

SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: UN GIRO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

SYSTEM TO THE AUTONOMY AND ATTENTION TO THE DEPENDENCE: A TURN IN THE PUBLIC POLITY OF SOCIAL PROTECTION.

Palabras clave del autor: Estado de bienestar, Asistencia Social, Servicios Sociales, Discapacidad, Dependencia, SAAD, Ley de Dependencia.

Keys words: Well being state, Social Assistance, Social Services, Disability, Dependence, SAAD, and Law of Dependence.

DECS: Bienestar social, Asistencia social, servicios sociales, Personas con Discapacidad

Mesh: Social Welfare, Social Assistance, Social Services, Disabled Persons

Coordinadora del documento:

Dña. Inés Calvo Torres

Terapeuta Ocupacional, Sistema Gallego de Atención a la Dependencia (Lugo)



Autores:

Dña. Raquel Rodríguez Campo

Terapeuta Ocupacional, Sistema Gallego de Atención a la Dependencia (Vigo)

Dña. Inés Calvo Torres

Terapeuta Ocupacional, Sistema Gallego de Atención a la Dependencia (Lugo)

Dña. María Vanessa García Crespo

Terapeuta Ocupacional, Sistema Gallego de Atención a la Dependencia (A Coruña)



Introducción

La sociedad actual está marcada por la huella de la historia: nada tiene que ver con la sociedad de inicio de siglo, ni siquiera con la sociedad de hace apenas unas décadas. Las personas con discapacidad no son ajenas a esa realidad. Desde la visión que sobre ellas existía durante la Edad Media, en la que eran quemadas, asesinadas o encerradas como medio para su propia salvación, hasta la visión actual, marcada por la igualdad de oportunidades, donde la persona con discapacidad defiende su derecho a integrarse en plenitud en la comunidad, han sufrido las consecuencias de una sociedad dominante que les confería o denegaba sus derechos.

Los sistemas de protección pública han sufrido también una transformación paralela a la evolución de los colectivos y las problemáticas sociales.

D. Jesús López Otero

Terapeuta Ocupacional, Sistema Gallego de Atención a la Dependencia (Santiago de Compostela)

Dña. Alba María Vázquez Otero

Terapeuta Ocupacional, Unidad de Atención Temprana – Complejo Hospitalario Juan Canalejo (A Coruña)

Como citar este documento:

Rodríguez Campo R, Calvo Torres I, García Crespo MV, López Otero J, Vázquez Otero AM. Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [-fecha de la consulta-]; 5(8): [32 p.]. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/num8/pdfs/revision1.pdf>

Texto Recibido : 21/07/2008

Texto Aceptado: 09/08/2008

RESUMEN

La educación, la sanidad y el sistema de prestaciones se configuran como los tres pilares básicos del Estado de Bienestar. Con la aprobación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LPAPAD), muchos han visto el surgimiento de un cuarto pilar. Nace con el objetivo de ofrecer protección frente a las situaciones de dependencia personal, generando un nuevo derecho universal y acercando las políticas sociales de nuestro país a las de las sociedades más avanzadas de Europa. Este documento nos aproxima a la historia de los sistemas de protección social, con especial hincapié en el estado de bienestar y la evolución de los servicios sociales en nuestro país, para poder comprender el contexto en el que surge la LPAPAD. Se realiza una breve introducción a la ley y al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), a fin de facilitar que el lector pueda familiarizarse con sus contenidos y las distintas fases del proceso, para analizar en el documento siguiente el papel del terapeuta ocupacional en todo ello.

SUMMARY

Education, health and benefits system are the three basic pillars of the Well being State. With the approval of the Law 39/2006 of Promotion of the Personal Autonomy and Attention to the People in situation of Dependence (LPAPAD), many have seen the emergence of fourth pillar. It borns to offer protection to face to situations of personal dependence, creating a new universal right and approaching the social policies of our country to the most advanced societies of Europa. This document comes near us the history of social protection systems, with special emphasis on the well-being state and the evolution of social services in our country, in order to understand the context in which LPAPAD arise. Is a brief introduction to law and System for Autonomy and Attention to the Dependence (SAAD), to facilitate that the reader can familiarize whit its contents and the different stage of the process, to analyze in the following

El estado de bienestar y su compromiso con la realidad social

A lo largo de la historia, los poderes públicos estatales han ido asumiendo funciones que tradicionalmente desempeñaban los gobiernos municipales y las iglesias.

A lo largo de la historia, los poderes públicos estatales han ido asumiendo funciones que tradicionalmente desempeñaban los gobiernos municipales y las iglesias. Muchas de estas funciones han venido a conformar lo que hoy conocemos como estado de bienestar (EB), que puede ser definido como un conjunto de instituciones públicas proveedoras de políticas sociales, dirigidas a la mejora de las condiciones de vida y a promocionar la igualdad de oportunidades de los ciudadanos⁽¹⁾.

Si echamos la vista atrás, encontramos dos figuras políticas con concepciones muy diferentes,

document the role the occupational therapist in all it.

Bismarck (Alemania) y Beveridge (Inglaterra), que han construido los cimientos del EB, con la creación de los sistemas de seguridad social.

Por un lado, la aportación de Bismarck ha establecido la base de la moderna seguridad social según el principio contributivo, mediante el que se financia un sistema básico de aseguramiento colectivo⁽²⁾.

Beveridge, sin embargo, plantea la necesidad de una seguridad social asistencial, que proteja las necesidades de cualquier individuo mediante la contribución de todos.

El primero de los modelos planteados, está basado en la contribución, es decir, el importe de las prestaciones depende de las aportaciones monetarias realizadas por las personas mientras ha durado su estancia en el mercado laboral. Estas cotizaciones son las que financian los futuros subsidios que se lleguen a necesitar. Los trabajadores renuncian obligatoriamente a una parte de sus remuneraciones para constituir un fondo que se utilizará para cubrir, cuando se tenga necesidad, los gastos de atención de la salud y los suministros de ingresos cuando no puedan trabajar, ya sea por la edad, accidente, enfermedad o paro involuntario.

El segundo modelo, basado en la teoría universalista de Beveridge, permite que las personas con necesidad económica aguda, aunque no hayan realizado contribuciones a la financiación, tengan un subsidio mínimo. Todas las personas cuyos ingresos provienen del trabajo remunerado o del capital, se ven obligados a renunciar a una parte de sus ingresos para crear un fondo que permitirá el suministro a todos los miembros de la sociedad de un nivel de recursos mínimo; se intenta evitar situaciones de pobreza más o menos extrema, aunque se trate de personas que no hayan formado parte del mercado laboral a lo largo de su vida.

Si intentamos plasmar la realidad del panorama mundial, es fácil observar cómo cada sociedad confecciona sus políticas públicas siguiendo una u otra

concepción. Así pues, en la actualidad Europea, conviven entre otros, cuatro grandes modelos:

MODELO NÓRDICO - Los países nórdicos: Dinamarca, Noruega, Islandia, Suecia y Finlandia, se consideran, en general, "estados de bienestar"; son sociedades igualitarias, con amplios sectores públicos y redistribución del ingreso. El gasto público de los países nórdicos se dirige principalmente a la financiación de servicios de bienestar público y transferencias de ingresos a gran escala. Entre estos servicios encontramos atención a la salud, provisión pública de guardería, diferentes servicios a la infancia, personas mayores y/o con discapacidad, educación gratuita (desde la escuela primaria a la universidad), y medidas de política activa del mercado laboral⁽³⁾. La idea del sistema con respecto a las transferencias es brindar asistencia cuando se la necesita (como persona joven y como persona mayor, por ejemplo), y minimizar de esta manera los riesgos de la pobreza. Los derechos a prestaciones sociales son un derecho constitucional, del que es responsable el Estado y la propia sociedad. Este modelo se puede considerar universal, ya que se sostiene en la tributación general y se caracteriza por el derecho de todos a los mismos servicios y sistemas de prestaciones.

MODELO CONTINENTAL - Es propio de los países del centro de Europa, y en parte de los del sur. Se caracteriza por vincular las prestaciones sociales a la condición de ser trabajador, la debilidad de los servicios de atención a la familia y la consiguiente "familiarización", normalmente a cargo de la mujer, de la atención a los niños y las personas mayores.

MODELO ANGLOSAJÓN - Desarrollado en el Reino Unido e Irlanda. La protección social y la sanidad tienen un carácter más residual y se apoyan en sistemas de "pruebas de necesidad", mientras que la prestación universal está limitada a las personas mayores. El modelo anglosajón, considera que es el empleo, y no las transferencias, la solución a las situaciones de pobreza, y que

lo que hay que tratar es de favorecer la creación de empleo por parte del mercado.

MODELO MEDITERRÁNEO - Este modelo corresponde a cuatro países de la Europa del sur: Portugal, Italia, Grecia y España. Todos ellos han sufrido experiencias de dictaduras y/o gobiernos autoritarios durante el siglo XX, así como retrasos en los procesos de modernización con respecto a la mayoría de los países europeos⁽⁴⁾. El estamento religioso ha tenido una gran relevancia estructural en los cuatro países, aunque a día de hoy la actuación de la iglesia como proveedor de protección social ha disminuido. Tienen en común unos estilos de vida donde la familia juega un papel fundamental, complementario a los servicios ofrecidos por el estado y otras organizaciones, ya que sobre ella recae la mayor parte del peso de los cuidados. Una de las peculiaridades de su EB es que puede ser calificado como una vía media entre los regímenes de Bismarck y de Beveridge. Se trata del modelo social con menores costes y está fuertemente basado en las pensiones y en gastos de asistencia social muy bajos. En todos estos países el acceso a las prestaciones está muy condicionado al cumplimiento de una serie de requisitos.

Este modelo, base de las políticas públicas en España, ha guiado el desarrollo de los servicios sociales en nuestro país, cuya historia como veremos en el epígrafe siguiente está marcada por una fuerte y cambiante evolución política, social y económica en el último siglo.

HISTORIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA

La historia de nuestro país, como la de sus servicios sociales, ha descrito dos etapas muy diferenciadas en su trayectoria, marcadas por un punto de inflexión: la aprobación de la Constitución. Veamos cómo ello ha influido en la creación de las políticas sociales.

1. Periodo pre-constitucional de los Servicios Sociales

Durante esta etapa, los servicios sociales se ven influenciados por tres modelos marcados de acción social: la beneficencia, la asistencia social y el sistema de seguridad social⁽⁵⁾.

La beneficencia, tanto privada como pública, ha constituido una forma de política social marginal, que implica patología social, altas dosis de estigmatización y ostracismo. No reconoce ningún derecho al beneficiario, y depende siempre de la voluntad del benefactor.

La acción benéfica del estado se entiende como un modelo de acción social paternalista, cuya financiación está ligada a la caridad, siendo Auxilio Social la institución de referencia durante la etapa franquista. También las administraciones locales (diputaciones y ayuntamientos) tienen marcadas competencias en materia de beneficencia.

La asistencia social: a finales de los años 50 empieza a haber cierta preocupación por la justicia social y la redistribución de rentas, preocupación que se materializa con la creación de un sistema de Acción Social. Éste, se ocupa de personas que en un momento dado pasan por una situación económica precaria, por lo que reciben una ayuda económica a través de un subsidio, para cubrir necesidades básicas de ese momento. Este modelo fue financiado con fondos públicos y coexistió con el benéfico.

En 1963 se inicia el primer sistema de seguridad social, con la aprobación del salario mínimo interprofesional y la Ley de Bases de la Seguridad Social de 28 de diciembre de 1963. Aparece entonces por primera vez el término Servicios Sociales entendido como un sistema de prestaciones y claramente diferenciado de la Asistencia Social, la cual, pasa a hacerse cargo sólo de las situaciones límite, como el caso de aquellas personas que no tienen derecho a las

prestaciones. Los Servicios Sociales se centran en las prestaciones de derecho estricto, es decir, que comportan derechos subjetivos por parte de los beneficiarios.

En el año 1970 se crea el "Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos" (SEREM), al que le encomendaron acciones encaminadas a la rehabilitación médica, laboral y creación de centros⁽⁶⁾. El SEREM da paso en el año 1978 a un nuevo modelo de gestión de la Seguridad Social, a través de tres entidades gestoras: el INSS, encargado de la gestión de las prestaciones económicas, el INSALUD, que gestiona la asistencia sanitaria, y el INSERSO, encargado de la gestión de los servicios sociales. El INSERSO asumió las competencias de los servicios orientados a las personas con discapacidad física y psíquica, como la calificación de la condición legal de minusvalía (ahora discapacidad), mediante los Equipos de Valoración y Orientación (EVO), o la gestión de determinadas prestaciones dirigidas a estos colectivos.

2. Periodo post-constitucional de los Servicios Sociales

La Constitución Española de 1978 instaura un nuevo modelo de Estado democrático, descentralizado y social. Hace referencia en su artículo 50 y referido a la tercera edad a "...un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio". El artículo 49 encomienda a los poderes públicos realizar políticas de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad. El Estado Constitucional persigue una universalización de las políticas sociales preexistentes.

Las Comunidades Autónomas asumen en sus Estatutos de Autonomía las competencias exclusivas en materia de asistencia y servicios sociales (siguiendo las indicaciones del artículo 148 de la CE), a través de la cooperación

económica y técnica del Estado (que se concreta en el todavía existente Plan Concertado para el Desarrollo de las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales Locales) El objetivo es financiar una red de servicios sociales municipales que garanticen unas prestaciones básicas a los ciudadanos en situación de necesidad.

A partir de este momento, se genera una cascada de nuevos recursos y prestaciones: la sanidad pública se universaliza, del mismo modo que se extiende a todos los ciudadanos el derecho a la educación básica, obligatoria y gratuita. En 1990 nacen las pensiones no contributivas, que garantizan el acceso a las mismas a las personas que no hubiesen cotizado con anterioridad al sistema de la seguridad social (invalidez y jubilación). De la misma forma, las Comunidades Autónomas inician sus programas de rentas mínimas, para asegurar la cobertura de las necesidades básicas a todos los ciudadanos (como el caso de la Renta de Integración Social de Galicia)

En lo referido a las personas con discapacidad, la aparición de la Ley de Integración Social de los Minusválidos⁽⁷⁾ (LISMI) constituye un importante avance en la intervención y atención a este colectivo: es pionera en la formulación de una serie de derechos sociales para las personas con discapacidad, además de recoger los criterios para la calificación de minusvalía⁽⁸⁾ (ahora discapacidad) Esta nueva normativa vincula a los Servicios Sociales en la integración de las personas con limitaciones funcionales, y establece la necesidad de servicios como:

- Servicio de orientación e información
- Servicio de atención domiciliaria
- Servicio de valoración y orientación
- Servicios de atención especializada, residencias y hogares comunitarios
- Servicios de Terapia Ocupacional y ajuste personal y social en centros ocupacionales

La LISMI establece también la creación de prestaciones como el subsidio de movilidad y ayudas de transporte, la garantía de ingresos mínimos, y el complemento de ayuda de tercera persona. Además de todo ello, aborda la necesidad de integración en el mercado laboral de las personas con discapacidad, obligando a todas las empresas públicas y privadas que empleen a más de 50 trabajadores fijos, a la contratación de un número de trabajadores con discapacidad reconocida equivalente al 2% de su plantilla.

Posteriormente, ante la necesidad de renovar la ley y de implementar nuevas medidas de protección social, coherentes con el cambio que en la concepción de la discapacidad supone la aprobación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud⁽⁹⁾ (CIF) (OMS, 2001), se promulga la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Entre sus objetivos principales, se encuentra el diseñar y poner en marcha estrategias de intervención que operen simultáneamente sobre las condiciones personales y sobre las condiciones ambientales (ver figura nº1).



Figura 1: Pilares del Estado de Bienestar

Este desarrollo normativo a lo largo de la historia sobre los sistemas de protección social, y en concreto, sobre las políticas públicas en el campo de las personas con discapacidad, así como la evolución de las problemáticas sociales y la existencia en la actualidad de nuevas demandas por parte de los ciudadanos, justifican y motivan la creación de una nueva Ley Estatal, la 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, objeto de nuestro estudio.

EL NACIMIENTO DE LA LEY 39/2006 DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LPAPAD), entra en vigor el 1 de enero de 2007. Muchos ven en la aprobación de esta Ley el cuarto pilar del Estado de Bienestar Español, ya que persigue una mejora de la calidad de vida de los ciudadanos a través de la creación de un nuevo sistema de protección, de aquellas personas en situación de dependencia y sus familias, acercando las políticas sociales de España a las de los países más avanzados de Europa (Modelo Nórdico)

Es la Organización Mundial de la Salud, el consejo de Europa y la Unión Europea quienes sientan las bases para la atención a la dependencia. Así, el Consejo de Europa, en su recomendación N° (98) 9, del 18 de Septiembre de 1998, establece la necesidad de que los diferentes Gobiernos tomen las medidas necesarias en esta materia, y define la dependencia como el “estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad físicas, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayudas importantes para la realización de las actividades de la vida diaria”⁽¹⁰⁾. Por otra parte, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000) reconoce del derecho de las personas en situación de

dependencia a acceder a los servicios sociales y prestaciones de la seguridad sociales que garanticen la protección necesaria.

En España, hasta su aprobación existe una larga etapa de reflexiones y análisis entre instituciones, organismos y organizaciones. Contó con el respaldo de la práctica unanimidad de las fuerzas políticas representadas en el parlamento, y no estuvo exenta de una gran expectación social, reflejada en las innumerables alusiones que todos los medios de comunicación le dedicaron durante los meses previos y posteriores a su desarrollo y aprobación. Su primera referencia la encontramos en el año 2003 con la renovación del pacto de Toledo donde se reconoce la necesidad de un "sistema integrado que aborde, desde la perspectiva de la globalidad, el fenómeno de la dependencia (...) a través de la elaboración de una propuesta integral de atención a la dependencia." (Recomendaciones del Pacto de Toledo. Congreso de los diputados. 2 de octubre de 2003). Desde este momento, se inicia un proceso que comienza con el encargo al Gobierno de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad de elaborar el Libro Blanco de la Dependencia en España ⁽¹¹⁾. Es un documento que por un lado recoge las dimensiones del fenómeno y por otro establece una serie de propuestas y consideraciones, destacando los retos a los que debería enfrentarse un futuro sistema integral de atención. Hace especial hincapié en que las desventajas en las que se encuentra una persona con discapacidad, no atienden únicamente a criterios personales o de salud, sino también a las limitaciones que la propia sociedad impone a su participación plena y al ejercicio de sus derechos más fundamentales.

Hay personas que no pueden valerse por sí mismas, y siempre las ha habido; pero los modos tradicionales de atenderlas y los criterios de calidad asistencial han evolucionado con el paso de los años. El número de personas afectadas ha desbordado los sistemas que hasta ahora habían previsto las administraciones públicas. Desde hace ya algunas décadas, las poblaciones de los países desarrollados vienen experimentando un proceso de envejecimiento

demográfico sin precedentes⁽¹²⁾. No obstante, a pesar del logro social que supone este aumento en la esperanza de vida, el proceso de envejecimiento poblacional actual y el que se prevé para los próximos años, plantean retos importantes de carácter económico y social.

Hasta hace poco, tanto en España como en la mayoría de los países de la Unión Europea, el fenómeno de la dependencia se ha considerado un problema de índole privada, que debía ser resuelto por las familias. La principal característica de nuestro modelo de atención a la dependencia sigue siendo el papel central desempeñado por las mismas, ya que la mayoría de las personas mayores con dependencia suelen preferir seguir en sus hogares y que sea un familiar próximo quien les proporcione la ayuda que necesitan. Comúnmente es la mujer la que asume el rol de cuidadora, tanto de sus hijos como de sus mayores, prescindiendo a menudo del resto de sus roles como persona. Aún hoy, no es difícil encontrarnos con mujeres que jamás han accedido al mercado laboral por hacerse cargo de los cuidados familiares, o en el mejor de los casos han compatibilizado ambas tareas. Pero, existe un hecho imparable e innegable, que es la incorporación de la mujer al mercado de trabajo. Esta, se ha producido, por delante de las medidas que los gobiernos han aportado como soluciones a los tradicionales cuidados no formales. Por este motivo se prevé un debilitamiento del apoyo informal en nuestro país en los próximos años.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es el cambio en la concepción actual de la persona con discapacidad o con limitaciones funcionales, ya que supone un cambio sustancial en relación a la antigua concepción de enfermos que se atribuía a las personas en estas condiciones. La visión con la que nos encontramos actualmente, entiende a las personas con discapacidad integradas plenamente en la sociedad común, respaldadas por la igualdad de oportunidades para todos, sea cual sea su condición.

Paralela a esta evolución social, ha existido también una evolución terminológica, que ha desembocado en el actual concepto de discapacidad

introducido por la Clasificación Internacional del Funcionamiento en el año 2001 (CIF), que la define como la limitación en la capacidad para llevar a cabo actividades y la restricción en la participación social del ser humano, secundarias a alteraciones de las estructuras o funciones corporales. Desde esta perspectiva que propone la OMS, la discapacidad se entiende como un fenómeno relativo y dinámico, afectado por la evolución de la medicina, la rehabilitación, las ayudas técnicas, etc.

En fin, la necesidad de establecer políticas sociales de atención a las personas en situación de dependencia, es resultado de la evolución de una sociedad cambiante, que ha aumentado su esperanza de vida, y, por tanto, también la morbilidad de su población, que ha reconfigurado sus valores, tradiciones y roles, y que se ha visto inmersa en un exigente y apresurado entorno, que obliga a las personas a formar parte de un mercado laboral dinámico y cada día más especializado.

En este contexto nace la LPAPAD. En Galicia en concreto, lo hace en un entorno de características muy especiales, en el que se hacía urgente el establecimiento de una medida similar. La población gallega es una población envejecida, con un saldo vegetativo negativo; en núcleos rurales muy pequeños, y con escasos servicios, a menudo inexistentes. Un amplio porcentaje de la población de más avanzada edad sigue dedicándose a actividades agrícolas y ganaderas. Hay que añadir a todo ello la arraigada tradición cultural y familiar, en la que la mujer de mediana edad sigue asumiendo el rol de cuidadora. A menudo se siente en la "obligación" de continuar con los cuidados de sus familiares en perjuicio de su propia salud o del desarrollo de una actividad laboral. Esta realidad, además de la escasez de centros y recursos destinados a estos colectivos, hace que la mayor parte de las familias sean las únicas responsables de la atención a las personas en situación de dependencia.

Por este motivo se hace necesario un sistema de atención justo para las personas dependientes, que promocióne nuevos servicios, que incremente la intensidad y coordine los ya existentes, que genere un sistema fluido de acceso a los recursos, y, sobre todo, que proporcione unas mínimas condiciones que permitan a las personas que así lo deseen continuar en su domicilio. La comúnmente llamada "ley de dependencia" es una normativa ambiciosa que nace con este objetivo. Su implantación requerirá un proceso arduo y la introducción de modificaciones hasta alcanzar su óptimo funcionamiento.

Además, los contenidos de esta ley están ampliamente relacionados con el objeto de intervención de nuestra disciplina, por lo que supone un avance también para la profesión, ya que estamos evolucionando hacia una concepción de la salud diferente a la tradicional y, cada día más, se entiende la elección libre de la ocupación y el desempeño autónomo de la misma como un indicador de la calidad de vida.

EL DESARROLLO DE LA LEY: SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD)

La LPAPAD, se marcó como objetivo la regulación de las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Este sistema tiene de innovador su carácter común a todo el estado Español, que bajo una normativa única e igual implica a las Administraciones Públicas para su correcta puesta en marcha.

Pero ¿qué es el SAAD? La propia Ley lo define como "una red de utilización pública en donde confluyen coordinadamente centros y servicios, públicos y privados, todos ellos en dirección a la satisfacción de las necesidades de las personas en situación de dependencia". Se configura como un intento de dar respuesta no solo a las personas en situación de dependencia sino también un

apoyo para aquellos que ven condicionada su vida por los cuidados que otro requiere.

El SAAD, pretende lograr un equilibrado acceso a los recursos fomentando la igualdad de oportunidades y respetando las preferencias de atención. Podríamos definirlo como un proceso circular que parte de la detección de una necesidad de atención, continúa con un análisis a través del proceso de valoración de dependencia y va seguido de la elaboración de un Plan Individualizado de Atención (PIA). Este proceso genera el acceso al Sistema y a su Catálogo de Prestaciones y Servicios, los cuales requieren de un seguimiento por parte de los profesionales para adaptarlos y reestructurarlos de acuerdo a los cambios que se vayan produciendo en la persona y/o su entorno.

Implica una cooperación interadministrativa tanto vertical (estatal, autonómica y local) como horizontal (sanidad, servicios sociales, educación...) en un proceso destinado a garantizar el acceso a prestaciones públicas, la universalidad, la equidad, la participación y la colaboración, todos ellos principios rectores de este sistema. Debe además estructurarse y afianzarse a la vez que convive con los recursos actuales y tradicionales de atención, hasta que tenga capacidad suficiente de asumir el reto que se le propone (ver figura nº2).

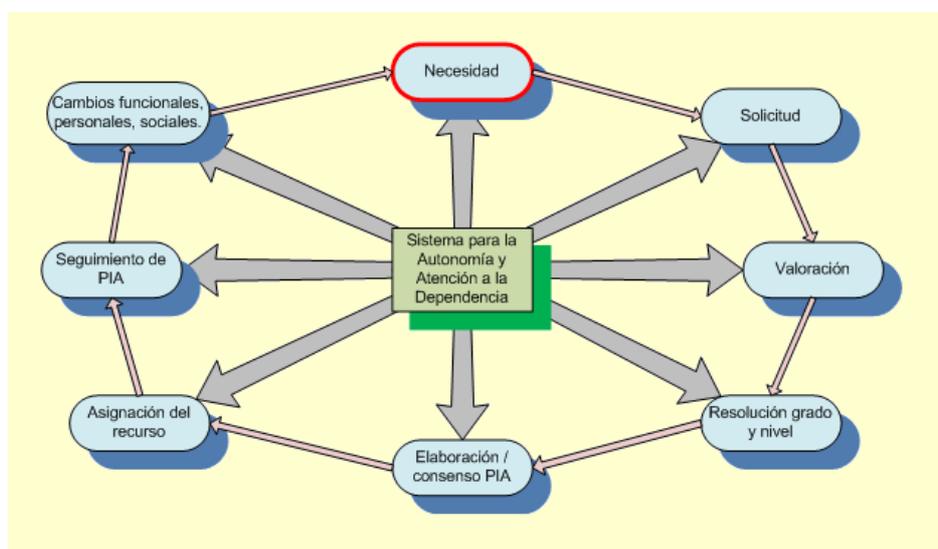


Figura 2: Estructura Circular del SAAD

Esta estructura circular del SAAD puede resumirse en: proceso de solicitud, proceso de valoración y proceso de elaboración, gestión y seguimiento del Plan Individualizado de Atención.

1. Proceso de solicitud.

El acceso al SAAD, parte de la solicitud de valoración de la situación de dependencia por parte de la persona interesada que puede actuar por sí misma, o bien por medio de representante legal, en el caso de menores de edad y personas incapacitadas. Existe sin embargo un vacío en el caso de aquellas personas que no teniendo capacidad de autogobierno tampoco han sido declaradas incapaces legalmente (caso frecuente en personas mayores con deterioro cognitivo y personas adultas con discapacidad intelectual), por lo que aparece la figura del guardador de hecho, que declara bajo su responsabilidad que está a cargo de la persona solicitante y se compromete a administrar los derechos que de esa solicitud se deriven en beneficio de la persona guardada.

El asesoramiento sobre los requisitos para acceder a la solicitud de valoración así como la documentación que se necesita adjuntar, se encuentra a disposición de la ciudadanía en los recursos de las diferentes administraciones públicas; sin embargo y por proximidad con la persona, los recursos utilizados más frecuentemente siguen siendo los servicios sociales de atención primaria tanto municipales como sanitarios (ver figura nº 3).

2. Proceso de Valoración.

La valoración es la vía de acceso al SAAD. La ley contempla que es requisito imprescindible estar en alguna de las circunstancias de dependencia que la misma establece. Se clasifica atendiendo a la severidad de la misma en tres grados posibles y cada grado en dos niveles, siendo el grado I nivel 1 el de

menor dependencia y el grado III nivel 2 el de mayor situación de dependencia (ver figura nº4).

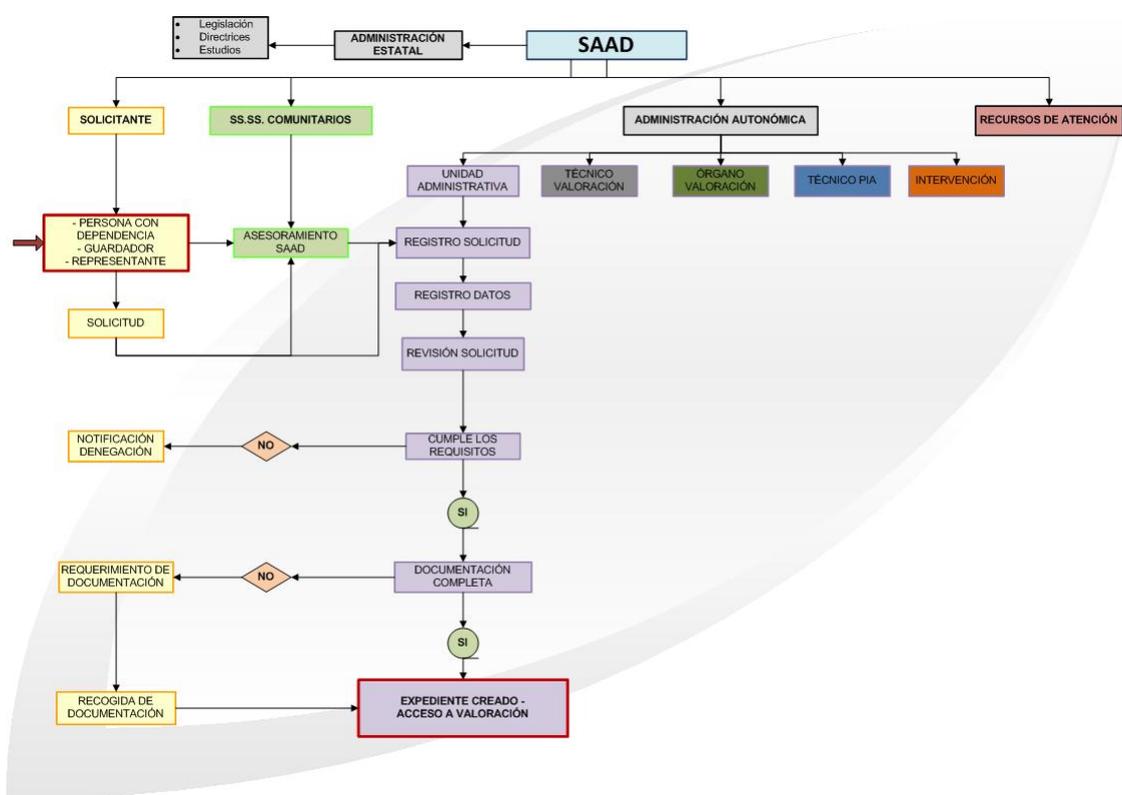


Figura 3: Proceso de Solicitud del SAAD

Pese a que es la propia Ley la que establece desde el principio esta clasificación por grados y niveles, no indica el procedimiento o situación en la que una persona ha de encontrarse para cada uno de ellos.

<p>GRADO I DEPENDENCIA MODERADA</p>	<p>Persona que 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.</p>
<p>GRADO II DEPENDENCIA SEVERA</p>	<p>Persona que necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.</p>
<p>GRADO III GRAN DEPENDENCIA</p>	<p>Persona que necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita del apoyo continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.</p>

Figura 4: Grados de Dependencia establecidos por la LPAPAD

Hace referencia a que será un baremo el que así lo establezca, el cual fue desarrollado por el Real Decreto 504/2007 y denominado Baremo de Valoración de Dependencia (BVD) para las personas mayores de tres años y la Escala de Valoración Específica (EVE), destinada a los menores de tres años.

El BVD contempla la valoración del funcionamiento de la persona en relación a su autocuidado, en once actividades divididas en un total de 53 tareas. Se basa en la aplicación de un cuestionario mediante la observación directa y la entrevista con la persona en supuesta situación de dependencia. Por razones obvias, en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, podrá participar alguien que represente a la persona a la que se valora que también se encontrará presente. Se consideran los informes sanitarios y el entorno donde vive la persona, teniendo en cuenta a mayores la presencia de ayudas técnicas, ortesis y prótesis que le hayan sido prescritas, poniéndolas en relación con las barreras existentes en su entorno más próximo⁽¹³⁾.

Para su aplicación, además de los criterios anteriores, el RD establece las definiciones que han de guiar la aplicación de la valoración y que son los que se muestran en la figura siguiente (ver figura nº 5).



Figura 5: Nivel de desempeño marcado por el BVD

En caso de indicar que la persona no es capaz de realizar una de las tareas contempladas en el baremo por sí misma sino es con ayuda de otra persona, es necesario identificar los problemas en el desempeño de acuerdo a las siguientes posibilidades (ver figura nº 6):

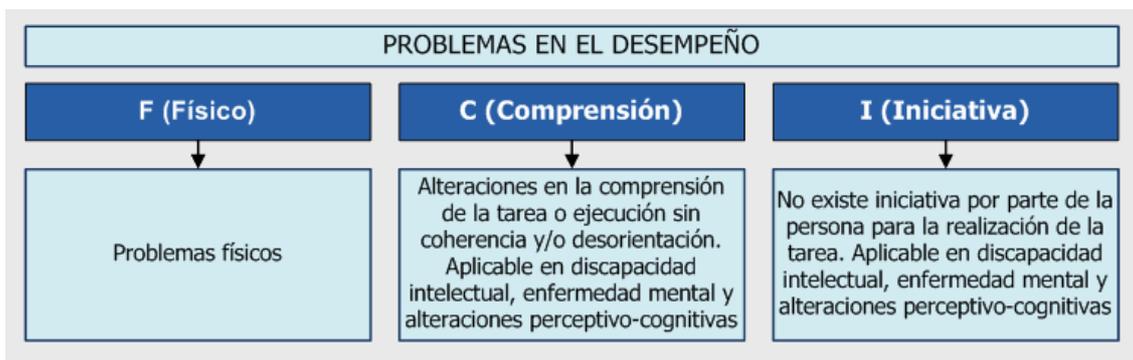


Figura 6: Problemas de desempeño a identificar en el BVD

Identificado el problema en el desempeño es necesario establecer el grado de apoyo que para cada una de las tareas seleccionadas requiere la persona de entre los siguientes (ver figura nº 7):

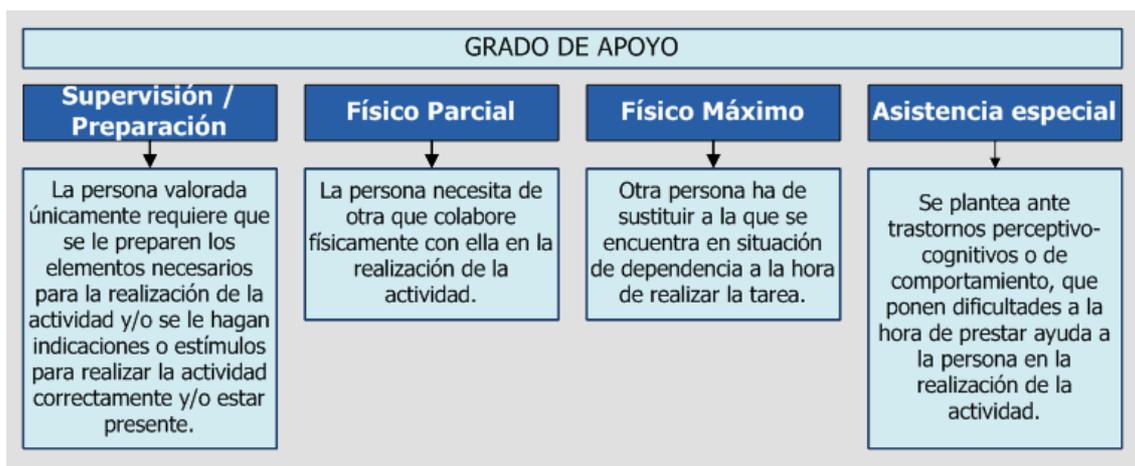


Figura 7: Grado de apoyo necesario en las tareas del BVD

Además de la capacidad funcional en cada una de las actividades y la descripción del grado de apoyo que la persona necesita, se identifica el empleo de ayudas técnicas y la presencia de facilitadores y barreras en el entorno, si bien no se les confiere peso específico en la puntuación final del baremo. Aplicado el baremo, de acuerdo a todo lo expuesto con anterioridad, la puntuación final puede variar de 0 a 100 puntos, a partir de un coeficiente que otorga a las actividades diferentes pesos según su implicación en el funcionamiento de una persona.

Este baremo al que venimos haciendo referencia es de aplicación para aquellas personas en situación de limitación funcional que así soliciten la valoración y con edades superiores a los tres años. Como comentábamos para el caso de niños de 0 a tres años se ha establecido un mecanismo de valoración diferente, atendiendo a las características particulares y de desarrollo de los mismos. Esta valoración se ha denominado Escala de Valoración Específica (EVE).

Para su correcta aplicación debe ser suministrada cada seis meses a fin de observar la evolución y el proceso de desarrollo del niño, y una vez que ha alcanzado la edad cronológica de tres años, ha de ser valorado de nuevo de acuerdo a los criterios marcados por el BVD.

El EVE, establece tres grados de dependencia pero a diferencia del BVD, no distingue entre niveles, realizando una asignación directa al nivel 2⁽¹⁴⁾. Mantiene el referente de la CIF realizando una valoración orientada al funcionamiento del menor y alejándose de los diagnósticos. El funcionamiento se analiza atendiendo a funciones y actividades motrices (tono muscular, postura simétrica, actividad espontánea, etc.) y adaptativas (succión, seguimiento con la mirada, agarre, etc.) por un lado, y atendiendo a las necesidades de apoyo en salud para determinadas funciones vitales básicas (alimentación, respiración, función inmunológica, etc.) por otro.

La valoración de las personas en situación de dependencia, corresponde a las Comunidades Autónomas. En Galicia el Decreto 176/2007 regula el procedimiento y reconocimiento de la situación de dependencia, así como el derecho a las prestaciones del SAAD. En él se explica que se crean órganos de valoración de dependencia, adscritos a las Delegaciones Provinciales de la actual Vicepresidencia da Igualdade e do Benestar, existiendo por lo menos un órgano por provincia. Su composición será multidisciplinar agrupando profesionales del ámbito social y sanitario (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc.). En Galicia somos los terapeutas

ocupacionales los principales encargados de la realización de estas funciones, dada la idoneidad de nuestro perfil profesional. El procedimiento para la valoración y posterior resolución de grado es el que aparece en la gráfica (ver figura nº 8).

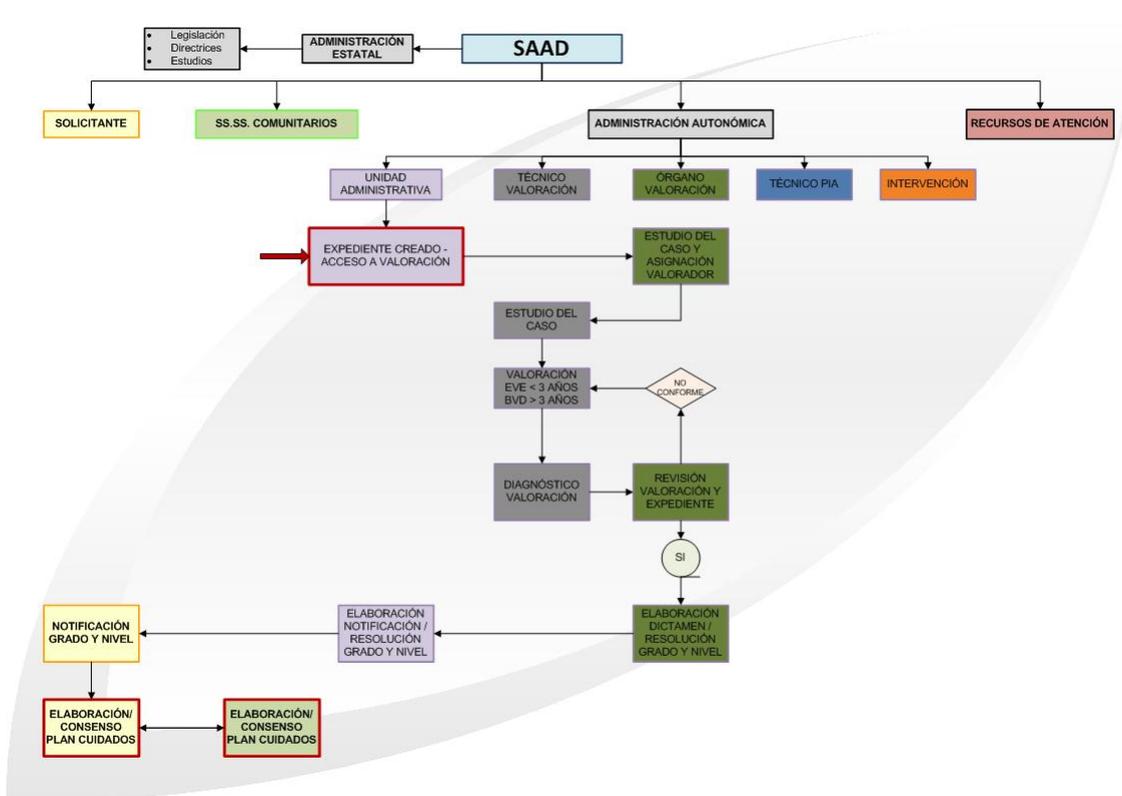


Figura 8: Proceso de valoración del SAAD

3. Proceso de Elaboración, Gestión y Seguimiento del Plan Integral de Atención (PIA)

La valoración de dependencia da acceso al SAAD, que se configura como un sistema de recursos de atención. La resolución de grado y nivel de dependencia determina los servicios y/o prestaciones a los que tiene derecho la persona así como la intensidad de los mismos.

El Catálogo de Servicios y Prestaciones ofrecido por el SAAD persigue en todo caso facilitar a la persona en situación de dependencia, la permanencia en el

entorno habitual todo el tiempo que así sea posible, proporcionando un trato digno en los ámbitos de la vida personal, familiar y social de la persona potenciando su incorporación activa a la vida de la comunidad. Se priorizan los servicios frente a las prestaciones y que sea la administración la que los desarrolle antes que cualquier otra entidad. Diferenciamos así entre los siguientes (ver figura nº 9).:

S E R V I C I O S	Prevención de la dependencia	Tiene por finalidad la prevención de la aparición o agravamiento de las enfermedades o discapacidades y sus secuelas. En el desarrollo coordinado entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones que promuevan actividades de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y con discapacidad.
	Teleasistencia	Es el empleo de las tecnologías de la comunicación, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia o de inseguridad, de soledad y aislamiento. Este servicio puede ser independiente o complementario de la ayuda a domicilio.
	Ayuda a domicilio	Son un conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas con una doble vertiente: por un lado servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar, tales como limpieza, cocina, etc. En segundo lugar servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las Actividades de la Vida Diaria.
	Centro de día y Centro de noche	Se diferencia entre servicio de centro de día para mayores y menores de 65 años, centros de atención especializada y centros de noche. En ellos la persona en situación de dependencia recibe las atenciones que necesita de carácter biopsicosocial, con el fin de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias y cuidadores
	Atención residencial	Aporta la atención continuada a través de servicios de carácter y sanitario. El servicio se considera permanente si el centro residencial se convierte en su vivienda permanente, pero existe la posibilidad de estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, con fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidados no profesionales
P R E S T A C I O N E S	Vinculada al servicio	Pensada para aquellas situaciones en que no es posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado.
	Para cuidadores en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	Hace referencia a una situación excepcional, entendida para aquellas personas que están siendo atendidas dentro de su entorno familiar, donde el cuidador ha de ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la seguridad social.
	De asistencia personal	Facilita la contratación de un asistente personal, como medio de fomentar la autonomía de las personas en situación de dependencia. Así esta contratación deberá facilitar el acceso a la educación y el trabajo, así como a una vida más autónoma en la ejecución de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Figura 9: Catálogo de Servicios y Prestaciones del SAAD

El acceso a cada uno de estos recursos dependerá de la situación de dependencia en que se encuentre cada uno, así como de las prioridades y necesidades funcionales, asistenciales y sociales de cada persona. En el caso de Galicia, Atención Primaria (ayuntamientos y centros de salud principalmente) a través de sus Servicios Sociales, consensúa con el usuario los servicios y recursos óptimos para él, formalizándolos a través de un Plan de Cuidados que llega a la Administración Autonómica, y sirve de base para la aprobación del Programa Individualizado de Atención (PIA).

Este PIA pone en juego las necesidades funcionales, asistenciales y sociales de la persona, contando con las posibilidades que ofrece su entorno social y permitiendo que elija, de entre las alternativas que le sean propuestas, la más ajustada a sus necesidades. El PIA, así como los recursos establecidos, son objeto de seguimiento y control por parte tanto de los Servicios Sociales de proximidad como de la Administración Autonómica, los cuales ante la presencia de cambios deben llevar a cabo un nuevo análisis de la situación a fin de reajustar los posibles desequilibrios (ver figura nº 10..

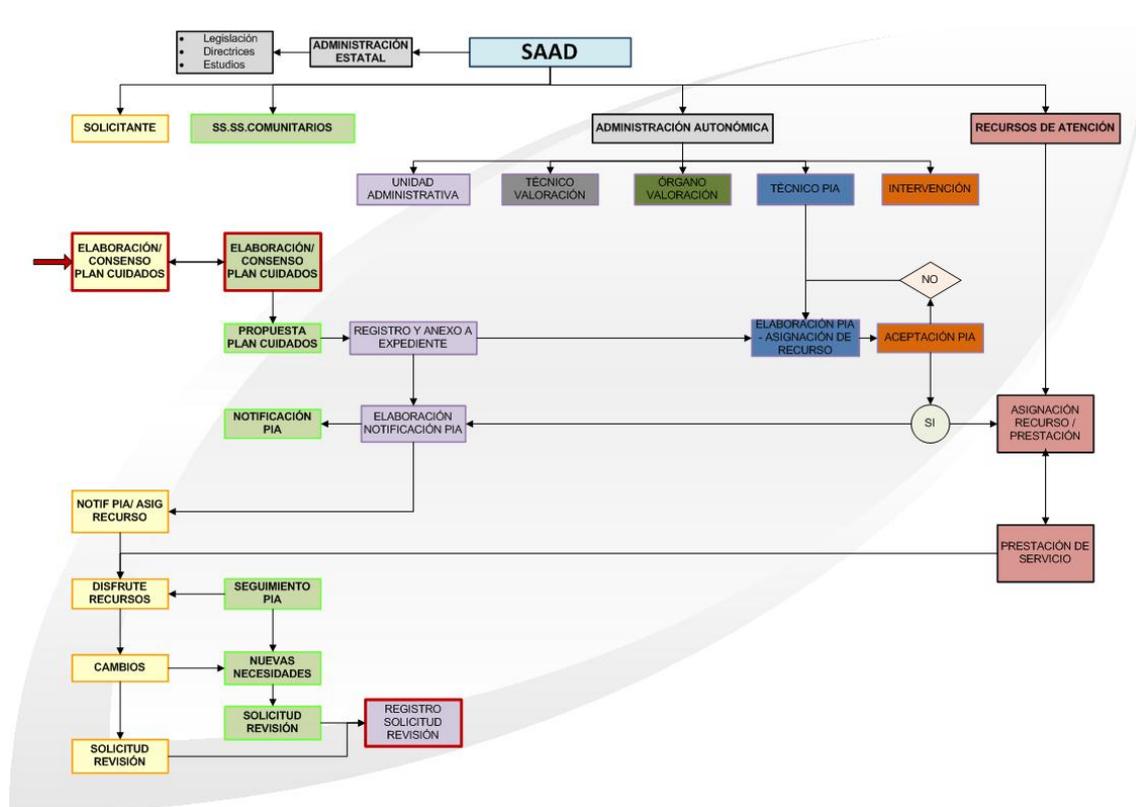


Figura 10: Proceso de Elaboración, Gestión y Seguimiento de PIA.

En todas estas fases, la presencia del terapeuta ocupacional debería ser una constante tal y como veremos en el siguiente documento¹, pero la realidad nos deja todavía un largo camino por recorrer, ya que en el mejor de los casos y no en todas las Comunidades Autónomas, el terapeuta ocupacional se encarga de la Valoración de las personas en posible situación de dependencia y el asesoramiento en materia de accesibilidad, adaptaciones funcionales y productos de apoyo, o bien participa en programas de formación para cuidadores formales e informales.

¹ La atención a la dependencia como reto de futuro para la Terapia Ocupacional. Publicado en este número de Revista TOG.

Bibliografía

- (1) Moreno, L. Voz "Estado de Bienestar", S. Giner, E. Lamo de Espinosa y C. Torres (eds.), Diccionario de Sociología. N° ed 3. Madrid: Alianza Editorial; 1998. Estado del bienestar; p. 261-3.
- (2) Moreno L. Europa social, bienestar en España y la malla de seguridad. En: Espina A, coordinador. Estado de Bienestar y competitividad. La experiencia europea. Madrid: Fundación Carolina/Siglo XXI; 2007. p. 445-511.
- (3) Abrahamson P. El modelo nórdico de protección social y sus efectos en la cohesión social. En: Sojo A, Uthoff A. Cohesión social en América Latina y el Caribe: una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2007. p. 51-63.
- (4) Moreno L. La vía media española del modelo de bienestar mediterráneo. Papers. 2001; (63-64): 67-82
- (5) Cerdeira Gutiérrez I. Los servicios sociales del franquismo a la constitución. Cuadernos de trabajo social. 1987; (0): 135-58.
- (6) Alonso Seco J, [et al.] Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías; 1997.
- (7) Xunta de Galicia. Normativa Básica de Servicios Sociais. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Asuntos sociais; 2001.
- (8) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Valoración de las situaciones de minusvalía. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO; 2000.
- (9) Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Grafo S.A.; 2001.
- (10) Consejo de Europa. Recomendación N° (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. 641° reunión de Delegados de Ministros; 1998.
- (11) Rodríguez Castedo A, Cobo Gálvez P, Duque Gómez JM, Fernández Muñoz J. Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
- (12) Casado-Marín D. La atención a la dependencia en España. Gac Sanit 2006; 20 Supl 1:135-42.
- (13) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Manual de uso para el empleo del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). Madrid; EDITORIAL; 2007.
- (14) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Manual de uso para el empleo de la Escala de Valoración Específica de la situación de dependencia en edades de 0 a 3 años (EVE). Madrid: EDITORIAL; 2007.

ANEXO 1

ESTRUCTURA DE LA LEY 39/2006.

DECRETOS QUE REGULAN SU DESARROLLO

La Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, se estructura en un Título Preliminar, y tres Títulos numerados, de acuerdo a:

Título preliminar - define el objeto y los principios de la ley, derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia y titulares de esos derechos;

Título I - configura el SAAD, la implicación de las diferentes administraciones, las prestaciones y servicios del sistema, los grados de dependencia y los criterios de valoración y el procedimiento para el reconocimiento de derechos;

Título II - establece las medidas para garantizar la calidad y eficacia del Sistema, regula el sistema de información y la Creación del Comité Consultivo en el que participarán diferentes agentes sociales;

Título III - incluye las normas sobre sanciones e infracciones en el marco de la garantía de los derechos de las personas en situación de dependencia.

<http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

La siguiente figura refleja la configuración de cada uno de los Capítulos sobre los que versa la normativa:

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia

TITULO PRELIMINAR

Exposición de Motivos

TITULO I

El sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Capítulo I

Configuración del sistema

Capítulo II

Prestaciones y catálogo de servicios de atención del sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Sección 1ª

Prestaciones del sistema

Sección 2ª

Prestaciones económicas

Sección 3ª

Servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado

Capítulo III

La dependencia y la valoración

Capítulo IV

Reconocimiento del derecho

Capítulo V

Financiación del sistema y aportación de los beneficios

La calidad y la eficacia del sistema para la autonomía y Atención a la Dependencia

TITULO II

Capítulo I

Medidas para garantizar la calidad del sistema

Capítulo II

Formación en materia de dependencia

Capítulo III

Sistema de información

Capítulo IV

Actuación contra el fraude

Capítulo V

Órganos consultivos del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia

TITULO III

Infracciones y sanciones

16 Disposiciones adicionales

2 Disposiciones transitorias

9 Disposiciones finales

Pero esta Ley requiere para su puesta en marcha una serie de normas que desarrollen y legislen los diferentes procedimientos que en ella se establecen, tales como el baremo para la valoración del grado de dependencia, los niveles mínimos de protección, los servicios a los que se tendrá derecho,

compatibilidades e incompatibilidades entre ellos, competencias propias del estado, de las comunidades autónomas, etc. Es por ello que desde el mes de enero de 2007, y tras la creación del Consejo Territorial para la Autonomía y Atención a la Dependencia, han ido surgiendo Decretos y Órdenes a nivel estatal y autonómico que configuran el actual SAAD. Son los siguientes:

Real Decreto 504/2007, de 20 de abril 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.
http://vicepresidencia.xunta.es/documentos/dependencia-RD504_2007-baremo-20abril.pdf

Corrección de errores del Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por 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.
<http://vicepresidencia.xunta.es/documentos/dependencia-correccion-erros-baremo-18mayo.pdf>

Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado.
http://vicepresidencia.xunta.es/documentos/dependencia-RD614_2007-11mayo-nivel-minimo-proteccion.pdf

Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.
http://vicepresidencia.xunta.es/documentos/dependencia-RD615_2007-11mayo-SSSS-coidadores.pdf

Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

<http://vicepresidencia.xunta.es/documentos/dependencia-RD-intensidad-de-servicios.pdf>

Decreto 176/2007, del 6 de septiembre, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia na Comunidade Autónoma de Galicia.

<http://vicepresidencia.xunta.es/documentos/dependencia-decreto-de-procedemento-176.pdf>

Sin embargo a fecha de hoy (julio de 2008) siguen existiendo asignaturas pendientes, como el establecimiento del sistema de copago que deberá regularse en los próximos meses.

ANEXO 2

GLOSARIO TERMINOLÓGICO

A la par que la puesta en marcha de la comúnmente denominada ley de dependencia, actualmente conviven en nuestro país diversos sistemas de protección relacionados con las personas con limitaciones en la función. Por este motivo, consideramos necesario clarificar las diferencias entre las posibles situaciones legales que hoy en día poseen valor jurídico.

Incapacidad: se encuentran en situación de incapacidad permanente legal aquellas personas trabajadoras que ven disminuidas o anuladas sus capacidades laborales por restricciones anatómicas o funcionales. Estas se gradúan en función de la afectación y así distinguimos entre incapacidad permanente parcial, total, absoluta y gran invalidez. Este último término hace también referencia al apartado siguiente, puesto que en ella se valoran no solo las limitaciones laborales sino también la necesidad de asistencia de tercera persona (las situaciones de incapacidad están reguladas por el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y aprobado en el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio)

Invalidez: al contrario que en el caso anterior, hace referencia no solo a la imposibilidad laboral de la persona, sino también a la necesidad de asistencia de tercera persona. Siendo un término desarrollado legalmente por la misma normativa que el anterior, da acceso principalmente a prestaciones económicas, diferenciando entre la invalidez de origen contributivo (gran invalidez) y la invalidez de origen no contributivo (minusvalía igual o superior al 65%)

Discapacidad (*antes minusvalía*): situación en la que se encuentran las personas cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente

permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales. Esta definición aportada desde la Ley 13/1982, de 27 de abril de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), es el punto de partida para el reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad en materia social, y su declaración pasa por la valoración por parte de equipos multiprofesionales, de factores más allá de las capacidades laborales. Esta situación de minusvalía, se encuentra estrechamente relacionada con la invalidez, ya que su declaración en un porcentaje igual o superior al 65%, será la que de acceso a las pensiones de invalidez no contributiva de la Seguridad Social.

Dependencia: es el último término incorporado en materia de discapacidades a las bases jurídicas españolas por medio de la Ley 36/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Se dirige a personas en situación de limitación funcional por causas físicas, psíquicas o sensoriales, que por sus problemas de desempeño de las actividades de la vida diaria requieren ayuda o asistencia de terceras personas. Su principal objetivo es la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que facilite el acceso a prestaciones y servicios dirigidos en todo caso a la asistencia de la persona en situación de dependencia.

Todos ellos hacen referencia a personas con discapacidad, aunque haciendo especial hincapié en diferentes aspectos que condicionan su bienestar: salud, funcionamiento, familia, trabajo, economía, etc. Una última situación sería la de incapacitación legal, que aunque habitualmente poco familiarizada con nuestra profesión, hace referencia a la discapacidad en su acepción más amplia.

Incapacitación legal: declaración bajo sentencia judicial firme puesta en conocimiento del Ministerio Fiscal de las limitaciones de una persona en su capacidad de autogobierno y administración de bienes. Sin esta sentencia, toda persona mayor de edad se presupone plenamente capacitada siendo el Código

Civil la normativa que regula esta situación. El alcance de estas limitaciones puede dar lugar a la situación de tutela de la persona incapacitada (incapacidad total) o curatela (incapacidad parcial).