

[...], a mí, por ejemplo, no me lo dan por esa razón de vivir sola, a mi padre se lo daban el dinero, y ese dinero se supone que es para gastártelo en la persona, no para irte de copas[...]

M2: se supone que es para esa persona si necesita una persona si necesita una persona que le [--] o que le ayude a ducharse, tú le pagas y te dan el dinero, pero ha habido (GD PCD MADRID)

¿CUBREN LAS NECESIDADES BÁSICAS LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS?

M2: pues no

H1: con 153, al mes, todos los meses

M2: a mi padre le daban 670

M4: Con eso, ¿pagas casa? ¿pagas luz? ¿pagas agua?

M3: ¿pagas fisió?

M2: no, no, los gastos para que puedas vivir, ya el fisió es un lujo

M2: y suponiendo que tengas el piso en propiedad clara, [...](GD PCD MADRID)

Otro aspecto positivo que se señala de esta prestación económica es que es vista como una alternativa viable para poder seguir desarrollando un proyecto de vida independiente, sin necesidad de recurrir a residencias en casos en los que se necesite de cuidados 24 horas diarias.

Se plantea la necesidad de reforzar la prestación económica de asistencia personal para permitir un mayor grado de autonomía tanto de la persona beneficiaria del derecho, como de quien se encarga de los cuidados. De algún modo se les está colocando a la persona con discapacidad y a la cuidadora ante la disyuntiva de acogerse a esta prestación y precarizar su existencia –dada la cuantía de la misma–, o renunciar a su proyecto de vida independiente y seleccionar como alternativa una residencia.

M3: entonces mi pareja tuvo que dejar de trabajar y claro, [...] hicimos cuentas, cosas, digo bueno, aunque entre menos en la casa, porque entra menos, pero es que yo lo necesito las 24 horas del día.

Es que está como mi cuidador...

M2: en casa mía es mi madre (GDT PCD ANDALUCÍA)

En el caso de las familiares de las personas con discapacidad, que han valorado el acceso a esta prestación o que han accedido a ella, la reivindicación que realizan de manera generalizada gira en torno a la cuantía de la misma y a la dificultad burocrática a la que deben hacer frente para solicitarla. Las cuantías se consideran insuficientes, incluso insultantes, mientras los requisitos de acceso además de resultar confusos, se perciben como injustos y excesivos. Por ejemplo, se señala la necesidad de pagarse el alta en la seguridad social y que han tenido que optar por esta prestación ya que no podían asumir la contratación de una persona cuidadora externa, por sus elevados costes. Resulta llamativo que no se haga mención del asistente personal, ya sea como alternativa o como demanda, dado el elevado coste económico, físico y personal que supone para las familias realizar trabajos de cuidados durante 24 horas en muchos de los casos.

H: [...] y después, seguí sin enterarme. Y ahora, sigo sin enterarme. De hecho, de hecho... Ya renuncié. No quiero saber nada. Porque dije, yo por 6 euros, tener aquí que dos veces al mes, van a venir a ver si... Si el chaval, tiene bien hecha la cama. Si le cuidan bien, si... [...] O sea, darte 6€, por cuidar [...] Eso es subir la pensión o es insultar a la gente. (GT FAMILIARES CASTILLA Y LEÓN)

*H: por eso, por eso la valoración de, de los dineros para los cuidadores. Son... no
pequeños, inexistentes.*

M: sí, porque al final el cuidador acaba también enfermo.

H: teniendo que cuidarse.

*H: y ese es otro problema, porque el cuidador, claro, necesita también sus
vacaciones, y no las tiene nunca. (GT FAMILIARES CASTILLA Y LEÓN)*

*M1: [...] porque claro, tener una persona 24 horas al día, eso no hay cartera que lo
soporte. Necesitamos un sueldo para pagarle a esa persona, entonces eso era
imposible. Entonces claro, eh... la persona que me ayuda no venía pues a, a horas
determinadas, lo levantaba, pero no lo acostaba y, y así. Con ese dinero no había ni,
para empezar*

*M2: con esos 300 y pico de euros no había dinero ni, para empezar. Y encima
pretendían que yo siguiera pagándome la Seguridad Social de esa prestación, mire
usted, si es que a esto yo le tengo que poner dinero... (GT FAMILIARES ANDALUCIA)*

Esta percepción que tienen el colectivo de personas con discapacidad y sus familiares es corroborada también por parte de las trabajadoras y trabajadores sociales entrevistadas para esta investigación, concretamente señalan que en torno a las prestaciones económicas existe confusión y percepción de promesas no cumplidas, por cambios en la ley a lo largo de los años, por desinformación, por retrasos en la concesión del recurso y por la reducción de las cuantías.

*“Las prestaciones económicas generaron muchas expectativas. Claro, porque
tampoco hubo información, lo de la ayuda que hubo de cotizar, los cuidadores, que
la pongo la quito.” (ETS MADRID)*

*[...] de las prestaciones económicas para los cuidados en el entorno familiar, es
decir han reducido la cantidad económica [...] (ETS CASTILLA Y LEÓN)*

A modo de cierre de este capítulo, a través de las siguientes dos citas, cabe reflexionar en torno a la situación de inequidad que tantos cambios en la ley han generado. En concreto, nos referimos al cambio que supuso la eliminación de la retroactividad en la concesión de esta prestación económica que, sin duda, ha puesto sobre la mesa la cuestión de qué condiciones mínimas son necesarias para que el derecho subjetivo de acceso al SAAD sea realmente efectivo.

*M: ha habido unos años, al principio, que tenía carácter retroactivo, pero claro, se
dieron cuenta rápido que había gente que cobraba 6.000, 8.000, 10.000 euros,
¿qué han hecho ahora? Es muy paradójico porque te concedo unos derechos, una
ley de dependencia con unos derechos, súper bonito todo, tú lo solicitas, te
reconocen el grado cuando sea, te reconocen el PIA, pero luego me permito 2 años
para pagarte la prestación, te lo reconozco,
pero no te lo doy, con lo cual es como el que tiene un tío en Alcalá. (ETS MADRID)*

*H1: lo de la ley de la dependencia de cuidados en el entorno, [...], y luego cuando me
salió, me lo concedieron, pues me pagaron desde que lo solicité, todo retroactivo y
luego ya mes a mes. Así que dentro de todos los problemas que está teniendo la
gente con la ley de la dependencia, yo, muy desafortunado en ese aspecto no soy.
(GDT PCD MADRID)*

Análisis de los datos por Comunidad Autónoma

Andalucía

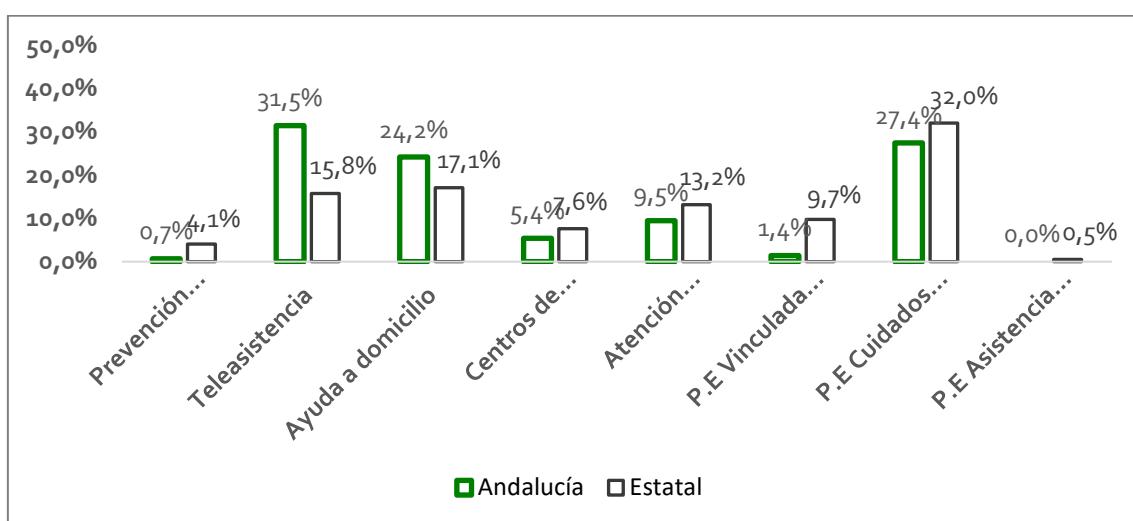
Según los datos publicados por la Agencia Andaluza de Servicios Sociales y Dependencia, en su Informe Ejecutivo 2017, este año pasado se registraron cifras históricas en atención ofrecida por el Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD) en la comunidad autónoma, alcanzando indicadores previos al año 2012, con atención a 196.730 personas beneficiarias con prestación reconocida. Siendo el 66% mujeres (129.980), frente al 34% hombres (66.750 hombres). Tres de cada 10 personas tiene menos de 65 años (Informe Ejecutivo. Agencia SS Andalucía. 2017: 44).

Los datos se mantienen estables durante el primer semestre de 2018 con 196.510 personas atendidas, frente a las 196.730 con que cierra el año 2017.

Respecto al total estatal (987.086) representa el 19,9% de las personas atendidas bajo la LAPAD. Andalucía tiene 255.182 prestaciones concedidas, lo que supone una media de 1,3 prestaciones por persona atendida. En Andalucía se hizo compatible la ayuda a domicilio, por ejemplo, con el servicio de centros de día y con la teleasistencia, por lo que existen personas que reciben hasta 3 prestaciones, según el informe publicado por la Agencia Andaluza de Servicios Sociales y Dependencia.

En el primer semestre de 2018 la teleasistencia (31,5%) y la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (27,4%) son las dos prestaciones más asignadas por la comunidad autónoma. La menos concedida es la prestación económica por asistencia personal con 9 prestaciones sobre 255.182, lo que representa el 0,003% del total. Los servicios de promoción de la autonomía y prevención de la dependencia también son de los servicios menos concedidos del catálogo (0,7%).

Gráfico 32. Distribución porcentual a nivel estatal y Comunidad Autónoma de Andalucía según tipo de Servicio y Prestación Económica en el primer semestre de 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

La atención a las personas con discapacidad bajo la LAPAD se debe poner en relación a la atención a las personas mayores (mayor de 65 años) que también atiende esta Ley. Un ejemplo son los recursos de atención residencial, centros de día, etc., según publica la

Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía en su informe ejecutivo 2017, el número total de centros y plazas de atención a la dependencia han sido 44.008.

De estas plazas, la mayor parte se asignaron a personas mayores, como puede observarse en los datos de la siguiente tabla. En atención residencial, centros de día, centros de fin de semana, estancia nocturna y respiro familiar, el grupo mayoritario de personas usuarias ha sido el grupo de personas mayores. Los centros de estancia diurna y terapia ocupacional con 187 centros y 6.477 plazas son el 100% para las personas con discapacidad. Las viviendas de apoyo al tratamiento, con tres centros aportan 26 plazas para ellos.

Tabla 28 Distribución de Centros Día/Noche y plazas de atención residencial en Andalucía.2017.

CENTROS Y PLAZAS 2017								
ATENCIÓN RESIDENCIAL	640 CENTROS	63%	406 MAYORES	26.426 PLAZAS	78%	20.702 MAYORES		
		37%	234 DICAPAC.		22%	5.724 DISCAPAC.		
CENTROS DE DÍA	466 CENTROS	70%	327 MAYORES	9.937 PLAZAS	71%	7.035 MAYORES		
		30%	139 DICAPAC.		29%	2.902 DISCAPAC.		
CENTROS DE DÍA FINES DE SEMANA	48 CENTROS	98%	47 MAYORES	858 PLAZAS	98%	837 MAYORES		
		2%	1 DICAPAC.		2%	21 DISCAPAC.		
ESTANCIA NOCTURNA	1 CENTROS	100%	1 MAYORES	4 PLAZAS	100%	4 MAYORES		
		0%	0 DICAPAC.		0%	0 DISCAPAC.		
ESTANCIA DIURNA TERAPIA OCUPACIONAL	185 CENTROS	0%	0 MAYORES	6.477 PLAZAS	0%	0 MAYORES		
		100%	185 DICAPAC.		100%	6.477 DISCAPAC.		
VIVIENDAS APOYO AL TRATAMIENTO	3 CENTROS	0%	0 MAYORES	26 PLAZAS	0%	0 MAYORES		
		100%	3 DICAPAC.		100%	26 DISCAPAC.		
RESPIRO FAMILIAR	59 CENTROS	54%	32 MAYORES	280 PLAZAS	73%	203 MAYORES		
		46%	27 DICAPAC.		27%	77 DISCAPAC.		
TOTAL*		44.008 PLAZAS						
Plazas relativas a P.E.V.S.		3.726 PLAZAS						
TOTAL PLAZAS 2017		47.734 PLAZAS						
*Incluye centros de gestión directa y centros concertados ASSDA.								

Fuente: Informe Ejecutivo 2017. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Pág. 51.

La tendencia en la concesión de servicios y prestaciones en Andalucía la podemos ver en los Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía 2018 donde recoge en la partida de “Otros gastos de explotación” las siguientes cantidades asignadas a cubrir en Andalucía:

Tabla 29. Partidas económicas previstas para 2018 para cubrir las necesidades económicas del Catálogo de Servicios y Prestaciones en Andalucía. Comparativa con 2017

	Total de prestaciones del catálogo del SAAD	Resto de prestaciones del catálogo
Otros gastos de gestión corriente	846.381.044 €	784.708.658 €
c.1) Prestaciones económicas	260.625.553 €	328.187.680 €
c.2) Servicio de Ayuda a Domicilio	408.277.358 €	336.187.680 €
c.3) Liquidaciones Atención Residencial	63.803.315 €	-
c.4) Liquidaciones Unidad de Estancia Diurna	89.278.278 €	89.900.295 €
c.5) Refuerzo Dependencia	10.290.871 €	10.290.871 €
c.6) Atención a la Dependencia Moderada	2.384.249 €	7.970.107 €
c.7) Promoción Autonomía y Prevención Dep	8.096.548 €	8.021.233 €
c.8) Liquidaciones Respiro Fam. (Mayores y Disc)	3.597.372 €	3.634.217 €
c.9) Otros gastos de gestión corriente	500 €	41.000 €

Fuente: Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía 2018. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

Cabe destacar la disminución de la partida para prestaciones económicas a 260.652.553€ y el fuerte incremento del servicio de ayuda a domicilio a 408.277.358€. Se mantiene la partida económica prevista para la Promoción de la Autonomía y Prevención. Y destaca la ausencia de una dotación específica para la prestación económica para asistencia personal, perpetuando la situación actual de esta prestación.

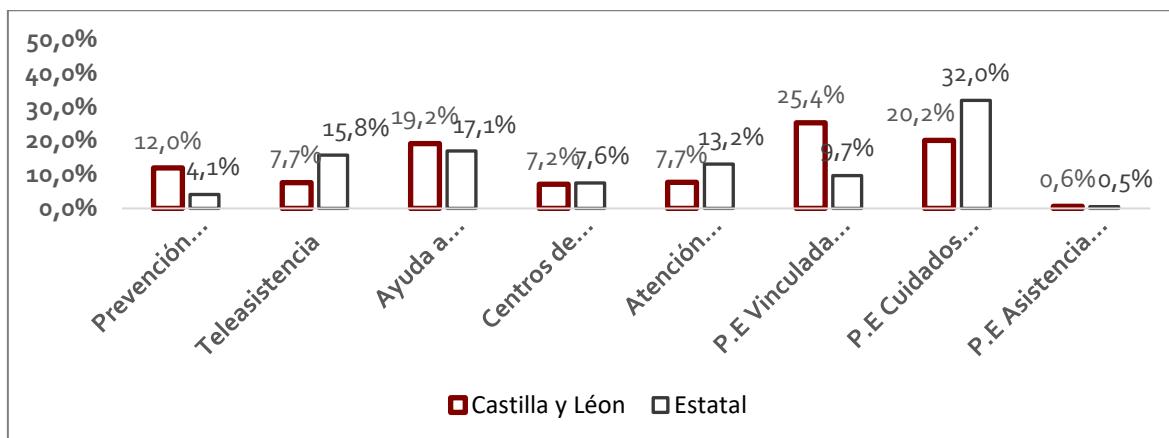
Castilla y León

La Comunidad de Castilla y León registró un total de 88.984 personas beneficiarias con prestaciones a 30 de junio de 2018. Respecto al total estatal (987.086) representa el 9,0% de las personas atendidas bajo la LAPAD y el 3,7% de tasa de cobertura respecto a su población. Tiene una tasa media de 1,3 prestaciones por persona beneficiaria con 117.182 prestaciones atendidas a 30 de junio de 2018. El 31 de diciembre de 2017 la cifra fue de 115.506 prestaciones y 88.709 personas con prestaciones.

Castilla y León destaca por tener el mayor porcentaje de prestaciones económicas vinculadas al servicio (25,4%), seguida de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (20,2%) y el servicio de ayuda a domicilio (19,2%). La prestación económica para asistencia personal es la menos concedida con un 0,6% (703 personas beneficiarias), si bien resulta el número más elevado de las CC. AA. estudiadas. La mayor tasa de cobertura de las prestaciones “vinculadas” responde a la estrategia diseñada por la comunidad autónoma para dar prioridad a los servicios profesionales y garantizar la calidad de la atención. De esta forma “la persona beneficiaria puede adquirir servicios privados

acreditados cuando el servicio público no está disponible o cuando no se ajuste a sus necesidades”⁴³.

Gráfico 33 *Distribución porcentual a nivel estatal y en Castilla y León según tipo de Servicio y Prestación Económica en el primer semestre de 2018.*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

El registro estadístico de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León publica el número de plazas para atención a las personas con discapacidad. La tabla nº 30 muestra el total de plazas por centros de día con 9.900, 1.537 plazas en viviendas y 5.236 de carácter residencial. La fuente no identifica qué número de estas plazas se incluyen en la LAPAD, pero al comparar el número de personas con discapacidad (174.314 personas) frente a las plazas ofertadas (16.673) la cantidad de plazas resulta insuficiente para cubrir las necesidades.

Tabla 30. *Plazas residenciales y centros de día para personas con discapacidad por Provincia en Castilla y León. 2017.*

	Centro de Día	Vivienda	Residencia	Total
AVILA	1.041	106	663	1.810
BURGOS	1.534	268	803	2.605
LEON	1.109	217	991	2.317
PALENCIA	1.069	188	887	2.144
SALAMANCA	1.696	231	409	2.336
SEGOVIA	482	30	243	755
SORIA	360	28	273	661
VALLADOLID	1.606	234	632	2.472
ZAMORA	1.003	235	335	1.573
TOTAL	9.900	1.537	5.236	16.673

Fuente: Estadísticas atención a personas con discapacidad. Servicios Sociales Junta de CYL

⁴³ Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León 2017-2021. Pág. 65

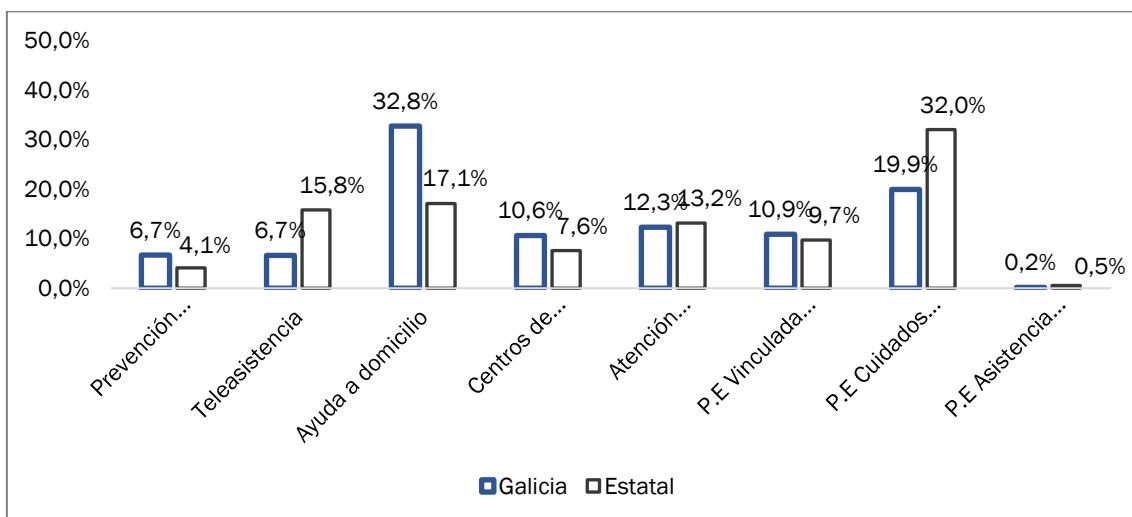
Galicia

La Comunidad Autónoma de Galicia registra 57.058 personas beneficiarias en el SAAD, respecto al total estatal (987.086) representa el 5,8% de las personas atendidas bajo la LAPAD. Galicia tiene una media de 1,16 prestaciones por persona atendida con un total de 65.953 prestaciones concedidas a fecha de 30 de junio de 2018. Frente a las 63.701 prestaciones concedidas a 31 de diciembre de 2017 a 55.370 personas.

La ayuda a domicilio es el servicio más concedido, de él se benefician 21.068 personas (32,8%), seguido de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar que reciben 13.138 (19,9%). La ayuda a domicilio sigue una tendencia alcista desde el año 2012, pasando a convertirse en la primera prestación del sistema gallego.

La atención menos concedida es, al igual que en el resto de comunidades autónomas estudiadas, la prestación económica para asistencia personal que actualmente disfrutan 108 personas en Galicia (0,2%).

Gráfico 34 Distribución porcentual a nivel estatal y Comunidad Autónoma de Galicia según tipo de Servicio y Prestación Económica en el primer semestre de 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

Según la Estrategia Gallega sobre Discapacidad 2015-2020 destaca: “la importancia de implantar estrategias que evolucionen desde la asistencia institucional a la facilitada en el seno de la propia comunidad, es necesario desarrollar, por ejemplo, modelos de residencia en los que la persona habite en el propio contorno, en viviendas independientes o viviendas protegidas, en contornos en los que la persona pueda contar con apoyo. Esto implica, además, un enfoque coordinado de la oferta de servicios basados en la propia comunidad”

Siguiendo con el plan estratégico, “en Galicia, el Catálogo de servicios sociales integrados en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) comprende una serie de servicios, los cuales tienen prioridad sobre las ayudas económicas. Los principales recursos son el Servicio de Teleasistencia y Geolocalización, el Servicio de Ayuda en el Hogar, el Servicio de Atención Diurna y el Servicio de Atención Residencial. Las prestaciones económicas, denominadas libranzas, son de tres tipos: la libranza para los cuidados en el ámbito familiar, de carácter excepcional y destinada a las personas en situación de dependencia que son atendidas en su domicilio por una persona cuidadora no profesional de su entorno; la libranza de asistente personal profesional y la libranza para la adquisición y pago de un servicio de los anteriormente mencionados, cuando no sea posible prestarlo

mediante la red pública de la comunidad autónoma. Otro recurso para las personas en situación de dependencia es el Servicio Gallego de Apoyo a la Movilidad Personal, un servicio de ayuda al desplazamiento programado y no urgente para acercar las personas con discapacidad y/o en situación de dependencia a programas, centros o servicios”.

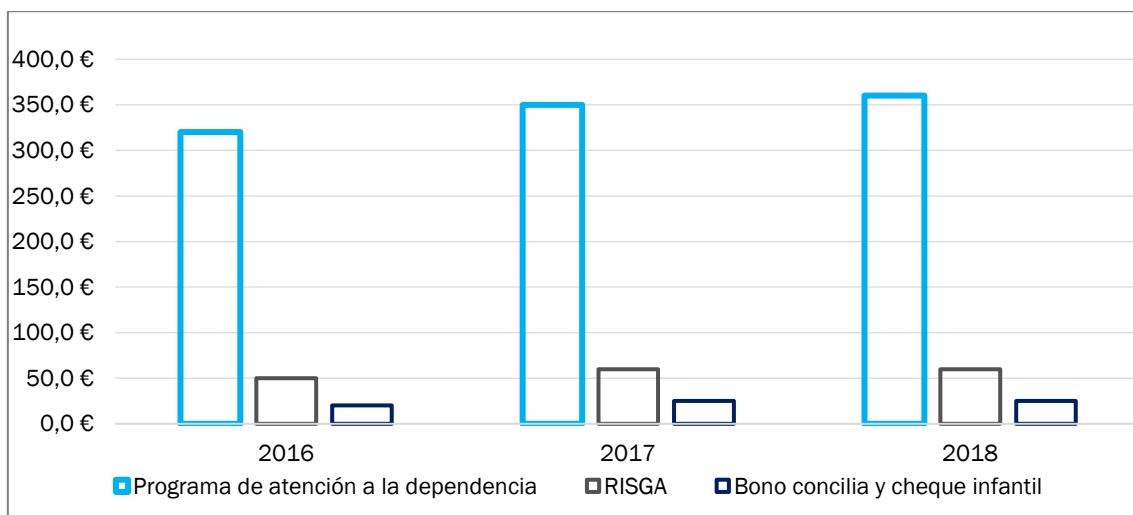
Tabla 31. Plazas concertadas según tipología de discapacidad. 2015.

PROVINCIAS	DISC. FÍSICA		DISC. INTELECTUAL		DAÑO CEREBRAL		PARÁLISIS CEREBRAL		AUTISMO		ENFERMEDAD MENTAL		TOTAL	
	n.º plazas	n.º plazas transp	n.º plazas	n.º plazas transp	n.º plazas	n.º plazas transp	n.º plazas	n.º plazas transp	n.º plazas	n.º plazas transp	n.º plazas	n.º plazas transp	n.º plazas	n.º plazas transp
A Coruña	-	-	1.539	1.109	22	22	85	38	110	45	24	24	1.780	1.238
Lugo	133	21	508	244	16	0	36	10	-	-	-	-	560	254
Ourense	-	-	546	192	-	-	18	18	-	-	-	-	564	210
Pontevedra	12	12	1.094	649	38	38	112	82	111	18	9	9	1.376	808
GALICIA	145	33	3.687	2.194	76	60	251	148	221	63	33	33	4.413	2.531

Fuente: Estrategia gallega sobre discapacidad 2015-2020. Pág. 160.

Según se afirma en el Informe Económico y Financiero del Proyecto de Presupuestos 2018 de la Xunta de Galicia el gasto en atención a la Dependencia para el 2018, cabe “destacar el esfuerzo realizado para mantener y aun incrementar importantes partidas de gasto relacionadas con la dependencia, para llegar de forma acelerada a los 60.000 dependientes atendidos.”

Gráfico 35. Evolución del gasto en Programas de Atención a Dependencia. Millones de €.



Fuente: Presupuestos Económicos Comunidad de Galicia. 2018

Madrid

La Comunidad de Madrid cuenta con 124.515 personas beneficiarias. Respecto al total estatal (987.086) representa el 12,6% de las personas atendidas bajo la LAPAD.

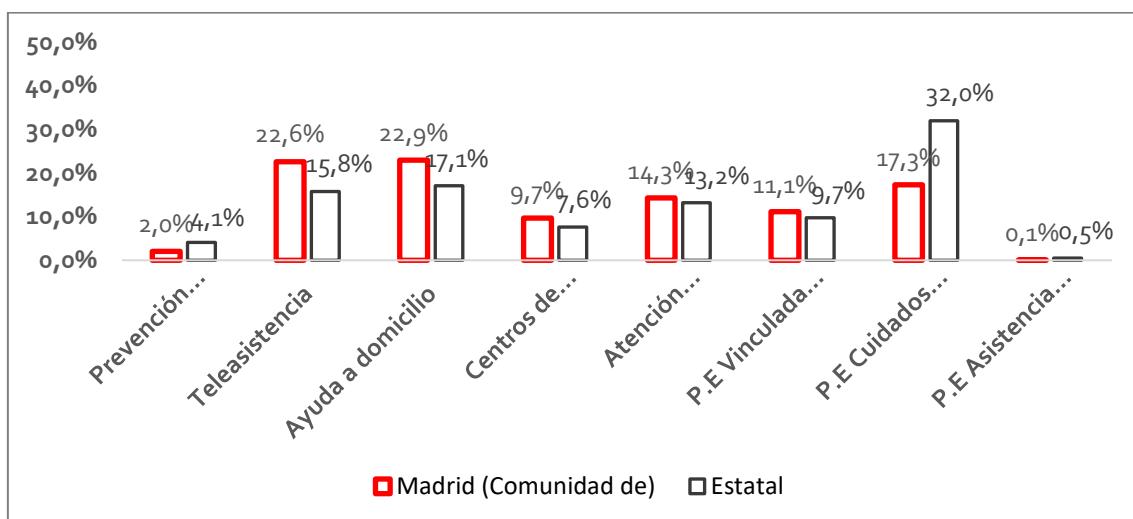
Su tasa de cobertura media es de 1,3 prestaciones por persona atendida con un total de 161.539 prestaciones concedidas a fecha 30 de junio de 2018. El 31 de diciembre de 2017

registraba un total de 153.286 prestaciones, por lo que en 6 meses el incremento ha sido de 8.253 prestaciones.

La ayuda a domicilio (22,9%), junto a teleasistencia (22,6%) son los dos servicios con los que más se atiende a las personas beneficiarias. Respecto a las prestaciones económicas destaca la ayuda a cuidados en el entorno familiar con 17,3% (27.947 prestaciones).

Los servicios de prevención para la dependencia y promoción de la autonomía personal (2,0%) junto a la prestación económica para la asistencia personal (0,7%) son las dos prestaciones menos concedidas hasta la fecha.

Gráfico 36. Distribución porcentual a nivel estatal y Comunidad Autónoma de Madrid según tipo de Servicio y Prestación Económica en el primer semestre de 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO con fecha 30 de junio de 2018.

La Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad gestiona la Red de atención a personas adultas con discapacidad física, intelectual y sensorial que bajo la LAPAD han elegido este tipo de asistencia en su PIA.

Esta Red cuenta con más de 14.000 plazas desde las que se atienden las necesidades de las personas con discapacidad física, intelectual o sensorial adultas (mayores de 18 años y menores de 65 años) donde ofrecen servicios de habilitación profesional, personal y social, cuidados personales, rehabilitación, asistencia especializada o actividades de convivencia y tiempo libre. Estas plazas se ofertan bajo la LAPAD a aquellas personas que dentro de su PIA han elegido recibir esta atención en centros ocupacionales, centros de día, residencias y viviendas comunitarias⁴⁴.

⁴⁴ <http://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/red-atencion-personas-adultas-discapacidad-fisica-intelectual-sensorial>

Todas las plazas ofertadas bajo esta red son de carácter gratuito tanto en centros propios y concertados para las personas usuarias⁴⁵, dado que en la Comunidad de Madrid el copago está suspendido, como estudiaremos en un apartado posterior.

La Red de Atención a personas con discapacidad física, intelectual y/o sensorial está compuesta por más de 300 Centros de Atención Diurna (Centros de Día o Centros Ocupacionales) y de Atención Residencial (Residencias con o sin servicios asociados de atención especializada, además de Viviendas Tuteladas).

Según la distribución por edad de las prestaciones que indica la Estrategia Madrileña de Atención a Personas con Discapacidad, a partir de los 18 años la atención se centra entre centros de día, atención residencial y prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar. Entre los 55 y 64 años continua la atención residencial, aunque se incrementa los servicios de ayuda a domicilio y las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar.

Tabla 32. Distribución de prestaciones reconocidas en PIA por tramo de edad a personas con discapacidad en la Comunidad de Madrid.

Servicio/Años	0 a 6	%	7 a 17	%	18 a 54	%	55 a 64	%
ATENCIÓN RESIDENCIAL	4	0,2%	60	1,2%	3.547	25%	1.838	25,7%
CENTRO DÍA	0	0%	0	0,0%	6.796	38%	819	11,5%
ENFERMEDAD MENTAL	0	0%	0	0,0%	435	2%	241	3,4%
SAD	1	0,1%	34	0,7%	1.397	6%	1.469	20,6%
PROMOCIÓN AUTONOMÍA	0	0%	9	0,2%	29	0%	10	0,1%
PECEF	1.836	99,2%	4.836	97,6%	5.144	27%	2.439	34,2%
PEVS	9	0,5%	16	0,3%	372	2%	318	4,5%
PEAP	0	0%	0	0%	77	2%	3	0,0%
TOTAL	1.850	100%	4.955	100%	18.782	100%	7.137	100,0%

Fuente: Datos “Estrategia Madrileña de Atención a Personas con Discapacidad 2018-2022”. Pág. 71

Por último, queda por comentar los presupuestos de la Comunidad de Madrid 2018 previstos para cubrir la cartera de servicios y prestaciones económicas, analizar los recursos previstos para atender la LAPAD y dentro de ella las necesidades de las personas con discapacidad. Este análisis ayuda a entender la tendencia respecto al catálogo de servicios y prestaciones que se potenciará en la región en 2018:

En el programa: 231F Atención Especializada a Personas con Discapacidad contempla un presupuesto de 199.427.873 euros destinados al mantenimiento de los conciertos de

⁴⁵http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1354327771480&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pv=1354327788407

plazas de atención a personas con discapacidad en centros dependientes de la iniciativa social. Destacan también las dotaciones que, por un importe de 17.842.325 euros, se dirigen a mantener la gestión de los centros de atención a personas con discapacidad física e intelectual. Por último, cabe señalar también el importe de 4.202.797 euros (subconcepto 26002) destinado a la ejecución de programas vinculados a la cofinanciación del FSE para la integración socio laboral y apoyo a personas con discapacidad, y para Proyectos de Vida Independiente, que se incrementa un 16,65%.

En el Programa 231I, “Coordinación de la Dependencia”, recibe una dotación por importe de 72.467.500 euros, incrementándose un 52,11% en relación con el ejercicio de 2017.

Destaca el importe destinado a:

- la prestación de los servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia domiciliaria para personas dependientes con PIA, que alcanza los 71.150.000 euros. Este dato confirma que la tendencia en la región es a continuar potenciando la ayuda a domicilio y la teleasistencia que entre ambos suponen el 45,5% de los servicios que tienen las personas beneficiarias,
- un incremento en relación con el 2017 del 12,05%, ascendiendo a 277.941.443 euros destacando los 206.000.000 euros del subconcepto 48399 “Familias: otras actuaciones” para atender las prestaciones económicas contempladas en la Ley 39/2006, que se incrementan un 16,98%, 29.900.000 euros más.

El Programa 231F “Atención especializada a personas con discapacidad”, cuenta con una dotación de 4.602.000 euros, lo que supone un incremento de un 11,72% respecto al crédito del año 2017⁴⁶.

⁴⁶ Proyecto de presupuestos generales de Comunidad de Madrid 2018. Políticas Sociales y Familia Sección 19

Tabla 33. Resumen parámetros de Gestión del SAAD

INDICADOR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	ESTATAL	ANDALUCÍA	CASTILLA Y LEÓN	GALICIA	COMUNIDAD DE MADRID	NOTACIÓN DE CÓDIGOS DE COLOR
Personas atendidas (PIA)	% de personas beneficiarias atendidas sobre su propia población. Tasa de cobertura.	2,2%	2,4%	3,7%	2,1%	1,9%	Verde las CC. AA. con mayor puntuación en una mayor carga de prestaciones económicas y de servicios. Rojo las CC. AA. con menor puntuación en una menor carga de prestaciones económicas y de servicios.
Personas atendidas (PIA) según Grados 30/6/2018	Nº de personas beneficiarias atendidas (PIA) Grado III y II sobre personas pendientes de prestación. Tasa de cobertura en atención por Grados.	86,7%	83,8%	98,6%	93,1%	85,6%	Verde las CC. AA. con mayor puntuación en atención a personas con Grado III y II. Rojo las CC. AA. con menor puntuación en atención a personas con Grado III y II.
Personas atendidas (PIA) según Grados 30/6/2017	Nº de personas beneficiarias atendidas (PIA) Grado III y II sobre personas pendientes de prestación. Tasa de cobertura en atención por Grados.	85,4%	80,4%	98,6%	85,5%	95,0%	Verde las CC. AA. con mayor puntuación en atención a personas con Grado III y II. Rojo las CC. AA. con menor puntuación en atención a personas con Grado III y II.
Incremento anual de personas atendidas	% de crecimiento anual neto en personas atendidas	1,3%	3,4%	0,0%	7,6%	-9,4%	Verde las CC. AA. con mayor puntuación en crecimiento neto en nº de atendidos. Rojo las CC. AA. con menor crecimiento neto en nº de atendidos.
Equilibrio de servicios sobre prestación económica para cuidados en entorno familiar	% de personas con PECEF sobre el total de prestaciones	47,1%	37,8%	25,3%	24,9%	20,9%	Verde en las CC. AA. que priman los servicios profesionales sobre la PECEF. Rojo las CC. AA. que no priman los servicios profesionales y conceden más PECEF

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO.

Las diferencias en la Gestión del SAAD entre CC. AA. estudiadas son las siguientes:

Andalucía y Comunidad de Madrid destacan en sentido negativo en cuanto a:

Andalucía es la región que:

- Durante dos años consecutivos tiene menos personas en Grado III y II siendo atendidas y recibiendo los servicios y prestaciones a las que tienen derecho reconocido en el PIA.
- Igualmente es la comunidad que más prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar está concediendo sobre el resto de servicios y prestaciones económicas de todas las CCCA estudiadas.

La Comunidad de Madrid:

- Tiene la menor tasa de cobertura de personas beneficiarias, esto penaliza porque es la región que asume una menor carga de atención a personas en situación de dependencia.
- Ha reducido su crecimiento neto de atención a personas bajo la LAPAD en casi 10 puntos.

Por otro lado, Castilla y León y Galicia destacan positivamente por lo siguiente:

Castilla y León es:

- La región que más carga de trabajo asume atendiendo a personas bajo la LAPAD respecto al total de su población.
- Del número de personas beneficiarias atendidas de Grado III y II (sobre personas pendientes de prestación) es la que más personas tiene atendidas durante dos años consecutivos 2017-2018.

Galicia destaca por ser la región con mayor crecimiento anual neto en personas atendidas sobre personas pendientes de prestación.

5. La Asistencia Personal en el catálogo de servicios y prestaciones

Análisis del marco normativo

Normativa estatal

La asistencia personal aparece definida en el artículo 2.7. de la Ley 39/2006 como un “servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.”

En el Capítulo II de la Ley, en el que se desarrollan las “Prestaciones y Catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”, aparece en su artículo 19 como: “La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Previo acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación”.

De acuerdo a esta definición, pueden acceder de esta prestación personas con distintos grados de dependencia reconocidos (I, II y III). Asimismo, la contratación del servicio puede efectuarse con finalidades diversas. En términos generales está orientada a promover la autonomía de las personas. Si bien se mencionan algunos escenarios específicos, como el acceso a la educación y al trabajo, también se concibe de forma amplia su utilidad para promover “una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria”. La Ley no detalla otros aspectos relativos a la asistencia personal, como puede ser la formación y cualificación de los profesionales que la brindan⁴⁷, el régimen laboral para la contratación de los mismos, la cuantía económica de la prestación o la intensidad con la cual debe brindarse la asistencia personal. Pues, se entiende que una norma de este rango se limita a definir la prestación y algunos aspectos de carácter general y que las especificidades quedan a cargo de otro tipo de desarrollo normativo. Sin embargo, esta caracterización inicial es de suma importancia en tanto delimita el derecho subjetivo en relación con la prestación; a modo de ejemplo, en sus orígenes, el artículo 19 limitaba su acceso a quienes se encontrarán en una situación de gran dependencia (grado III). Sin

47 El artículo 36 de la Ley 39/2006 que trata esta cuestión hace referencia a la cualificación profesional idónea “para el ejercicio de las funciones que se correspondan con el Catálogo de servicios regulado en el artículo 15”, artículo donde no se incluye la asistencia personal, en tanto tiene la naturaleza de prestación económica.

embargo, transcurridos algunos años la prestación se amplió a todos los grados⁴⁸. En cualquier caso, las condiciones específicas de acceso deberán fijarse mediante acuerdo del Consejo Territorial.

Las cuantías máximas de cada tipo de prestación quedan estipuladas en la disposición transitoria décima, apartado 2, del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. En el caso de la asistencia personal, se establecen las siguientes cuantías según el grado de dependencia reconocido: Grado I, 300,00 €, Grado II, 426,12 € y Grado III, 715,07 €. Tal como se ha explicado en el apartado anterior, la cantidad específica que reciba cada persona beneficiaria dependerá de otros criterios, como su capacidad económica y la relación de ésta con el IPREM.

Normativa autonómica

Andalucía

En el apartado relativo al catálogo de servicios y prestaciones económicas del SAAD ya se ha mencionado la falta de actualización de la normativa en el caso de Andalucía y concretamente de la *Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía*.

Uno de los efectos de esta desactualización afecta de forma específica la prestación económica de asistencia personal, en tanto se considera que corresponde sólo a las personas que tengan reconocido el grado III de dependencia. Si bien no es posible afirmar que de esta desactualización derive la falta de reconocimiento del derecho, en tanto otra normativa posterior reconoce las prestaciones del SAAD como “prestaciones garantizadas [...] cuyo reconocimiento tiene el carácter de derecho subjetivo, son exigibles y su provisión es obligatoria para las Administraciones Pùblicas” (Ley 9/2016, artículo 42.1), su exclusión para los grados I y II en una de las principales normas que desarrolla la Ley 39/2006 en la comunidad autónoma puede llevar a cierta confusión a quien desconozca la regulación en los distintos niveles de la administración.

En la *Orden de 3 de agosto de 2007* también se hace referencia a la asistencia personal en el Capítulo III relativo al régimen de compatibilidades y prestaciones económicas. El artículo 11.8 explicita que la prestación económica de asistencia personal es incompatible con todas las demás prestaciones y servicios, excepto con el servicio de teleasistencia. En la Sección 1º del Capítulo 4, relativa a las prestaciones económicas, los artículos 15 y 17 se encargan de describir esta prestación, determinar algunas condiciones para su acceso y los aspectos relativos a su cuantía. Dada la relevancia de estas cuestiones vamos a analizar con detenimiento ambos artículos.

48 Esta modificación se contempló como una de las mejoras a la Ley 39/2006 en la 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. La modificación del texto del artículo 19 de la Ley 39/2006 se concretó mediante el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

El artículo 15 especifica que la prestación económica está “destinada a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la contratación de un asistente personal, que posibilite una mayor autonomía en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria a las personas con gran dependencia, facilitándoles el acceso a la educación y al trabajo”. Tal como se observa, la definición de la prestación sigue los lineamientos del marco normativo estatal originario, pero no actualiza los últimos cambios, limitando el derecho de la prestación a aquellas personas “valoradas en el grado de gran dependencia, en cualquiera de sus niveles”, tal como se expresa en el punto 2.a.

Otras condiciones contempladas en este artículo son: por un lado, que la persona en situación de dependencia tenga la capacidad para determinar y controlar los servicios que requiere e impartir instrucciones a quien brinda la asistencia personal. Por otro, que los servicios se presten mediante contrato con una empresa prestadora de servicios, o directamente con la persona beneficiaria –dicho contrato debe incluir condiciones, directrices y cláusula de confidencialidad si es el caso–. Asimismo, la persona que brinda el servicio debe ser mayor de 18 años, residir legalmente en España, y en el caso de contrato de prestación de servicios debe cumplir sus obligaciones de afiliación y alta en Régimen de la Seguridad Social. Por último, debe cumplir con condiciones de “idoneidad” para prestar los servicios (condiciones que no se explicitan en la normativa).

En cuanto a la determinación de la cuantía de las prestaciones (artículo 17), la de asistencia personal comparte algunos aspectos comunes con el resto de prestaciones. Por ejemplo, que las cuantías máximas son las establecidas a nivel estatal mediante Real Decreto (las cuantías se mencionan en el apartado de normativa estatal) y que la cantidad se reduce en relación con el IPREM. Además, en el caso de Andalucía se introducen otros dos criterios en el cálculo: por un lado, el valor de referencia de la Pensión No Contributiva (PNC). Por otro, la intensidad de los cuidados que se perciben:

- Respecto al primero, este criterio sirve para fijar el mínimo de la cuantía, que según el grado de dependencia no puede ser inferior al 100% de la PNC⁴⁹ en el caso de los grados III; del 75% en el caso de los grados II y del 50% para los grados I.
- En cuanto al criterio de intensidad, la cuantía de la prestación dependerá también de las horas de cuidados al mes: se percibe la prestación íntegra si la dedicación es completa (160 horas o más), al 50% en el caso de la dedicación parcial (menos de 80 horas), y el cálculo es proporcional en casos de dedicación media (entre 80 y 159 horas).

Para concluir, cabe destacar la reciente promulgación de la *Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía*, en cuyo texto se realiza una mención específica a la asistencia personal. Así, el artículo 38 “reconoce el derecho de las personas con discapacidad en situación de dependencia a la asistencia personal para llevar una vida independiente incluida en la comunidad y en igualdad de oportunidades con el resto de la población”. Con el fin de garantizar su ejercicio se deberá regular las condiciones autonómicas de acceso a la prestación de asistencia personal prevista en la Ley 39/2006 y promover el desarrollo de programas de servicios de asistencia personal.

⁴⁹ Sirva como referencia el valor de la PNC para el año 2018 que quedó fijado en 5.321,40 € íntegros anuales, abonados en 14 pagas de 380,10 €. Para el caso de la pensión no contributiva de invalidez cuyo grado de discapacidad sea igual o superior al 75% y acrediten la necesidad de ayuda de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida, la pensión se incrementa un 50% mediante un complemento de 2.660,70 € anuales. La PNC de invalidez se abona en 14 pagas de 570,15 € cada una.

Castilla y León

En el caso de Castilla y León la normativa se encuentra actualizada. La Orden FAM/6/2018, de Castilla y León, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales en su artículo 11 reconoce como requisito de acceso a la prestación tener reconocida la situación de dependencia (sin especificar grados, lo que incluye a todos ellos), así como residir y estar empadronada en un municipio de la comunidad autónoma.

En cuanto a la contratación de la asistencia personal reconoce también dos modalidades: mediante contrato con empresa o entidad debidamente acreditada o mediante contrato directo con la persona encargada de la asistencia personal. En el segundo caso, se identifican algunos aspectos comunes y otros diferenciales. Son aspectos comunes, las condiciones que se requiere a la persona asistente personal (que sea mayor de 18 años y resida legalmente en España). Son aspectos diferenciales, las especificaciones en tres sentidos:

- La ausencia de vínculo (no ser cónyuge ni pareja de hecho, ni tener parentesco alguno hasta tercer grado por consanguinidad, afinidad o adopción).
- Estar dada de alta en el régimen especial de trabajadores autónomos de la Seguridad Social y tener inscrito el servicio de asistencia personal en el Registro de entidades, servicios y centros de carácter social de la comunidad autónoma.
- Se entiende como “condición de idoneidad” el contar con la formación necesaria para brindar el servicio (aunque no se detalla qué formación).

Por último, un aspecto novedoso de este artículo es su punto 6) que indica que “los beneficiarios de la prestación económica de asistencia personal podrán destinar aquella a la adquisición de otros servicios incluidos en su programa individual de atención”, una consideración que introduce cierta flexibilidad en el régimen de compatibilidades del catálogo de servicios y prestaciones de Castilla y León. Las mismas se observan en el artículo 30. Respecto a la asistencia personal, esta es compatible con:

- Servicio de prevención de las situaciones de dependencia.
- Servicio de teleasistencia básica y avanzada.
- Servicio de promoción de la autonomía personal (hasta 11 horas mensuales).
- Servicio de ayuda a domicilio que no tenga carácter de prestación esencial, cuando sea necesario para que la persona pueda recibir la asistencia personal (u otro servicio, como el centro de día/noche o los servicios de promoción).
- Servicio de atención residencial permanente en el caso de personas con discapacidad, cuando el centro no preste una atención completa (esta compatibilidad es aplicable aun cuando los dos servicios se reciban a través de prestación económica)

Resta por comentar los aspectos relativos a la determinación de la cuantía de la prestación económica de asistencia personal que se detallan en el artículo 33 y 35.

En el primero de estos artículos, para el cálculo de esta prestación de asistencia personal (así como para la prestación vinculada al servicio) la capacidad económica se vincula a la cuantía anual de la prestación familiar por hijo a cargo mayor de 18 años con discapacidad igual o superior al 65%. Esta cuantía para el año 2018 queda fijada en 4.438,80 € anuales (a diferencia del IPREM, que asciende a 6.454,03 € anuales si se consideran 12 pagas). Si la capacidad económica es inferior a esa cuantía “el importe de la prestación será la cuantía máxima prevista” en el mismo artículo, que establece que los importes no podrán superar la cuantía de referencia para su grado, incrementada en un 20 por ciento (y en un 75 por ciento

para el caso de grado II). En los casos en los que la capacidad económica supere la barrera antes indicada, se aplica una fórmula cuyo resultado, en cualquier caso, no puede superar los importes ya mencionados. Cabe agregar que en las fórmulas utilizadas para calcular las prestaciones económicas se introduce un indicador (W) que sustituye (y mejora) el considerado a nivel estatal (IPREM)⁵⁰.

Por último, el artículo 35 se refiere a la “cuantía a abonar por la Administración Autonómica en la prestación económica vinculada y en la prestación económica de asistencia personal”. En este caso para evaluar la capacidad económica el valor de referencia es la cuantía anual de la pensión no contributiva (véase nota al pie 13). Si la capacidad económica es igual o inferior “se abonará el 100% del coste del servicio recibido y justificado, una vez descontado el importe de las prestaciones de análoga naturaleza”, si la capacidad económica supera la PNC anual se aplicará una fórmula mediante la cual se calculará el porcentaje a abonar. En cuanto a las cuantías mínimas y las deducciones previstas por percibir prestaciones de análoga naturaleza y finalidad (artículo 33.3), se estipula que una vez aplicadas las fórmulas y realizadas las deducciones el importe de la prestación no puede ser inferior al 10% de la cuantía de referencia para cada grado.

Galicia

En la normativa de Galicia se hace referencia a esta prestación económica con el término “Libranza de asistencia personal”. La misma se define en el artículo 8 de la *Orden de 2 de enero de 2012, de Galicia, de desarrollo del Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, el procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes*. En tanto se trata de un texto actualizado, la norma reconoce esta libranza a todos los grados y su objeto y finalidad sigue los lineamientos marcados a nivel estatal.

Como aspecto novedoso de esta norma destaca la dedicación de múltiples artículos al desarrollo de esta prestación, lo que permite abordar con cierto detalle diversas cuestiones. El artículo 41 se dedica a la definición de la prestación y en su punto 2 especifica que la asistencia personal “consistirá en la prestación de apoyo personal, inclusión laboral y/o educativa, promoción y participación de las personas en situación de gran dependencia o dependencia severa”. Si bien el punto 1 explicita que la libranza está destinada a las personas en situación de dependencia en cualquiera de sus grados, el segundo punto refuerza la asociación de esta libranza con los grados II y III y con ciertas actividades, como son las educativas y/o laborales que puedan tener lugar dentro o fuera del domicilio. Asimismo, destaca del artículo 41 el punto 3, donde se detallan las acciones que incluirá la prestación, como por ejemplo: atención personal (higiene, alimentación, movilidad, entre otros), apoyo a la organización y limpieza del hogar, acompañamiento y apoyo en gestiones

⁵⁰ En la exposición de motivos de la normativa en cuestión se aclara este punto de la siguiente manera: “[e]n las fórmulas de cálculo de las prestaciones económicas, se sustituye el indicador público de referencia de efectos múltiple (IPREM) por un indicador propio (W) más favorable para los beneficiarios, que se actualiza anualmente aplicando el porcentaje de revalorización general de las pensiones de la Seguridad Social. Se incluye, además una cláusula de garantía para aplicar siempre el valor más favorable”. Sirven de ejemplo los valores correspondientes al 2017: IPREM mensual, 537,84 €. Indicador W, 568,77 €.

personales, actividades laborales, ocupacionales, educativas o de participación social y económica.

Los requisitos, tanto de la persona beneficiaria como de la encargada de prestar la asistencia personal, se desarrollan en el artículo 42. Allí se reiteran algunos requisitos comunes ya mencionados en el caso de otras comunidades autónomas⁵¹, si bien destacan algunos aspectos diferenciales. En cuanto a la persona beneficiaria, en el caso de participar en actividades educativas y/o laborales, se especifican los tipos de centros de la actividad laboral o formativa, así como ciertas características relativas a los programas de estudio en el último caso). Respecto a la persona a cargo de la asistencia personal el límite de edad establece un mínimo (18 años) y un máximo (65 años). Además de reunir la condición de idoneidad, basada en la experiencia y formación previa, se requiere condiciones de formación o el compromiso de realizar formaciones específicas que establezca la normativa de acreditación vigente en la comunidad autónoma.

En cuanto a la determinación de la cuantía de la prestación, el artículo 44 explica que dependerá del grado de dependencia, la intensidad de los cuidados, la capacidad económica y el complemento adicional de la comunidad autónoma. A esto último se refiere el artículo 45, relativo al nivel de protección adicional en el caso de las personas en situación de gran dependencia (grado III) o dependencia severa (II), en cuyo caso el importe de la prestación económica de asistencia personal podría incrementarse a través de un complemento adicional. En términos generales, la determinación de las cuantías de las libranzas se desarrolla en el artículo 56. Se parte de un supuesto común para todas ellas y es que se reconocerá el 100% de la cantidad máxima establecida para la prestación y según el grado si la capacidad económica es igual o inferior al indicador público de referencia de efectos múltiple (IPREM). Si la capacidad económica supera este importe se aplicará una fórmula que incluye los coeficientes correspondientes (además de la capacidad económica, el IPREM y la cuantía máxima de referencia para la prestación, según el grado). Respecto a la prestación económica de asistencia personal, ya se ha mencionado que existe un complemento adicional a la cuantía que aporta la comunidad autónoma en el caso de los grados II y III. Para determinar el porcentaje a percibir de este complemento se toma como referencia la capacidad económica calculada en relación con el IPREM. Los porcentajes oscilan entre el 100% del complemento si la capacidad económica representa hasta 2,5 veces el IPREM, y el 50% si supera más de 5 veces el IPREM (artículo 56.5). En el anexo V se recogen las cuantías máximas de las prestaciones económicas y allí se observa que: si el valor de referencia para los grados III y II es 715,07€ y 426,12€ respectivamente, el complemento adicional podría llegar a incrementar la cuantía de la prestación económica de asistencia personal hasta los 1300€.

Otro aspecto que incide en la determinación de la cuantía es la intensidad del servicio, si la dedicación es completa, puede percibirse íntegramente, mientras que si la dedicación es parcial sólo se percibirá la proporción correspondiente. En el caso de la asistencia personal (artículo 47.3), se considera intensidad completa cuando el servicio equivale a 120 o más horas al mes; la intensidad es parcial si la cantidad de horas mensuales es inferior a 120. En cualquier caso, una vez realizados todos los cálculos, incluyendo la deducción por prestaciones deanáloga naturaleza y finalidad, el importe de la prestación no puede ser inferior a un 25 por ciento de las cuantías máximas de referencia para cada grado. Este

⁵¹ Por ejemplo, entre los requisitos de la persona beneficiaria: tener reconocido la situación de dependencia, estar capacitada para supervisar la asistencia personal. En cuanto a la persona que presta el servicio, ser mayor de 18 años, residir legalmente en el estado español y cumplir con las obligaciones de afiliación, alta y cotización en la Seguridad Social.

porcentaje se reduce 10 puntos (15%) si la capacidad económica supera en 4 veces el IPREM.

Queda por mencionar un último aspecto novedoso de la normativa de Galicia en relación con la prestación de asistencia personal y es la de su compatibilidad con otros servicios cuando la atención se recibe con intensidad parcial. Es decir, si la intensidad de la asistencia personal no supera las 91 horas mensuales, este puede complementarse con otros servicios del catálogo también en la modalidad no intensiva, como por ejemplo: el servicio de ayuda en el hogar (hasta 30 horas/mes), de atención diurna (hasta 64 horas/mes) o atención nocturna (hasta 14 noches/mes).

Madrid

El desarrollo normativo de la prestación económica de asistencia personal en el caso de la Comunidad de Madrid se realiza en el *Decreto 54/2015, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad de Madrid*. La definición de la prestación se encuentra en el artículo 5 y, al igual que en el resto de comunidades, coincide con las pautas generales marcadas a nivel estatal. El artículo 49 se dedica en cambio a determinar la finalidad de la prestación que consiste en: “contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la contratación de un asistente personal que facilite el acceso a la educación y al trabajo, así como a una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria a las personas en situación de dependencia, cualquiera que sea el Grado que tuvieran reconocido”, repitiendo el texto parte del artículo 19 de la Ley 39/2006.

Los requisitos para “adquirir la condición de beneficiario de la prestación económica de asistencia personal” se exponen de forma escueta en el artículo 51, donde quedan recogidos los aspectos más básicos:

- Debe estar incluida como modalidad de atención en el Programa Individual de Atención.
- Quien preste el servicio no puede ser cónyuge ni pariente hasta el tercer grado.
- Contratar los servicios con empresa acreditada por la CAM, o de forma directa con un/a trabajador/a dada de alta en el régimen de autónomos de la Seguridad Social.
- Presentar mediante modelo normalizado una declaración responsable donde la persona beneficiaria se compromete a no contratar al cónyuge o familiar y que el/la asistente personal tendrá/ o realizará la formación adecuada o que determine la administración competente.

De acuerdo al último punto de este artículo, todos los requisitos antes planteados deben acreditarse documentalmente “con anterioridad al trámite de consulta y, en todo caso, con carácter previo a la emisión del correspondiente dictamen por la Comisión Técnica de Valoración de la Dependencia”.

Por último, la determinación de las cuantías de las prestaciones económicas se aborda de forma genérica en el artículo 52, y entre los puntos estipulados se hace referencia a la de asistencia personal. En concreto, en el primer punto se indica que la cuantía se determinará en función del coste del servicio y de la capacidad económica de la persona beneficiaria.

A continuación, el segundo apartado establece una distinción entre los grados I y los grados II y III. Los primeros recibirán la cuantía máxima establecida para su grado de dependencia. Mientras, los grados II y III, percibirán la cuantía máxima cuando su capacidad económica sea igual o inferior al IPREM. En el resto de supuestos la cuantía se determinará mediante la aplicación de una fórmula que incluye los siguientes elementos: la suma del coste mensual del servicio y una cantidad para gastos personales cuya referencia es el 19 por ciento del

IPREM mensual, y a esta cantidad se le resta la capacidad económica mensual de la persona beneficiaria.

Una vez realizado el cálculo se aplican dos criterios que establecen un tope mínimo y máximo. En cuanto al mínimo, el importe final no podrá ser inferior al 60% de la cuantía máxima de referencia para su grado, ni a la cuantía máxima correspondiente al grado I. Respecto al máximo, al tratarse de prestaciones económicas vinculadas a un servicio o a la contratación de asistencia personal, la cantidad percibida nunca podrá superar el coste mensual del servicio que se abone mensualmente.

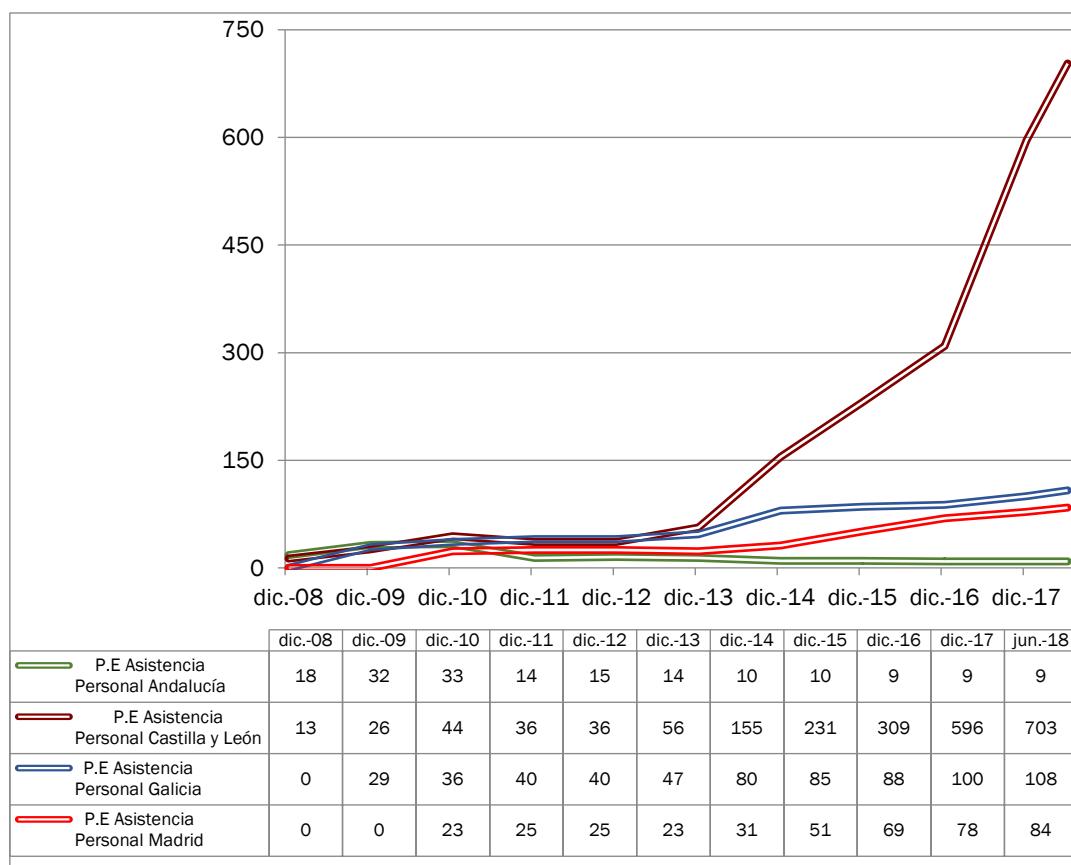
Análisis de los datos

Con un mayor enfoque en la Asistencia Personal podemos observar la evolución que ha tenido esta prestación durante toda la implantación de la LAPAD en las 4 Comunidades Autónomas estudiadas.

Los datos confirman que históricamente ha sido una prestación escasamente concedida a nivel estatal, así como en las Comunidades Autónomas de Andalucía, Castilla y León, Galicia y Madrid.

Destaca que fue el año 2008 el primero que se concedió la prestación en dos de las Comunidades estudiadas. Galicia tiene su primer registro en el año 2009, con 29 personas y la Comunidad de Madrid no es hasta 2010 que tiene a 23 personas disfrutando la prestación para asistencia personal.

Gráfico 37 *Evolución de la Prestación económica por asistencia personal de junio de 2008 a junio 2018*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSERSO.

A lo largo de los siguientes años cada Comunidad Autónoma registra diferencias:

Andalucía entre los años 2008-2009-2010 registró un ligero incremento en la prestación, con hasta 33 personas que la disfrutaban. No obstante, a raíz del año 2011 disminuye el número de casos, hasta la actualidad con tan solo 9 casos de prestaciones económicas por asistente personal.

En Castilla y León, hasta el año 2013 el número de prestaciones máximo fue 56. En el año 2014 se produce un incremento a 155 personas beneficiarias, duplicándose en 2016. Actualmente, con 703 personas beneficiarias (30 de junio de 2018), es la Comunidad estudiada con más personas con esta prestación. Destaca el fuerte incremento desde el 2016, pasando de 309 personas beneficiarias a las actuales 703 que han elegido esta prestación. Este incremento coincide con el acuerdo firmado por la Junta de Castilla y León y entidades del Tercer Sector del ámbito de la discapacidad física y salud mental, para impulsar la asistencia personal entre las personas tanto con discapacidad física como con discapacidad psicosocial, como herramienta de vida independiente.

La Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades ha financiado esta prestación con casi 3,8 millones de euros. Solo en 2017 la financiación ascendió a 2,4 millones de euros, lo que supone un incremento del 75% respecto a 2016, más de un millón de euros de incremento⁵².

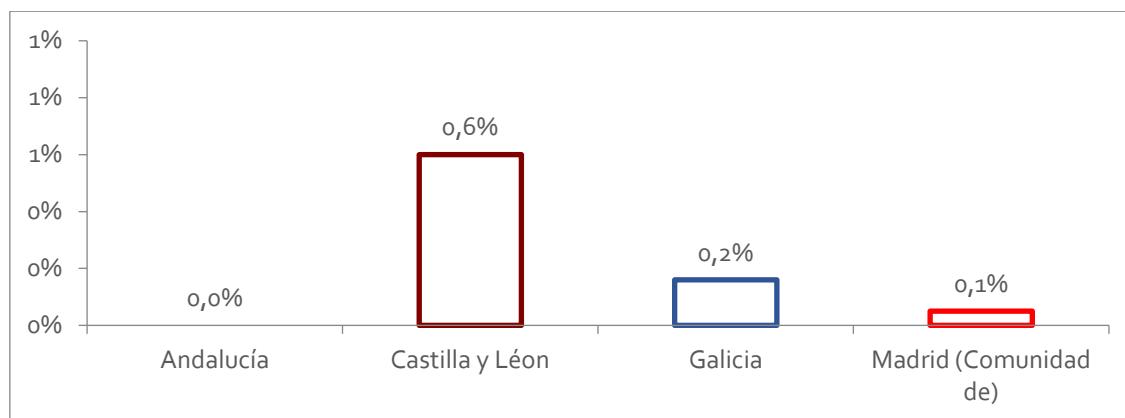
Galicia ha tenido incrementos paulatinos de la prestación. Desde el año 2013 registra un fuerte incremento pasando de 47 casos a 80, hasta la actualidad con 108 personas que reciben prestación económica para la contratación de un asistente personal, lo que supone el 0,2% del total de prestaciones en la Comunidad. Según indica la Estrategia Gallega para la Discapacidad 2015-2020, “la práctica totalidad de las libranzas de asistencia personal se destinaron a personas con algún tipo de discapacidad (97,26 %) —prácticamente todas menores de 65 años”. (Estrategia Gallega sobre Discapacidad. 2015:74). Este dato resulta muy interesante, ya que pone de manifiesto, por lo menos en la gestión en la comunidad gallega, que las personas que acceden a la prestación de asistencia personal, provienen en su mayoría de una situación de discapacidad (discapacidad vs dependencia).

La Comunidad de Madrid, concede esta prestación a 84 personas actualmente, gestionadas en su mayoría a través de la Oficina de Vida Independiente (OVI), programa de la Comunidad de Madrid que gestiona una entidad del tercer sector de la discapacidad. Según la Estrategia Madrileña de Atención a personas con discapacidad 2018-2022, la Oficina de Vida Independiente contaba, en diciembre de 2017, con más de 150 asistentes personales todos ellos prestando apoyo a 73 personas (37 mujeres y 36 hombres). Todas las personas que optan por esta prestación dentro de su PIA, deben reunir el requisito de estar trabajando y/o estudiando.

En cualquier caso, respecto del total del catálogo de servicios y prestaciones, la asistencia personal supone un recurso marginal, y prácticamente inexistente.

⁵² https://comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es/Plantilla100Detalle/1281372051501/_1284780463323/Comunicacion

Gráfico 38 *Porcentaje que supone la asistencia personal respecto del total de servicios y prestaciones*



Fuente: IMSERSO

Perfil de las personas con discapacidad – Dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria y barreras sociales

A través de este epígrafe nos gustaría conocer y relacionar, a través de los datos de la Encuesta de Integración Social y Salud, aplicada en España en 2012, cuáles son las necesidades que manifiestan tener las personas de este grupo social. Con ello queremos visibilizar cuáles creemos que podrían ser los objetivos a cubrir por parte de una prestación escasamente desarrollada como la Asistencia personal. Hay un elevado número de personas que manifiestan tener necesidades no cubiertas y creemos podrían cubrirse, al menos en parte, mediante el apoyo de un asistente personal.

Según esta misma encuesta, el 16,7% de la población española de 15 y más años manifiesta algún grado de limitación en la participación social debido a su condición de salud.

Las personas encuestadas manifestaban dificultades en su capacidad para realizar solos actividades de ocio (69,4%), para salir de casa (58,8%), para el acceso a un empleo adecuado (40,9%), entre otras acciones vitales para el desarrollo personal, de la vida diaria y la participación social.

Según el sexo, las mujeres reclaman apoyo para salir de casa (10 puntos porcentuales más que los hombres) y para las actividades de ocio (no hay diferencias significativas respecto a los hombres en este aspecto). Los hombres piden apoyo para el acceso a un empleo adecuado (casi 10 puntos porcentuales por encima que las mujeres). En el resto de aspectos no hay diferencias significativas.

Tabla 34 Población con discapacidad, según Sexo. Números absolutos y porcentaje sobre el total de personas con discapacidad. Datos referidos a personas de 15 años y más. España 2012

	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Discapacidad para salir de casa	1.241.594	2.481.888	3.723.482	50,3%	64,2%	58,8%
Discapacidad para usar el transporte	731.884	1.440.070	2.171.954	29,7%	37,2%	34,3%
Discapacidad para acceder y moverse por los edificios	777.084	1.450.279	2.227.363	31,5%	37,5%	35,2%
Discapacidad para actividades formativas	491.247	863.109	1.354.356	19,9%	22,3%	21,4%
Discapacidad para el acceso a un empleo adecuado	1.143.054	1.446.222	2.589.276	46,3%	37,4%	40,9%
Discapacidad para usar el internet	229.298	344.345	573.643	9,3%	8,9%	9,1%
Discapacidad para el contacto y el apoyo social	44.505	64.238	108.743	1,8%	1,7%	1,7%
Discapacidad para las actividades de ocio	1.698.494	2.697.219	4.395.713	68,9%	69,8%	69,4%
Dificultad para pagar las cosas esenciales por discapacidad	222.737	335.636	558.373	9,0%	8,7%	8,8%
Discriminación por motivos de discapacidad	405.768	616.356	1.022.124	16,4%	15,9%	16,1%
Persona con discapacidad	2.466.782	3.866.888	6.333.670	-	-	-

Fuente: Informe Olivenza 2017. Pág. 188

A raíz de la prospección y el estudio de fuentes oficiales podemos llegar a la conclusión de que la documentación y fuentes de datos oficiales sobre la asistencia personal en el estado, es escasa y está poco elaborada. La indefinición de la prestación y de las intensidades de la misma hace difícil poder establecer comparativas rigurosas.

Tal y como se ha comprobado en el estudio de campo realizado en el contexto de este estudio con personas con discapacidad, sus familias y personas cuidadoras, la asistencia personal es una figura desconocida.

En España se han realizado algunos proyectos piloto para conocer la forma en que se podría gestionar el servicio.

Un ejemplo, en Andalucía, es el estudio sobre el Impacto Económico y Social del proyecto de Asistencia Personal de Andalucía, de los autores Antonio Iáñez Domínguez y José L. Aranda Chaves, donde se muestra como desde Andalucía se pusieron en marcha algunas iniciativas puntuales sobre asistencia personal.

En 2007, la Dirección General de Personas con Discapacidad de la Junta de Andalucía promovió una experiencia piloto sobre asistencia personal. En el mismo se explica que la experiencia se gestionó desde la entonces existente Fundación Andaluza de Servicios Sociales y colaboraron de forma activa las organizaciones representativas del movimiento asociativo de personas con discapacidad física y orgánica y las representativas de las personas con parálisis cerebral. En el proyecto participaron 23 mujeres y 17 hombres, mayores de 16 años, con un grado de discapacidad superior al 75%, condicionada su

participación a disfrutar del asistente personal un máximo de 25 horas semanales (Iláñez Domínguez et al., 2017: 16).

Posteriormente la Junta de Andalucía permitió la posibilidad de desarrollar otro proyecto piloto con 7 personas beneficiarias. En esta ocasión, las condiciones del proyecto fueron más flexibles, permitiendo que ellas determinaran las horas necesarias para contar con un asistente personal y las personas usuarias eran quienes gestionaban directamente el servicio. La duración de este proyecto piloto fue de 17 meses entre 2015 -2016. Este proyecto se financió a través de la Convocatoria de subvenciones de la Dirección General de Personas con Discapacidad de la Junta de Andalucía y las aportaciones de las personas beneficiarias que venían recibiendo a través de la Ley 39/2006.

La evaluación del proyecto analiza el retorno social y económico de la asistencia personal. Entre algunos datos de interés del informe destacan:

- los mayores impactos socioeconómicos sobre las personas usuarias de la asistencia personal y sus familias,
- las mejoras en la calidad de vida se producen en la atención fuera del hogar, en las actividades para la vida diaria y en el desarrollo personal, entre otras dimensiones de bienestar y calidad de vida.

Otro dato a destacar de este estudio es la estimación que realiza del salario de un Asistente Personal situándolo en un importe anual de 10.937,88 € (toman de referencia las tablas salariales del Convenio Colectivo General de Centros y Servicios de Atención a Personas con Discapacidad, donde el salario base estaría en 911,49 €/mes, doce pagas). En este estudio también realizan una media del coste del asistente personal en el mercado privado en base al Convenio Colectivo de referencia y la estimación del precio/hora de media tendría un coste de 12,39€/hora. Si calculamos una jornada normalizada de 40 horas semanales estaríamos hablando que el coste mensual de sufragar un/a asistente personal durante una jornada laboral sería de 1.982,40 €. Esta cifra pone de manifiesto la imperativa necesidad que la persona con discapacidad tiene de recibir una prestación económica suficiente para poder asumir el coste de un salario, en la mayoría de los casos muy superior a sus propios ingresos/pensión y muy por debajo de las cuantías establecidas por la comunidad autónoma para el pago de esta prestación, como hemos analizado anteriormente en este capítulo.

En otro estudio desarrollado en la Comunidad de Madrid se ofrece un acercamiento al perfil de las personas usuarias de la prestación de asistencia personal.

El estudio se realizó cuando el Programa de Apoyo a la Vida Independiente de la Comunidad de Madrid atendía a “62 personas con discapacidad física y alto nivel de dependencia (el 90% de los participantes tenía reconocido el Grado III, niveles 1 y 2 en el Sistema de Atención a la Dependencia). El 44% eran mujeres y el 56% hombres. Todos ellos con vida activa (47% trabajaba, 37% estudiaba, el 10% estudiaba y trabajaba y 6% otras actividades. El promedio de edad era de 39 años, en su mayoría con formación universitaria”. (Análisis econométrico. OVI)

En este estudio se establecía una comparativa entre este perfil de usuario descrito, con asistente personal y otro perfil similar seleccionado como modelo de persona usuaria del Servicio de Residencia. El estudio, dentro de un alcance exploratorio, determinaba el SROI (Retorno Social de la Inversión) de cada perfil. El retorno económico total para el usuario que recibe apoyos en Residencia fue de 40.400,66 €/año esto es 76,36€ de retorno por cada 100€ invertidos. Frente al retorno económico del perfil del usuario de Servicio de Asistencia Personal que fue de 46.324,31 €/año esto es 91,64€ de retorno por cada 100 € invertidos.

Análisis de los discursos

En términos generales, la prestación económica para asistencia personal es la menos conocida entre las/los participantes de los grupos. En ocasiones, han oído hablar de alguien que tiene esta prestación (no necesariamente a través de la LAPAD), en otros, desconocen por completo de qué se trata. Excepcionalmente, la conocen participantes que tienen un perfil específico, muy cercano al movimiento asociativo y que defienden un modelo de vida independiente. Nos hemos encontrado casos como el de dos participantes del grupo de discusión de Andalucía, que presentan un discurso articulado al respecto, aunque ellos y ellas mismas no dispongan del servicio u otros, en los que las personas conocen la asistencia personal porque disfrutan de la misma, dentro o fuera de la LAPAD.

En cualquiera de los casos, cuando la cuestión de la asistencia personal emerge en los grupos y se produce esta asimetría de conocimientos, el discurso o la experiencia de unos termina despertando el interés y la curiosidad en el resto de participantes. Además de producirse este efecto de interés, también se produce un interesante efecto, pues al analizar el coste económico que este servicio podría tener, muchas personas manifiestan su incredulidad a que realmente se ponga en marcha algún día y puedan acceder a esta prestación. Queremos señalar también, que a lo largo de los grupos, cuando se aborda la multiplicidad de actividades y tareas que se podrían desarrollar a través de la prestación, se aborda quién es la persona que permite que se cubran en la actualidad, las referencias indirectas, o directas, conscientes o inconscientes de la misma, son en la mayor parte de las ocasiones, a “las madres”, señalando nuevamente hacia la figura de la mujer como proveedora principal de cuidados, y como la persona que antepone la prestación de cuidados a otros aspectos de la vida.

También se tiene cierto conocimiento sobre los mecanismos de funcionamiento del recurso, sus fallos y los posibles puntos de mejora. Por ejemplo, la dotación insuficiente para cubrir el número de horas necesarias puede ser la causa por la cual las personas optan por otro tipo de recursos. Parece que, una baja cuantía de prestación de asistencia personal podría funcionar como mecanismo disuasorio. En este sentido, al solicitar ciertas mejoras para la prestación, el mismo participante desarrolla un discurso en el que se condensan varios asuntos en relación a la asistencia personal:

- Por un lado, la importancia de este recurso para tener una vida independiente y poder llevar a cabo los proyectos vitales que se deseen, estudiar y trabajar.
- Otro aspecto relevante que plantea es que la ganancia de autonomía no es solamente para la persona con discapacidad, sino también para las personas que están a cargo de su cuidado, siendo en la mayoría de los casos la figura materna quien ostenta esta responsabilidad. Tener un asistente personal no solamente favorecería el acceso a formación y/o empleo, sino también a la persona cuidadora llevar a cabo su propio proyecto, más allá de cuidar a la persona con discapacidad. Este aspecto se valora de forma recurrente en los diferentes grupos.
- En relación con esta cuestión se plantea la legitimidad del reclamo argumentándolo también desde la lógica económica: el coste en centros residenciales es mayor que el coste de la asistencia personal, así como también la asistencia personal genera empleo, con lo cual es una fuente de riqueza económica. Este hecho se ha comprobado como señalábamos anteriormente en los estudios de Retorno Social elaborados tanto en Andalucía como en la Comunidad de Madrid.

H4: ... lo principal sería incrementar la dotación presupuestaria de los servicios que hay [...].

H2: yo pienso que, en primer lugar, se debería de desarrollar una ley específica para asistencia personal. Porque eso es lo único, el único recurso que te permitiría llevar una vida independiente porque yo, así de ese modo, tengo una persona a la hora que necesite, para ir a trabajar, estudiar y no tener que depender de mi familia y aparte con lo que eso implicaría, que mi madre pudiera desarrollar también su vida, pudiera también trabajar, por lo que mejoraría nuestra situación y [...].

M3: no es que además que tengas familia, cada uno tiene su vida, tiene sus cosas, sus hijos, sus responsabilidades y en un momento dado te pueden venir a echarte una mano, pero una mano en un momento dado. Tú no puedes tener a esa persona todos los días en tu casa porque tiene su vida.

(GDT ANDALUCIA)

Tú no tienes que depender de que tu madre o tu hermano tenga un rato para vestirte o para cambiarte, o si quieres ir [...]

M2. Sí, la experiencia de asistente personal, la mía también, es muy positiva. Yo tengo dos. M1. Yo tengo 3.

M2. Uno viene por la mañana 3 horas, salimos a hacer las compras, a la farmacia si tienes que ir, a hacer tus cosas.... [...] y para mí es muy positiva. No tiene nada que ver con la ayuda a domicilio, pero nada, son mundos diferentes. (GD PCD GALICIA)

Lo cierto es que, no solo este tipo de discurso emerge de forma excepcional en los grupos, sino que cuando se plantea tampoco alimenta automáticamente la dinámica. Esta ausencia de comentarios se debe no a la falta de interés en la cuestión, sino al desconocimiento del resto de participantes, y no es hasta que existe una interrelación directa por parte de quién modera que el resto comienza a realizar aportaciones sobre el tema.

Así en varios grupos de discusión los ejes de análisis más relevantes en relación con la asistencia personal fueron los siguientes:

- El desconocimiento del recurso por parte de la mayoría del grupo. Incluso quienes lo tienen incluido en el PIA no saben de qué se trata, y tampoco que lo podían solicitar.
- El conocimiento de una minoría, que argumenta que el desconocimiento se debe a que en los servicios sociales no se difunde, no se visibiliza, no se promociona.
- El desconocimiento conlleva la imposibilidad de imaginar para qué podría ser utilizado el recurso en la vida diaria.
- El desconocimiento lleva también a una confusión entre asistencia personal y ayuda a domicilio.
- En ocasiones la negación de tener dificultades para desarrollar determinadas tareas cotidianas impide proyectar todas las posibilidades que una figura de asistente personal podría llegar a tener. Hacemos esta lectura del discurso de algunas mujeres en las que su rol de madre cuidadora y proveedora de cuidados, puede quedar en entredicho si enuncian la necesidad de tener que recurrir a tercera personas para poder suplirlo.
- Quienes conocen el recurso, lo explican, la Asistencia Personal como extensión del propio cuerpo, como prótesis, como herramienta, como antes se podían considerar unas "gafas".
- Legitimación normativa de la Asistencia Personal, acudiendo a la Convención de derechos de las personas con discapacidad de la ONU, la Asistencia Personal como derecho en la LAPAD para ejercer otros derechos, como llevar un proyecto de vida independiente. En el plano estatal, insistencia en que es un derecho por la LAPAD y que se puede reclamar.
- La puntualización en lo normativo lleva a observar otras limitaciones:

- La limitación de las cuantías, insuficientes para cubrir un horario amplio y también para hacer frente a todas las obligaciones que conlleva la contratación de un/a asistente personal (seguridad social, sustitución de vacaciones, etc.).
- Las largas listas de espera y la quasi imposibilidad de acceder a la prestación.
- La "universalización" del acceso a la asistencia personal. Se mencionan los excepcionales casos que la tienen. Se mencionan los límites de edad, e indirectamente los proyectos vitales. Esto tiene que ver con que la asistencia personal se adjudica cumpliendo ciertos requerimientos, en muchos casos estar trabajando o estudiando. En el fondo se critica esta limitación y se cuestiona si solo deberían disponer de este recurso las personas que se encuentran en este tipo de proyecto vital.

[...] Pero eso es, yo creo, un poco difícil, ¿no? porque eh si cuesta trabajo dar dinero para... para vivir, imagínate para eso. (GD PCD CASTILLA Y LEÓN)

H2: hay mucha gente que no lo conoce porque, es que, en Servicios Sociales, no difunden este servicio. [...]

M1: yo no.

H1: eso es un unicornio.

[...] H4: ¿el tema de la asistente personal es distinta a la ayuda a domicilio?

H1: sí. [...]

H2: es un derecho reconocido. Es un derecho reconocido por la Convención de la ONU.

H1: [...]. La asistencia personal pura y dura, es una prolongación de nuestro propio cuerpo, es una prótesis.

H2: sí. [...]

H1: pero tú estás en tu derecho y si lo quieres lo puedes conseguir. Aquí, aquí en Andalucía hay unas dos o tres personas que lo tienen. Y en concreto una que lo tiene, que es una madre, [...], que estuvo batallando [...]. Entonces, esta madre la ha peleado, consiguió el juicio y tiene una asistente personal, de tal forma que la madre puede hacer su vida, que es lo que quieren hacer, vida de madre y atender a su hijo como madre y el hijo tiene una asistente personal que atiende a ese hijo para que a él no le haga falta.

[...] M2: es que mira, ya simplemente porque la persona que lo cuide descance...
[...]

H2: yo no la he solicitado porque me han ofrecido lo que te he comentado, 700 euros. [...].(GD PCD ANDALUCÍA)

M2: lo que yo si se es que hay lista de espera bastante larga también. Es que tengo una amiga que tiene discapacidad y lleva muchos años en la OVI

M2: está contenta, ella lo usa mucho para, pues eso, actividades, acompaña a sitios. Yo he quedado con ella a veces y ha venido con nosotros la asistente personal, veces se queda, a veces se va y luego la recoge (GDT PCD MADRID)

M3: esta muchacha, lo único que puede mover, como dice ella, la cabeza nada más.

M1: yo es la primera noticia que tengo también.

M3: yo eso no lo había oído tampoco la verdad (GDT PCD ANDALUCIA)

En varios grupos se realizó un ejercicio de proyección que consistió en imaginar, una vez que conocían que era la asistencia personal, para qué la utilizarían en el caso de poder disponer de este recurso. En estos casos, se detectaron interesantes cambios en los discursos y se

comprobaba como las personas vislumbraban ahora nuevas posibilidades en su vida cotidiana, o las mismas, pero con apoyos. Este ejercicio puso sobre la mesa la conexión entre una vida autónoma y un sentido profundo de libertad que se manifiesta en la posibilidad de la persona de tomar infinidad de decisiones por sí misma, sobre las cuestiones más básicas de la vida, en el día a día y que, bajo un prisma clásico, quedarían supeditadas a la buena voluntad del resto para facilitar el desarrollo de estas actividades, o al constreñimiento de unos horarios muy limitados.

M1: el asistente personal es como si fuera una alargación de ti, (GD PCD GALICIA)

M3: para la compra.

H2: eso.

M3: también para el trámite de los papeles que yo no entiendo, las cartas.

H1: muy sencillo, para vivir.

H4: en mi caso, porque bueno, estaba comentando. Yo solamente necesito alguien que me ayude a meterme en la cama, levantarme de la cama, preparar el desayuno, organizar la casa. Pero luego, alguien que, por ejemplo, hubiera venido conmigo y yo no hubiera venido solo.

H4: también, eso me refiero, cuando tienes que subir en el autobús, si a mí me coge en horario de ayuda a domicilio, voy acompañado. Si no, le tengo que pedir a alguien que con buena voluntad me pique el bonobús. Por ejemplo, o si no, yo necesito ayuda para beber, para comer y todo. Con lo cual, si no me coge en horario de estar en casa, no puedo salir a la calle a tomármelo. ... leí no hace mucho en un artículo, que una persona con gran discapacidad su vida es como la de un perro. Se tiene que acostumbrar a los horarios, tanto para sus necesidades personales como a la hora de comer o cualquier otro tipo de necesidades. Tienes que esperar que llegue el dueño para que alguien lo saque de paseo. O le dé de comer, o le saque a hacer sus necesidades. (GD PCD ANDALUCÍA)

M2: una pregunta, yo, por ejemplo, yo tengo la ilusión, yo no sé ni cuándo ni cómo, pero yo por ejemplo en algún momento me gustaría hacer una estancia fuera de España, con unas prácticas, con mi carrera o algo de eso, yo por ejemplo en ese, y soy consciente de que necesitaría un apoyo, de una persona. Yo en ese caso, ¿podría coger a esa persona de la OVI? (GDT PCD MADRID)

M3 [...] pues divino porque yo tampoco puedo ir, verás, a lo mejor sí una amiga, se presta, pues a lo mejor podemos ir a un cine o podemos ir... pero yo a mí se me antoja de ir a un cine, y tengo que depender de alguien, yo no puedo ir sola, vamos. (GDT PCD ANDALUCIA)

M1: [...] tener oportunidad de poder buscar algo porque sabes que va a tener una persona que la acompaña tanto para la entrada del trabajo como para la salida. (GDT PCD ANDALUCIA)

También en el grupo de Madrid se aborda la figura de la asistencia personal y como esta ayuda a suplir una falta de libertad y autonomía que se expresa en sus relaciones sociales, a través de su colocación como sujetos pasivos. Esta necesidad de autonomía se expresa como una forma de afirmación de la personalidad propia y como sujetos activos. Si bien hay ocasiones en que las usuarias no terminan de participar de la definición del servicio.

M1: me saca. Suena mal, me acompaña

H1: si, eso de me saca, parecemos animales. Me saca a la calle

M1: Es que mi familia dice: "¿Hoy no sales? ¿Hoy no te sacan?" y digo "que no soy un perro"

(se ríen todos)

M1: y nada, pues sí, la que me acompaña, pues hace cosas, me va a buscar a casa, busca una actividad, voy a ver el museo del prado, no sé qué, no sé cuántos (GDT PCD MADRID)

Un último aspecto relevante que emergió hacia el final del grupo fue un comentario de una de las participantes muy significativo en términos de los roles y las relaciones de género y el papel que la asistencia personal puede tener en la experiencia específica de las mujeres que padecen la desigualdad en el reparto del trabajo reproductivo y de cuidados en el seno de las familias. Asimismo, cómo la asistencia personal es un recurso que puede transformar los imaginarios y las posibilidades en relación con los proyectos familiares que las personas con discapacidad pueden y quieren emprender.

M2: bueno, yo quisiera decir una última cosa. También la asistente personal, también debería de haberla porque hay muchas mujeres que tienen niños y tienen discapacidad.

[...], yo conozco a una que tiene una niña pequeñita y lo pasa muy mal, porque el marido está trabajando, se va a trabajar y necesita una ayuda, la tiene en sus brazos y le pone lo mismo, una horita, dos horitas y luego tiene que estar pendiente de la madre, una hermana, es que son varias cosas que nada más nos enfocamos en... pero luego después la mujer también tiene el doble de problemas que tiene los hombres.

[...], lleva todo lo que conlleva una mujer. Limpiar, fregar ¿entiendes? Luego si tiene hijos pues más se complica la vida. [...], una mujer, por ejemplo, con parálisis cerebral pues tiene el mismo derecho que yo a tener un niño y a llevar su vida normal y corriente... (GD PCD ANDALUCÍA)

Asimismo, la ausencia de una figura que ejerza de cuidadora, y que a falta de una figura profesional ejercen fundamentalmente las mujeres que conviven en el hogar determina de manera relevante no solo un proyecto de vida a largo plazo, sino la cotidianidad misma.

M3: eso le digo, el día que tú te cases o te vayas, me tendrás que cortar el pelo, no me queda más remedio. (GDT PCD ANDALUCIA)

El rol de la asistencia personal en relación también al papel de favorecer que las madres, a las que se alude constantemente como cuidadoras principales, puedan disponer de más tiempo ellas.

[...] un día está tu madre dispuesta a llevarte de compras, pero no vas a quitarle su tiempo, incluso de ocio, ¡de ocio! ¿Entiendes? Porque pues ellas van a los cursillos, ellas son personas mayores, mayores que nosotros porque son nuestras madres, y tienen su actividad. (GD PCD GALICIA)

En uno de los grupos de Galicia se enuncia la insuficiencia de horas con las que está dotada la asistencia personal para poder desarrollar una actividad diaria normalizada y como hay personas que a través de estrategias colectivas se pueden organizar para disponer de una mayor atención a través de la asistencia personal. También, hay personas que han solicitado un complemento para aquellos casos de especial dedicación en fines de semana y período vacacional y en el caso de Galicia, se les ha incrementado la prestación en un 15%. Del trabajo de campo desarrollado en las cuatro Comunidades Autónomas tenemos la intuición, bastante conformada de que el modelo implantado en Galicia está resultando ser el más efectivo y mejor valorado de los diferentes modelos autonómicos.

M1: yo tengo un asistente para levantarme y para acostarme, el mismo y tengo 1,10 a la mañana y 20 minutos a la noche, para acostar.

H1: ¿Nada más?

M1: Y después tengo 3 horas de media al día, por poner una media, para ir a hacer mis gestiones. Si tienes que vivir sola, o compartes piso y te arreglas y la otra persona tiene asistente personal y las vas compaginando las dos, porque yo sé de gente que viven dos con asistente personal y van compaginando las actividades ¿sabes?, pero es que si no...No! ¡No! Te dan las horas, por mucho que cuadres la semana, no te dan las horas, [...].

(GT PCD GALICIA)

Bien, ahora, ahora, no me llegan las horas. No me llegan las horas porque yo cada año necesito más, si antes yo me podía vestir, ahora no puedo, entonces, he pedido una extensión, he tenido que hacer un escrito a la Xunta, he tenido que volver a presentar papeles, y sí, se me ha concedido. No han tardado, a lo que suelen tardar, no han tardado, han tardado unos 3 meses (GD PCD GALICIA)

Otro de los aspectos que se señalan en este grupo es la dificultad en la gestión de la misma, desde la solicitud hasta que una vez concedida tienes que realizar todas las gestiones para la contratación de la persona asistente, preparar la justificación para entregar a la Xunta de Galicia, resolver todas las incidencias que puedan surgir (incapacidades temporales del/la asistente personal, vacaciones, ...) y un largo etc. Todo ello hace que muchas personas piensen que la asistencia personal sólo resulta óptima para personas con un capital cultural y una formación que le permite hacer frente a todos estos trámites, pero personas sin estas herramientas podrían verse desalentadas dados todos los trámites que deben realizar. En el caso de la Xunta de Galicia han facilitado que la gestión de la Asistencia Personal, pueda realizarse a través de entidades acreditadas para la prestación de este recurso, siendo en la mayoría entidades del tercer sector que actúan como intermediarias entre la persona usuaria y el/la asistente personal, donde las entidades se ocupan de toda la tramitación administrativa y la persona usuaria se centra en la gestión del día a día con su asistente personal.

M1. Tengo la asistencia personal, pero tengo que tener muy claro, cómo y cuándo necesito las cosas porque la prestación es insuficiente... cero copago y más horas, según la necesidad de la persona, porque cada persona somos un mundo. (GD PCD GALICIA)

En este mismo sentido en el grupo triangular de Madrid se señala como uno de los impedimentos la complejidad del proceso y la necesidad de adelantar el pago de las nóminas de la asistente personal y como ya se ha señalado desincentiva su solicitud, tanto por el propio proceso administrativo como por la necesidad de disponer de dinero suficiente para adelantar el pago de varias nóminas hasta la resolución y pago retroactivo de la misma, con el consiguiente riesgo añadido de no poder recuperar el dinero si finalmente se deniega la prestación.

Otro asunto que impacta sobre la posibilidad de acceder o no a esta prestación es que la cuantía económica que se concede para la Asistencia Personal, en todas las comunidades estudiadas, son cantidades fijas que no contemplan la cobertura de vacaciones, los costes de posibles bajas laborales, las indemnizaciones por despidos, etc. Este hecho provoca que realmente la cantidad de estas prestaciones sea menor que lo que la propia cifra numérica puedan dar a entender, dando lugar a una cobertura de horas que se sitúa lejos de las necesidades reales que las personas en situación de dependencia tienen para poder llevar una vida independiente.

Al analizar el papel que juega o puede llegar a jugar la figura de la Asistencia personal en la vida de las familias de personas con discapacidad, nos enfrentamos en un primer momento al enunciado por parte de las mismas de la necesidad de contar con ciertos apoyos externos a la familia, para poder por un lado atender las necesidades de cuidados diarios y las necesidades de ocio y realización de proyecto de vida, así como también de la necesidad de disponer de un tiempo propio para desarrollar su proyecto de vida. La cobertura de estas necesidades se enfoca de manera espontánea hacia la voluntad que puedan tener su entorno familiar, de amistades o de personas voluntarias del tercer sector. A lo largo de este análisis encontramos constantes referencias al papel que juegan las mujeres en los cuidados, a su renuncia al mercado laboral, al ocio, al tiempo propio.

Se señala por parte de las personas sobre las que recaen las tareas de cuidados que esta relación que se genera entre la persona con discapacidad y estas, puede acabar resultando perjudicial para ambas partes, pues se alteran sus roles naturales de “madre/padre” a “cuidador/a”, de “pareja sentimental” a cuidadora, de “hija/o” a “cuidador/a”. Y en este mismo sentido la persona con discapacidad que necesita los apoyos también ve alterada su identidad, de “pareja sentimental” a receptora de cuidados, de “hija/o” a receptora de cuidados.

Se señala por parte de las familiares que ambas partes de la relación necesitan entrar en contacto con otras personas diferentes, no sólo en lo relacionado con el ocio sino también y muy necesariamente en la función de cuidados ya que la relación sino puede verse “viciada”.

M1: Es que no hay nadie que te ayude con estas cosas.
(GT FAMILIARES GALICIA)

[...] llevábamos cuidándola toda la vida, casi igual lo enfocaron directamente por esa vía. Por qué es la madre la que la cuida toda la vida. Sin trabajar, no te da opción alguna a decirte, existen otras cosas. [...] Desde que te levantas hasta, hasta el día siguiente. [...].
(GT FAMILIARES PALENCIA)

“M2: y luego, en el tema de ocio que habíamos comentado antes, el tema de ocio y tiempo libre. Yo, por ejemplo, mi hijo queda con sus amigos, sus amigos de la asociación de espina bífida, que está con ellos desde que nació, prácticamente se conocen todos, pero se ven una vez cada tres meses, en los campamentos que hacen en semana santa, en verano, en las fiestas que hace la asociación, pero luego cuando quedan la mayoría de las veces tenemos que llevarle los padres... entonces depende mucho de los padres a la hora de tener que salir. (GT FAMILIARES MADRID)

“M2: efectivamente, ¿Quién cuida al cuidador? ¿yo cuando puedo salir a un cine? Que voy al cine con mi hijo, salgo a dar una vuelta con mi hijo, voy de compras con mi hijo, pero y ¿yo? Y ¿mi vida? (GT FAMILIARES MADRID)

Es en este momento del grupo de discusión con las familias de las personas con discapacidad cuando se evidencia la situación en la que se encuentra la asistencia personal en casi todos los territorios analizados, por una parte surge el desconocimiento sobre la prestación misma o dónde y cómo solicitarla y por otra empiezan a aflorar posibles tareas que podría realizar un/a asistente personal en la vida de sus familias: favorecer el acceso al mercado laboral, educación/formación, apoyo en la utilización de medios de transporte, acceso al ocio y/o actividades deportivas y un largo etc.

Creemos que la siguiente intervención condensa muy bien desde el punto de vista de las familias por qué resulta necesario fortalecer e impulsar el desarrollo de la asistencia personal.

M1: yo defiendo y defenderé y lucharé porque haya una asistente personal para los grandes dependientes. Porque yo en un momento de mi vida, con 26 años, yo voluntariamente renuncié, nadie, nadie me dijo que lo hiciera. Yo voluntariamente renuncié pues a una vida laboral porque o cuidaba o trabajaba [...], pero la relación que se crea entre el cuidador y la persona cuidada ... puede estropear otro tipo de relación. [...] ni la persona que cuida, ni la que es cuidada tiene independencia para nada, yo creo que a mi marido hubiera ido mejor si hubiera tenido un cuidador que, que hubiera estado con él y hubiera podido seguir trabajando, hubiera podido estudiar una carrera, hubiera podido... pero qué pasa, que conmigo era más complicado. (GT FAMILIARES ANDALUCIA)

La reflexión de las trabajadoras sociales sobre las posibles razones por las que esta prestación es la menos concedida giran en torno a su efectividad, la falta de información, desconocimiento de la persona usuaria, su acceso según el medio sea rural o urbano y las implicaciones en cada medio, o el papel de la administración en la visibilización de la misma:

En la Comunidad de Madrid la figura del Asistente Personal es prácticamente inexistente, tan solo se ha concedido a 83 personas desde la implantación de la LAPAD.

“M: ...el año pasado sólo habían dado dos, o sea que no había prácticamente. M: lo que no sé, es si porque no es efectivo o porque no hay información sobre la figura del asistente.

“M: también puede ser por desconocimiento porque tú informas cuando te vienen a la entrevista, pero ellos no tienen conciencia de esa (posibilidad).

“M: o no es el adecuado a lo mejor, tampoco sé si es más fácil desde un medio urbano o desde un medio rural, si es un recurso realmente adecuado o no, si es por falta de información, no sé, pero sí que es verdad que no hay. (ETS MADRID)

En la entrevista con estas profesionales, algunas comentan que nunca habían llegado a tramitar una solicitud de prestación por Asistente Personal, aunque sí del resto de prestaciones económicas y servicios que se ofrecen en el Catálogo de la Comunidad de Madrid, y cómo la forma en que se tramita en este territorio puede desincentivar su solicitud.

“...hubo una persona hace ya tiempo, que lo estuvimos mirando, y el problema estaba en adelantar el dinero y que luego no había información de cómo, ni cuándo, ni de qué forma se iba a realizar el pago de Comunidad de Madrid a la persona, entonces la gente prefiere asegurarse, por lo menos sé que una prestación económica me la pagan y no adelanto yo el dinero.” (ETS C. DE MADRID)

En Galicia, es una prestación que se concedió a 105 personas. Pese al bajo número, la comunidad autónoma financia casi el 100% del coste de la prestación por Asistencia Personal, lo que está permitiendo a las personas con discapacidad tener un mayor acceso al recurso, pese a que su coste es elevado.

“A ver, también hay una cosa, era cara, era un coste para la persona dependiente, pero en Galicia se subvencionaba hasta casi el cien por cien, entonces puedo entender que por eso también en Galicia hay más...” (ETS GALICIA SS COMUNITARIOS)

Las trabajadoras sociales tienen la percepción de que el papel del asistente personal va más allá del apoyo en etapas de la vida educativas y laborales, el Asistente Personal tiene un papel activo dando apoyo a las personas con discapacidad en viajes, ayudando a comunicarse con otras personas, en caso de tener dificultades en el habla, recuperando un espacio de independencia mutua tanto para las personas con discapacidad como para la familia

“A ver eh, yo creo que la asistencia personal debería de ser un recurso que ayudara al desarrollo vital de la persona, en todos los ámbitos, no sólo en el ámbito laboral,

sino en un ámbito de ocio. En la vida diaria del día a día, ya sé que no es una ayuda a domicilio, pero sí que puede ayudar, por supuesto, en todo..." (ETS GALICIA SS COMUNITARIOS)

También evidencian tensiones por parte de los familiares para aceptar la figura del Asistente Personal. En muchos casos, las familias no admiten la figura del Asistente en el ámbito de la atención a sus familiares con discapacidad, llegando, en ocasiones, incluso a “vetar” la solicitud de la prestación.

“yo lo que veo también es mucha sobreprotección por parte de la familia hacia las personas dependientes, ¿no? incluso las que puedan tomar decisiones por sí mismas...” (ETS GALICIA SS COMUNITARIOS)

Por último, en la reflexión que aporta COCEMFE sobre la autonomía personal pone de manifiesto cómo en la LAPAD, y en consecuencia en el catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y en los PIA (Programa Individual de Atención), ha predominado la orientación de los servicios y prestaciones hacia la dependencia en detrimento de la promoción de la autonomía personal. En lo que se refiere específicamente a la Asistencia Personal, consideran que en muchos territorios se ha implantado de forma precaria y que en la mayoría de los casos le dan el nombre de Asistencia Personal pero se trata de un Servicio de Ayuda a Domicilio puro y duro: “la Asistencia Personal no consiste en que una persona vaya un par de horas a tu casa, trasciende a la Ayuda a Domicilio en todos los aspectos que te puedas imaginar, desde la elección de la persona que eliges como asistente personal, la multiplicidad de tareas que se pueden llevar a cabo (tantas como inquietudes tenga la persona usuaria), la designación de horarios para la prestación de la asistencia personal y un largo etc.”.

También se apunta como causa de la escasa implantación territorial de la Asistencia Personal, el miedo de la Administración a una excesiva demanda que pudiera tener la prestación y que esto pudiera colapsar el Sistema de Atención a la Dependencia. En este sentido, desde COCEMFE resaltan que “esta probabilidad es muy escasa, ya que la Asistencia Personal es un recurso para un perfil de personas muy determinado, con un proyecto de vida independiente, con capacidad de decisión y/o autodeterminación para señalar los servicios que requiera, para que, bajo la dirección y responsabilidad de la persona con discapacidad, el/la asistente personal desarrolle las tareas que esta le encomienda. Con lo cual, no todas las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades, inquietudes y demandas. Por otro lado, aunque se produjera una solicitud de esta prestación en masa, se han realizado algunos estudios en los que se observa que los costes de la cobertura de la prestación de Asistencia Personal, no son superiores a los del coste de una plaza residencial, y esto sin tener en cuenta el retorno social”.

Además del miedo a la excesiva demanda que pudiera tener la prestación, se une la falta de una regulación normativa amplia de la misma, lo que ha mermado la dotación económica de la prestación por parte de la Administración y por tanto su disponibilidad para el colectivo.

Desde COCEMFE tenemos que trabajar porque la persona tenga su propia autonomía y pueda gestionar su vida de una manera autónoma e independiente y para ello tiene que tener los recursos necesarios para poder hacerlo. Hay una serie de recursos en la comunidad que muchas veces no encajan y por lo tanto hay que luchar porque esta figura se desarrolle plenamente (REPRESENTANTE COCEMFE)

También se señala que la asistencia personal es un recurso que no sólo promueve la libertad y la autonomía de las personas con discapacidad, sino que también pretende reducir las desigualdades territoriales para quienes tienen mayores dificultades de acceso para gestionar su día a día en áreas rurales con menor accesibilidad: Ha habido un efecto perverso con la implantación de la LAPAD sobre todo en zonas rurales, ya que en estas zonas no hay una red sólida de recursos para la atención de personas, por lo que en la mayoría de

los casos en estas zonas concedieron la Prestación para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, desaprovechando de este modo la posibilidad de generar recursos especializados en el entorno rural y generar empleo a través de la contratación de asistentes personales, por ejemplo, lo que supone que las personas con discapacidad que viven en estas zonas presentan una mayor discriminación. (REPRESENTANTE COCEMFE).

En definitiva, desde COCEMFE recalcan que “la universalización y garantía del derecho a la Asistencia Personal, nos ha de permitir ejercer derechos, sin exclusiones ni discriminaciones, superar barreras y transformar nuestra sociedad”.

6. La financiación del sistema, el copago y sus efectos sobre la situación de las personas con discapacidad.

6.1. LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA

Análisis del marco normativo

La normativa en materia de financiación del SAAD es quizás uno de los aspectos más complejos y, probablemente, la más determinante para la calidad de vida de las personas, puesto que a través del sistema de financiación se determina la intensidad de los servicios y la cuantía de las prestaciones que perciben las personas usuarias. Igualmente, este supone un enorme reto para las administraciones públicas, pues a partir del reconocimiento de un derecho subjetivo a más de un millón de personas, se deben de poner en marcha los mecanismos necesarios para poder hacer efectivo el mismo. Mecanismos que, implican la articulación de políticas, la coordinación entre diferentes administraciones y la provisión de los recursos económicos necesarios.

El desarrollo normativo del sistema de financiación ha sido paulatino y se ha ido adaptando desde su implantación a las necesidades coyunturales, aunque se ha visto afectado fundamentalmente por dos factores: el primero de ellos, la grave crisis económica que comienza en 2008 y afecta de lleno al Estado Español en 2010. Derivado de ello y a través del *Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo* se realizan los primeros ajustes que afectarán al sistema de financiación, entre ellos la supresión de la retroactividad en el pago de las prestaciones para nuevos solicitantes. A través del *Real Decreto-Ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público*, se retrasa el calendario de aplicación de la Ley 39/2006.

El segundo factor, derivado de las medidas que se tomaron para afrontar el rescate bancario de 2012 por parte del gobierno y, consistente en la aplicación de un severo recorte del gasto público, que se concreta en el *Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*⁵³. Como veremos a continuación, este Real Decreto tiene un importante efecto sobre el SAAD. Pero antes de entrar en detalle sobre este, queremos realizar una aproximación a las principales normativas que configuran el sistema de financiación.

⁵³ [Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.](#)

Normativa Estatal

La norma fundamental que regula el modelo de financiación del SAAD viene definida en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en cuya exposición de motivos, apunta ya a la propia configuración de este sistema, estableciendo 3 niveles de financiación diferenciados y que buscan la corresponsabilidad y cooperación entre Administraciones, pero sin olvidarse de mencionar también en dicha exposición de motivos la participación económica de las personas beneficiarias en el coste de los servicios (abordado en el epígrafe 6.2). Dichos niveles se concretan en el Título Primero, en que se articula el Sistema de Atención a la Dependencia y su primer capítulo, dónde se configura el sistema, concretamente el artículo 7º delimita claramente estos tres niveles de financiación:

1. **El nivel de protección mínimo** establecido por la Administración General del Estado en aplicación del artículo 9.
2. **El nivel de protección acordado** entre la Administración General del Estado y la Administración de cada una de las comunidades autónomas a través de los Convenios previstos en el artículo 10.⁵⁴
3. **El nivel adicional de protección** que pueda establecer cada comunidad autónoma.

Estos tres niveles suponen la piedra angular sobre la que pivota todo el sistema de financiación y trataremos cada uno de ellos de manera diferenciada más adelante.

Para articular el funcionamiento del sistema de financiación se cuenta con la participación de Gobierno, CC. AA. y entidades locales a través del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia , adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La composición de dicho organismo cuenta con representación del Ministerio y de las consejerías competentes de cada una de las CC. AA., así como de una representación de las entidades locales y sus funciones están definidas en el artículo 8º. Las fundamentales que atañen al marco de financiación del sistema son:

b) Establecer los criterios para determinar la intensidad de protección de los servicios previstos, c) Acordar las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas y d) Adoptar los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios.

A través del artículo 9º de la Ley se regula la participación de la Administración General del Estado (AGE). En este mismo artículo se explica que el **1º nivel de protección mínimo**, será establecido y correrá con su gasto íntegramente la AGE. La determinación de la cuantía se fijará anualmente a través de los Presupuestos generales en los términos que establece el artículo 32. La forma en que se determinará la cuantía que corresponderá a cada comunidad autónoma por este nivel mínimo sufrirá varias modificaciones a lo largo de los años, dando lugar a sustanciales variaciones en las cuantías que percibirán las CC. AA., e impactando de manera directa sobre el desarrollo normativo y los modelos de gestión autonómicos.

Inicialmente los indicadores que se tomarán en cuenta para la determinación de la cuantía del nivel de protección serán: el número de beneficiarios, el grado de dependencia y la prestación reconocida. La modificación más sustancial vendrá determinada por el *Real*

⁵⁴ Apartado suspendido durante 2012 por [L 2/2012](#), durante 2013 por [L 17/2012](#), durante 2014 por [L 22/2013](#), durante 2015 por [L 36/2014](#), durante 2016 por [L 48/2015](#), durante 2017 por [L 3/2017](#) y durante 2018 por [L 6/2018](#)

Decreto Ley 20/2012 de 13 de julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, y se regulará de forma efectiva en el RD 1050/2013 de 27 de diciembre por el que se regula el nivel mínimo de protección. Respecto del nivel mínimo queríamos enfatizar que corresponde a las comunidades autónomas la gestión de los recursos económicos aportados a través de este nivel mínimo de protección para el desarrollo y aplicación del SAAD. Siguiendo los acuerdos tomados por el Consejo Territorial del SAAD de 10 de julio de 2012, se adoptan nuevos criterios para la determinación del nivel mínimo, ajustando el reparto al tipo de prestaciones reconocidas, ponderándose positivamente aquellas prestaciones que atienden a los beneficiarios a través de servicios, frente a las prestaciones económicas y especialmente con el objetivo de desincentivar la entrega de la prestación para cuidados en el entorno familiar.

Con ello se pretende “premiar” o compensar el desequilibrio en el reparto de fondos a aquellas CC. AA. que han priorizado el desarrollo de una red pública de servicios frente a aquellas CC. AA., más “prestatarias”, es decir aquellas que han priorizado la entrega de los denominados cheques servicios o las PECEF. Otras medidas adoptadas tienen el objetivo de poder certificar con transparencia el gasto efectuado fehacientemente a la dependencia, separándolo de los gastos efectuados en la Red de Servicios Sociales.

En el artículo 10º de la Ley, se trata de determinar el formato de cooperación interadministrativa (Estado-CC. AA.), que a través de Convenios se acordarán los objetivos, medios y recursos, que debían aportarse desde la AGE y que las CC. AA. debían como mínimo, igualar la cantidad aportada por el Estado, para la aplicación de los servicios y prestaciones, incrementando así el nivel mínimo de protección. Se regulan también en el artículo 10º, los criterios para determinar la intensidad de protección para cada uno de los servicios, así como las compatibilidades e incompatibilidades.

El punto 4 de este artículo 10 trata la parte de financiación que corresponde asumir a cada Administración, (Estado y CC. AA.). Derivado de las políticas aplicadas a raíz de la crisis bancaria, se suspende con fecha 29 de junio a través de la *Ley 2/2012 de Presupuestos Generales de Estado (PGE)* y con efecto inmediato las aportaciones del Estado para este punto, quedando suspendido el **2º Nivel del sistema de financiación y dejando en manos de las CC. AA. y las corporaciones locales el coste de financiar las partidas que se cubrían a través de este nivel**; El denominado nivel acordado, y que, a día de hoy, y año tras año se ha seguido y sigue suspendiendo. Algunos autores, organismos y asociaciones, entre las que se cuentan la “Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales”, han criticado duramente esta suspensión del nivel acordado⁵⁵. A fecha de publicar este estudio, en la propuesta de Presupuestos Generales del Estado para el año 2019 se propone por primera vez recuperar este nivel acordado con una cuantía de 383 millones de €⁵⁶.

La coyuntura política del momento, con una amenaza sobre la deuda soberana del Estado y el obligado rescate bancario desembocan en toda una serie de medidas derivadas de la aplicación de unos PGE extremadamente restrictivos, y que se concretan en la aplicación del *Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*. Que coincide temporalmente con la *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*

⁵⁵ Comunicado de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales: [1](#)

⁵⁶ [Los expertos en dependencia piden un decreto ley si no se aprueban los Presupuestos | 06/11/2018 | EL PAÍS](#)

atención a la dependencia⁵⁷. En dicho Real Decreto y en la Resolución se acuerdan una serie de medidas, que afectan de lleno al sistema de financiación y por tanto a la viabilidad, gestión y funcionamiento de todo el sistema.

A lo largo de los grupos de discusión y entrevistas, hemos encontrado múltiples referencias en forma de queja hacia los recortes, a los cambios constantes de la legislación y en ellos podemos palpar y sentir de primera mano cómo estos recortes han afectado a la vida de las personas con discapacidad, a sus familiares y a las propias trabajadoras sociales, que han visto como su trabajo quedaba en entredicho frente a las usuarias y como su labor profesional quedaba desacreditada por ser la cara y primera línea de la trinchera de la Administración Pública.

Por concretar, dichas medidas y su principal derivación sobre el sistema de financiación y la afectación a las beneficiarías del mismo han sido:

- La eliminación de los niveles, dentro de cada Grado, ha supuesto una modificación de las cuantías a la baja.
- Reducción de la intensidad de los servicios. Por ejemplo, ayuda a domicilio se reduce de 90 horas máximas a 70 horas máximas.
- La cuantía del nivel mínimo de protección para beneficiarios/as, que ya tuvieran reconocido el derecho, se reduce un 13% de media⁵⁸.
- Se reduce un 15% la cuantía máxima de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar, dejando en mano de las CC. AA. reducir todavía más la cuantía.
- La cotización a la Seguridad Social de la perceptora de la PECEF pasa a ser voluntaria y de su exclusiva responsabilidad. (si bien en el proyecto de presupuestos generales para el año 2019 se pretende recuperar esta medida).
- Eliminación de la retroactividad de las cuantías a partir de la entrada en vigor del RD.
- Algunas CC. AA. imponen tasas para la revisión del grado.

Querríamos mencionar también el desarrollo del artículo 11 de la Ley 39/2006 en que se delimita la participación de las comunidades autónomas en el Sistema.

Básicamente se encomienda a las mismas, planificar ordenar y coordinar en su territorio, el desarrollo de los servicios, la gestión de los mismos y valoración de los recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia, en definitiva, la implementación de todo el sistema. En especial querríamos destacar el Punto 2 de dicho artículo 11, dónde se define que el desarrollo del **3er nivel de protección adicional** corresponde a las CC. AA. con cargo a sus presupuestos autonómicos, regulando la forma de acceso y disfrute de estos servicios de la manera que consideren. Este nivel adicional, no podemos dejar pasar por alto que, debido al impacto de la crisis, las restricciones de crédito y al techo de gasto impuesto a las CC. AA. y corporaciones locales con un rigor, mayor si cabe al techo impuesto a la AGE, queda mermado y maltrecho, y que a pesar de ello ha servido para mantener cierto paraguas de protección articulando a través del mismo mecanismos para paliar los efectos de los recortes.

⁵⁷ [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.](#)

⁵⁸ [Informe sobre la regulación de la participación económica del beneficiario en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia \(SAAD\)](#)

Igual lectura podemos realizar del artículo 12 sobre la participación de las Entidades Locales, que quedan supeditadas a la normativa Autonómica en la materia.

Respecto de la normativa estatal que emana de la LAPAD queríramos finalizar haciendo referencia al **artículo 32 Financiación del Sistema por las Administraciones Públicas**. Dicho artículo, regula de manera efectiva cómo será, o cómo debería ser, la financiación de dicho Sistema.

Decimos que debería, porque en su punto nº 1, garantiza que esta financiación deberá ser suficiente para cumplir con las obligaciones, y a la vista de los hechos, no parece que se esté logrando cumplir con estas obligaciones de manera satisfactoria. Si bien, limita en el punto 2 que la AGE sólo asumirá de manera íntegra el coste derivado del **nivel de protección mínimo**.

El punto 3 en el que se recogen las especificidades de los Convenios a suscribir con las CC. AA. para el **nivel acordado queda suspendido**, y continúa suspendido a día de hoy, abandonando de facto y unilateralmente estos convenios y por tanto dejando a cuenta de las CC. AA. con el cumplimiento de estas obligaciones. Queda suspendida también la Disposición transitoria primera, sobre la participación en la financiación de las administraciones públicas que recogía el mecanismo para que a través de créditos de la AGE a las CC. AA. pudiese implementarse este Nivel acordado.

No queríramos dejar de mencionar algunos aspectos sobre el funcionamiento del **nivel acordado** que determinaban el formato en el reparto de fondos. Este fondo se dividía a su vez en tres fondos económicos:

- a) **Fondo General, con el 80% del total:** Las variables que modulan el contenido de este fondo están relacionadas con las características del territorio y con la gestión realizada por cada comunidad autónoma en una fecha determinada, tomada como referencia para el conjunto.
- b) **Fondo de Compensación, con el 10% del total:** tiene por finalidad corregir las situaciones originadas por un mayor índice de emigrantes retornados, un mayor coste de los servicios, así como una menor recaudación en concepto de copago, debido al menor poder adquisitivo de las personas beneficiarias, se distribuirá de la siguiente manera:
- c) **Fondo de Cumplimiento de acuerdos, con el 10% restante:** pretende compensar el mayor coste derivado de la aplicación de los acuerdos alcanzados, tales como la necesaria formación a los cuidadores no profesionales y la transposición a la normativa autonómica de los diferentes acuerdos que requieran esta incidencia en la legislación autonómica.

Su distribución será:

El fondo general se repartía a partir de una serie de variables; la población dependiente, la dispersión geográfica, insularidad, emigrantes retornados o Dictámenes de grado y nivel de dependencia, los Programas Individuales de Atención o las Prestaciones de servicios reconocidas y otros factores como el nivel de renta. A lo largo de los años se ha ido modificando el peso y ponderación de cada uno de estos criterios.

Sobre todo, debemos mencionar la progresiva pérdida de peso del factor población potencialmente dependiente, que se establece a través de *Resolución de 15 de julio de 2010, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para la financiación durante 2010-2013 del nivel acordado*. La motivación para esta progresiva pérdida de peso está en que se pretende mejorar la eficiencia del sistema, tratando de aumentar la fiabilidad para la determinación del peso de cada indicador y las cuantías correspondientes. En este caso, comienza a darse más peso al número de Programas Individuales de Atención realizados efectivamente. Se prevé, si bien no llega a cumplirse al quedar suspendido este nivel, que el 2013 desaparezca por completo el factor poblacional.

También en la Ley 39/2006 se determina en la disposición adicional tercera que, en función de la disponibilidad presupuestaria de cada una de las administraciones se podrán conceder ayudas económicas en forma de subvenciones para facilitar la autonomía personal, mediante el apoyo para ayudas técnicas o instrumentos, necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida, o para la accesibilidad y adaptabilidad del hogar, vehículos,etc

Como ya hemos señalado anteriormente el nivel de protección mínimo se ha ido actualizando cada año a través de la promulgación de RDL. En la siguiente tabla puede observarse la evolución del mismo. Con incremento paulatino y progresivo tal y como prevé la Ley 39/2006 en su Disposición final primera, y con un freno y reducción del mismo a partir del RDL 20/2012. En el proyecto de Real Decreto para 2019 que prevé su recuperación, si bien, no alcanza los niveles previos a la crisis. Se prevé una subida de media de en torno al 11 %.

Tabla 35. Evolución del Nivel de protección mínimo garantizado por la AGE.

Grado y nivel	2007: RD 614/2007, de 11 de mayo.	2008: RD 179/2008, de 8 de febrero.	2009: RD 74/2009, de 30 de enero.	2010: RD 373/2010, de 26 de marzo.	2011: RD 569/2011, de 20 de abril.	2012 y 2013: RD-Ley 20/12, de 13 de julio:	Del 1 de agosto de 2012 al 31 de diciembre de 2013:	Del ejercicio 2014 al 2017: RD1050/2013, de 27 de diciembre.	Para el ejercicio 2019 Proyecto RD
Grado III Gran Dependencia Nivel 2	250,00 €	258,75 €	263,93 €	266,57 €	266,57 €	231,28 €	177,86 €	177,86 €	200,11 €
Grado III Gran Dependencia Nivel 1	170,00 €	175,95 €	179,47 €	181,26 €	181,26 €	157,26 €	-*	-	-
Grado II Dependencia Severa Nivel 2	-	100,00 €	102,00 €	103,02 €	103,02 €	89,38 €	82,84 €	82,84 €	90,15 €
Grado II Dependencia Severa Nivel 1	-	-	70,00 €	70,70 €	70,70 €	61,34 €	-*	-	-
Grado I Dependencia Moderada Nivel 2	-	-	-	-	60,00 €	52,06 €	44,33 €	44,33 €	49,18 €

*Supresión de niveles dentro del grado.

Fuente: Elaboración propia a partir de Proyecto de Real Decreto por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a las personas beneficiarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia⁵⁹.

Normativa Autonómica

Andalucía

La normativa relativa a la financiación del sistema que emana de la Junta de Andalucía, y que tiene un mayor desarrollo refiere fundamentalmente a los términos en que se concretará el convenio de colaboración interadministrativa, surgida del nivel acordado de financiación. Esta es la referente a *Resolución de 23 de febrero de 2012, de la Secretaría de Estado de*

⁵⁹ [Proyecto de Real Decreto por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a las personas beneficiarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia.](#)

Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Andalucía, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2011. Además de regular el reparto de gastos para este nivel acordado, en este Convenio se regulan, las ayudas económicas para facilitar la autonomía personal y la asunción por parte de IMSERSO de las cotizaciones a la Seg. Soc. de los cuidadores no profesionales.

Anteriormente, encontramos desarrollos normativos relativos a la financiación del sistema en la Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía y en la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el Servicio de ayuda a domicilio y en su posterior modificación a través de la "Orden de 7 de marzo de 2008. La modificación más sustancial producida a partir de dicha orden, es la ampliación del régimen de compatibilidades y la intensidad en la prestación del servicio. El gasto de dicha ampliación correrá a cargo del 3er nivel de protección, es decir el nivel adicional que se cubre íntegramente con fondos de la comunidad autónoma. En esta misma Orden de 3 de agosto de 2007 en su Artículo 20 se establecen las ayudas para favorecer la autonomía personal y que como hemos visto anteriormente consisten en subvenciones para la adquisición, renovación y reparación de ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento, así como ayudas para mejorar la accesibilidad a la propia vivienda.

Por último, habremos de referir dos normativas con importancia en el sistema de financiación andaluz. De un lado el *Decreto Ley 7/2013 de 30 de abril, de medidas extraordinarias y urgentes para la lucha contra la exclusión social*, que tratan de paliar, los efectos producidos de la supresión del nivel acordado, y de las medidas de estabilidad presupuestaria impuestas a raíz RDL 20/2012 y que obligan a la reducción de la intensidad del Servicio de Ayuda a Domicilio. Dicho decreto prevé dotar de fondos a las corporaciones locales para la contratación de demandantes de empleo, que refuerzen el Servicio de Ayuda a Domicilio, esto por la vía de financiación con carácter extraordinario a los municipios.

El segundo desarrollo de la normativa autonómica al que queremos referirnos, son varios acuerdos adoptados, el 22 de diciembre de 2015, y el *Acuerdo de 27 de diciembre de 2016, por el que se distribuyen créditos entre Ayuntamientos de municipios con población superior a 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales, al objeto de financiar el refuerzo de los servicios sociales comunitarios en el desarrollo de las competencias atribuidas en materia de dependencia*. Esto es, se provee de fondos a los Ayuntamientos para que puedan seguir manteniendo las plazas de las trabajadoras/es sociales que prestan sus servicios a la Dependencia, sin cuyo trabajo es probable que el sistema hubiese colapsado.

Castilla y León

En relación a la Comunidad Autónoma de Castilla y León y su desarrollo normativo en relación al marco de financiación del SAAD, queríamos hacer referencia a la Resolución de 2 de febrero de 2012: "Convenio de Colaboración entre la Administración General del Estado y la Comunidad de Castilla y León, para el desarrollo del Marco de Cooperación Interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2011.

Dicha resolución regula, al igual que en el resto de Comunidades mientras ha estado vigente el nivel acordado, los servicios y prestaciones del SAAD, las ayudas económicas para facilitar la autonomía personal, las aportaciones de la Administración General del Estado y de la comunidad autónoma respectivamente.

Nos gustaría detenernos en la Orden FAM/644/2012, de 30 de julio, de Castilla y León, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales, en cuyo artículo 4 se articula la posibilidad de cubrir a través del nivel adicional, la compatibilidad del servicio de atención residencial y centro de día para personas con grado I reconocido. Así mismo en el artículo 10 se estipulan una serie de condiciones para que las personas menores de entre 3 y 6 años puedan a través de la prestación económica vinculada a servicios a emplearla para sufragar los servicios de atención temprana. En su artículo 20 se establece la compatibilidad de la PECEF con otros servicios, cubiertos a través del nivel adicional también y siempre y cuando esté incluido en el PIA. En su artículo 30 se regular las compatibilidades de servicios y las intensidades máximas entre cada servicio y el grado de dependencia reconocido, algunas de estas compatibilidades son cubiertas a través del nivel adicional.

Esta orden es modificada posteriormente por la Orden FAM/6/2018 de Castilla y León, de 11 de enero y que nos interesa destacar por la introducción de la reducción de plazos para el acceso a las prestaciones a través de financiación extra aportada también desde el nivel adicional de la comunidad autónoma. Esta reducción paulatina prevé pasar de 6 meses a 3 meses en 2020.

Por último queríamos mencionar la Resolución de 31 de octubre de 2014, de la Gerencia de Servicios Sociales, por la que se convocan ayudas individuales destinadas a favorecer la autonomía personal de personas en situación de dependencia en la Comunidad de Castilla y León para el año 2014 y las bases reguladoras de las mismas, ORDEN FAM/891/2014, de 17 de octubre, donde se especifica que se cubrirán las actuaciones destinadas a favorecer la autonomía personal mediante la financiación de gastos dirigidos a la adquisición de productos de apoyo y la eliminación de barreras arquitectónicas.

Galicia

Al igual que en resto de CC. AA. queríamos hacer referencia al Convenio de colaboración entre la AGE y la Comunidad Autónoma de Galicia, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa, previsto en la Ley 39/2006 para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado y que con fecha 23 de febrero de 2012, supone el último Convenio firmado antes de la suspensión que a día de hoy permanece de este nivel de financiación. En lo sustancial no difiere del resto de Convenios.

En el caso de Galicia queríamos hacer referencia a la Orden de 2 de enero de 2012, de Galicia, de desarrollo del Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, el procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes. Concretamente al Artículo 45 Nivel de protección adicional a las personas en situación de gran dependencia y dependencia severa, que estipula una cuantía adicional para la libranza de asistencia personal y que el artículo 46 fija en un incremento máximo del 15%, cubierto como ya señalábamos a través del nivel adicional de financiación de la Comunidad Autónoma de Galicia se distingue del resto del estado por un incremento de las cuantías de asistencia personal muy sustancial, llegando hasta una cuantía máxima de 1.300€, así como un desarrollo normativo más exhaustivo.

Al igual que en el resto de CC. AA. se regulan ayudas en forma de subvención desarrollar actuaciones destinadas a favorecer la autonomía personal mediante la financiación de gastos dirigidos a la adquisición de productos de apoyo y la eliminación de barreras arquitectónicas.

Por último, queríamos hacer referencia a la Orden de 31 de mayo de 2016 por la que se modifica el módulo de financiación del servicio de ayuda en el hogar a personas en situación

de dependencia, que implica un ajuste en cuanto al formato de financiación de los servicios sociales comunitarios de titularidad municipal. Esto es, a través de esta orden el servicio de ayuda a domicilio que venía prestándose dentro de la cartera de Servicios Sociales con cargo a subvenciones de la Xunta hacia los municipios, a través de esta orden pasa a garantizarse su prestación con cargo a transferencias de ciclo anual, justificadas en base a las memorias de SSSS anuales y estableciendo criterios correctores, de ajuste y las cuantías que aportarán tanto la Xunta, como las corporaciones locales, como la persona usuaria del servicio, de modo que se pretende con ello garantizar la efectividad del derecho reconocido de atención, que emana de la Ley 39/2006 de acuerdo a las horas efectivamente prestadas y registradas en el sistema de información.

Madrid

En el caso de Madrid también nos referiremos a los Convenios de Colaboración establecidos para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa, previsto en la Ley 39/2006 para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado y que con fecha 23 de febrero de 2012, supone el último Convenio firmado antes de la suspensión que a día de hoy permanece suspendido. En lo sustancial no difiere del resto de Convenios.

La Comunidad no ha desarrollado el marco de financiación del sistema de manera exhaustiva, más allá de fijar la participación de las personas usuarias en sufragar el coste de los servicios y a través de la determinación de los precios de los servicios, y que para el caso que nos ocupa e interesa veremos más adelante que en la Comunidad de Madrid queda derogado para las personas con discapacidad. Tampoco desarrolla un marco diferenciador de la normativa estatal respecto de las cuantías máximas de las prestaciones, que en otras comunidades sí que concretan, o llegan a elevar.

Por otro lado, podemos destacar la utilización del conocido como Plan-E, desarrollado durante la fase final de la última legislatura de Zapatero para el impulso de la economía a través de obras públicas, y que en la C. de Madrid se usaron en parte para la modernización de la Red de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Análisis de los datos

Modelo de financiación general de la LAPAD

La financiación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se efectúa, como ya hemos explicado mediante tres fuentes: los presupuestos generales del Estado, los presupuestos de cada comunidad autónoma y las aportaciones de las personas usuarias -el denominado copago-.

Presupuestos de la AGE a la Dependencia:

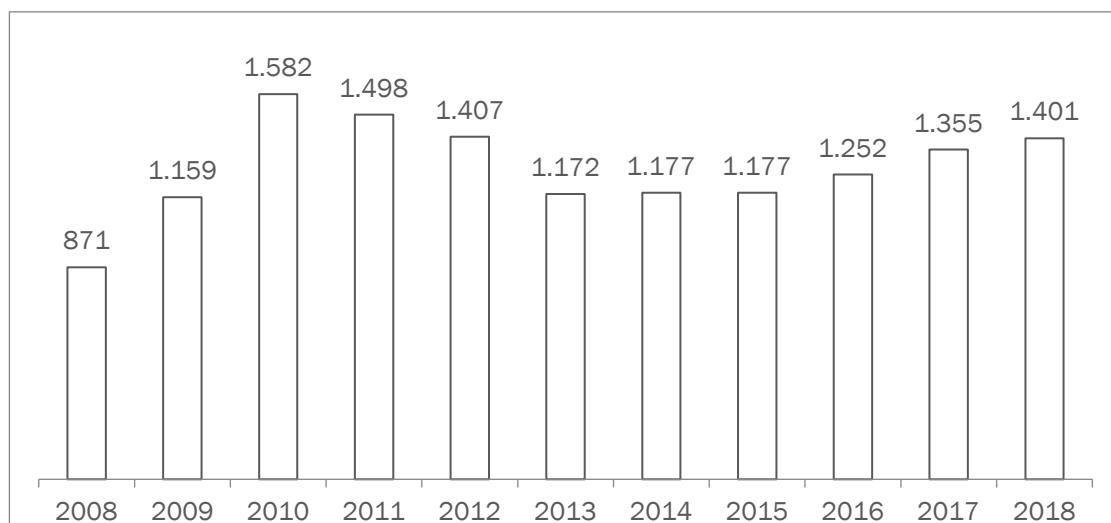
Las aportaciones del Estado al SAAD han seguido una evolución variable a lo largo de una década de historia de la Ley. En los primeros años de implantación, hubo un lógico incremento presupuestario para la puesta en marcha del sistema, que en el año 2010 alcanzó el punto máximo de aportación presupuestaria estatal a la Ley con 1.582 millones de euros.

Para posteriormente afrontar una época de duros recortes acumulados durante los años 2011 - 2012 - 2013, trienio en el que el SAAD llega a sufrir un recorte de 410 millones de euros, aspecto que afectó gravemente a las personas en situación de dependencia y a la implantación de los Grados como hemos visto a lo largo de este informe. A los que siguieron dos años de parálisis presupuestaria (2014 y 2015). Todo ello en un contexto de grave crisis económica del país.

Los últimos tres años, las aportaciones del Estado están incrementándose paulatinamente, entre 2016 – 2017 - 2018 se han aportado 224 millones de euros más respecto a los años de la crisis y recortes. No obstante, este incremento continúa siendo evidentemente inferior, faltan 186 millones de euros para recuperar la pérdida económica que supuso el recorte de los años críticos.

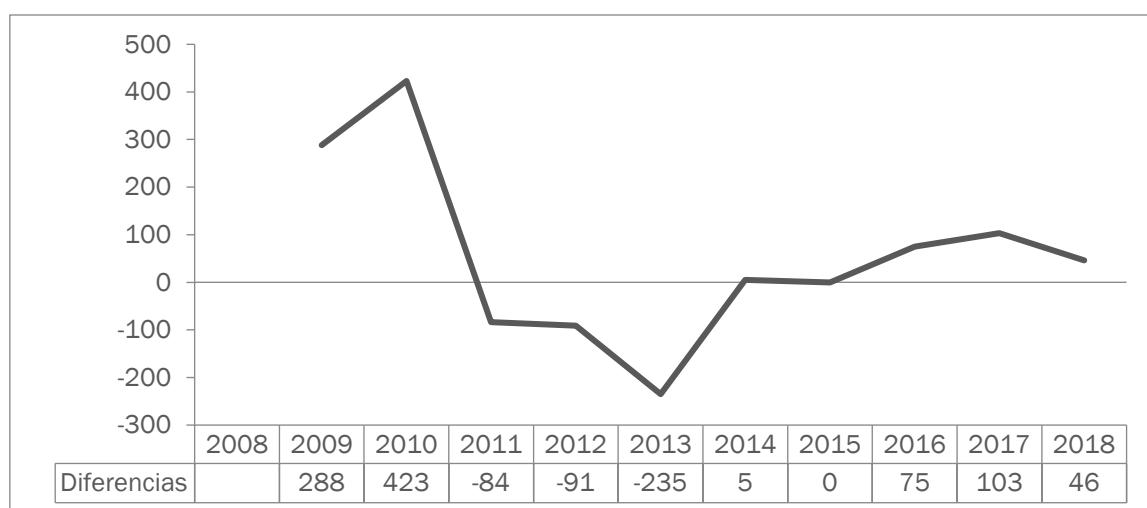
La recuperación está siendo paulatina, pero aún cabe señalar el lento incremento. Ejemplo de ello es la partida presupuestaria del Estado, que para el 2018 tan solo ha sido de 46 millones más para Dependencia. Esto refleja una lenta recuperación de los niveles anteriores a la crisis.

Gráfico 39 Partidas presupuestarias del Estado para financiación del SAAD. 2008-2018.
Millones de euros.



Fuente: Elaboración propia con datos de los Presupuestos Generales del Estado y datos del Informe de la Comisión para el análisis de situación del Sistema de Dependencia.

Gráfico 40 Evolución de las diferencias presupuestarias interanuales del Estado a la financiación del SAAD.



Fuente: Elaboración propia.

La Comisión para el análisis de situación del Sistema de Dependencia estimó para los años 2007 y 2015, la financiación de la dependencia según los tres niveles, bajo el escenario de la participación del beneficiario con un 20% de copago de media. Los datos correspondientes a la financiación de la AGE (Nivel mínimo + Nivel acordado) corresponden a datos a raíz de los cuales se estiman el resto de partidas: Financiación de CC. AA. y el escenario del copago 20%⁶⁰.

Tabla 36. *Modelo de evolución de la financiación. En millones de euros.*

Año	Gasto de la Administración Pública (certificado-copago)	Financiación de la Administración General (Nivel mínimo + Nivel acordado)	Financiación CC. AA.	Copago (escenario estimado 20%)
2007	-	303	-	-
2008	-	742	-	-
2009	-	1.517	-	-
2010	-	1.803	-	-
2011	-	1.568	-	-
2012	5.511	1.406	4.105	1.378
2013	5.447	1.207	4.240	1.362
2014	5.309	1.140	4.169	1.327
2015	5.723	1.189	4.533	1.431

Fuente: Informe de la Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia. Pág. 81.

A lo largo de los años la aportación de la AGE a la financiación de la LAPAD ha ido disminuyendo desde el nivel mínimo de protección, por lo que han sido las CC. AA. las que han hecho frente al coste de financiación del SAAD. Sin embargo, la AGE sí que ha aportado financiación a la dependencia mediante créditos que “compensan la suspensión del nivel acordado, aunque las aportadas por las CC. AA. mediante nivel adicional superan las transferidas por el estado mediante el nivel acordado”, como indican en su artículo (Beitia y Pardavilla, 2016).

Según las estimaciones realizadas por el Dictamen del Observatorio, la distribución de los costes entre las tres fuentes de financiación desde el año 2009 han supuesto un paulatino incremento de la financiación de las CC. AA. y el copago, frente a la clara disminución de las aportaciones realizadas por la AGE.

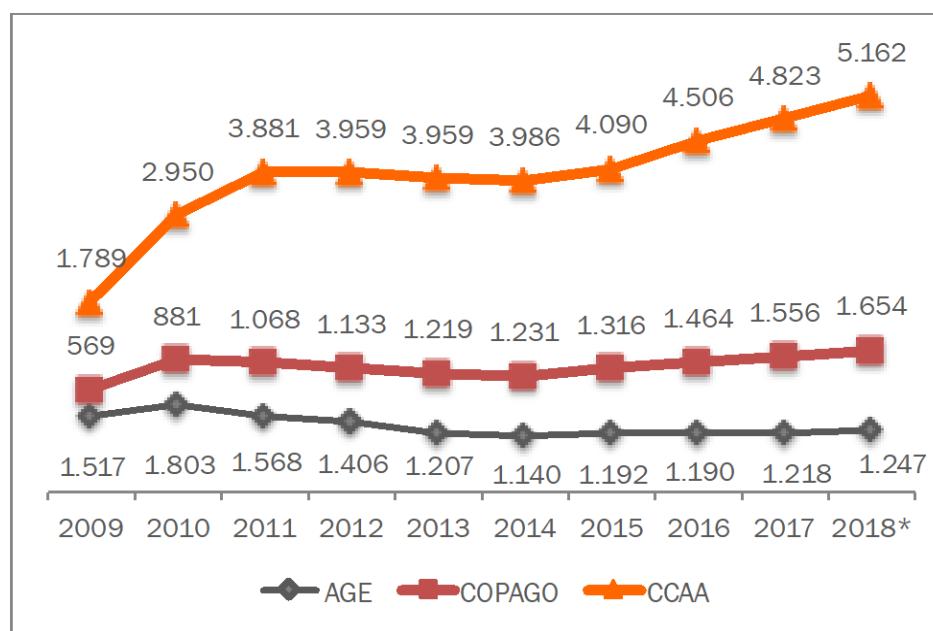
La aportación de la AGE para sufragar los costes del SAAD pasó de un incremento del 19% entre el año 2009 - 2010 a un descenso acumulado del -43,1% de las aportaciones entre los años 2011 - 2014. Desde el año 2015 se está produciendo un ligero incremento en las

⁶⁰ Existen otros estudios que estiman el copago en más del 50%. En el marco de la investigación optamos por considerar la información publicada tanto por el informe de la Comisión como por los Dictámenes del Observatorio publicados anualmente por la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.

aportaciones a los gastos. Para el primer semestre del año 2018 se ha realizado una estimación del incremento similar al año 2017, situándolo en el 2,4%.

Mientras tanto los incrementos del gasto han sido sufragados por las CC. AA. y el incremento del copago de las personas beneficiarias de los servicios y prestaciones, como refleja el gráfico 40 .

Gráfico 41 Evolución de la estimación del gasto según fuentes de financiación del SAAD entre 2009-2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Dictámenes del Observatorio entre 2009 - 2018. *Estimaciones propias realizadas para el primer semestre de 2018.

En cuanto al copago, se observa que el porcentaje de financiación proveniente de esta vía tiene una tendencia creciente desde la aplicación de la ley en 2009. Dichos incrementos anuales en gasto son mayores a los que se producen desde el lado de las AGE, lo que hace que gradualmente esta fuente vaya ganando relevancia en el total de las aportaciones, habiendo pasado de un 14,7% del total en 2009 a un 20,5% en 2017.

Tabla 37 Evolución de la estimación del gasto estatal según fuentes de financiación del SAAD e incrementos interanuales. 2009-2018.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
AGE	1.517	1.803	1.568	1.406	1.207	1.140	1.192	1.190	1.218	1.247
	incremento	18,9%	-13,0%	-10,3%	-14,2%	-5,6%	4,6%	-0,2%	2,4%	2,4%
COPAGO	569	881	1.068	1.133	1.219	1.231	1.316	1.464	1.556	1.654
	incremento	54,8%	21,2%	6,1%	7,6%	1,0%	6,9%	11,2%	6,3%	6,3%
CCAA	1.789	2.950	3.881	3.959	3.959	3.986	4.090	4.506	4.823	5.162
	incremento	64,9%	31,6%	2,0%	0,0%	0,7%	2,6%	10,2%	7,0%	7,0%
TOTAL	3.875	5.634	6.517	6.498	6.385	6.357	6.598	7.160	7.597	8.063
% copago respecto al total gasto	14,7%	15,6%	16,4%	17,4%	19,1%	19,4%	19,9%	20,4%	20,5%	20,5%

Fuente: Dictámenes del Observatorio de la ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

Estos datos de estimación del copago se aproximan a los escenarios contemplados por la Comisión que analiza la situación del sistema de la dependencia, donde establece un escenario del copago del 20% a nivel estatal⁶¹, para calcular el coste de la dependencia:

Tabla 38 Estimación de la financiación de la dependencia realizada por la Comisión. En millones de euros.

AÑO	FINANCIACIÓN DEPENDENCIA
2012	6.895
2013	6.848
2014	7.089
2015	7.449

Fuente: Informe de la Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia que toma el cálculo de Beitia y Pardavilla, 2016: 192.

El informe valora que estas cifras estimadas son similares a las concluidas por otros estudios (Prada y Borge, 2014).

⁶¹ El informe de la Comisión señala que: "La Ley no establece de manera expresa la parte del gasto de dependencia que debe ser asumido por el beneficiario, por ello la única vía pasa por la estimación del porcentaje promedio de copago a nivel estatal es complicada por varios motivos:

- El primero es que hay 17 modelos diferentes de copago, tantos como comunidades autónomas.
- El segundo es que, aun cuando existiese un único sistema de copago para todas las comunidades autónomas, la financiación vía copago depende de la estructura de las rentas de cada comunidad autónoma y, en el caso de prestaciones coste o precio de los mismos.
- Lo anterior nos lleva a la conclusión que las CC. AA. con rentas más altas tienen porcentajes promedio de copago mayores que las Comunidades con rentas más bajas". Pag. 79 del Informe de la Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia.

Al ser estimaciones, cada fuente utiliza criterios diferentes, no obstante los datos se aproximan entre sí⁶². La variación máxima que encontramos entre las distintas estimaciones realizadas por las distintas fuentes consultadas se da en el año 2015, siendo ésta de un 12%. Cabe destacar no obstante que las cifras correspondientes a la financiación de la AGE entre los años 2012 a 2015 coinciden tanto en los datos del Informe de la Comisión como en las del Dictamen del Observatorio.

Como destaca el Informe de la Comisión (2017) y anteriormente el Informe del Tribunal de Cuentas (2014), resulta complicado saber con exactitud las aportaciones realizadas por las CC. AA. a la dependencia, puesto que en sus presupuestos no se recoge de forma específica una partida para el SAAD, sino que aparecen juntas a las partidas presupuestarias para otros gastos en servicios sociales.

Respecto a las aportaciones de las personas beneficiarias, el propio Tribunal sentencia que “los sistemas contables establecidos actualmente tampoco permiten cuantificar con exactitud la aportación de los beneficiarios al coste total de la dependencia”. Por esta razón, el Tribunal de Cuentas acordó con las CC. AA. y el IMSERSO la expedición anual de un certificado donde se reflejara el crédito recibido de los Presupuestos Generales del Estado, como aportación realizada por la AGE a las CC. AA.

En las certificaciones de gasto en dependencia de las CC. AA. se puede conocer el coste real autonómico y los ingresos que reciben de AGE para el año 2015:

Tabla 39 Certificación de gasto en Dependencia que las CC. AA. remiten al Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales 2015. En millones de euros

CC. AA.	Gasto certificado	Ingresos certificados procedentes AGE	TOTAL	% CC. AA.	% AGE
Andalucía	891	242	1.132	78,7%	21,3%
Castilla y León	403	95	498	80,9%	19,1%
Galicia	238	73	311	76,5%	23,5%
Comunidad de Madrid	853	161	1.014	84,2%	15,8%
Estatal	5.126	1.130	6.256	81,9%	18,1%

Fuente: Nota de prensa: Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales.

⁶² El informe de la Comisión hace la siguiente anotación metodológica: “Estas estimaciones, al proceder de distintas fuentes, responden a conceptos heterogéneos. Hay que tener en cuenta que los certificados de justificación de gasto de las comunidades autónomas no computan el coste total del sistema. En primer lugar, se han realizado con metodología no coincidente, que no refleja los costes reales de todos los servicios por disponer de sistemas diversos de gestión. En concreto, se ha comprobado que no siempre incluyen la aportación del usuario. Por otro lado, sería necesario añadir los costes de los servicios prestados por las entidades locales e insulares (cabildos y consell). Aun así, la coincidencia de los gastos justificados con las estimaciones realizadas aquí y en diversos estudios, permiten aceptar estas cifras válidas como punto de partida. Aun así, en los años 2012 y 2013 los resultados de esta metodología de cálculo y los de certificados aportados por las comunidades autónomas, son prácticamente coincidentes”.

Existen otros estudios que estiman el copago en más del 50%. En el marco de la investigación optamos por analizar la información publicada tanto por el informe de la Comisión como por los Dictámenes del Observatorio publicados anualmente por la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, por estar desagregados por CC. AA. y porque realizan sus estimaciones⁶³ a partir de las cifras publicadas por la AGE, donde ambas coinciden para los años 2012 - 2015 (último año analizado por la Comisión).

Nuestro análisis continúa teniendo en cuenta los datos y estimaciones sobre financiación de la dependencia publicadas por los Dictámenes del Observatorio.

Las estimaciones de costes para las CC. AA. entre 2014 - 2018.

Las aportaciones que realizan las CC. AA. mediante el nivel adicional de protección es uno de los aspectos más importantes en cuanto a las diferencias territoriales que se introducen en la LAPAD y que afecta de manera directa a las personas en situación de dependencia y personas con discapacidad. Es un factor más añadido a las diferencias que cada comunidad autónoma tiene con sus distintos contextos sociales, económicos, de renta, de población, geográficos, etc. que influyen en las diferentes realidades vividas por el colectivo.

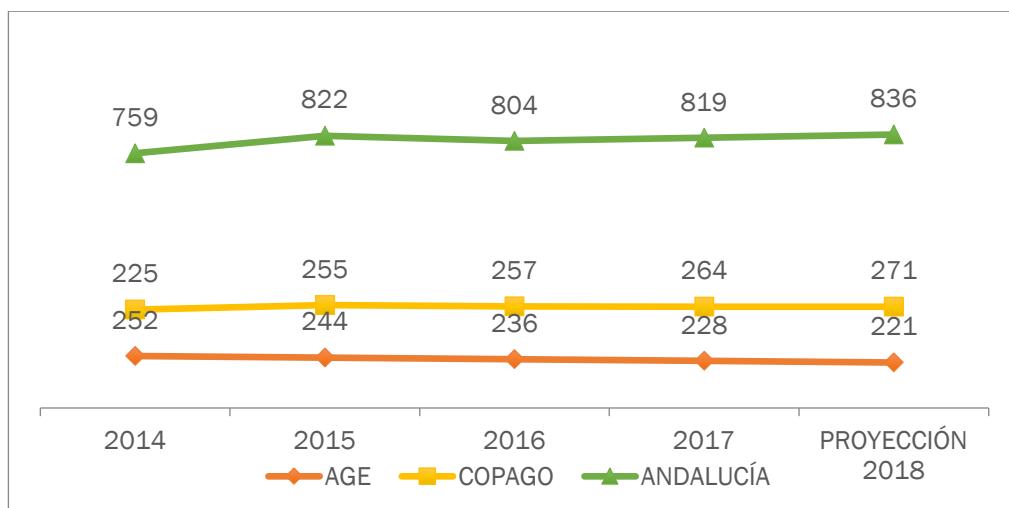
Andalucía

En Andalucía, la aportación realizada por la AGE ha disminuido en los últimos cuatro años un 3,3%; dicha reducción, unida al incremento de las personas beneficiarias en este período, hace que la Comunidad haya tenido que incrementar su aportación en un 2,7%. Además del importante incremento sufrido por el copago.

⁶³ Nota metodológica del Observatorio sobre el valor estimado de los datos construidos basándose en:

- Los escasos datos oficiales ofrecidos y que solo alcanzan a la Administración General del Estado (Presupuestos Generales del Estado en los que se contiene el Nivel Mínimo a transferir a las comunidades autónomas). Para 2017 se ha tomado el Mínimo devengado por las CC. AA. hasta el mes de noviembre publicado por el IMSERSO en el informe de gestión de dicho mes. La nómina de diciembre se ha construido mediante prorrataeo entre las CC. AA. De la cuantía restante hasta el gasto previsto por el Nivel Mínimo.
- El modelo de costes de las atenciones del Observatorio que otorga unos valores de coste medio de los diferentes servicios y prestaciones entregados (PIA) diferenciado por comunidades autónomas. Dicho modelo de costes se ha ido perfeccionando desde 2008 y se nutre de informaciones oficiales de los organismos autonómicos y de los informes de las entidades empresariales del sector de los cuidados. Este modelo se ha contrastado además para su validación con los certificados de gasto emitidos por las comunidades autónomas (ejercicios 2015 y 2016) en los que apreciaron unas desviaciones entre el 3% y el 4% con las estimaciones publicadas por el Observatorio. Por territorios, dicha desviación podría acentuarse.
- Para los copagos se han tenido en cuenta otros informes emitidos por expertos y las normativas autonómicas que los regulan. Hemos de reconocer que este es un elemento que puede tener cierta fiabilidad en el cómputo estatal, pero que es muy difícil afinar cuando se desciende a los ámbitos autonómicos.

Gráfico 42 Evolución de la estimación del gasto en Andalucía según fuentes de financiación del SAAD entre 2014-2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Dictámenes del Observatorio entre 2014 - 2018. *Estimaciones propias realizadas para el primer semestre de 2018.

Tabla 40. Evolución de la estimación del gasto estatal según fuentes de financiación del SAAD e incrementos interanuales en Andalucía. 2014 - 2018.

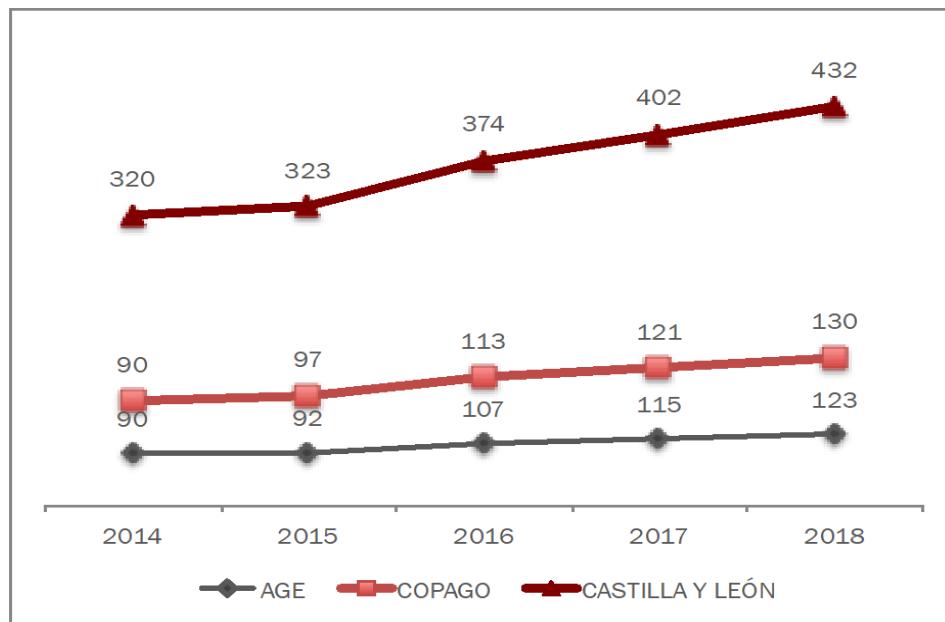
ANDALUCÍA	2014	2015	2016	2017	PROMEDIO (2014 - 2017)	PROYECCIÓN 2018
AGE	252	244	236	228		221
	incremento	-3,1%	-3,5%	-3,3%	-3,3%	-3,3%
COPAGO	225	255	257	264		271
	incremento	13,3%	0,6%	2,7%	5,6%	2,7%
ANDALUCÍA	759	822	804	819		836
	incremento	8,3%	-2,2%	2,0%	2,7%	2,0%
TOTAL	1.236	1.321	1.296	1.311		1.327
% copago respecto al total gasto	18,2%	19,3%	19,8%	20,1%		20,4%

Fuente: Dictámenes del Observatorio de la ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Castilla y León

En esta Comunidad, las tres fuentes de financiación de la Dependencia han incrementado sus partidas en porcentajes similares tanto AGE como Comunidad en más de un 8%, siendo el copago el que más ha incrementado su aportación a los gastos (10,5%). Como vimos en el capítulo de Acceso a la LAPAD, Castilla y León es la comunidad autónoma que mayor carga de trabajo tiene respecto a su población en número de solicitudes y la que mayor grado de cobertura ofrece mediante prestaciones a las personas beneficiarias.

Gráfico 43 Evolución de la estimación del gasto en Castilla y León según fuentes de financiación del SAAD entre 2014-2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Dictámenes del Observatorio entre 2014 - 2018. *Estimaciones propias realizadas para el primer semestre de 2018.

Tabla 41. Evolución de la estimación del gasto estatal según fuentes de financiación del SAAD e incrementos interanuales en Castilla y León. 2014 - 2018.

CASTILLA Y LEÓN	2014	2015	2016	2017	PROYECCIÓN 2018	PROMEDIO (2014 - 2017)
AGE	90	92	107	115	123	
	incremento	2,7%	15,7%	7,5%	7,5%	8,6%
COPAGO	90	97	113	121	130	
	incremento	8,4%	15,7%	7,5%	7,5%	10,5%
CASTILLA Y LEÓN	320	323	374	402	432	
	incremento	1,1%	15,7%	7,5%	7,5%	8,1%
TOTAL	499	513	593	638	686	
% copago respecto al total gasto	18,0%	19,0%	19,0%	19,0%	19,0%	

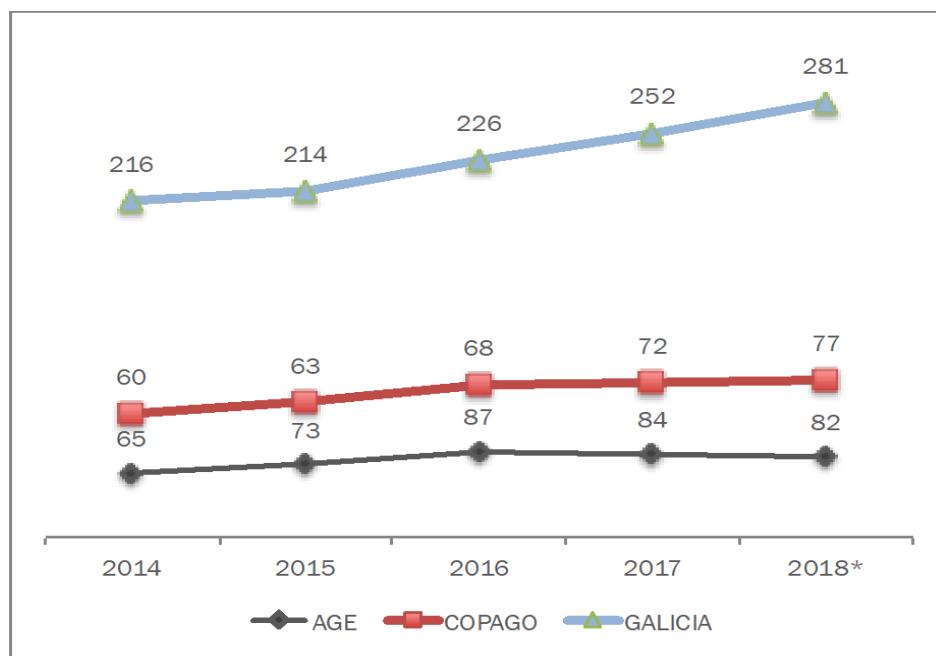
Fuente: Dictámenes del Observatorio de la ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Galicia

En los años 2015 y 2016 las aportaciones de la AGE eran porcentualmente superiores a la media estatal, así como sus incrementos anuales. Esta tendencia se ha visto modificada en 2017, en que la AGE ha reducido su aportación en un 3%, quedando soportado este déficit casi en su totalidad por la comunidad autónoma.

Destaca también que al copago es inferior al 20%, por debajo de la media establecida para el conjunto del Estado.

Gráfico 44 *Evolución de la estimación del gasto en Galicia según fuentes de financiación del SAAD. 2014-2018*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Dictámenes del Observatorio entre 2014 - 2018. *Estimaciones propias realizadas para el primer semestre de 2018.

Tabla 42. *Evolución de la estimación del gasto estatal según fuentes de financiación del SAAD e incrementos interanuales en Galicia. 2014 - 2018.*

GALICIA	2014	2015	2016	2017	PROYECCIÓN 2018	PROMEDIO (2014 - 2017)
AGE	65	73	87	84	82	
	incremento	13,1%	18,2%	-3,0%	-3,0%	9,4%
COPAGO	60	63	68	72	77	
	incremento	4,6%	8,3%	6,8%	6,8%	6,5%
GALICIA	216	214	226	252	281	
	incremento	-0,7%	5,9%	11,3%	11,3%	5,5%
TOTAL	340	350	381	409	440	
% copago respecto al total gasto	17,6%	17,9%	17,8%	17,7%	17,6%	

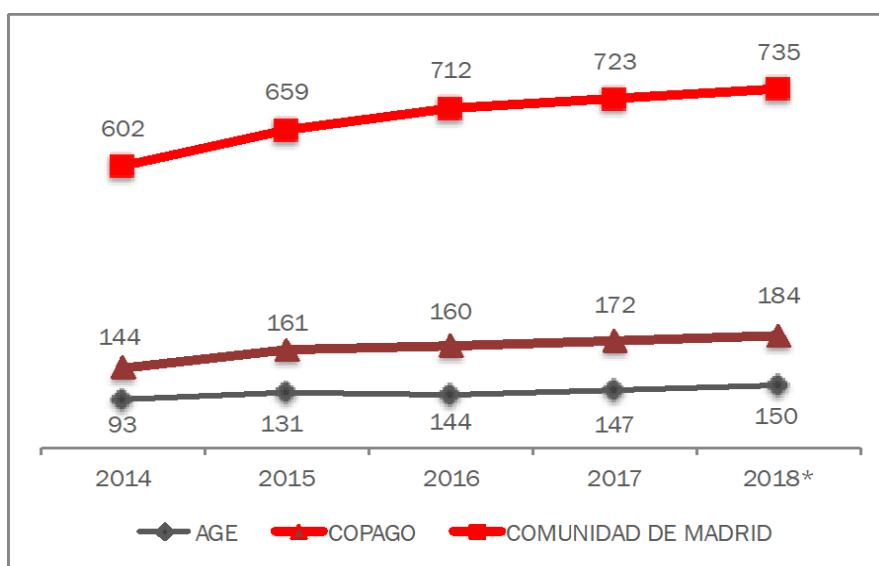
Fuente: Dictámenes del Observatorio de la ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Madrid

La Comunidad de Madrid tiene suspendido el Copago para las personas con discapacidad, de forma que éstas tienen acceso gratuito de los servicios que son beneficiarias bajo la LAPAD. Esto explica que el porcentaje de financiación del copago en la región sea del 14%, sustancialmente inferior a la media estatal.

De la financiación pública AGE y Comunidad se reparten el 19% y el 81% respectivamente. Desde 2014, los incrementos porcentuales de los gastos realizados por ambas administraciones han sido muy similares, ligeramente por encima del 6%.

Gráfico 45 Evolución de la estimación del gasto en Comunidad de Madrid según fuentes de financiación del SAAD entre 2014-2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Dictámenes del Observatorio entre 2014 - 2018. *Estimaciones propias realizadas para el primer semestre de 2018.

Tabla 43. Evolución de la estimación del gasto estatal según fuentes de financiación del SAAD e incrementos interanuales en la Comunidad de Madrid. 2014 - 2018.

COMUNIDAD DE MADRID	2014	2015	2016	2017	PROYECCIÓN 2018	PROMEDIO (2014 - 2017)
AGE	144	161	160	172	184	
	incremento	11,8%	-0,7%	7,3%	7,3%	6,1%
COPAGO	93	131	144	147	150	
	incremento	40,4%	9,7%	2,1%	2,1%	17,4%
COMUNIDAD DE MADRID	602	659	712	723	735	
	incremento	9,4%	8,1%	1,6%	1,6%	6,3%
TOTAL	747	820	872	895	919	
% copago respecto al total gasto	11,1%	13,8%	14,2%	14,1%	14,0%	

Fuente: Dictámenes del Observatorio de la ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Análisis de los discursos

La financiación es uno de los puntos que emerge en los discursos de los grupos de discusión con bastante frecuencia. A este respecto se plantean dos problemáticas por parte de las participantes: por un lado, una baja dotación presupuestaria que impide poner en marcha y desarrollar todos los servicios y prestaciones que la ley estipula. Por otro, la inestabilidad del presupuesto asignado y su volatilidad, en tanto su definición queda sujeta a la coyuntura política o económica. Se critica este tipo de modificaciones, en tanto la realidad de las personas con discapacidad no se reduce conforme se reducen los presupuestos. Una dotación presupuestaria insuficiente provoca que, aunque el derecho se reconozca, el acceso no sea efectivo. Por tanto, hablamos de un derecho limitado y condicionado. Mientras la financiación de la LAPAD siga estando sujeta a vaivenes, la percepción será que estaremos más cerca de una aspiración que de un derecho subjetivo.

“Si hay dinero, se pone en marcha, si no hay dinero no se pone en marcha y cuando no hay dinero hay que restringir, entonces utilizamos los instrumentos para restringir los derechos de las personas, eso es nuestra gran trampa.” (ETS CASTILLA Y LEON)

[...] también es verdad que es importante el tema de la financiación, es decir, que haya dinero para poder ponerlo marcha, es decir que no haya unos presupuestos que estén sujetos a que se aprueben o no se aprueben, y si no se aprueban, que hay 3, 4, 5 o 6 meses de demora, o un año, o como no hay para poder hacer residencias se incrementa la lista de espera, o no. (ETS AYTO. MADRID)

Una de las reflexiones que se realizan al efecto, comparan la financiación de las pensiones que se fijan a través del Pacto de Toledo, con cómo debería ser el modelo de financiación de la LAPAD.

H3: digamos que la Ley de Dependencia tiene... es como un caramelo, tiene un envoltorio muy, muy bonito, pero de repente tú haces con el envoltorio así y está vacía. Es lo que acaba de decir con lo de los presupuestos, tú no puedes llegar y decir, no, ahora este año damos 200 millones de euros y al año que viene damos tres, porque es que como no hay dinero, cómo que no hay dinero.

H4: es que...

H3: espérate un momentito. ¿Y los problemas de las personas que reciben la Ley de Dependencia se han ido de un año a otro, ya no hay problemas? ¿Ya estamos todos perfectos?

H2: Hay dinero para lo que se quiere.

H4: sí.

H3: ¿entiendes? Hay que, hay que decir, bueno, los presupuestos, como el dinero de las pensiones ¿no? que se sube un 0,25, que se sube un 3, que se sube un 5, me da igual, pero se sube, o sea, no puedes estar todo el mundo diciendo, no, esto es lo que hay y menos dinero siempre (GD PCD ANDALUCÍA.)

Por parte de las entidades representativas del sector se viene demandando desde hace tiempo que la cobertura del sistema se haga vía Seguridad Social, y así de este modo se garantice una financiación adecuada.

Nosotros ahí pedíamos que se financiara para tener garantizado en sus inicios que fuera a través de la Seguridad Social que hubiera una aportación a través de la Seguridad Social para garantizar que esto fuera un recurso y no se consiguió.
(Representante COCEMFE)

La LAPAD en origen era una Ley donde intervenían tres administraciones públicas: Administración del Estado (AGE), la Administración Autonómica y la Administración Local.

La Financiación de la LAPAD según establece la propia Ley proviene de la AGE y las CC. AA., pero en el escenario de la crisis económica la AGE disminuyó su aportación a partir del año 2012, como hemos analizado en este capítulo, quedando las CC. AA. como principal fuente de financiación del SAAD y la Administración local con su aportación a través de recursos humanos, administrativos y materiales.

Las trabajadoras sociales entrevistadas en los distintos territorios entienden que la desigualdad derivada de un modelo de financiación distinto a nivel autonómico introduce a su vez la desigualdad en la implantación, coberturas, contratación de personal para atender la LAPAD, entre otros aspectos. Se vinculan además estas diferencias a intereses políticos de una u otras CC. AA. y dependiendo de quién gobierne así se implementa de una forma u otra. La desvinculación de intereses partidistas es una reivindicación clásica del colectivo.

“La ley de dependencia es una gran Ley que podría haber potenciado mucho los derechos de las personas con discapacidad en el momento que hubiera habido dinero. En el momento que no hay dinero, no se puede desarrollar y se desarrolla porque todos queremos que se desarrolle porque todo esto es un gran paraguas de protección a nivel nacional pero evidentemente con muchas restricciones y la comunidad autónoma que quiere pagarlo y hace una apuesta por el motivo que sea, estupendo, pero el que no la haga no, y la apuesta es paralela hacia dependencia que hacia servicios sociales y si no haz una comparativa entre las comunidades que más desarrollo tienen en ley de dependencia y las comunidades que tienen una puntuación más alta. Eso lo podéis hacer a través del índice DEC en la asociación de rectores y gerentes de servicios sociales, tienen un índice DEC, que es una puntuación que se da a todos los servicios sociales y a todas las CC. AA.” (ETS CASTILLA Y LEON)

[...] iba a venir con un cambio muy gordo a nivel estatal, las comunidades autónomas tienen que saber ya sus reglamentos, poner una financiación sobre la mesa, que al final por opciones políticas, económicas, pues se ha visto un poco que no es tanto lo que iba a ser (ETS AYTO. MADRID)

Ejemplo de ello son las diferencias en el modelo de financiación que existen entre CC. AA. en el modelo de contratación de personal laboral (trabajadores sociales) que atienden la LAPAD.

La diferente apuesta económica que hace cada comunidad autónoma se muestra en la contratación estable que hace Castilla y León de las trabajadoras sociales que atienden y valoran las solicitudes de acceso a la LAPAD, generando estabilidad en los equipos valoradores con contratos marco de tres años. Frente a Andalucía que, mediante empresas, subcontratan a los equipos de trabajo, generando una gran inestabilidad, puesto que cada 6 meses cambian las plantillas, generando un alto impacto en los usuarios por la falta de formación y conocimiento de los trabajadores que no pueden atender adecuadamente a los usuarios. Este aspecto lo analizábamos en el apartado normativo y como en el caso de la Junta de Andalucía se ha tenido que regular a través de acuerdos específicos la distribución de créditos entre Ayuntamientos de municipios con población superior a 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales, al objeto de financiar el refuerzo de los servicios sociales comunitarios.

“...Entonces sí que existe una desigualdad territorial ...a la hora de que cada una de las CC. AA. pueda financiar de una forma. [...] la ley de la dependencia [...] iba a ser

una ley tripartita entre Estado, CC. AA., corporaciones locales y al final ha quedado todo prácticamente en corporaciones locales y CC. AA. Realmente eso ha sido una gran pérdida... pero bueno la igualdad sí que efectivamente no es real. Primero en cuanto a la contratación de la gente, primero en cuanto al modelo. En Castilla y León sabéis que las trabajadoras sociales de la dependencia no son personal contratado con subcontratas por ejemplo en la diputación de Valladolid, las compañeras han estado contratadas durante tres años a través de acuerdo marco, eso implica una estabilidad" (ETS CASTILLA Y LEON)

"Uno de los grandes problemas que hay, al menos en Sevilla, que es lo que yo conozco, es que las plantillas de las trabajadoras sociales, las cambian cada 6 meses, entonces estamos hablando que muchas personas me vienen con confusión de lo que es el coste del centro, mucha gente se piensa que es totalmente gratuito, no saben que hay un copago, por parte del usuario y te dicen: mira a mi es que me ha dicho esto la trabajadora social o le informa de otro tipo de copago, o sea que eso también afecta muchísimo. Cambiar la plantilla cada 6 meses es tremendo... Claro, la plantilla es de interinos." (ETS ANDALUCIA)

6.2 EL SISTEMA DE COPAGO Y SUS EFECTOS SOBRE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Análisis del marco normativo

Normativa estatal

En el marco del Capítulo V de la Ley 39/2006, dedicado a la Financiación del Sistema y aportación de los beneficiarios, el artículo 33 aborda este segundo aspecto y, concretamente, en qué consiste la participación en el coste de las prestaciones del SAAD.

La misma se calculará en función del tipo y coste de servicio y de la capacidad económica de la persona, tal como explica el primer punto. Esta capacidad se tendrá en cuenta también para el cálculo de las prestaciones económicas (dimensión analizada en el capítulo 4 de este informe). Resulta de central importancia el punto 4 del artículo 33, ya que establece que “ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos”. En este sentido, el modelo de financiación, si bien apela a la contribución económica de las personas beneficiarias según lo establecido en la “Exposición de motivos”, se supone que lo hace atendiendo “de forma equitativa a todos los ciudadanos en situación de dependencia”, en tanto su participación será “progresiva en función de su capacidad económica”.

Por otro lado, el artículo 33 indica que será el Consejo Territorial el encargado de fijar los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios. Así se hace en la *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*, donde se armonizan los criterios de capacidad y participación económica, sin embargo, se aclara que las comunidades autónomas “podrán establecer una mayor participación del beneficiario en el coste de los servicios y prestaciones” si así lo consideran. El hecho de considerar estos criterios como “requisitos mínimos” provoca que la pretendida armonización quede finalmente en entredicho.

La capacidad económica personal se determina en función de la renta y el patrimonio, tal como se ha explicado en el capítulo 4 de este informe. En cuanto al sistema de copago, se establece una *capacidad económica mínima* de la persona para considerar su participación en el coste de los servicios, cuya referencia es la cuantía mensual del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM); las comunidades autónomas podrán utilizar un indicador diferente para calcular este mínimo exento y en caso de resultar más ventajoso para la persona beneficiaria, deberá financiar la diferencia económica generada con el “nivel adicional”. Además, dentro de los criterios comunes se debe incluir “un régimen de garantía de mínimos de disponibilidad por la persona dependiente” y un límite máximo a la aportación que puede alcanzar, de forma progresiva, hasta el 90% del coste del servicio.

Por último, se indica que si la persona percibe alguna prestación de análoga naturaleza o finalidad “dicha prestación se sumará a la cuantía calculada con arreglo a los criterios de participación del servicio hasta el 100% del coste de referencia del mismo”. Lo que implica que estas prestaciones también afectan los cálculos del sistema de copago. Tras establecer los criterios generales, el acuerdo detalla los específicos para los distintos servicios:

Servicio de atención residencial

- Se distingue entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros; el copago está destinado primordialmente a financiar estos últimos.
- Coste de referencia: entre 1.100 y 1.600 euros mensuales. Este coste se fija en relación a los precios de concertación de plazas, y se actualiza de acuerdo al IPREM. Asimismo, puede incrementarse hasta un 40% en caso de mayor intensidad de atención o cuidados.
- Cálculo del copago que garantiza la progresividad: a la capacidad económica de la persona beneficiaria se le resta la cantidad mínima para gastos personales, cuya referencia es el 19% del IPREM mensual (esto es 102,18€ de 537,84€ -IPREM mensual). (PB=CEB - CM). No obstante, el punto 7.5 indica que las CC. AA. podrán establecer cuantías inferiores a esta cantidad de referencia, lo que contradice la generalidad del criterio.

$$PB = CEB - CM$$

PB: participación económica de la persona beneficiaria en el coste del servicio de atención residencial.

CEB: Capacidad económica de la persona beneficiaria.

CM: Cantidad mínima para gastos personales, referenciada al 19% del IPREM mensual.

- Si la cuantía resultante es negativa –es decir, si la cantidad mínima para gastos personales es mayor que la capacidad económica de la persona beneficiaria– no participará en el coste del servicio.

Servicio de centro de día y de noche

- Coste de referencia: 650€ mensuales (no incluye gastos de manutención y transporte). Podrá incrementarse hasta un 25% en caso de aumento de intensidad de atención o cuidados.
- Las cuantías se actualizan con el IPREM.
- Cálculo del copago que garantiza la progresividad de acuerdo a la capacidad económica.
- Exenta de participación si la capacidad económica es igual o inferior al IPREM mensual.

$$PB = (0,4 \times CEB) - (IPREM / 3,33)$$

PB: Participación económica de la persona beneficiaria en el coste del servicio.

CEB: Capacidad económica de la persona beneficiaria.

Servicio de ayuda a domicilio

- Distingue entre servicios de atención personal y de atención del hogar, y el coste de referencia varía para cada uno (14€ y 9€ hora, respectivamente).
- Cálculo del copago: las fórmulas garantizan que el coste disminuya proporcionalmente a las horas de atención.
- La fórmula varía también de acuerdo a la intensidad del servicio (de 21 a 45 horas mensuales, o de 46 a 70 horas mensuales).
- Si el resultado de la fórmula es negativo pagará 20 euros de todas maneras.

1.º De 21 a 45 horas mensuales:

$$PB = ((0,4 \times IR \times CEB) / IPREM) - (0,3 \times IR)$$

2.º De 46 a 70 horas mensuales:

$$PB = ((0,3333 \times IR \times CEB) / IPREM) - (0,25 \times IR)$$

IR: Participación de la persona beneficiaria.

CEB: Coste hora servicio de ayuda a domicilio.

COCEMFE

Servicio de teleasistencia

- En este caso la participación de la persona beneficiaria se determina de acuerdo a ciertos intervalos, cuya referencia es la cuantía del IPREM mensual:

- Menos de 1 IPREM: exento de participación.
- Entre 1 y 1,5 IPREM: 50%
- Más de 1,5 IPREM: 90%.

Más allá de las diferencias para calcular la participación de la persona beneficiaria en el coste de los servicios en cada uno de los casos, un aspecto de suma importancia que cabe destacar para el caso de las personas con discapacidad es el punto 10 del acuerdo, dedicado a la “Cantidad para gastos personales de las personas en situación de dependencia por razón de discapacidad”. En estos casos, esta cantidad mínima debe incrementarse en un 25% “en atención a su edad y mayores apoyos para la promoción de su autonomía personal.

Normativa autonómica

Una característica general a la normativa autonómica y resaltada ya en otros informes (FEAPS, 2013) es su dispersión y complejidad. Por un lado, a lo largo de los años se han desarrollado múltiples normativas que hacen referencia a algún aspecto específico del sistema de copago, especialmente los precios de referencia de los servicios. Por otro, en dicha normativa se despliega una multiplicidad de fórmulas de cálculo que dificultan sobremanera la comprensión del sistema. En cualquier caso, el desarrollo legislativo en relación a este tema es poco accesible, ya sea por la dificultad para identificar la normativa vigente en cada caso y, una vez localizada, para comprender su contenido.

Dicho esto, a continuación, se destacan algunos de los aspectos más relevantes a nivel autonómico, que a su vez ilustran lo anteriormente planteado.

Andalucía

La norma de referencia en el caso de Andalucía es la Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía. Si bien desarrolla en detalle las características e intensidad de los servicios del catálogo no se refiere a la participación económica que las personas beneficiarias tendrán en relación con su coste. Sí se localiza normativa relativa a algunos servicios específicos.

Por ejemplo, es el caso de la regulación de la ayuda a domicilio⁶⁴. En este caso el porcentaje de participación en el coste del servicio (cuyo indicador de referencia será el coste/hora fijado por la persona titular de la Consejería competente en materia de servicios sociales) se calculará de acuerdo a la capacidad económica, por tramos que van desde el 5% del coste si los ingresos son mayores que 1 IPREM y menores o iguales a 2 IPREM, el 10% de 2 a 3 IPREM, y así sucesivamente, incrementándose un 10% por cada IPREM que se incrementa de capacidad económica, hasta cubrir el 90% del coste si la capacidad económica es mayor a 10 IPREM. En cuanto al coste concreto, en la *Orden de 28 de junio de 2017, de Andalucía, por la que se modifica la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía*, la disposición adicional primera establece que: “a los efectos de financiación del Servicio de Ayuda a Domicilio prestado a las personas que lo tengan reconocido en la resolución aprobatoria del Programa Individual de Atención, el coste/hora máximo del mismo queda fijado en 13 euros”.

Por otro lado, la Orden de 10 de marzo de 2016, por la que se modifican los costes máximos de las plazas objeto de concertación con centros de atención a personas mayores y personas con discapacidad, reconoce en su exposición de motivos la dispersión normativa y la necesidad de refundirla con el fin de facilitar su conocimiento. En este caso, la referencia no es a los porcentajes de participación en el coste del servicio, sino a los precios de referencia de distintos servicios, concretamente, los costes máximos de las plazas.

En este caso interesa mencionar los costes de aquellas cuya atención se dirige especialmente a personas con discapacidad física⁶⁵ en el caso del Servicio de Atención Residencial (82,65 euros/día) y el Servicio de Centro de día (1000,40 euros/mes). En este caso, llama la atención que si se calcula el coste mensual del Servicio de Atención Residencial ($82,65 \times 365 / 12 = 2513,93$) este supera el coste de referencia para este servicio a nivel estatal incrementado en un 40% ($1600 + 640 = 2240$). La cuantía también es superior en el caso del Centro de día, mientras la normativa estatal determina que el coste de referencia es 650 euros mensuales y que podrá incrementarse hasta un 25% en el caso de aumento de intensidad o cuidados ($650 + 162,5 = 812,5$), el coste de la plaza de este servicio para las personas con discapacidad física en Andalucía supera la cuantía establecida como coste de referencia en 187,9 euros. ($650 + 187,9 = 837,9$)

No se han encontrado referencias en esta normativa al coste del servicio de teleasistencia, sin embargo, tras consultar la página web de la Junta de Andalucía se concluye que el servicio no tiene coste en el caso de personas en situación de dependencia mayores de 80 años o menores de 80 años con capacidad económica inferior al 75% del IPREM. La cuota asciende 3,60 euros mensuales en el caso de menores de 80 años con capacidad económica igual o superior al 75% del IPREM.

Castilla y León

Los criterios que determinan la aportación de las personas beneficiarias en el coste del servicio se localizan en el Decreto 70/2011 de Castilla y León, de 22 de diciembre, por el que se establecen los precios públicos por servicios prestados por la Administración de la Comunidad de Castilla y León en el ámbito de los Servicios Sociales. El artículo 8, dónde se

⁶⁴ Orden de 15 de noviembre de 2007, de Andalucía, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

⁶⁵ En este tipo de atención se incluye también la dirigida a personas con discapacidad visual y/o parálisis cerebral.

hace referencia a esta cuestión, establece que además de contribuir de acuerdo a la capacidad económica, el límite máximo es el 90% del precio público, y el 90% de la capacidad económica. A esta contribución deberán destinarse las prestaciones de análoga naturaleza, respetando el límite del 90% del precio público. El límite de la aportación se reduce un 50% en caso de reserva de plaza, ausencia por ingreso hospitalario o vacaciones voluntarias.

La aportación económica mensual se calculará aplicando fórmulas para cada servicio, y el resultado debe garantizar los límites antes establecidos, así como las cantidades para gastos personales establecidas para cada tipo de servicio y en función de las necesidades estimadas de las personas beneficiarias. En el caso de residencias esta cantidad es el 20% de la Pensión Mínima de Jubilación mensual (PMJ)⁶⁶, en el caso de centros de día es el 100% de la Pensión No Contributiva sin complemento de tercera persona (PNCON)⁶⁷. En el caso de residencias, el punto 2 del artículo 7 establece que cuando las personas “realicen de forma habitual actividades de integración social externas al centro que les generen gastos adicionales, se podrá ampliar la cuantía hasta el límite máximo del 45% del PMJ”.

En relación con el coste de las plazas de residencias y centros de día, los precios públicos para 2018 se publicaron en la Resolución de 21 de marzo de 2018, de Castilla y León, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se establece el coste máximo por día de plaza ocupada relativo a la acción concertada en materia de reserva y ocupación de plazas en Centros de Servicios Sociales.

Para el caso específico de personas con discapacidad física se distingue entre el precio público de plaza de residencia (58,73€/día) y el de centro de día (27,35€/día).

Galicia

En el caso de la Comunidad Autónoma de Galicia la normativa más importante para determinar la participación de las personas usuarias en el coste de los servicios se regula a través del *Decreto 149/2013, de Galicia, de 5 de septiembre, por el que se define la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y se determina el sistema de participación de las personas usuarias en la financiación de su coste*.

Con carácter previo a este desarrollo normativo nos encontramos con el *Decreto 99/2012 de Galicia, de 16 de marzo, por el que se regulan los servicios sociales comunitarios y su financiación*. En este caso se determina la capacidad económica (artículos 59 y 60) se regula la participación económica (artículo 61 y 62) en los diferentes servicios. Sin embargo, es en el Decreto 149/2013, donde se desarrolla la normativa con toda su amplitud, determinando límites, mínimo vital, y la capacidad económica de una forma más exhaustiva. Pasamos a analizarlo.

⁶⁶ “PMJ es la catorceava parte de la cuantía anual de la pensión mínima de jubilación del Régimen General de la Seguridad Social para personas mayores de 65 años, con cónyuge no a cargo, en el ejercicio utilizado para el cálculo de la capacidad económica para el Régimen General de la Seguridad Social” (Decreto 70/2011, artículo 7)

⁶⁷ “PNCON es la catorceava parte de la cuantía anual íntegra fijada en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para la pensión no contributiva de jubilación sin complemento de tercera persona en el ejercicio utilizado para el cálculo de la capacidad económica” (Decreto 70/2011, artículo 7).

Merece atención el artículo 11, sobre el régimen jurídico de la participación económica, y que establece una diferenciación en la calificación del precio en función de si el servicio se presta de manera directa por la Administración, precio público, o de manera indirecta (punto 3) a través de conciertos con entidades privadas. En este caso, el coste del servicio y su precio vendrá determinado por la relación contractual que se tenga suscrita con la entidad que preste dicho servicio, pudiendo alterarse la intensidad del servicio. Sobre este punto se han realizado algunos comentarios en los Grupos de Discusión de Galicia.

A continuación, el artículo 13, que determina los límites para la participación de las personas usuarias, encontramos que se fija un 90% del coste del servicio, al igual que en la normativa estatal, y quedando exenta si la capacidad económica es inferior al IPREM en los servicios de teleasistencia, o servicios asistenciales prestados a domicilio, o en los servicios de prevención y promoción.

Los artículos 14 y 15, resultan quizás los más novedosos, ya que no hemos encontrado en ninguna otra comunidad autónoma un articulado específico que regulase el Mínimo Vital, con esta denominación, esto es la cuantía mínima para gastos personales, tal y como se denomina en el resto de CC. AA., a disposición de la usuaria, ya sea del servicio de atención residencial, quedando fijada en un 24% de los ingresos líquidos calculados en cómputo anual, o de un 19 % del IPREM como mínimo. Y más importante aún para el objeto de esta investigación es el incremento de hasta un 25% en el caso de las personas con discapacidad, reconocida en concepto de costes adicionales asociados a este informe. Se trata de una calificación novedosa ya que se reconoce la existencia de estos costes adicionales para la determinación de la capacidad económica de las perceptoras de servicios. En el caso del resto de servicios, los no residenciales, la cuantía mínima respecto de los ingresos líquidos computados anualmente que deben de quedar a disposición de la usuaria se fijan en el 49%.

En los capítulos II, III y IV se determina la capacidad económica de las personas usuarias (ya abordado en el Capítulo 4 de este informe) y su participación económica en el coste de los servicios, fijado en el anexo II y actualizado el coste para cada año mediante la actualización del IPREM anual. Se determinará ésta participación a partir de su capacidad económica y en cuanto se supere el IPREM concretando en un % su participación y tomando en consideración también el Grado de Discapacidad reconocida, para poder ponderar así también la intensidad, teniendo en cuenta que a mayor intensidad se espera una mayor participación económica de la persona usuaria. También se toma en consideración si el servicio se presta de manera asistencial o en servicio hostelero, suponiendo este segundo caso una variación del Porcentaje de participación que en la mayoría de los casos es algo inferior.

La gradación que se toma en cuenta para la determinación del porcentaje en que se supera el IPREM, parte de una cantidad igual al 100% del IPREM y se incrementa de manera progresiva, en 15 tramos diferentes hasta el 379,75% y superior. Esta gradación se diferencia de la establecida en el Decreto 99/2012, dónde los tramos son sólo 14, y donde toman más peso los diferentes tramos superiores, por ejemplo, se establecen 5 tramos diferentes a partir del 250% del IPREM. Sin embargo, en el Decreto 149/2013, se otorga un mayor peso a los tramos inferiores, con hasta 8 tramos hasta el 200% del IPREM frente a sólo 6 tramos en la normativa anterior. Entendemos que esta modificación pretende lograr un efecto de mayor progresividad entre las rentas más bajas. También resulta especialmente novedoso y se diferencia en la normativa del resto de CC. AA. la determinación y caracterización de la participación en función de cada tipo de servicio y de su intensidad. Puede resultar complejo de comprender, pero sin duda realiza un esfuerzo por lograr un grado de progresividad y adaptación a la diversidad loable. A continuación, se muestra un ejemplo de las tablas que regulan la participación.

Tabla 44 Ejemplo determinación copago en Galicia: Servicio de atención diurna.

% IPREM	Grado I		Grado II		Grado III	
	% Capacidad económica		% Capacidad económica		% Capacidad económica	
	Asistenciales	Hosteleros	Asistenciales	Hosteleros	Asistenciales	Hosteleros
100,00 %	10,25 %	10,10 %	10,75 %	9,86 %	11,28 %	10,39 %
110,00 %	10,59 %	10,22 %	11,09 %	9,99 %	11,64 %	10,50 %
121,00 %	10,97 %	10,36 %	11,46 %	10,13 %	12,03 %	10,63 %
133,10 %	11,39 %	10,51 %	11,87 %	10,29 %	12,47 %	10,77 %
146,41 %	11,85 %	10,67 %	13,32 %	10,46 %	12,95 %	10,92 %
161,05 %	12,35 %	10,85 %	12,81 %	10,65 %	13,48 %	11,08 %
177,16 %	12,90 %	11,05 %	13,35 %	10,86 %	14,06 %	11,27 %
194,87 %	13,51 %	11,26 %	13,95 %	11,09 %	14,70 %	11,47 %
214,36 %	14,18 %	11,50 %	14,60 %	11,35 %	15,40 %	11,69 %
235,79 %	14,92 %	11,77 %	15,32 %	11,63 %	16,18 %	11,93 %
259,37 %	15,73 %	12,06 %	16,12 %	11,94 %	17,03 %	12,20 %
285,31 %	16,62 %	13,37 %	16,99 %	12,27 %	17,96 %	12,50 %
313,84 %	17,61 %	12,72 %	17,95 %	12,65 %	18,99 %	12,82 %
345,23 %	18,69 %	13,11 %	19,01 %	13,05 %	20,13 %	13,18 %
379,75 %	19,87 %	13,53 %	20,17 %	13,50 %	21,37 %	13,57 %
>379,75%	21,18 %	14,00 %	21,45 %	14,00 %	22,74 %	14,00 %

Fuente: Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por el que se define la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y se determina el sistema de participación de las personas usuarias en la financiación de su coste.

Subsiguientemente en el decreto 23/2018⁶⁸ se actualizan las tablas de participación económica de las personas usuarias en algunos de los servicios.

Para finalizar nombraremos la Orden de 31 de mayo de 2016, de Galicia, por la que se modifica el módulo de financiación del servicio de ayuda en el hogar a personas en situación de dependencia, en tanto en cuanto regula el importe de participación tomando como referencia para su coste las horas efectivamente prestadas y acreditadas mensualmente.

Madrid

El caso de la Comunidad de Madrid, es el de una singularidad respecto del resto de comunidades autónomas, pues en su desarrollo normativo sobre la participación económica de las beneficiarias, ha hecho valer una norma de rango Autonómico, la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid y por tanto de rango inferior a la Ley 39/2006 que establece en su artículo 33 la participación de las personas beneficiarias. La Comunidad de Madrid, hace valer su artículo 37.6. del Decreto 54/2015, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad de Madrid, que es copia de la disposición adicional segunda de la Ley 11/2003 de Servicios Sociales y queda redactado de la siguiente forma: *la prestación del servicio público por estancia o atención en centros de servicios sociales para personas con discapacidad, propios, contratados o concertados de la Comunidad de Madrid, tendrá carácter gratuito para los beneficiarios de los mismos.*

Mediante este acto, la Comunidad de Madrid, si bien pretende mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad de la C. de Madrid y no perjudicar mediante la supresión de un derecho previo adquirido, está caminando por una senda peligrosa pues desautoriza los Acuerdos del Consejo Territorial, órgano que busca la armonización normativa para intentar lograr la igualdad de derechos en todas las CC. AA., y por tanto, puede acabar perjudicando al conjunto del colectivo, pues abre la puerta a que cada comunidad autónoma ignore los acuerdos que no le interesen del Consejo Territorial, si bien en el caso de la participación económica el Consejo Territorial deja abierta la puerta a que cada comunidad autónoma regule la misma pudiendo incrementar esta participación.

En cualquier caso, la Comunidad de Madrid, sigue criterios similares al resto de CC. AA. estudiadas respecto de límite de participación que también fija en el 90% como máximo del coste. También respecto de la cuantía mínima de la prestación a percibir que fija en un 75% de la misma. En cuanto a la delimitación del concepto de renta y patrimonio que se utiliza para calcular la capacidad económica personal, introduce algunos elementos novedosos respecto de qué cuestiones no se tendrán en cuenta para la consideración de renta. Por ejemplo, las cantidades satisfechas a seguros privados que cubran riesgo de la dependencia, o ayudas percibidas como Víctimas de Violencia de género.

⁶⁸ Decreto 23/2018, de Galicia, de 15 de febrero, por el que se modifica el Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por el que se define la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, y se determina el sistema de participación de las personas usuarias en el financiamiento de su coste.

Tabla 45. Coste de referencia de los servicios

Coste de referencia de los Servicios	Estatal	Andalucía	Castilla y León	Galicia	Madrid
Atención Residencial	1100 / 1600 €/mes + 40% si >intensidad/atención	Plaza para PCD física = 82,65 €/día	Plaza para PCD física = 58,73€/día		-
Servicio de Ayuda a Domicilio	14€/hora Atención personal 9 €/hora Atención del hogar	13 €/hora Límite exento <= IPREM 1 a 2 IPREM 5% 2 a 3 IPREM 10% 3 a 4 IPREM 20% y así sucesivamente hasta > 10 IPREM 90%		9,7€/hora	Límite exento <= IPREM CUOTA 1,37€/hora Acorde a CE
Centro de Día	650 €/mes	Plaza para PCD física 1000,40 €/mes	Plaza para PCD física 27,35€/día		-
Teleasistencia	< 1 IPREM: exento Entre 1 y 1,5 IPREM: 50% > 1,5 IPREM: 90%.	0€ > 80 años, o < 80 años y < 75% IPREM 3,6€ mes < 80 años y > 75% IPREM	19 €/mes	22,85€/mes < 100% IPREM: 0,0€ 150% IPREM: 50% > 150% IPREM: 90%	-

Fuente: Elaboración propia.

Análisis de datos

En el contexto de la Ley 39/2006 el concepto de copago hace referencia a la aportación realizada por las personas beneficiarias a la financiación de las prestaciones recibidas.

Actualmente cada comunidad autónoma está aplicando criterios diferentes a la hora de calcular el copago, de forma que el propio informe de la Comisión concluye que existen 17 formas diferentes de aplicación, tantas como CC. AA. Ello pese a las recomendaciones del Consejo Territorial, en el que, mediante acuerdo, en Julio de 2012, se establecieron criterios comunes para eliminar estas desigualdades territoriales, ya que introducen un grave sesgo en la universalidad e igualdad de acceso a las ayudas de la dependencia en base a territorios.

Los criterios del acuerdo del Consejo Territorial fueron los siguientes (Prada y Borge, 2014):

- La capacidad económica de los beneficiarios se determinará de acuerdo a su renta y patrimonio.
- Tendrán la consideración de renta los ingresos del beneficiario derivados tanto del trabajo como del capital.
- Se considerará patrimonio del beneficiario el conjunto de bienes y derechos de contenido económico de que sea titular una vez deducidas todas las cargas y gravámenes, así como las deudas y obligaciones personales.
- El mínimo exento de participación económica vendrá referenciado a la cuantía mensual del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), excepto para la atención residencial.
- Las personas dependientes tendrán la garantía de un mínimo de disponibilidad para sus gastos personales.
- Se garantiza el patrimonio protegido de las personas con discapacidad.

Estos factores diferenciadores ya fueron determinados por el Tribunal de Cuentas en su Informe de fiscalización de la gestión económico-financiera y de la aplicación de la Ley 39/2006:

“Existen importantes diferencias y falta de homogeneidad, entre las distintas comunidades autónomas, en la aplicación de la participación efectiva de los beneficiarios en el coste de las prestaciones derivadas de la situación de dependencia, ya que en algunas comunidades autónomas el patrimonio del solicitante no se tiene en consideración a efectos del cálculo de la citada capacidad económica y, en otras comunidades autónomas, no se tiene en consideración la totalidad de las rentas percibidas por los solicitantes”.

El cálculo de la capacidad económica se realiza en base a la renta y el patrimonio de la persona beneficiaria. Aspecto que no se está aplicando de forma similar en las CC. AA. estudiadas, puesto que todas tienen en cuenta el patrimonio de la persona excepto la Comunidad de Madrid que no lo aplica. O en el caso de Andalucía que no está teniendo en cuenta los criterios acordados en el Consejo Territorial.

El Tribunal de Cuentas (2014) resume las diferencias de criterios en la valoración de la capacidad económica por cada región:

Tabla 46. Resumen aplicación valoración capacidad económica en las CC. AA.

CC. AA.	Valora Renta	Valora Patrimonio	Incorpora criterios Consejo Territorial	Control de prestaciones análogas de protección social ⁶⁹
Andalucía	Sí	Sí	No	Sí
Castilla y León	Sí	Sí	Sí	Sí
Galicia	Sí	Sí	Sí	Sí
Comunidad de Madrid	Sí	No	No	Sí

Fuente: Informe Tribunal de Cuentas.

La Comisión destaca en el copago un factor regresivo que

“se incrementa sustancialmente cuando la capacidad económica se calcula incluyendo el patrimonio de la persona, llegándose, en los tramos de rentas más bajas, a calcular cuotas de copago que superan los ingresos líquidos de la persona, por lo que difícilmente pueden llegar a hacerse efectivos” (informe de la Comisión pág. 79).

Otro aspecto que introduce desigualdad en el cálculo del copago, son los distintos precios de los servicios y las intensidades de los mismos en las distintas regiones. Ante la falta de fuentes estadísticas oficiales que permitan determinar el coste de los servicios por cada comunidad autónoma para personas en situación de dependencia y específicamente con discapacidad física, no se ha podido constatar el impacto directo que las diferencias en costes tienen sobre el colectivo.

Nos remitimos entonces a otras fuentes, como en el estudio realizado por Pozo-Rubio, Pardo-García y Escribano-Sotos: “El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012” (2016), donde establecen diferencias entre las Comunidades, aunque realizan el cálculo con indicadores de referencia del coste de las prestaciones comunes para todo el territorio del estado. Los autores concluyen que:

“pese a las dificultades para conocer el coste de los servicios, la renta y la aportación de los usuarios, la implantación de la Ley de Dependencia no es homogénea”

y como razón principal destacan las diferencias notables en el coste de la atención a las personas con dependencia por Comunidad y grado, por las diferencias en el tipo de prestaciones con que se atiende a las personas beneficiarias (por razones de disponibilidad de recursos, de las prestaciones elegidas por la persona o las prestaciones realmente reconocidas). Otro aspecto que introduce diferencias en el copago entre CC. AA., es por las diferencias de renta y el tipo de prestaciones que reciben. En este sentido el Informe de la Comisión apostilla que, junto a las diferencias en los precios de servicios de cada comunidad

⁶⁹ “Consideración de si se controla la posible concurrencia de prestaciones de análoga naturaleza y finalidad de los regímenes públicos de protección social”. Informe de fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las comunidades autónomas para la adecuada aplicación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Pág. 40.

autónoma, el copago también se ve afectado por la estructura de las rentas de las CC. AA. Esto explica que pese a aplicar indicadores de costes iguales para todas las CC. AA., el copago es diferente en cada una de ellas.

Un último aspecto a consideración es la existencia de un doble copago. Existe un copago que no registran las cifras estimadas oficiales, es el “copago añadido”, como lo define el Dictamen del Observatorio, imposible de cuantificar. Resulta de la diferencia a pagar entre el precio real de servicio y la cantidad recibida por la prestación (servicios profesionales asociados a prevención: logopeda, fisioterapeuta o complementos a la ayuda a domicilio por horas insuficientes para el cuidado de la persona). Esta realidad fue muy destacada por las personas con discapacidad que han participado en el estudio, en el que reflejaban como se veían obligadas a pagar ellas mismas servicios que eran insuficientes en cuanto a la intensidad.

Análisis de los discursos

Existe una gran confusión y desconocimiento en torno a qué cuestiones están sujetas a copago y cuáles no por parte del colectivo de personas con discapacidad. La percepción que extraemos de los diferentes grupos es que según la experiencia de cada cual se dan explicaciones diversas y muchas veces contradictorias entre sí. Esta desconexión y falta de uniformidad es fruto de un marco regulatorio que como hemos analizado previamente se caracteriza por su dispersión, poca claridad y sujeto a cambios cada poco tiempo y atendiendo a necesidades presupuestarias de las autonomías, o del estado pueden variar. Como muestra de ello la siguiente conversación donde se mezcla con el copago farmacéutico y la PNC cuando se está preguntando por el Copago de los Servicios vinculados a la LAPAD:

M1: *No ya ya, pero quiero decir porque yo tengo, yo no es que tome medicación, porque,[...]*

H1: *Es que hay personas que no pueden permitirse el lujo de pagar su medicación. ¿sabes?*

M1: *Pero yo creo que con la PNC, no.. la mayoría no las pagan. [...]*

H1: *Pues eso, que el copago de la medicación, para mi deberían de dar una vuelta, una vuelta de tuerca. (GT PCD GALICIA)*

RI: *el copago no sé lo que es.*
M: *el farmacéutico será. (GRUPO FAMILIARES PALENCIA)*

Esta confusión en torno al copago de los servicios o al sistema de financiación en general es corroborada por parte los equipos de trabajo social entrevistados, que corroboran el malestar de la ciudadanía con estos continuos cambios y vaivenes.

Ha habido mucha heterogeneidad de metemos grados y niveles, luego quitamos los niveles, accedemos a unas prestaciones que ahora son compatibles, luego resulta que no son compatibles, luego vuelven a ser compatibles, damos de alta como autónomo en un régimen teniendo ni posibilidad de cuidar a personas dependientes, pero luego sí que el régimen cambia las condiciones y, a lo mejor ya no me interesa.

Sí que ha habido una heterogeneidad y a la gente le ha producido un poco cierta desorientación (ETS AYTO. MADRID)

pero va todo ligado, como el alta de cotización para los cuidadores, luego se dieron cuenta, pongo copago luego lo quito, te lo pagas tú solo, y te lo pagas internamente, la prestación económica, ahora dos años para pagártelo. Reconocen derechos y luego no lo pueden hacer efectivos, y la gente se enfada (ETS C. DE MADRID)

No siempre existe confusión en torno a qué es el copago o cuáles son las cuantías o porcentajes a que está sujeto. Pero en lo que sí que hay coincidencia a lo largo de los diferentes grupos de personas con discapacidad es en que para personas que tienen pensiones muy bajas, este copago, por pequeño que sea, causa un impacto directo en las condiciones de vida. Los discursos transitán desde las personas que abogan por su eliminación completa a otros que abogan por una revisión del mismo elevando los tramos exentos del mismo.

[...] y entonces, poner un baremo, pues yo que sé, 700 euros, que ya sería, no sería una bicoca, pero bueno, ya dentro de lo malo... 700 y el que bajara de 700, ¡cero copago! Que no era una cantidad ahí tampoco... pero bueno, con la paga doble... pero bueno, por poner algo, mejor sería 900 pero ya no vamos a ser tan exagerado.

Pero bueno, 700 y de ahí para abajo ¡cero!

M4. Pero es que ¡no están teniendo en cuenta tus otros gastos! (GD PCD GALICIA)

QUE CUESTIONES MEJORARÍAN, YA PARA IR CERRANDO EL GRUPO, DE LA LEY, DE LOS SERVICIOS QUE TIENEN...

M1. Fuera el copago y más horas.

M4. Sobre todo, fuera el copago para la gente con pocos recursos, yo que sé, no sé el nivel, pero jolín, con 400 euros, que tengas que pagar... (GD PCD GALICIA)

Desde las entidades del tercer sector y concretamente desde COCEMFE se aboga por la eliminación del copago y en todo caso si debe haberlo que este se eleve hasta al menos 2,5 veces el IPREM.

[...] nosotros pedíamos una petición en el entorno del CERMI que no se empezara a copagar hasta que superaras dos veces y medio el IPREM, como una negociación porque en principio nos oponemos al copago, no debe haber copago.

(Representante COCEMFE)

En los discursos de las trabajadoras sociales encontramos diversas posiciones sobre el copago. Por un lado, la defensa de quienes consideran que debe existir una parte remunerada por las personas usuarias de los servicios y que estos copagos son bajos o “cortos”, comparados con el coste del servicio en el sector “privado”. Una residencia privada tiene un coste mucho mayor e inalcanzable para muchas personas con discapacidad.

O la posición de trabajadores sociales que rechazan el copago ante la dura realidad de aquellas personas que no teniendo suficientes ingresos se ven obligados a renunciar al recurso concedido por no poder hacer frente al pago.

“Los copagos aquí son muy cortos, vamos yo creo, yo conozco otras Comunidades, pero no es algo...al revés, yo cuando me entrevisto digo, no en las residencias sería el 75% y me dice: no, pero es que mi madre cobra 500€ y 75% de viudedad, dicen:

no me lo puedo creer. [...] Las residencias, ellos preguntaran de manera privada y son muy caras... Entonces claro, ellos saben que en la residencia están cobrando unos 1500€ y te dicen: pues vas a pagar 420€ (ETS ANDALUCIA)

"Hay personas que deciden no obtener el recurso que necesitan por un alto copago que no pueden sufragar. Alto copago, que puede parecer no tan alto, pero que, dependiendo de ingresos y gastos de una unidad familiar, puede ser un copago, puede implicar el que nos da para comer todo el mes, o no. Entonces realmente, que haya copago en rentas bajas, es... obviamente va a ser perjudicial porque la persona va a rechazar el recurso" (ETS COGAMI GALICIA)

Entonces lo del copago, depende. Depende de cuál sea la situación económica, volvemos a decir lo mismo, las personas con bajos recursos evidentemente el copago es bastante menor, de hecho, hay gente que una ayuda a domicilio no paga dinero, [...] personas con discapacidad que con una pensión no contributiva no están pagando dinero, pero claro, no me extraña que no paguen dinero, ¿cómo lo van a pagar?, si es que no tienen ni para vivir. [...] Gente que tiene que vivir sin calefacción, gente que tiene que elegir entre comprarse un puñetero champú o comprar una barra de pan, estamos hablando de cosas muy serias. Entonces el copago, el copago sí, pero depende del dinero que tenga la persona [...] (ETS CASTILLA Y LEON)

En el Estado, existen diferencias territoriales en cuanto al copago. En la Comunidad de Madrid, se optó por eliminarlo después de una polémica implantación. Mientras que el resto de CC. AA. tienen este sistema de financiación compartido del pago entre el usuario de la LAPAD y la Administración.

Cada C. A. se diferencia por los distintos grados o niveles de aportaciones entre el usuario y la Administración. Estas diferencias territoriales de tan gran calado en la vida de las personas desembocan en que se perciba que se están generando diferencias entre ciudadanos/as que en principio son sujetos de los mismos derechos y se aboga por regular esta materia a nivel estatal.

*[....] Y si vivo en Madrid no copago y si vivo en Galicia si copago y si vivo en Extremadura, si vivo en Comunidad Valenciana si copago. Vamos a ver es que esto no....
[...] Esto genera ciudadanos de primera y ciudadanos de segunda.(Representante COCEMFE)*

Luego yo, regularía a nivel estatal el tema del copago, lo regularía a nivel estatal y lo digo claramente, derogaría el Real Decreto 2012 por supuestísimo.(REPRESENTANTE COLEGIO DE TRABAJO SOCIAL)

Como comenta la trabajadora social entrevistada en Andalucía, para residencias para personas con discapacidad, viviendas tuteladas, residencias de mayores, el beneficiario paga el 75% de sus ingresos y la Junta de Andalucía el 25% restante, teniendo en cuenta en el cálculo como base de ingresos mínimos en IPREM, sobre el que se pedirá al usuario una aportación variable según la cuantía en que este sea superado.

“Si, por ejemplo, centros de residencias para personas con discapacidad, viviendas tuteladas, residencias de mayores, todo lo que sea residencia, entenderme 24 horas, conlleva un coste del 75% de la pensión. Si cobras 1000€, tienes que pagar 750€ y el resto la Administración... El 25% y las pagas dobles, no se tocan. Son 14 pagas normalmente, las de jubilación y viudedad, son 14 pagas, pues las dos pagas de verano y Navidad.” (ETS ANDALUCÍA)

“El IPREM es el sueldo base, si lo superas dependiendo de cuantas veces, te pedirán un 5, un 10, un 20, pero es muy corto, es muy corto muy corto. Una persona que cobre 1000€, a lo mejor paga de ayuda a domicilio, 20€ al mes, que es muy poco para las horas, depende de...es poco, pagan una parte del servicio.” (ETS ANDALUCÍA)

El copago plantea diferentes problemas, según las trabajadoras sociales. Un alto copago del servicio deja a la persona con un muy bajo nivel de ingresos disponibles para cubrir sus gastos personales (ropa, peluquería, etc.), como se explica en el siguiente comentario.

“Entonces el 25% ese que se le queda mensualmente, es para peluquería, ropa...mira, es que por ejemplo el otro día, había una persona que cobraba la PNC (Pensión no contributiva), 360€, pues pagaría de residencia 200€ o 300€ y se quedaría con 60€ al mes. (ETS ANDALUCIA)

A esta cuantía exenta de pago, renta disponible una vez realizado el copago se denomina por una parte del colectivo de personas con discapacidad como “Mínimo Vital”. La cuestión del mínimo vital emerge en los discursos como una referencia genérica que conecta los ingresos de las personas, generalmente provenientes de pensiones, con el coste de algunos servicios. Especialmente en el caso de residencias, aunque no solo, tras realizar el pago las personas disponen de muy poco dinero para el resto de gastos personales. Así lo expresan varias participantes en los grupos de discusión.

M3: pues mi pareja, que sí está en una residencia eh... deja allí toda su pensión, le dan los fines de semana cuando le toca venir cada 15 días, 10 euros y apura la misma. Y en vacaciones da una semana, en Semana Santa, por ejemplo, 50 euros para toda la semana, administrándoselo bien, los 10 euros un euro al día, y para de contar. Los zapatos, si le tienes que comprar zapatos tiene que llevarlo comprado de casa (GD PCD ANDALUCIA)

M2: y el 75 de tu paga se lo quedan de tu... que tampoco es mucho porque yo no puedo comprar lo que a mí me apetece. (GDT PCD ANDALUCIA)

H1: entre lo que te dan, lo que te quitan y lo que tienes que pagar tú,

M1: una mierda

H1: queda una porquería

(GDT PCD MADRID)

M3: eso es lo que ella dice, que con el 25% que te queda...

M1: eso es para comprarte tu ropa.

M3: o si te quieres, yo qué sé, arreglar el pelo [...].

M1: la colonia.

M2: o tomarte un café.

M3: el 25% de 400 euros son 100 euros. (GD PCD GALICIA)

Para el cálculo de esta cuantía exenta, o mínimo vital existe la percepción de que no se tiene en cuenta suficientemente que las personas con discapacidad muchas veces tienen que hacer frente a una serie de gastos extraordinarios, como puedan ser sillas eléctricas y en ocasiones adaptaciones que no están cubiertas, pañales de diferentes tallas, ya que sólo se cubre por parte de la Seguridad Social los de talla única, que en muchas ocasiones hacen sentir incomodidad, no sólo física, sino que se expresa en los grupos que pueden sentirse heridos en su dignidad si tienen que llevar pañales de tallas muy superiores.

M4. Encima claro, nosotros tenemos además otros gastos a mayores que no tienen otras personas, que si pañales, que salva camas, que sí, no sé

M5. [...] los que te da la seguridad social ¡son dos tallas más grandes que mi cuerpo! Y fui a la farmacia y te dicen sí, la talla S la tenéis que pagar. No te entra por la seguridad social, entonces, para qué me sirve.

M4. [...] es que te vistes con ropa normal y eso también, es inmenso.

M2. Además, el malestar que genera en ti, porque si yo tengo que usar pañales porque no puedo ir al baño, y tú me das un pañal tres tallas mayor de la que yo puedo usar, tú imagínate, yo tengo que estar en la silla y todo el mundo va a ver un bulto ahí que a mí me hace sentir mal. (GD PCD GALICIA)

También podemos encontrar referencias en los grupos de personas con discapacidad a como han tenido que sufragar con dinero propio tratamientos imprescindibles para el desarrollo vital.

[...], pero, tuve que ir a fisio y eso, yo hasta los 18 no tenía una pensión. O sea, le daban una ayuda a mi abuela, que mi abuela me la dejaba para mis gastos,. [...] pero quiero decir que la logopedia y la fisio , sino lo tenía que costear mi tía. [...]. (GT PCD GALICIA)

O como el gasto que se cubre para determinadas ayudas mecánicas es insuficiente para la necesidad que deben cubrir, teniendo que sufragar de su bolsillo determinados accesorios específicos para, por ejemplo, las sillas, como reposapiés adaptados, tal y como relatan en el grupo de discusión de Palencia.

P3[JGA1]: pero de todas formas eh, qué pasa, que te subvencionan la silla mínima legal. O sea que, si tienes que poner accesorios que necesitas o tal, tienes que devolverlas con esos accesorios. ¿Me entendéis a lo que voy? (GT PCD PALENCIA)

También se resalta la insuficiencia de las mismas para poder desarrollar proyectos de vida independientes, y que, por ejemplo la asistencia personal queda en muy pocas horas, las mínimas para empezar el día, o finalizarlo, pero sin llegar a cubrir el desarrollo de una vida normal durante el resto del día.

M1. Claro, porque necesito otras manos, a mayores, porque tengo otras necesidades. Y no hay más horas, y no hay más horas.

O SEA, ESAS SON HORAS EXTRAS QUE TU PAGAS ¿DE ASISTENCIA PERSONAL?

M1. No, tengo que pagar asistencia personal aparte. [...], porque no me llegan las horas. [...] Porque soy tetra, yo no me puedo pasar ni a la cama, ni al váter, ni a bañarte, entonces eso son a mayores, tú no puedes meter a una persona en el baño

en una hora, sacarla y secarla para que no tenga heridas. [...] una de dos, o te quedas encamada, o te quedas con una vida más o menos, pero tú necesitas eso.
(GD PCD GALICIA)

M3: Yo estuve en una unidad de día, 4 años y medio me ha llevado en las Madroñas. Qué pasa, que te dan 30 euros en diciembre y con la poca pensión que yo cobro, pues no puedo sobrevivir el resto de los meses. [...], pues lo que necesito es una estabilidad económica que estoy también buscando mi empleo adaptado y me gustaría estudiar la carrera de psicología porque me encanta tratar con las personas y no, no puedo, porque no está adaptado por temario. (GD PCD ANDALUCIA)

La mayor parte de las personas participantes tenían como principal ingreso económico pensiones no contributivas. En algunos casos, cuando recibían una pensión de gran invalidez, las personas diferenciaban su situación, en tanto entendían que su nivel de recursos era más alto y que podían medianamente solventar sin inconvenientes los servicios para cubrir sus necesidades cotidianas (Esta situación se da con una de las participantes en el grupo de discusión de Galicia, también en el de Andalucía). Estas pensiones pueden ser muy superiores a las pensiones no contributivas, que rondan los 400 euros. Aunque estas cantidades pueden incrementarse con otros complementos o prestaciones de la LAPAD (como el complemento de ayuda de tercera persona y la prestación por cuidados en el entorno) la tónica general de los discursos es que los ingresos de las personas con discapacidad son insuficientes para cubrir no solamente los costes de los servicios y gastos a los que deben hacer frente.

Así es que la situación económica de la persona con discapacidad dependerá también y a menudo de la situación económica del resto del grupo familiar de origen o del conformado una vez emancipadas. Su situación también puede variar en el caso de personas con una discapacidad sobrevenida y que tuvieron la oportunidad de desarrollar una trayectoria laboral previa y haber acumulado cierto capital económico. La situación es particularmente compleja en el caso de las personas con algún tipo de discapacidad congénita, cuyas trayectorias laborales no llegan a desarrollarse más que de manera precaria y terminan en situación de exclusión del mercado laboral.

La limitación de los ingresos es relevante, no sólo en términos de poder llevar a cabo un proyecto de vida independiente, sino también a la hora de hacer frente a gastos específicos, relacionados con la discapacidad (ayudas técnicas, adaptaciones, terapias, etc.) y ordinarios (vestimenta, alimentación, etc.).

M2: la no contributiva. Esos son 300 euros... ¿cuánto cobras tú...?

M3: 357,70.

M1: eso es lo que cobra mi madre.

M2: ¿tú te crees que con eso puede vivir una persona?

M1: eso es lo que cobra mi madre, con 58%.

M2: eh, mira, yo te lo voy a decir, una limosna que daban... la Junta o lo que quieras llamarle... [...]

H4: a partir del 65% reconocido de discapacidad, cobras la prestación, y a partir del 75%, se supone que tú ya tienes ahí la tercera persona...

H2: sí.

H4: y se te incrementa en un porcentaje, pero vamos, no llega, en el máximo, con tercera persona, no llega a los 400 euros. [...]

H2: en mi caso yo eh, creo que discrepo porque mi situación, yo tengo el tema de, cómo era, no contributiva, son 300 euros, pero con la ayuda a pensionados son 200

y algo más. Yo cobro en total unos 500 y algo. Pero, con ese incremento de ayuda a tercera persona. Y aparte mi madre cobra, en este caso, bueno, yo pues la Ley de Dependencia, la ayuda a cuidador. Con lo que sí te ayuda 300 euros más, pero... ahora de esos 800 y algo tengo que, eso, al... Por, para esto separado, porque yo soy el principal cabeza de familia, yo soy el que sustento a mi familia, yo soy el que tengo que pagar la luz, el agua, el gas, la comida y aparte las sesiones de fisioterapia (GD PCD ANDALUCÍA)

M2: pero además te digo que ya no solo eso, es que ya si una persona que esté en silla de ruedas, que, una contributiva, ya a la hora de tener una silla de ruedas nueva, a tener unos zapatos nuevos, a tener algo...

H2: bueno, eso ya ni teuento.

M2: es que te da lo peor, la Seguridad Social te da lo peor. En una silla de ruedas, te dan 200 euros con eso para cubrirla. Y para manejarla, eso es morirte.

H2: mira, si me permites un ejemplo, mi coche, la adaptación de mi coche costó 9 mil euros, [...] y de subvención me dieron 600. (GD PCD ANDALUCIA)

H : eh... tengo un amigo que vive en Sevilla, utiliza una silla de ruedas eléctrica, la última que ha comprado es una... Quickie, que bueno, es una marca de nivel. La Quickie le costaba 3 mil euros, medio millón de pesetas. Y en Andalucía, por la cara.

Como allí, como en Donosti.

H1: así, igual.

H: pero ves, aquí, aquí en Castilla y León hay que pagar.[...] en teoría tendría que ser un, un 75% eh, por ejemplo, en sillas (GT PCD CASTILLA Y LEON)

Para poder hacer frente a estos gastos extraordinarios muchas veces tienen que organizarse para que, mediante la mutualización del gasto a través de entidades del tercer sector puedan cubrirse estas necesidades. Si bien en torno a los servicios de prevención y promoción de la autonomía, como el de fisioterapia existe bastante confusión, pues en unos grupos confirman que estos se pagan previa presentación de factura, en otros grupos, son estas entidades del tercer sector las que hacen frente a estos costes, ya sea a través de cuotas, o subvenciones obtenidas por otros cauces.

M1: mira, yo el tema que te he comentado antes de que yo voy a la rehabilitación, a mí eso me cuesta 100 euros todos los meses. [...], es una asociación que tenemos que pagar nosotros, en la que pagamos a una fisioterapeuta para que esté allí, vamos, ella está todos los días, nosotros como somos mucha gente, nos tenemos que dividir. Son 10 sesiones al mes, pero que esto, y verás, es barato, verás, es caro en el sentido de que tú te tienes que sacar 100 euros de tu paga ¿no? pero ahora, si tú te vas a un fisio particular, uff, (GD PCD ANDALUCIA)

[...] entonces me dijeron sí, pues que te entra y te damos... según las sesiones que vayas, así que lo pagamos. Y que ha sido lo único, tampoco... me vino mal. Bueno, yo qué sé, tampoco es que... (GD PCD CASTILLA Y LEÓN)

No podemos obviar que estos servicios de prevención que tienen un elevado coste, son fundamentales para mantener la calidad de vida de las personas. Sin ellos el deterioro físico es en ocasiones irremediable.

M3: es un favor el que te están haciendo, cuando es una cosa necesaria para tu vida y es una, vamos a ver, si yo tuviera un rehabilitador a diario, mi calidad de vida sería mucho mejor que la que yo tengo ahora. Cómo va a ser igual [...] empiezas a atrofiar los músculos.

M1: yo ahora mismo he estado un mes, que no lo he podido pagar [...], cuando vuelves a ir, pero lo notas de una manera. Porque a mí se me engarrotan los músculos, [...] (GD PCD ANDALUCIA)

Por último nos gustaría apuntar a cómo todo el sistema de copago está pensado para teóricamente y según la exposición de motivos de la propia LAPAD para la aportación se haga atendiendo “de forma equitativa a todos los ciudadanos en situación de dependencia”, en tanto su participación será “progresiva en función de su capacidad económica”. Bien, tal y como nos señalan desde el Colegio de Trabajo Social, esta progresividad no es tal, ya que se carga mayoritariamente sobre los tramos intermedios la mayor parte de coste, es decir las denominadas clases medias.

[...] luego hubo algunas expertas que han hecho análisis y lo que vienen a decir es que el copago al final es injusto con las clases medias, ¿Por qué? porque los que tienen muy pocos recursos no copagan porque tienen una pensión baja y no entran. Los que la tienen muy alta, como eso tiene un tope, al final partir de ese tope, no pagan más (Representante Colegio Trabajo Social)

7. Conclusiones

Como se ha señalado a lo largo del estudio, el objetivo del mismo ha sido conocer los efectos de la implantación de la LAPAD en las distintas comunidades autónomas, tomando como principal fuente de información la voz de las personas con discapacidad, complementada con un análisis de los aspectos más relevantes del marco normativo a nivel estatal y autonómico, así como también con la obtención de datos y estadísticas.

En el análisis de la Ley 39/2006 y bajo el paradigma de la autonomía personal como modelo de respuesta política y legislativa para las personas con discapacidad, pese a la importancia de la LAPAD por haber generado un marco estatal de atención a la dependencia, es necesario reflexionar acerca de la gestión de la discapacidad como filosofía universal, al igual que lo son otros ámbitos de nuestro sistema de bienestar como la educación o la sanidad.

Las reivindicaciones para ampliar los derechos de las personas con discapacidad han generado importantes avances que no llegan a ser suficientes. La LAPAD promueve una gestión con un enfoque asistencialista de las situaciones de la dependencia frente a las necesidades de autonomía personal y vida independiente que requiere el grupo social de la discapacidad.

Para concluir, a continuación se exponen las conclusiones respecto a la implementación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), el catálogo de servicios y la financiación que afectan de forma específica a las personas con discapacidad.

El acceso de las personas con discapacidad al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

La relevancia de comprender el carácter global del procedimiento, desde las normas que lo regulan, los datos sobre los resultados que arrojan, y las experiencias de los distintos agentes participantes en la investigación, radica en que nos permite identificar posibles escenarios de inclusión/exclusión; este procedimiento es el que, en definitiva, facilita o dificulta la posibilidad de hacer efectivo el derecho y acceso a los servicios y prestaciones del SAAD.

Solicitud; Inclusión/exclusión de las personas con discapacidad en la solicitud de la LAPAD

Los diferentes modelos de gestión de la Ley 36/2006 en las distintas comunidades autónomas han generado desigualdades en la gestión de los recursos. Desde la solicitud de acceso al Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), pasando por el procedimiento de valoración de grado, la elaboración del Plan Individual de Atención (PIA), así como de los plazos últimos de resolución y revisión.

La normativa estatal ha procurado ofrecer algunas herramientas para mejorar la iniciación del procedimiento de solicitud, como es la unificación de criterios en los modelos de solicitud donde es necesario especificar si la solicitante es una persona con discapacidad y contempla la posibilidad de homologar la situación de dependencia al grado de discapacidad en algunos casos. Sin embargo, hay criterios dispares:

En Andalucía el desarrollo normativo relativo a esta fase es escaso. Menciona los Servicios Sociales Comunitarios como punto de referencia de presentación de las solicitudes, aunque contempla otras vías propias del procedimiento administrativo común. En esta instancia del procedimiento la norma no menciona, ni el modelo de solicitud incluye, un apartado donde la persona solicitante pueda expresar sus preferencias en relación con el catálogo del SAAD, quedando excluida la participación del solicitante en la elección del recurso necesario para promover su autonomía personal.

De la misma manera, en la Comunidad de Madrid el modelo de solicitud no incluye un apartado donde consten las preferencias de la persona solicitante en relación con el catálogo del SAAD. Incrementa el plazo de subsanación de la solicitud de 10 a 15 días hábiles, en comparación con otras comunidades autónomas, pero se incluyen pequeños aspectos diferenciadores que recaen sobre la gestión de la persona solicitante, como la antigüedad del informe de salud a presentar. La normativa menciona diversas vías de presentación, incluida la electrónica. No especifica documentación relativa a la capacidad económica, aunque sí la autorización para que la Administración compruebe los datos.

Castilla y León menciona la disponibilidad de la solicitud por medios electrónicos y detalla la posibilidad de presentarla por esta vía, además de la presencial. Ofrece información sobre la documentación requerida para comprobar la capacidad económica de la persona solicitante pero no se menciona en la norma, sí se incluye en el modelo de solicitud un apartado donde expresar las preferencias por los servicios y prestaciones económicas del SAAD.

En cambio, Galicia contempla en la solicitud mayor implicación de las personas solicitantes y de los/las trabajadores/as sociales para la elección del recurso. Desarrolla detalladamente la iniciación del procedimiento y la documentación requerida anexa y explícita, como punto a destacar, en qué apartados del modelo de solicitud la persona puede expresar sus preferencias en relación con el catálogo de servicios y prestaciones económicas del SAAD. A su vez, el informe social elaborado por el/la trabajador/a social de los servicios sociales comunitarios debe incluir una valoración del recurso idóneo.

En definitiva, los modelos de gestión de las comunidades autónomas y sus decretos territoriales, otorgan mayor o menor grado de decisión a las personas con discapacidad en la elección del recurso para la mejora de su autonomía personal y por tanto diferente grado de inclusión/exclusión en la gestión de su dependencia.

Falta de información sobre el SAAD y sus prestaciones; la accesibilidad es una barrera para las personas solicitantes

El procedimiento de solicitud, como primer paso para el reconocimiento de un derecho no puede estar sujeto ni a las características particulares de la persona que lo solicita (capacidad de gestión de su territorio en ámbito rural/urbano, al mayor o menor nivel de discapacidad del solicitante o de las circunstancias específicas de la persona en relación a disponer o no de ciertos medios). Tampoco puede estar influenciado por la discrecionalidad de aquellas personas que intermedian en el procedimiento de acceso a nivel micro profesionales de los servicios sociales, ni tampoco por otras cuestiones coyunturales de

carácter macro (como puede ser la insuficiencia de presupuesto). Sin embargo, en las percepciones de las personas con discapacidad, las familias y/o lo que identifica la LAPAD como personas que ejercen cuidados en el entorno familiar y las trabajadoras sociales, son identificadas estas dimensiones como condicionantes para el acceso al SAAD.

De forma generalizada las valoraciones sobre el proceso de solicitud son negativas. Tanto las personas con discapacidad como su entorno familiar argumentan: falta de claridad en la información que reciben, información incompleta, dispersión administrativa, y en consecuencia la multiplicidad de trámites en espacios distintos que conllevan a diferentes desplazamientos para las personas con discapacidad, sumando a ello la no accesibilidad de determinados espacios públicos. La falta de información sobre el procedimiento de solicitud y sus posibilidades telemáticas dificultan y supone una dificultad añadida. En algunos casos se han mencionado grados de discrecionalidad por parte de las administraciones además de la falta de empatía y el sentimiento de que se les está negando la posibilidad de elegir el tipo de servicio o prestación. Por último, si bien corresponde a un epígrafe posterior, se señala la demora en los plazos entre la solicitud y el reconocimiento. Por parte de las trabajadoras sociales entrevistadas se ratifica este descontento que ellas viven en primera persona, con usuarias que muestran su frustración y enfado por esta situación.

En los discursos de las personas con discapacidad se ha puesto de manifiesto la dificultad que presentan para recopilar la innumerable documentación requerida. Tanto por la excesiva burocratización de los trámites, como por la dificultad para realizar los mismos, la falta de accesibilidad de las propias infraestructuras donde se tramitan las solicitudes e incluso por las dificultades a las que tienen que enfrentarse aquellas personas que dependen de una tercera persona para realizar los trámites. Todo ello genera frustración y puede funcionar como un elemento disuasorio para las personas con discapacidad a la hora de poder acceder a este derecho reconocido.

A pesar de que la normativa pone énfasis en la presentación telemática y la posibilidad de autorizar a la administración para comprobar los datos autonómicos y patrimoniales es necesario fomentar su uso.

El perfil de los/as solicitantes de la LAPAD

El perfil de los solicitantes de la LAPAD, según los datos aportados por el IMSERSO a 30 de junio de 2018, es el de hombres (53,35%) y mujeres (46,65%) de entre 56 y 64 años (34,24% sobre el total). La diferencia entre el número de solicitantes mujeres y hombres se reduce a medida que se incrementa la edad, con mayor prevalencia de ellas a partir de 55 años.

Si bien la población española de entre 16 y 64 años ha disminuido de forma paulatina en el período 2014-2016, las personas con discapacidad mantienen una tendencia creciente, aumentando su proporción sobre el total de las personas en edad de trabajar (6,1% en 2016).

Según las estadísticas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística a personas con al menos un 33% de discapacidad y en edad laboral (de 16 a 64 años), el perfil de las personas con discapacidad es el siguiente; mayores de 45 años (68,9%), con un nivel de estudios de secundaria (56,2%). El 54,9% presentan discapacidades físicas (unidas a otras discapacidades no categorizadas) y las limitaciones en el sistema osteoarticular son las más habituales a nivel estatal (26%), así como el trastorno mental (22%).

Castilla y León es la comunidad autónoma que mayor porcentaje de solicitudes tiene con respecto al número total de habitantes (5,1%, 124.596 personas) y se posiciona como la comunidad que tiene mayor número de personas en situación de dependencia respecto a su propia población. Andalucía con 386.030 solicitantes de ayudas por dependencia (4,6%) ocupa la segunda posición. Esta proporción supone un 3,3% y 3,0% en la Comunidad de

Madrid y en Galicia respectivamente. En consecuencia, Castilla y León y Andalucía tienen mayor carga de gestión de la LAPAD respecto a otras comunidades autónomas.

Valoración del grado de dependencia

La valoración es la piedra angular de la aplicación de la LAPAD. El baremo de valoración es, junto a la solicitud, otra de las herramientas de aplicación de Ley 39/2006 que tiene como finalidad delimitar los criterios objetivos de valoración, los intervalos de puntuación para cada grado, así como también un protocolo de procedimientos y técnicas para su aplicación. Además del baremo se tendrá en cuenta la información provista en los informes sobre la salud y el entorno de la persona, así como también la prescripción de productos de apoyo, órtesis y prótesis.

Desde el ámbito del Trabajo Social el baremo se valora como inespecífico, con la necesidad de aplicarlo sin conocimientos amplios, unido a la discrecionalidad en el mismo, que posibilita una importante variación de grado y por tanto de acceso a las prestaciones. En los discursos de las trabajadoras sociales se cuestiona la eficacia de las comunidades autónomas para la valoración de grado, ya que quienes valoran, en la mayoría de los casos, no tienen referencias completas de la situación vital de la persona solicitante y cuestionan la relación existente entre el presupuesto disponible en la comunidad y la asignación del grado.

La gran mayoría de las comunidades autónomas atribuyen la competencia para resolver el procedimiento de la situación de dependencia a los servicios centrales de las Consejerías competentes en materia de servicios sociales o equivalentes. En las comunidades autónomas pluriprovinciales las competencias son asumidas por los órganos periféricos, optando por una descentralización territorial con Delegaciones Provinciales, entre otras, las comunidades autónomas de Andalucía, Castilla-León y Galicia. Frente a lo previsto en el artículo 12 de la LAPAD, distintas normas autonómicas prevén, con desigual alcance, la participación de las entidades locales reduciendo el protagonismo de los municipios. Por este motivo alertan de la lentitud de los procedimientos y de la mala gestión de las situaciones de emergencia y que desde el ámbito local ofrecía una respuesta más eficaz. El cuello de botella que se genera tiene como consecuencia la ineficacia del sistema y la demora en los plazos de resolución de grado.

En el caso de la Comunidad de Madrid, la encomienda municipal de la valoración tiene una lectura agridulce, pues si bien se valora positivamente, pues agiliza el proceso y en boca de las trabajadoras sociales se realiza una valoración del entorno mucho más ajustada a la realidad, se echa en falta una formación específica en aspectos concretos de discapacidad (CIF-Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) para poder desarrollar una valoración más fiel a la realidad y libre de subjetividades.

Las propias personas con discapacidad han señalado ampliamente en los grupos cómo el estado de ánimo en el momento concreto de la valoración también puede determinar un grado u otro, y como en ocasiones han tenido que llevar al extremo la visibilización de algunas de las limitaciones que su discapacidad puede ocasionarles. Además, se ha mencionado el miedo a realizar revisiones de grado ante la posibilidad de que el endurecimiento de las condiciones de acceso, percepción justificada a partir del año 2012 a consecuencia de las crisis económica y los consiguientes recortes producidos, les deje fuera del sistema. Esta falta de objetivación del proceso de valoración, genera inseguridad jurídica y un grado de discrecionalidad importante, siendo uno de los puntos deficientes del sistema.

De igual forma, para las personas con discapacidad y las familias y/o personas que ejercen cuidados en el entorno familiar, la valoración es el punto inicial donde empiezan los problemas de la LAPAD, teniendo como resultado valoraciones no adecuadas a la situación

real de dependencia. La desigual asignación de los recursos en función del grado ha generado frustración entre las personas con discapacidad que ven menoscabados sus derechos para lograr una autonomía real a costa de la paulatina y lenta implantación de la ley que genera desigualdades en función del grado de dependencia valorado. En concreto los discursos más alarmantes se han recogido en los grupos realizados en Andalucía, con una de las menores tasas de valoración respecto a las solicitudes que recibe (91,1%)

Puede resultar contradictorio en parte con el grado de discrecionalidad, pero en uno se está señalando disparidad a la hora de aplicar los mismos criterios y en el otro se está haciendo referencia a poca adaptabilidad a especificidades de las personas. También se alude a que algunas personas veladamente han expresado que tienen la impresión que cuando la valoración se realiza desde los servicios sociales de base, ésta no está sujeta a consideraciones presupuestarias, como así puede estarlo cuando se realiza desde organismos centrales. Llegando incluso a dejar fuera a personas, no sólo a otorgar valoraciones más bajas de las que otorgaría una persona en contacto con la realidad de esa persona.

Un aspecto interesante que emerge en los grupos y entrevistas es la valoración conjunta, ya que por un lado está pensada para simplificar los trámites y ayudar a las beneficiarias en su tramitación, pero por el contrario, se señala que otro trámite pensado para simplificar y agilizar, como es la homologación de la discapacidad reconocida con un grado de dependencia de manera automática, se está señalando que en ocasiones puede perjudicar a las usuarias y reducir las prestaciones que acaban percibiendo y por último señalar, como aspecto central de esta investigación y transversal a las entrevistas y grupos realizados, la confusión que conllevan ambos procesos y el hecho de que los mismos deriven en derechos y prestaciones diferentes. Esta dispersión de los procesos es percibida y valorada negativamente.

En consecuencia, existe la percepción de un alto grado de discrecionalidad, falta de formación específica y poca flexibilidad.

Elaboración del PIA (Programa Individual de Atención)

Como hemos visto con anterioridad, las diferencias legislativas entre comunidades autónomas generan desigualdades en la implantación, protocolos, servicios, cobertura, etc., en definitiva, desigualdades entre las personas según en qué territorio vivan. De acuerdo a la normativa, las diferencias entre comunidades autónomas responden a la distinción entre revisión de grado y de PIA, con un procedimiento único en algunos casos como Andalucía y Castilla y León mientras que Galicia y Madrid tienen un procedimiento diferenciado.

En la actualidad, las limitaciones presupuestarias parecen tener mayor influencia en la elaboración del PIA, que las necesidades propias de las personas solicitantes. La participación de la persona solicitante, mencionada en la ley, no es una participación real. Ya que en muchos casos se reduce a la aportación de la documentación necesaria y a la expresión de sus preferencias, que no es vinculante para la administración competente. De todas formas, es difícil saber qué prestaciones o servicios se prefieren cuando no se tiene conocimiento de cuáles son o en qué consisten, tal y como se recoge en los grupos participantes en la investigación, incluso las propias trabajadoras sociales han reconocido no tener suficiente información sobre todas las posibilidades que para personas con discapacidad tiene el catálogo.

En definitiva, la percepción que se tiene sobre el PIA es que muchas veces no se adecúa a la necesidad de la persona usuaria, que su voz tampoco se tiene en cuenta y se tiene la sensación de indefensión, o más bien de imposibilidad, de comunicar una disconformidad

por los tiempos que conlleva su gestión o incluso el miedo a perder la prestación asignada. La comunicación de la resolución del PIA es uno de los aspectos donde las personas solicitantes manifiestan su distancia con el sistema de atención. La carta de resolución del PIA no hace más que reconocer el grado y la asignación del recurso, pero, en algunos territorios, sin fecha de inicio del servicio o prestación.

Todos los agentes entrevistados coinciden en señalar que en la elaboración del PIA no se tienen en cuenta las circunstancias específicas de las personas con discapacidad o de su entorno (enfermedades degenerativas, picos de intensidad, etc.) sospechando la relación existente entre la asignación del PIA y la disponibilidad o no del recurso más adecuado y en concreto se señala desde las expertas entrevistadas la poca adecuación del procedimiento al colectivo de personas con discapacidad.

La discrecionalidad de las resoluciones, plazos y revisiones

En cuanto a las resoluciones y plazos, la normativa estatal hace referencia a un procedimiento que genera el reconocimiento de la situación de dependencia y derecho a las prestaciones y que debe resolverse en seis meses desde la fecha de entrada de la solicitud, independientemente de que las comunidades autónomas establezcan un procedimiento administrativo diferenciado para resolver ya sea el reconocimiento de la situación de dependencia o el derecho de acceso a las prestaciones.

Los retrasos en las concesiones, la falta de formación de las personas encargadas de hacer las valoraciones, los cambios en la ley (y su implantación progresiva) y los presupuestos, han repercutido en la inadecuación del PIA.

La LAPAD establece un plazo máximo de 6 meses desde el momento de la solicitud, para la resolución de prestaciones y servicios. Estos plazos no se están cumpliendo, pero, aunque se cumpliesen, teniendo en cuenta que la misma Ley reconoce que las personas en situación de dependencia necesitan apoyos para realizar las actividades de la vida diaria, sorprende que de partida se estableciesen plazos tan largos. En este sentido las trabajadoras sociales entrevistadas coinciden en señalar que para el colectivo de personas con discapacidad ha supuesto un empeoramiento respecto del procedimiento anterior a la LAPAD.

Asimismo, en cuanto a la resolución de las revisiones, no se marca límite temporal alguno. Situación que da lugar a que, ante la falta de medios para atender todas las solicitudes, se prioricen las nuevas solicitudes sobre las solicitudes de revisión. Desde la priorización de la valoración de una solicitud inicial frente la revisión de un grado, a falta de regulación sobre los plazos de respuesta, provoca que las revisiones pasen a ocupar un segundo plano. Según las trabajadoras sociales se produce un cuello de botella en los PIA cuando las valoraciones no se resuelven en los plazos estimados. Si la persona empeora y pide otra valoración se solapan los trámites y nunca consiguen que un PIA quede resuelto. En este apartado además existe bastante disparidad entre las comunidades autónomas estudiadas, y por ejemplo en el caso de Castilla y León apenas se desarrolla este aspecto.

También ha desaparecido la figura de la urgencia para situaciones de empeoramiento repentino, obviando la existencia de muchas discapacidades que tienden a empeorar rápidamente, o a presentar crisis de forma periódica.

Como se ha señalado con anterioridad, existe una percepción de inconsistencia, discrecionalidad y falta de transparencia en el proceso de acceso a los recursos de la LAPAD, en cuanto a tiempos, las esperas y los plazos de solicitud nuevas demoras, y mientras se espera, existe la percepción de que se suspenden las prestaciones de las que se disfrutaba hasta el momento. En definitiva, este desfase temporal (retraso debido a distintos factores, entre ellos una organización y gestión poco eficientes y la escasez o incluso inexistencia de

servicios y recursos) entre las necesidades de las personas demandantes y las resoluciones repercute en la calidad de vida de las personas y en su percepción sobre la eficacia de la ley.

El catálogo de servicios y prestaciones del SAAD: entre el desconocimiento, el desequilibrio y el descontento

El objetivo general de las prestaciones del SAAD, según indica la propia Ley, debe ser mejorar la calidad de vida de las personas y su autonomía en un marco de igualdad de oportunidades. Para ello, se desarrolla un amplio catálogo de servicios y prestaciones económicas que se supone debe proporcionar los medios para atender las situaciones de dependencia, pero también promover la autonomía, y para esto último el acceso al catálogo debería facilitarle a la persona permanecer en su entorno habitual, así como también promover su participación activa en la sociedad.

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, para alcanzar los objetivos de la Ley 39/2006 mediante su implementación en el caso de las personas con discapacidad, es necesario considerar algunos elementos que marcan el escenario de partida.

Por un lado, es imprescindible tener en cuenta que, en lo que respecta a las personas con discapacidad, el marco de igualdad de oportunidades en el contexto español está planteado en términos de “derechos” –tal como se ha analizado en el capítulo 2 en relación con el desarrollo legislativo dirigido a garantizar los derechos de las personas con discapacidad– pero aún queda un largo camino por recorrer para que este marco se transforme en una realidad “de hecho” –así lo sugieren las desigualdades analizadas en el acceso a bienes sociales como el trabajo, los estudios y el ocio cuando se compara la situación de las personas con discapacidad, respecto al resto de la población.

Por otro, y en relación con el punto anterior, también es necesario valorar cómo las actuales formas de representar la discapacidad y las prácticas vinculadas a ella –que se resumen en la coexistencia de los modelos y paradigmas analizados en el capítulo 2 (médico/rehabilitador y social/de la autonomía)– también permean el diseño y la implementación del catálogo de servicios y prestaciones del SAAD, para así poder comprender sus efectos sobre la vida de las personas con discapacidad física y orgánica, y en qué sentido o hasta qué punto la implementación de esta Ley contribuye a promocionar la autonomía personal.

Teniendo en cuenta estos dos elementos, la conclusión general en relación con el catálogo de servicios y prestaciones del SAAD, es que las experiencias y percepciones de las personas con discapacidad, así como los discursos de otros agentes participantes en la investigación, oscilan entre la falta de recursos adecuados, el desconocimiento en relación con la definición de la cartera, el desequilibrio en lo que respecta a la cobertura y, por último, el descontento con aspectos puntuales de ciertos servicios y prestaciones económicas.

El derecho a recibir información completa, continuada, comprensible y accesible en relación con la situación de dependencia se reconoce en la Ley 39/2006 y garantizarlo adecuadamente constituye uno de los primeros pasos para promover la autonomía si por ella se entiende la “capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias” (artículo 2.1.). En este sentido, se ha percibido cierto desconocimiento o desinformación por parte de las personas con discapacidad en relación con la definición y finalidad de los servicios y prestaciones del SAAD, lo que en definitiva afecta su posibilidad de expresar preferencias

por uno u otra a la hora de acceder a ellos. En el caso de las/los trabajadoras/es sociales, se entiende que cuentan con un mayor nivel de conocimiento del catálogo, sin embargo, en su caso se ha identificado la necesidad de contar con mayor información para poder asesorar mejor a las personas con discapacidad acerca de los recursos específicos a los que podrían acceder a través del SAAD y así dar mejor respuesta a sus necesidades.

En cuanto a la cobertura del catálogo de servicios y prestaciones, en términos generales, las experiencias de las personas con discapacidad –así como del resto de agentes conectados a este asunto– dan cuenta del desequilibrio que las caracteriza y que se expresa en los discursos a distintos niveles. Por un lado, se hace referencia al desequilibrio en relación con la prevalencia de ciertos servicios y prestaciones sobre otras. Es el caso de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, que tal como se ha visto en los datos alcanza el 32% de las prestaciones a nivel estatal, frente al 17% del servicio de ayuda a domicilio o el 13% de la atención residencial. Por otro lado, en el discurso de las/los trabajadoras/es sociales el desequilibrio hace referencia tanto al desarrollo insuficiente de ciertos servicios, como los de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal, como a la desigual cobertura en términos territoriales, poniendo sobre la mesa los inconvenientes que ocasiona una oferta insuficiente en zonas rurales, a la par que su concentración en las áreas urbanas. Para estas expertas, esta deficiencia del sistema se traduce en un empeoramiento de las condiciones de vida de las personas con discapacidad, forzándolas en muchos casos al aislamiento y, por tanto, potenciando su nivel de dependencia en vez de promover su autonomía.

Por último, en relación con el descontento respecto al catálogo de servicios y prestaciones, este se relaciona en términos generales con cómo a menudo se traduce en modalidades de intervención que no siempre se adecúan a las necesidades, condiciones y proyectos de vida particulares de la persona con discapacidad. Esta falta de adecuación del catálogo se pone de manifiesto especialmente cuando se priorizan recursos que implican la institucionalización de la persona (centros de día o residencias) en lugar de promover aquellos servicios y prestaciones que permiten desarrollar su vida en el entorno habitual con mayor flexibilidad. En los casos en los que esta última modalidad de intervención se lleva a cabo (mediante servicios como la ayuda a domicilio, la teleasistencia, la prestación económica para cuidados en el entorno o la casi inexistente prestación económica de asistencia personal) el descontento viene dado por la insuficiencia de la cobertura.

Los servicios y prestaciones económicas del SAAD: experiencias de las personas con discapacidad física y orgánica y claves para poner la promoción de la autonomía en el centro de la Ley 39/2006

En este apartado de conclusiones se pretende, por un lado, mencionar los aspectos más relevantes relativos a las experiencias de las personas con discapacidad en relación con el acceso a los distintos servicios y prestaciones del SAAD, así como también señalar el potencial que la Ley 39/2006 podría tener a la hora de promocionar la autonomía personal de las personas con discapacidad si se tomaran en consideración estas experiencias para introducir posibles mejoras.

Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal: una cuenta pendiente

Los resultados de esta investigación indican la centralidad que estos servicios tienen a la hora de mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad y en ello coinciden todas las personas participantes. No obstante, de acuerdo a los análisis de los discursos, estos servicios han ocupado un lugar secundario a la hora de la implantación y así se refleja en los datos (tanto a nivel estatal como autonómico estos servicios representan un porcentaje bajo entre el resto de prestaciones – el 4,1% a nivel estatal y entre el 0,7% y el 12% en las CC. AA. estudiadas). Asimismo, desde el punto de vista normativo, el carácter secundario que se les ha otorgado se pone de manifiesto en el hecho de que no siempre se respeta su especificidad y a menudo se los considera incluidos en otros recursos –en tanto se entiende que los servicios de prevención y promoción se brindan mediante el acceso a centros de día/noche, a las residencias, a la ayuda a domicilio o inclusive mediante la teleasistencia).

Por último, cabe destacar un aspecto señalado en los discursos y es el reclamo de un cambio de perspectiva en relación con estos servicios. Las personas con discapacidad son quienes mejor conocen la naturaleza dinámica de su condición y los efectos perniciosos que una desatención a la prevención de la dependencia y por ende a la promoción de la autonomía puede tener en sus propias vidas, día a día y también a largo plazo. Así es que una de las principales demandas en relación con este tipo de servicios es que deberían dejar de ser considerados solamente como un “gasto” para, en su lugar, ser entendidos como una “inversión”, en tanto tal como se ha planteado en diversos grupos y entrevistas, todo lo que no se “invierte” en prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía hoy, será un “gasto” a asumir en el futuro. Y más allá de esta lógica economicista a partir de la cual son las propias personas usuarias las que se preocupan por la “eficacia” del sistema, no hay que olvidar los principios que lo articulan y que la Ley 39/2006 establece mediante su artículo 1 el “derecho subjetivo de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”, un derecho que debería garantizarse también mediante el desarrollo de estos servicios.

La ayuda a domicilio: un servicio necesario pero insuficiente para dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad física y orgánica

Entre los servicios del SAAD, la ayuda a domicilio es habitualmente mencionada en los grupos. Su relevancia en los discursos tiene sentido ya que se trata de un servicio que tiene una amplia cobertura si se compara con otros del catálogo, como las residencias o centros de día. La ayuda a domicilio representa a nivel estatal el 17,1% de las prestaciones, y entre las comunidades autónomas esta cifra oscila entre el 19,2% en Castilla y León y el 32,8 % en Galicia.

Precisamente porque se valora la importancia y utilidad de este servicio quienes la perciben también plantean sus limitaciones y posibles mejoras. Una de las principales demandas en relación con la ayuda a domicilio consiste en incrementar la intensidad del servicio, que según el marco estatal se estipula entre 46 y 70 horas al mes para los grados III, de 21 a 45 horas mensuales para los grados dos, y un máximo de 20 horas al mes en el caso de los grados I. En el programa individual de atención deben además especificarse las horas que se dedicarán a tareas de atención personal y trabajos domésticos y ambos servicios deben

prestarse de manera conjunta. En este sentido, tanto personas con discapacidad como trabajadoras sociales plantean la necesidad de ser más flexibles con estas condiciones y poder separar estas labores.

Si bien es cierto que la ayuda a domicilio facilita la permanencia de la persona en su entorno, la extensión de la cobertura de esta prestación –actualmente la segunda en importancia– no puede considerarse como una clara apuesta por promover la autonomía de las personas, sino que parece ser más una respuesta viable para cubrir las carencias de cobertura de otras prestaciones, como por ejemplo la asistencia personal, o servicios.

La ayuda a domicilio entra en tensión también con la idea de promoción de la autonomía en tanto las condiciones bajo las cuales se brinda este servicio, de alguna manera se imponen a la persona con discapacidad, en tanto no puede decidir acerca de qué apoyos requiere, cuándo, cómo y quién los brinda, teniendo que adaptarse a la disponibilidad y condiciones planteadas por los organismos encargados de brindar el servicio.

La atención residencial; tensión entre autonomía y dependencia

La atención residencial es uno de los servicios que suscita mayor debate y en donde la tensión entre el par dependencia/autonomía se pone en evidencia.

Esta tensión se pone de manifiesto en los debates en los cuales las residencias más que en una opción elegida, se convierten en un recurso inevitable, cuando no impuesto por terceros. En estos casos la libertad para decidir sobre la propia vida se ve fuertemente afectada.

A la preocupación de que la atención residencial sea la única opción, incluso indeseada, para el futuro, se suma la problemática de la escasez de plazas públicas, la calidad de esta atención y la falta de recursos económicos para acceder a una atención que cumpla unos estándares mínimos.

También resulta problemática la inadecuación de algunos de estos centros, en tanto la atención no responde a las necesidades específicas de las personas con discapacidad. Más grave aún es la derivación de esta atención a centros de mayores en el caso de personas jóvenes, una situación que afecta de lleno su bienestar.

A pesar de las críticas, este tipo de recurso se considera necesario en algunos casos. Hay personas con discapacidad y grados de dependencia severa que han tenido experiencias positivas en centros altamente especializados, de tamaño reducido, donde el trato cercano y personalizado les ha ayudado sin duda a recuperar su autonomía, asegurando un entorno de socialización y cuidados especialmente dirigido a sus necesidades. Pero esta realidad no parece ser la de la mayoría, que puede terminar en grandes residencias poco adaptadas a sus necesidades, donde el personal es escaso y en condiciones laborales precarias, lo que impide brindar un servicio de calidad y garantizar un trato digno a las personas.

Cuando se aborda, la idoneidad o no de este recurso, las voces de trabajadoras sociales y familiares plantean la necesidad de la existencia de los mismos, sobre todo para ofrecer diferentes alternativas a las personas con discapacidad. De hecho, las familias, especialmente, piensan en ellos como una posibilidad de garantizar los cuidados de la persona con discapacidad en un futuro, para cuando ellas ya no puedan ofrecer ningún tipo de atención o soporte.

Las personas con discapacidad, ante el debate de las residencias plantean la necesidad de desarrollar opciones alternativas que sean más respetuosas con sus proyectos de vida independientes, a la par que les aseguren una atención de calidad. Para este grupo, la opción de viviendas alternativas (apartamentos con apoyos, ...), que a la par que permiten conservar un espacio propio, la intimidad y la autonomía, den respuesta a sus necesidades

de cuidado personal en función de las distintas situaciones de dependencia en que se encuentren, son consideradas la opción más adecuada y alternativa a la atención residencial.

En definitiva, se hace necesario modificar el modelo actual de atención y gestión de centros residenciales dirigidos a personas con discapacidad, potenciando modelos de intervención que favorezcan la autonomía personal y respeten un modelo de vida independiente.

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales: Precaria, feminizada e inevitable

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales es la que se menciona con mayor asiduidad en los grupos y esto refleja también su importancia cuantitativa en el marco del SAAD.

Se comentan los aspectos que han empeorado de la misma, la suspensión de las cotizaciones de las personas cuidadoras habituales a la seguridad social y la reducción de las cuantías producto de los recortes.

A pesar de todas estas limitaciones, muchas personas terminan decantándose por esta prestación dada la falta de cobertura, escasez y flexibilidad de otros servicios y prestaciones. Estas carencias hacen que finalmente la atención a personas con discapacidad recaigan en la familia, aunque unas y otras preferirían que esto fuera de otra manera.

Se presenta la disyuntiva de optar por esta prestación manteniéndose en el entorno pero precarizando su existencia y situación económica, o acudir a una atención residencial que impide continuar con un proyecto de vida independiente, en tanto no institucionalizado.

No puede obviarse que detrás de la prestación económica por cuidados en el entorno están en la mayoría de los casos, mujeres. Para las familias las críticas se dirigen tanto a las cuantías, que consideran irrisorias en relación con la atención que proporcionan, la complejidad de la tramitación de la cotización a la seguridad social, así como la escasa cobertura que proporciona.

Por último, cabe recordar que la prestación económica por cuidados en el entorno, no tiene en cuenta las necesidades de las personas que desempeñan esta función, no pudiendo acceder a períodos de descanso en los que puedan ser sustituidas por otras personas, no se cubren períodos de enfermedad, etc. lo que supone para ellas una carga emocional y fuente de estrés muy importante.

La asistencia personal en el catálogo de servicios y prestaciones

La definición de la asistencia personal en el artículo 2.7 de la LAPAD hace referencia a un servicio prestado por un o una asistente personal para colaborar en tareas de la vida cotidiana que fomenten la vida independiente, promueve y potencia la autonomía personal.

La prestación de asistencia personal aparece recogida en el artículo 19 en el que se especifica que la finalidad de la misma es promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, para facilitar a la persona que la reciba el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

La asistencia personal es en su naturaleza un servicio, pero está incluida como una prestación económica, y por tanto, queda sujeta a su carácter secundario, en tanto la ley prioriza servicios sobre prestaciones, si bien para la determinación del nivel mínimo de protección esta tenga la consideración de servicio.

El desarrollo normativo de las diferentes comunidades autónomas a partir de la regulación estatal, en la mayoría de los casos, ha condicionado el acceso a esta prestación a la contratación de la asistencia personal para el acceso a la educación y al trabajo. Por eso, una de las reivindicaciones de las entidades del tercer sector de la discapacidad pueda ser empleada para el desarrollo de un proyecto de vida independiente y potenciador de la autonomía personal con independencia de la situación laboral/educativa de la persona. Es decir, tiene que estar más vinculada al modo de vida de la persona en situación de dependencia que a su ocupación.

Estas actividades diferentes, pueden ser cubiertas por la asistencia personal, pero una vez concedida la prestación y atendiendo a las condiciones y horas que establezca y negocie la usuaria con su asistente personal, en primer término y para acceder a la misma se debe estar estudiando, trabajando o en demanda de empleo.

El mantenimiento de estos dos requisitos, transcurridos 12 años desde la implantación de la LAPAD, parece que ha pasado tiempo suficiente para revisar y flexibilizar estas condiciones de entrada.

Hay que tener en cuenta la realidad del mercado de trabajo y las dificultades de inserción de las personas con discapacidad, por lo que ante esta situación y atendiendo también a las necesidades manifestadas por las personas con discapacidad, en los que el deseo de desarrollar un proyecto de vida autónomo no tiene por qué pasar necesariamente, ni en todo momento, por el ámbito académico y/o profesional, sería conveniente revisar estos criterios de acceso a la prestación. De este modo se está restringiendo el acceso a un grupo muy reducido y que ni siquiera va a poder mantener durante toda su vida, ya que los proyectos vitales de vida autónoma, varían a lo largo de la vida, pero tienen algo en común: durante toda la vida se tiene el deseo de desarrollar este proyecto de manera autónoma.

Como muestra de todas las necesidades que se podrían cubrir a través de esta prestación queremos mostrar algunos datos de la Encuesta de Integración Social y Salud efectuada en 2012, el 69,4% de las personas con discapacidad encuestadas manifestaban limitaciones en su capacidad para realizar solas actividades de ocio o para salir de casa el 58,8%, para el acceso a un empleo adecuado (40,9%), entre otras acciones vitales para el desarrollo personal y de un proyecto de vida autónomo. No olvidemos que el desarrollo de la Autonomía está en el enunciado de la Ley, y mediante la limitación de acceso a esta prestación a un par de opciones de vida se estaría contraviniendo el espíritu mismo de la Ley.

Recientemente se ha venido desarrollando legislación autonómica y podemos destacar como en la reciente Ley de derechos y atención a las personas con discapacidad en Andalucía, la asistencia personal se reconoce como derecho.

En el caso de Castilla y León es compatible con todos los servicios, prevención y promoción, teleasistencia, ayuda a domicilio y residencias. El caso de Galicia resulta novedoso, pues a través de un decreto se ha regulado de manera exhaustiva constituyendo un caso de buena práctica, detallando por ejemplo las acciones que incluirá la prestación, además de ampliar el régimen de compatibilidad con la asistencia en el hogar, siempre y cuando ambas sean prestadas con intensidad parcial. El caso de la Comunidad de Madrid, en el que si bien existe un programa piloto con muy buena valoración, el acceso al mismo está limitado y sigue sin ampliarse la posibilidad de acceder a este programa.

Sin embargo, a raíz de la prospección y el estudio de fuentes oficiales podemos llegar a la conclusión de que la documentación y fuentes de datos oficiales sobre la asistencia personal en el estado, es escasa y está poco elaborada y sobre todo, resulta difícilmente comparable la información cuantitativa, (número de prestaciones entregadas) desarrollada a nivel autonómico, pues los criterios para determinar, por ejemplo la intensidad de la misma son variables, y por tanto hay Comunidades que la asimilan a la Ayuda en el Hogar y establecen prestaciones de Asistencia Personal de un número ínfimo de horas, hecho duramente criticado por las organizaciones del movimiento asociativo de la discapacidad. En cualquier caso, los datos apuntan a que esta prestación es residual dentro del sistema. De las comunidades autónomas estudiadas Castilla y León es la comunidad con mayor implantación del recurso (0,6%), si bien se vierten algunas críticas sobre la misma, derivado de la intensidad que en la misma se prestan y que hacen muy dudoso que puedan servir para desplegar un proyecto de vida independiente. Andalucía es la que menor implantación tiene.

Actualmente se está negociando a nivel estatal en el CERMI si las personas que prestan la asistencia personal han de reunir una serie de requisitos o estos deben ser flexibles, ya que como señalan las personas participantes en los grupos, cada persona necesita algo diferente y se necesita de flexibilidad y adaptabilidad. También está en negociación en qué convenio colectivo se les debe encuadrar.

La puntualización en lo normativo lleva a observar otras limitaciones como son: la limitación de las cuantías, las largas listas de espera y la quasi imposibilidad de acceder a la prestación.

En este sentido, el movimiento asociativo de la discapacidad, liderado por COCEMFE, está trabajando desde hace años, entre otras, para que la administración genere un marco normativo que facilite la contratación de asistentes personales, a través de la creación de una relación laboral de carácter especial que sea acorde con las necesidades de las personas usuarias y los derechos de los/as profesionales y que la cualificación profesional de las personas que desarrollen la asistencia personal sea determinada por las personas con discapacidad, ya que son estas últimas las que saben qué perfil necesitan para desarrollar su propia vida.

Lo cierto es que a lo largo del trabajo cualitativo se ha observado el desconocimiento de la figura de la Asistencia Personal tanto entre las trabajadoras sociales, desorientadas en la regulación de este recurso y por las reducidas ocasiones en las que se ha gestionado, así como entre las solicitantes y sus cuidadoras, quienes argumentan la falta de información.

Así, el asombro entre las personas con discapacidad y sus cuidadoras ante la posibilidad de solicitar este recurso responden a la desinformación (incluso quienes tienen incluido en el PIA la Asistencia Personal, no saben de qué se trata y tampoco que lo podían solicitar) y a la experiencia vivida por una minoría que argumenta no tener información sobre la prestación debido a que no se visibiliza ni se promociona. Por tanto, el desconocimiento conlleva a la imposibilidad de imaginar para qué podría ser utilizado el recurso en la vida diaria, y a la confusión entre asistencia personal y ayuda a domicilio.

En ocasiones la negación de tener dificultades para desarrollar determinadas tareas cotidianas impide proyectar todas las posibilidades que la figura de asistente personal podría tener. Esto creemos que se debe a la necesidad que sienten algunas personas de

seguir desarrollando los mismos roles y de la misma forma que si no tuviesen una discapacidad.

También, para muchas de las personas con discapacidad participantes en esta investigación, la inercia de toda una vida desarrollando determinadas tareas con el apoyo de su entorno familiar, le impide proyectar todas las posibilidades que la figura de la asistencia personal podría tener.

Al abordar la Asistencia Personal con las familias, se pone de manifiesto la necesidad de las familias-personas usuarias de romper el binomio prestación de cuidados básicos-relación familiar, vínculo que afecta a ambas partes por igual. Por una parte, las personas en situación de dependencia claudican en la petición de acceso a muchos derechos por no involucrar a la familia en esa vorágine y al mismo tiempo las familias también ven limitadas sus relaciones sociales por la prestación de cuidados de forma continuada. En algunos casos, también se han puesto de manifiesto tensiones, por parte de algunos familiares, para aceptar la figura de la Asistencia Personal en el ámbito del cuidado de las personas con discapacidad.

La reflexión de las trabajadoras sociales sobre las posibles razones por las que esta prestación es la menos concedida giran en torno a su-desconocimiento sobre la propia prestación, su funcionamiento y las posibilidades de gestión, la falta de información de las propias personas susceptibles de ser usuarias, la facilidad/dificultad de acceso a la asistencia personal según el medio sea rural o urbano y las implicaciones en cada medio, o el papel de la administración en la visibilización y apuesta por desarrollar esta figura.

La puesta en común de los grupos participantes en la investigación con personas que actualmente tienen concedida la prestación económica de asistencia personal, ha evidenciado un cambio en la percepción del papel de la asistencia personal en todas las personas participantes en el estudio, poniendo de manifiesto la importancia de esta figura en el desarrollo vital de las personas con discapacidad en situación de dependencia, trascendiendo su papel al empleo y educación y revelándose el elemento potenciador de la asistencia personal para el desarrollo de una vida activa, por ejemplo para dar apoyo a las personas con discapacidad en viajes, para favorecer la comunicación con otras personas (personas con dificultades en el habla), recuperando un espacio de independencia mutua tanto para la persona con discapacidad, como para su entorno familiar.

En conclusión, la figura de la asistencia personal posibilita que las personas con discapacidad pasen de posicionarse como sujetos pasivos, para algunas dimensiones de la vida diaria, a poder expresar una forma de afirmación de la personalidad propia y como sujetos activos. Se trata de una figura esencial para fomentar la autonomía y vida independiente de las personas con discapacidad, ya que se basa en un modelo que otorga preferencia a las elecciones vitales, para que cada persona construya su proyecto de vida y sea la verdadera protagonista de ella. Es una herramienta fundamental para hacer valer los derechos humanos de las personas con discapacidad.

La financiación del sistema, el copago y sus efectos sobre la situación de las personas con discapacidad

El marco regulatorio del sistema de financiación a priori, y ateniéndonos al espíritu de la Ley, parece que trata de alcanzar los criterios de equidad y reparto justo de cargas y corresponsabilidad entre las diferentes administraciones. Si bien las dificultades para articular política y administrativamente el funcionamiento de las diferentes administraciones territoriales ha complicado la puesta en marcha. Prueba de estas dificultades podemos encontrarla en la disparidad de criterios para aplicar los acuerdos del Consejo Territorial del SAAD. El modo de implementar y desarrollar la ley, sobre todo en lo referente a la aplicación de la cartera de servicios y prestaciones en función de las necesidades o prioridades de cada una de las administraciones territoriales ha derivado en que el nivel mínimo de protección garantizado, aportado por la Administración General del Estado, y repartido entre las comunidades autónomas en función de una serie de criterios; número de personas beneficiarias y Grado de Dependencia y número de prestaciones reconocidas, entre otros, provocó que se generaran situaciones de inequidad entre las administraciones y derivó en sucesivas modificaciones para tratar de equilibrar el reparto del mismo. La implementación de la ley se ha visto truncada por varios factores.

En primer lugar, una insuficiente dotación económica, derivada de una falta de previsión respecto del volumen real de gasto que supondría y en segundo lugar la crisis económica que provocó un duro golpe para el sistema, no solo por la suspensión del nivel acordado, sino también por las medidas adicionales derivadas de la Ley 20/2012. La coincidencia de estos factores provocó un quasi colapso del sistema incrementándose las listas de espera, ya grandes, posponiendo la entrada en vigor del reconocimiento de prestaciones y servicios para el Grado I, y el insuficiente desarrollo de la cartera de servicios públicos.

Los efectos de este sistema sobre las personas con discapacidad física y orgánica es lo que hemos tratado de abordar en esta investigación y nos gustaría incidir sobre aquellos aspectos que más relevancia han tenido en las entrevistas y grupos de discusión realizados y que, tienen su reflejo en el análisis jurídico y cuantitativo realizado. Nos gustaría centrarnos en 2 grandes bloques, por un lado, el modelo de financiación del sistema y por otro la participación económica de las personas beneficiarias en el sistema:

Respecto del modelo de financiación del sistema nos centraremos en 2 ítem:

Los 3 niveles de financiación

Tanto en las entrevistas realizadas a personas expertas, como a las trabajadoras sociales, así como en la bibliografía consultada, y especialmente en este apartado queremos señalar que en el Informe de la Comisión para la Evaluación de la Dependencia se ha señalado que se hace necesario revisar y repensar el modelo de financiación, manteniendo su carácter y esencia finalista. Es decir, cubrir la prestación de los servicios previstos en la Ley.

No obstante, y más allá de la necesidad de revisar el sistema para que efectivamente pueda cumplir con su cometido y que a todas luces se ha mostrado insuficiente, desde los diferentes agentes se señala la necesidad de revertir los recortes efectuados en 2012. Esto es, recuperar el nivel acordado, cuya suspensión se ha estimado en un detraimiento de 1.132.789.680 € del sistema (a fecha de 2017). Si bien, en los grupos de discusión no se menciona directamente la recuperación del nivel acordado o el Real decreto 20/102 de 13 de julio, los efectos que esto ha tenido sí que están presentes a lo largo de los mismos en

forma de queja por los recortes producidos, las variaciones en los criterios para la determinación de la intensidad de los servicios o la pérdida de derechos producida a raíz de dichas medidas, así como los cambios en la entidad prestadora del mismo. Por todo ello, también se hace necesaria la recuperación de las cuantías mínimas del nivel de protección mínimo a los niveles anteriores al decreto 20/2012.

A lo largo del trabajo de campo desarrollado durante esta investigación se ha demandado por las personas participantes que el sistema de financiación pueda cumplir con el cometido de hacer efectivo el derecho subjetivo reconocido en la misma Ley y que, se cuestiona que realmente se esté haciendo un efectivo reconocimiento. En este sentido, se plantean posibles alternativas para que la financiación no esté sujeta a vaivenes.

Si tal y como se ha definido en numerosas ocasiones, la atención a la dependencia constituye el cuarto pilar del Estado de Bienestar, debería tener un sistema de financiación homólogo al resto de pilares: sanidad, educación y pensiones.

La insuficiente dotación presupuestaria y los recortes en el sistema

Una baja dotación presupuestaria impide poner en marcha y desarrollar todos los servicios y prestaciones que la ley estipula, siendo los servicios de promoción de la autonomía personal y la prestación de asistencia personal las más perjudicadas, llegando a considerarse por parte de las participantes, casi como lujos, al que no se tiene por qué tener derecho, o complementos a la Ley, cuando en realidad su consideración es la misma que la del resto de la cartera de servicios, es decir un derecho.

Por otro, la inestabilidad del presupuesto asignado y su volatilidad, en tanto su definición queda sujeta a la coyuntura política o económica, ocasiona que también los servicios o prestaciones que están en funcionamiento se vean modificados, perjudicando a las personas usuarias y a sus cuidadoras. En este sentido, la reducción de la intensidad en las horas de atención domiciliaria, por ejemplo, tienen un efecto directo sobre la calidad de vida de las beneficiarias del servicio puesto que sus necesidades no disminuyen, más bien al contrario, estas aumentan con el tiempo. También se ha señalado la disparidad de precios de los servicios como un factor que genera inequidad en el sistema y la necesidad de llegar a un acuerdo en el seno del Consejo Territorial para la determinación de los precios de los servicios.

Otro efecto, derivado de los recortes producidos en la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar, concretamente de la supresión de las cotizaciones a la Seguridad Social, ha tenido un impacto especialmente grande sobre el colectivo de mujeres, que no podemos obviar que son las que asumen el trabajo de cuidados de manera principal, afectando a sus condiciones y calidad de vida. Recordemos que prácticamente el 90% de las personas que recibían la prestación dejaron de cotizar a la Seguridad Social cuando ésta dejó de cubrirse por parte del IMSERSO y se les dio la opción de seguir cotizando por su cuenta. Por tanto, estas mujeres que han tenido que priorizar los cuidados de sus, hijos/as, parejas, o progenitores sobre la posibilidad de desarrollar una carrera profesional, realizando una labor de cuidados, que en teoría corresponde a las administraciones públicas, cargan sobre una exigua, tal y como se señala en los grupos, prestación de cuidados en el entorno familiar dos cuestiones; por un lado, la cobertura de necesidades económicas de subsistencia básicas y por otro la cobertura de las cotizaciones la Seguridad Social para proveer a esta persona de una futura pensión, por haber dejado de lado la posibilidad de trabajar.

En este sentido creemos que existe una doble penalización económica sobre las mujeres, pues de un lado suplen al estado en la prestación de un servicio, por una cuantía

considerada por todos los agentes como irrisoria, y por otro no pueden cotizar, ya sea por no poder desarrollar otra carrera profesional o porque el estado no cubre esta cobertura y con la prestación no llega.

También querríamos señalar que si bien la Prestación económica para cuidados en el entorno familiar se pensó como una prestación supletoria, para casos excepcionales y que su excesivo desarrollo ha sido considerado como pernicioso, puesto que ha permitido a las administraciones dejar de desarrollar una red de servicios públicos, cargando sobre las cuidadoras el peso de ejercer los cuidados, no por ello se ha de penalizar a las personas que los están ejerciendo mediante la reducción de las cuantías, la eliminación de la retroactividad o de las cotizaciones a la Seguridad Social.

Creemos que también se hace necesario llegar a un acuerdo en el seno del Consejo Territorial en materia de incompatibilidades, atendiendo a los diferentes modelos desarrollados por las comunidades autónomas y tratando de flexibilizar las mismas puesto que, tal y como nos han trasladado en los Grupos de Discusión y las entrevistas de trabajadoras sociales, las personas con discapacidad necesitan de la combinación de diversos servicios, o prestaciones para poder tener una calidad de vida aceptable.

En definitiva, una dotación presupuestaria insuficiente provoca que, aunque el derecho se reconozca, el acceso no sea efectivo.

La participación de las personas beneficiarias del sistema: Copago y repago

A lo largo de los grupos nos hemos encontrado con bastante confusión, incluso entre las propias trabajadoras sociales, respecto del copago. Una característica general a la normativa autonómica y resaltada ya en otros informes es su falta de uniformidad y complejidad fruto de un marco regulatorio que como hemos analizado previamente se caracteriza por su dispersión, poca claridad y sujeto a cambios cada poco tiempo y atendiendo a que las necesidades presupuestarias de las autonomías, o del estado pueden variar.

Diferentes informes y algunas de las expertas consultadas recomiendan refundir y llegar a acuerdos que permitan unificar los criterios para la determinación de la participación de las beneficiarias en el sistema. El hecho de que existan 17 regulaciones diferentes, no hacen sino ahondar en las diferencias entre las personas sujetas de derecho. Es más, los criterios para la determinación de la renta de las beneficiarias, también son un elemento provocador de desigualdad. Por ejemplo, se señala el hecho de tener o no en cuenta el patrimonio, o el establecimiento o no, de diferentes límites exentos dentro del patrimonio.

Por otro lado, a lo largo de los años se han desarrollado múltiples normativas que hacen referencia a algún aspecto específico del sistema de copago, especialmente los precios de referencia de los servicios y que en algunos casos pueden variar, como por ejemplo en la ayuda a domicilio, desde los 9€/hora hasta los 45€/hora dependiendo del ayuntamiento o la empresa que gestione el servicio. Dicha normativa se despliega en una multiplicidad de fórmulas de cálculo que dificultan sobremanera la comprensión del sistema y que da pie a enormes inequidades entre beneficiarios de una comunidad u otra. También se ha señalado que la exención del copago por parte de la Comunidad de Madrid se ha realizado repercutiendo en el número de plazas, es decir, no se paga, pero no se abren nuevas plazas y las listas de espera se incrementan enormemente.

Ahondando en el marco regulatorio para el copago también se ha señalado por parte de las expertas y de manera indirecta en los grupos, como el propio sistema para determinar la renta y por tanto la participación tiene un componente regresivo, ya que se carga mayoritariamente sobre los tramos intermedios la mayor parte de coste, es decir las denominadas clases medias.

Es más, el informe de la comisión para el análisis de la dependencia señala este factor regresivo de la misma, cargando los costes sobre las rentas más bajas y virtualmente eliminando la progresividad al establecer un máximo, hecho que favorece a las rentas más altas. Esta consideración se acrecienta más dados los mecanismos para determinar la capacidad económica si en los mismos se incorpora el patrimonio, pues puede dar lugar a que las rentas más bajas acaben por tener un copago más alto de su líquido disponible. Debemos señalar también que entre las personas con discapacidad se concentran tramos de rentas más bajas y que por añadidura tienen más dificultades de acceso al mercado laboral y por los gastos extraordinarios en que deben incurrir y que la concentración de los tramos de copago en estas rentas, perjudica gravemente a las mismas.

Partiendo de que las entidades representativas del sector, así como buena parte de las personas participantes de los grupos, y las trabajadoras sociales entrevistadas abogan por la supresión del Copago, ya que este, por pequeño que sea tiene un impacto directo en las condiciones de vida de las personas con discapacidad, pues si ya de por sí los ingresos derivados de la PNC, u otras prestaciones son escasas, las limitaciones que se suman por el copago son relevantes no sólo en términos de poder llevar a cabo un proyecto de vida autónomo, sino también a la hora de hacer frente a gastos específicos, relacionados con la discapacidad (productos de apoyo, adaptaciones, terapias, etc.) y ordinarios (vestimenta, alimentación, etc.). Es más, muchas veces, y tal y como se ha repetido sin descanso en los grupos, se debe hacer frente “a mayores” de la cobertura del servicio. Es decir, las personas han tenido que contratar horas extra de ayuda a domicilio, horas extra de asistencia personal, horas extra de fisioterapia, logopedia, etc. etc. Al hecho de tener que complementar los servicios, que ya tienen copago, por una insuficiente cobertura se la ha denominado por parte de diversos agentes “repago”.

Considerando todo lo anterior, y que como primera reivindicación tenemos la supresión del copago, se acepta que en estos momentos la participación económica de las beneficiarias en el sistema es innegociable, y por ello se aboga por elevar los tramos exentos del mismo. Si bien en los grupos de discusión y entrevistas se elaboraron diferentes propuestas para elevar esta exención de copago, concretamente desde el CERMI se aboga por elevarlo a 2,5 veces el IPREM.

Por último, nos gustaría abordar un aspecto relevante para esta investigación y que también ha sido abordado profusamente en los grupos y es la cantidad de dinero disponible para gastos personales, el “mínimo Vital”. Esta cuantía varía entre diferentes comunidades autónomas y en función también de si se considera la discapacidad como un elemento determinante o no, para la consideración de gastos extraordinarios. En general, en el marco regulatorio autonómico es una referencia genérica al 19% del IPREM como mínimo, incrementándose hasta un 25% si la persona tiene discapacidad y se considera que debe hacer frente a gastos extraordinarios.

A pesar de ello, la valoración que se realiza de la misma en los grupos ha sido realmente negativa, pues se considera que con ese dinero las personas apenas pueden subsistir, esta cantidad debe, cuanto menos, salvaguardar la dignidad de la persona.

En este sentido Galicia es la única autonomía que ha desarrollado normativamente este aspecto con suficiente profundidad. Creemos que la regulación de esta cantidad reservada para gastos personales debería ser objeto de regulación estatal, más allá de una recomendación del Consejo Territorial, para no dar lugar a las grandes diferencias que en este momento se están dando y para que se regule de manera efectiva y las condiciones de subsistencia de estas personas no se vean mermadas como lo están siendo en este momento. Para ilustrar de manera clara de lo que estamos hablando las cantidades entre las que está oscilando esta cantidad y a la que se hace referencia en los grupos son cantidades de entre 60€ y 100€ para gastos personales al mes.

Bibliografía:

Análisis econométrico. Estudio comparativo de la asistencia personal y la atención residencial. Oficina de vida independiente de la Comunidad de Madrid. Aspaym Madrid.

Base de datos de El Observatorio de la discapacidad y mercado de trabajo (ODISMET).

Base Estatal de Datos de Personas con Discapacidad (BEDP). 31 de diciembre de 2016.

Beitia, R. y Pardavila, B. (2016): La Ley de dependencia: costes reales y financiación total durante el periodo 2012-2015. Revista Española de Discapacidad, 4 (2):189-204.

Cano Esteban, A., Díaz Velázquez, E., Rodríguez Díaz, S., Toboso-Martín, M., & Vázquez Ferreira, M. Á. (2015). *Discapacidad y políticas públicas. La experiencia real de la juventud con discapacidad en España*. Madrid: Libros de la Catarata.

Castro Vadillo, Nelly Julia (2015): Análisis de la gestión de la dependencia bajo el enfoque pluralista del estado de bienestar. El caso andaluz: Huelva. Universidad de Huelva.

Censo de personas con discapacidad. Consellería Política Social. Xunta de Galicia. Datos 31 de diciembre 2017.

Codorniu, J. M y Montejo Sarrias, I. El copago en la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: análisis de las introducidas en la resolución de 13/7/2012. Fundación Caser.

Colectivo IOÉ, (Pereda, C. de Prada, M.A. y Actis, W.) (2012). *Discapacidades e inclusión social*. Colección Estudios Sociales N°33. Barcelona: Obra Socia “La Caixa”.

Constitución Española (1978). Visto en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo (2006). Visto en <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

Decreto 149/2013, de Galicia, de 5 de septiembre, por el que se define la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y se determina el sistema de participación de las personas usuarias en la financiación de su coste.

Decreto 15/2010 de Galicia, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa Individual de Atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes.

Decreto 168/2007 de Andalucía, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración.

Decreto 23/2018, de Galicia, de 15 de febrero, por el que se modifica el Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por el que se define la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, y se determina el sistema de participación de las personas usuarias en el financiamiento de su coste.

Decreto 54/2015, de Madrid, de 21 de mayo, por el que se regula el procedimiento para reconocer la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad de Madrid.

Decreto 70/2011, de Castilla y León, de 22 de diciembre, por el que se establecen los precios públicos por servicios prestados por la Administración de la Comunidad de Castilla y León en el ámbito de los Servicios Sociales.

Decreto 99/2012, de Galicia, de 16 de marzo, por el que se regulan los servicios sociales comunitarios y su financiación.

El empleo de las personas con discapacidad. Año 2016. INE.

Encuesta de integración social de salud (EISS-2012). INE.

Estadísticas atención a personas con discapacidad. Servicios Sociales Junta de Castilla y León.

Estrategia Gallega sobre Discapacidad 2015 - 2020. Xunta de Galicia. Noviembre 2015.

Estrategia Madrileña de Atención a personas con discapacidad 2018 – 2022.

FEAPS (2013). Informe sobre la regulación de la participación económica del beneficiario en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Visto en <https://enfermedades-raras.org/index.php/mapa-de-politicas-socio-sanitarias/9826-regulaci%C3%B3n-de-la-participaci%C3%B3n-econ%C3%B3mica-del-beneficiario-en-el-saad>

Ferreira, M. A. V. (2017). “La discapacidad: entre la formalidad político-discursiva y experiencia in-corporada”. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*, Nº23. Año 9, 20-32.

Iáñez Domínguez, A. I. y Aranda Chaves, J. L. (2017): *Impacto Económico y Social del proyecto de Asistencia Personal de ViAndalucía*. Universidad Internacional de Andalucía (UNIA). Sevilla.

Índice de desarrollo de los Servicios Sociales. (2017). Índice DEC. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.

Informe de Fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las comunidades autónomas para la adecuada aplicación de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Nº 1035. (2014) Tribunal de Cuentas.

Informe de la Comisión para el Análisis de la Situación del Sistema de Dependencia, de su sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia. 6 de octubre de 2017.

Informe del Mercado de Trabajo de las Personas con Discapacidad (2018). Servicio Público de Empleo Estatal.

Informe Ejecutivo 2017. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Junta de Andalucía.

Informes: Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. IMSERSO. Años 2017 - 2018.

Instituto de Estadística de Castilla y León. Estadísticas atención a personas con discapacidad. Servicios Sociales Junta de Castilla y León.

Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. <http://www.madrid.org/iestadis/>

Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. IMSERSO. Información estadística destacada del SAAD. Estadísticas mensuales del SAAD.

Instituto Galego de Estadística.

Jiménez Lara, A. y Huete García, A. (Coords.) (2018): *Informe Olivenza 2017, sobre la situación general de la Discapacidad en España*. Edit. Observatorio Estatal de la Discapacidad.. www.observatoriodeladiscapacidad.info

Jiménez-Martín, S. y Viola, A. (2017). *Observatorio de dependencia. Estudios sobre la Economía Española. 2017/22.* FEDEA.

Juan M^a Prieto Lobato (coord.) (2016). *Estudio sobre el Servicio de Asistencia Personal.* Impulsado por la Gerencia de Servicios Sociales y CERMI – Castilla y León. Valladolid. Jornada de Asistencia Personal: construyendo el camino hacia la inclusión. Plena Inclusión Castilla y León.

Las personas en situación de dependencia. El compromiso de la Comunidad de Madrid con la atención a la dependencia. Comunidad de Madrid. Obra Social Caja Madrid.

Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

Ley 2/2012 de Presupuestos Generales de Estado.

Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Ley 4/2017, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía.

Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad.

Ley 7/2013 de 30 de abril, de medidas extraordinarias y urgentes para la lucha contra la exclusión social.

Ley 9/2016, de Andalucía, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía.

Nota de Prensa INE. El Salario de las Personas con Discapacidad. Explotación de la Encuesta Anual de Estructura Salarial 2016 y de la Base de Estatal de Personas con Discapacidad. https://www.ine.es/prensa/spd_2016.pdf

Orden de 10 de marzo de 2016, de Andalucía, por la que se modifican los costes máximos de las plazas objeto de concertación con centros de atención a personas mayores y personas con discapacidad.

Orden de 15 de noviembre de 2007, de Andalucía, por la que se regula el Servicio de ayuda a domicilio.

Orden de 2 de enero de 2012, de Galicia, de desarrollo del Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, el procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes

Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.

Orden de 31 de mayo de 2016, de Galicia, por la que se modifica el módulo de financiación del servicio de ayuda en el hogar a personas en situación de dependencia.

Orden de 6 de noviembre de 2014, por la que se modifica el modelo de solicitud del Procedimiento para el Reconocimiento de la Situación de Dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales.

Orden FAM/644/2012, de 30 de julio, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales

Orden FAM/824/2007 de 30 de abril, de Castilla y León, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia.

Orden FAM/891/2014, de 17 de octubre, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones destinadas a favorecer la autonomía personal de personas en situación de dependencia en la Comunidad de Castilla y León.

Ortega Alonso, E et al. (2015). Situación de la Asistencia Personal en España. Edit.cabrera.

Pozo-Rubio, Pardo-García y Escribano-Sotos: *El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2102*. Gac. Sanit. 2017; 31(1):23-29.

Prada, Mª Dolores y Borge, Luis M. (2014) *Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación*. Universidad de Valladolid y Fundación Caser.

Prada, Mª Dolores y Borge, Luis M. *Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación*. Documentación Social, nº 177, 2016.

Presupuestos Generales de la Comunidad de Andalucía (2018).

Presupuestos Generales de la Comunidad de Castilla y León (2018).

Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid (2018).

Presupuestos Generales de la Xunta de Galicia (2018).

Quezada García, M.Y. y Huete García, A. (2016) *Estudio sobre Promoción de Autonomía Personal en Discapacidad en Extremadura*. Edit. Observatorio de la Discapacidad.

Real Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre, por el que se regula el nivel mínimo de protección establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

Real Decreto-Ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público

Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

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.

Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se establece el coste máximo por día de plaza ocupada relativo a la acción concertada en materia de reserva y ocupación de plazas en Centros de Servicios Sociales.

Resolución de 23 de febrero de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad de Castilla y León, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2011.

Resolución de 23 de febrero de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Andalucía, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2011.

Resolución de 31 de octubre de 2014, de la Gerencia de Servicios Sociales, por la que se convocan ayudas individuales destinadas a favorecer la autonomía personal de personas en situación de dependencia en la Comunidad de Castilla y León para el año 2014.

Rodríguez y Ferreira, M.A. (2010). “Desde la *dis*-capacidad hacia la diversidad funcional. Un ejercicio de *dis*-normalización”. *Revista Internacional de Sociología*, Vol 68, Nº 2, 289-309.

Toboso Martín, M. (2013). “De los discursos actuales sobre la discapacidad en España”. *Política y Sociedad*, Vol.50, Nº 2, 681-706.

XVIII Dictamen del Observatorio. la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Las Personas en Situación de Dependencia (2017). Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.

XVIII Dictamen del Observatorio. la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Las Personas en Situación de Dependencia (2017). Anexo Comunidades Autónomas. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.

Coordinación:

COCEMFE

M^a Elena Antelo García

Laura López Pintos



Equipo de investigación:

Grupo Cooperativo TANGENTE

Laura Cassain

Javier González Abeytua

Sara González Servant

Carmina Valverde Pinilla





COCEMFE es una Organización no Gubernamental sin ánimo de lucro que se constituyó en 1980. Su misión es conseguir la plena inclusión y participación activa de las personas con discapacidad física y orgánica en todos los ámbitos de la sociedad, a través de la promoción, defensa y reivindicación del ejercicio de sus derechos, así como de la coordinación, representación e impulso de su Movimiento Asociativo, contribuyendo así a la construcción de una sociedad inclusiva y diversa.

Contacto:
COCEMFE
C/ Luis Cabrera, 63 - 28002 Madrid
cocemfe@cocemfe.es
917 443 600

Maquetación: Grupo Iniciativas de Comunicación Integral, S.L. Tel. 985 39 22 90
info@grupoiniciativas.com / www.grupoiniciativas.com

Imprime: Gráficas Rigel