

17. EL SISTEMA DE DEPENDENCIA. ADECUACIÓN DE LAS PRESTACIONES EN SERVICIOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Rosa M^a GONZÁLEZ DE PATTO
Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Granada

I. INTRODUCCIÓN. EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD Y SU PROYECCIÓN EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

El concepto de discapacidad tiene una importante proyección en la implementación de las políticas públicas de atención a las personas discapacitadas. En este sentido, hemos asistido en el ámbito institucional y doctrinal a una transición desde el modelo biomédico de conceptualización de la discapacidad, que pone el acento en las deficiencias físicas, mentales y/o sensoriales y, en consecuencia, la intervención pública debe provenir esencialmente de las ciencias biomédicas mediante prestaciones sanitarias de índole curativa y/o rehabilitadora. En ese modelo interpretativo de la discapacidad, son las propias deficiencias las que determinan restricciones de habilidades que abocan a desventajas sociales. La desventaja, la desigualdad, serían resultado de las deficiencias, por lo que el énfasis se pone en las acciones curativas o de rehabilitación y, por tanto, en las políticas de salud y educativas¹. El modelo biomédico de la discapacidad ha prevalecido e inspirado las acciones de la OMS en esta materia durante más de treinta años, influyendo en las políticas públicas de los Estados miembros hasta finales del s. XX. Este fue, en efecto, el enfoque mantenido hasta la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDM-1, 1980), inclusive, que presuponía una relación de causalidad entre *impairments, disabilities y handicaps* (deficiencias, discapacidades y minusvalías).

Frente a este enfoque, que ya venía recibiendo fuertes críticas desde el emergente ámbito de los estudios científico-doctrinales sobre discapacidad, el modelo social supera la idea de deficiencia como sinónimo de discapacidad, trasladando el punto de mira a las limitaciones de participación e igualdad inherentes al contexto y estructuras sociales como determinantes de la discriminación de las personas con discapacidad. La discapacidad es, así, una construcción social, la respuesta social a las deficiencias de la persona. La relación de causalidad se entabla entre las barreras sociales existentes para las personas con deficiencias físicas, mentales o sensoriales, que son las que engendran la discapacidad, y, por tanto, es a la reversión de dichas limitaciones a lo que deben atender el Derecho y las políticas sociales.

El punto de inflexión en el debate entre los modelos médico y social de conceptualización de la discapacidad lo representó, primero, la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001), cuya aprobación por la OMS fue resultado de un largo proceso de reflexión sobre las fortalezas y debilidades de cada uno de ellos, anticipando con ello la revisión conceptual favorable al modelo social, operada y consagrada después definitivamente por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (2006).

¹ DINIZ, D., BARBOSA, L. y RUFINO DOS SANTOS, W.: "Discapacidad y Derechos humanos", *Revista Internacional de Derechos Humanos*, v. 6, n. 11, dic. 2009, págs. 65-77.

II. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL Y ESPAÑOL DE PROTECCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

La norma clave a nivel internacional en materia de discapacidad es la citada Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (en adelante, la Convención), que define a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (artículo 1º). El propósito de la Convención es “*promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto a su dignidad inherente*”. La Convención, es el instrumento normativo que de forma expresa vincula la protección de las personas con discapacidad a la efectividad de los derechos humanos.

Esta perspectiva condiciona absolutamente la configuración de las políticas públicas a implementar por los Estados ratificantes –entre ellos, España, que ratificó la Convención en 2008–, que deben tener, por tanto, un carácter transversal y enderezarse a garantizar la participación y la igualdad en el disfrute y efectividad de todos los derechos y libertades públicas.

En esta línea, uno de los principios informadores de la Convención es el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas². Los conceptos de “autonomía personal” y “vida independiente”, esto es, el poder de decisión de la persona discapacitada sobre su propia existencia y el derecho a participar activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad, aparecen como basilares del nuevo abordaje del tratamiento jurídico internacional de la discapacidad.

Si nos situamos en el ámbito del ordenamiento jurídico español, nuestra Constitución (artículo 49 CE), mantiene un enfoque híbrido y terminológicamente desfasado, en el que se proclama: “los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos [sic.], 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” (artículo 49, CE, 1978).

Como puede apreciarse, el precepto constitucional está construido sobre un doble plano. Uno, el de protección de los derechos de las personas con discapacidad desde la óptica del antiguo modelo médico-rehabilitador³, como se colige no solo de los términos en los que se refiere a las personas con discapacidad, “disminuidos [sic.]”, sino por configurarlas como destinatarias de políticas de rehabilitación y tratamiento. El segundo nivel, más acorde con el modelo social, explica que los Derechos que la Constitución otorga a todos los ciudadanos, incluidos los derechos fundamentales, son también Derechos de las personas con discapacidad, mandatando a los poderes públicos políticas específicas (una “protección especial”) que así lo garanticen. Se trata, pues, de un precepto necesitado de una honda y urgente modificación actualizadora y evolutiva, que por un lado vincule de forma más contundente discapacidad y derechos fundamentales, y por otro lado, subraye los principios de

² PADILLA-MUÑOZ, A.: “Discapacidad: contexto, concepto y modelos”, *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, núm. 16, enero-junio, 2010, pág. 390.

³ MARTÍNEZ-PUJALTE, A. L.: *Derechos Fundamentales y Discapacidad*, Madrid, España, CINCA, 2015.

autonomía y vida independiente como informadores de las políticas públicas aplicables a tal efecto. En esa línea se inscribe el Anteproyecto de Reforma del art. 49 CE⁴⁵

Ya en el plano infraconstitucional, ha de mencionarse el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre (LGD), que refunde, aclara y armoniza en un único texto, las principales leyes en materia de discapacidad: la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de las personas con discapacidad (LISMI), la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU), y la Ley 49/2007, de 26 de diciembre, de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Esta tarea de refundición ha tenido como principal referente la mencionada Convención Internacional de la ONU y, en consecuencia, el modelo social de conceptualización de la discapacidad, por lo que, en esa línea, se rige por los principios de respeto a la dignidad, a la vida independiente, igualdad de oportunidades, no discriminación, accesibilidad universal, diseño para todas las personas, diálogo civil y transversalidad de las políticas. En particular, se reconoce expresamente que el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad se realizará de acuerdo con los principios de libertad en la toma de decisiones (arts. 1,3 b) y 6 LGD) y de participación e inclusión plenas y efectivas en la comunidad (art. 3 j) LGD), señalando además que las prestaciones sociales previstas en la legislación estatal y autonómica para su protección y atención irán enderezadas al desarrollo de su personalidad e integración en la comunidad (art. 48 LGD), y, en el caso específico de los servicios sociales, “respetarán al máximo la permanencia de las personas con discapacidad en su medio familiar y en su entorno geográfico... (art.49.2 LGD).

Finalmente, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD), refuerza la protección de las personas con discapacidad reconociendo ya el derecho subjetivo a la protección social mediante prestaciones económicas y de servicios, insistiendo en este enfoque o modelo social de la discapacidad y la dependencia. La LAAD tuvo el mérito de reconocer un nuevo derecho social de ciudadanía, superando el carácter asistencial de las prestaciones y servicios sociales autonómicos, destinados a la cobertura de necesidades básicas de personas mayores y discapacitadas, cuya efectividad se supedita a disponibilidades presupuestarias y mediante recursos insuficientes, que, además, han supuesto rechazables desigualdades en virtud de la dispar gestión realizada por las CCAA de sus competencias constitucionales en materia de Asistencia Social.

Del mismo modo, el legislador hace girar todo el sistema de protección instituido por la norma (el SAAD) sobre los conceptos de autonomía personal y vida independiente⁶, conforme al alcance de los mismos establecido por la Convención e importado legalmente aquí (art. 2.1): “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”. En primer lugar, los configura como objeto del derecho social de ciudadanía que reconoce a las personas dependientes (art. 1.1 LAAD). En segundo término, como uno de sus principios informadores: “promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible” (art. 3.h LAAD)

⁴ Ministerio de la Presidencia., *Anteproyecto de Reforma de Artículo 49 de la Constitución Española. Exposición de Motivos*, 2018. Recuperado de:https://www.mpr.gob.es/prencom/notas/Documents/071218_Art49Const i.pdf

⁵ Vid. Informe Olivenza 2019, sobre la situación general de la discapacidad en España., VV.AA., JIMÉNEZ LARA, A. (Coord.).Observatorio Estatal de la discapacidad, 2019

⁶ GONZÁLEZ DE PATTO, R. Mº: “Las prestaciones económicas a las personas en situación de dependencia”, *Temas Laborales*, nº 89, 2007, pág. 218; GARCÍA RUBIO, M.A.: *Prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia*, en ROQUETA BUJ, R. y otros, *La situación de dependencia. Régimen jurídico aplicable tras el desarrollo reglamentario estatal y autonómico de la Ley de Dependencia*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2009, pág. 57.

y, en tercer lugar, como objetivo de todas las prestaciones del SAAD, económicas y de servicios (art. 13 LAAD): a)“Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible, y b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad. La vinculación de la autonomía personal con el entorno habitual de la persona dependiente, conecta con otro de los fines de la Ley: permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida (art. 3.i LAAD).

En definitiva, pues, ambos textos legislativos, de enorme trascendencia en la protección jurídica de la discapacidad, erigen la autonomía, vida independiente y participación comunitaria en ejes del sistema de atención a las personas con discapacidad.

III. ENCUADRAMIENTO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL ÁMBITO SUBJETIVO DEL SAAD

1. El concepto jurídico de discapacidad

Dado que el objeto de análisis de este estudio es la adaptación de las prestaciones de servicios del SAAD a las personas en situación de discapacidad, como premisa de partida ha de abordarse el concepto jurídico de discapacidad y su ámbito subjetivo. En este sentido, como se ha señalado, la LGD parte de una definición de discapacidad, en el art. 2, estableciendo: “es una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”, que, como se aprecia, pone el acento en las barreras sociales, alineándose con el modelo social adoptado por la Convención. Tras esta definición, el art. 4 aborda el concepto desde la perspectiva subjetiva, esto es, la de los titulares de los derechos establecidos por la norma. Primero, lo hace con un enfoque amplio, genérico y omnicomprensivo, en correspondencia con la definición anterior; “1. *Son personas con discapacidad aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás*”. De la lectura de este apartado se infiere, en principio, que la condición jurídica de persona en situación de discapacidad no se supedita a reconocimiento administrativo alguno, pero seguidamente, tras esta delimitación amplia del alcance subjetivo, el mismo art. 4, en el apartado segundo, establece que “además” tendrán la consideración de persona con discapacidad “a todos los efectos” quienes tengan “reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento”, y que dicho reconocimiento del grado de discapacidad “deberá ser efectuado por el órgano [administrativo] competente en los términos desarrollados reglamentariamente” (art. 4.3 LGD).

Adicionalmente, la LGD considera otros dos colectivos a los que atribuye también, por asimilación *ex lege*, la condición de persona con discapacidad: Por un lado, el artículo 4.4 establece que se asimilará a la situación de persona con discapacidad a quienes se encuentren en los “estados previos, entendidos como procesos en evolución que puedan llegar a ocasionar una limitación en la actividad”, en concreto, “a efectos del reconocimiento del derecho a los servicios de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades”. Y, por otro lado, en el segundo inciso del artículo 4.2, establece otra asimilación legal constitutiva, como ya hiciera la LIONDAU: la de los pensionistas de Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez, y, paralelamente, de los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad, a los que, “a todos los efectos”, se les equipara a personas con una discapacidad en grado igual o superior al 33 por ciento.

Esta última asimilación legal (discapacidad-incapacidad) obvia las importantes diferencias entre estas dos situaciones o condiciones jurídicas. En efecto, la separación conceptual entre la discapacidad y la incapacidad se asienta básicamente en dos premisas: por un lado, la incapacidad es sobrevenida, esto es, presupone la imposibilidad de volver a realizar actividades (total o parcialmente) que antes sí se podían realizar; mientras que la discapacidad puede ser “de carácter congénito o sobrevenido”. Por su parte, en lo que ahora interesa, como se viene diciendo en la doctrina⁷, la incapacidad se circunscribe al ámbito exclusivo del trabajo y a su proyección como factor limitativo de la capacidad profesional y la discapacidad implica limitaciones no sólo en el plano laboral sino también en los planos educativo, económico y, en general, en su participación social⁸.

Por otra parte, la asimilación *ex lege*, efectuada por el art. 4.2 LGD, de incapacidad y discapacidad, ha vuelto a ser rechazada por el Tribunal Supremo en unificación de doctrina (STS de 19 de febrero de 2020, rec.2927/2017), resolviendo las contradicciones habidas en la doctrina judicial de suplicación, pese a la doctrina consolidada existente al respecto de la Sala Social. En efecto, la Sala en sentencias de Pleno de 29-11-2018 (rec. 239/2018, 3382/16 y 1826/2017), concluyó que el RDL 1/2013 incurrió en “ultra vires”, por exceder la delegación normativa que le habilitaba para la refundición de los textos legales precedentes, en tanto que en su art. 4.2 modificó el contenido de la regulación legal a refundir (art. 1.2 LIONDAU) sobrepasando, el mandato del legislador delegante, al introducir que el 33% de discapacidad lo era “a todos los efectos”, y no, como establecía la LIONDAU (art. 1.2), solo “a los efectos de esta Ley”. Por dichas razones, la Sala declaró la ineficacia jurídica del art. 4.2 del Real Decreto Legislativo 1/2013 LGD, por equiparar a los pensionistas de IPT e IPA con personas con grado de discapacidad del 33% “a todos los efectos”.

Con este nuevo pronunciamiento, la Sala reitera, como se ha dicho, que la LGD se ha excedió en la delegación legislativa, y que, contrariamente a lo establecido en su art. 4.2, el reconocimiento de una pensión de incapacidad permanente total, absoluta, o incluso una gran invalidez, no dan derecho al reconocimiento automático del grado de 33% de discapacidad, por el que se obtienen beneficios adicionales (tributarios, laborales, sociales, etc...), sino que para ello la persona deberá ser evaluada y valorada por los equipos de la Administración competente conforme al baremo establecido en el Real Decreto 1971/1999, manteniendo así la misma doctrina jurisprudencial acuñada por el Tribunal Supremo en la interpretación del art. 1.2 de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, reproducido esencialmente por el art. 1 de la Ley 26/2011, de 1 de agosto, que limitaban la declaración de minusvalía a “los efectos de la propia ley” (STS de 21/3/2007, (rcud. 3872/2005); 29 de septiembre y 9 de diciembre de 2008, (rcuds. 2714/2007 y 2678/2007), y más recientemente en la de 7/4/2016, rcud. 2026/2014,), en la que se concluyó que esa previsión legal era únicamente a los específicos y solos efectos de dicha norma (entonces la LIONDAU).

2. Discapacidad vs dependencia. Diferencias e interacciones en el marco del SAAD

La situación de dependencia, uno de los presupuestos de acceso a las prestaciones del SAAD, es definida en el art. 2.2 LAAD del modo siguiente: “*Dependencia es el estado de carácter permanente en el 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*”.

⁷ ALONSO OLEA, M. y TORTUERO, J. L.: *Instituciones de Seguridad Social*, Madrid, Civitas, 1998.

⁸ ALONSO-OLEA GARCÍA, B.: “Capítulo segundo”, en ALONSO-OLEA GRACÍA, B. et al.: *La protección de las personas con discapacidad y en situación de dependencia en el Derecho de la Seguridad Social y en el Derecho Tributario*, Navarra, Aranzadi-Thomson Reuters, 2009, pág.56.

Como puede apreciarse, la discapacidad aparece aquí como uno de los posibles factores causantes de la situación protegida, la dependencia, pero conviene aclarar que la discapacidad no es sinónimo de dependencia. La discapacidad, conforme al concepto acuñado por la Convención y, en el Derecho interno, en el art. 4.1 LGD (interacción de las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que le impidan la participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás), no genera por sí misma y en todo caso situación de dependencia, y buena prueba de ello es que en torno al 40% de las personas con discapacidad pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria sin necesidad de apoyo de otra persona⁹, aunque, contrariamente, toda persona en situación de dependencia tiene algún tipo y grado de discapacidad, con independencia de que éste haya sido reconocido formal y administrativamente.

Pero, en cualquier caso, el encuadramiento en el ámbito subjetivo del SAAD de las personas con algún tipo de discapacidad está supeditado al reconocimiento jurídico- administrativo de la situación y grado de dependencia y no al reconocimiento administrativo de la situación y grado de discapacidad: los procedimientos para el reconocimiento de ambas situaciones son distintos, los órganos de valoración son diversos, e, incluso, también los baremos aplicables a tal efecto, si bien, como veremos, existen pasarelas entre sendos procedimientos administrativos.

En el caso de la valoración y reconocimiento del grado de discapacidad, los órganos competentes son los Centros de Valoración y Orientación (CVO) del órgano autonómico responsable de los Servicios Sociales, mientras que los Equipos multidisciplinares de Valoración de las situaciones de dependencia se integran en los específicos Servicios de Valoración de la dependencia, también adscritos a los mismos órganos autonómicos antes indicados. Se conforma así un escenario de duplicidad de órganos, recursos humanos y materiales que resta eficiencia a la gestión y que, en consecuencia, debería transitar hacia un modelo unitario con un único órgano competente para la valoración y calificación de ambas situaciones protegidas.

En cuanto al procedimiento de valoración, reconocimiento y determinación del grado de discapacidad, es el regulado en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y cualificación del grado de discapacidad, conforme al cual la calificación del grado de minusvalía responde a criterios técnicos unificados mediante la aplicación de los baremos específicos recogidos en el anexo I del citado Real Decreto, en el que objeto de valoración son tanto las discapacidades que presente la persona, como, en su caso, los factores sociales complementarios relativos, entre otros, a su entorno familiar y situación laboral, educativa y cultural, que dificulten su integración social, para lo que se aplicarán sendos baremos específicos.

Sin embargo, cuando se trate de la evaluación de aquellas situaciones específicas de minusvalía establecidas en los artículos 148 y 186 del TR de la Ley General de la Seguridad Social: “minusvalía o enfermedad crónica en un grado igual o superior al setenta y cinco por ciento y que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesiten el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos”, enderezada al reconocimiento del derecho al complemento por necesidad de concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida (de la pensión de invalidez no contributiva), así como en el artículo 25 del Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas para minusválidos para ser beneficiario del subsidio de movilidad y compensación por gastos de transportes, el aplicable será el Baremo de valoración de la situación de dependencia (BVD) ex artículo 27.2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre ,

⁹ Vid. *Discapacidad y dependencia en Andalucía con base en la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*, 2008 / equipo científico colaborador, ANTONIO ABELLÁN GARCÍA ... [ET AL.], Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, Sevilla, 2012, pág. 23

de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (aprobado por Real Decreto 174/2011 de 11 de febrero). Ello supone un punto de convergencia y homogeneización conveniente de los criterios de valoración de una misma situación: la necesidad del concurso de otra persona y apoyos especiales para las ABVD, presupuesto para el reconocimiento del derecho al citado complemento de la pensión de invalidez no contributiva, y también del derecho a las prestaciones de dependencia del Sistema para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD).

Sin embargo, no siempre ha sido así, bien al contrario, el recorrido hasta la convergencia de los instrumentos de valoración aplicables en uno y otro caso ha sido accidentada y contradictoria. Así, desde el 27 de enero 2000 hasta el 21 de abril 2007 los técnicos de valoración de los Servicios Sociales autonómicos competentes para la valoración y calificación del grado de discapacidad han utilizado el Baremo de Ayuda a Tercera Persona recogido en el Anexo II del Real Decreto 1971/1999. Posteriormente, este baremo fue sustituido de forma transitoria (desde el 22 abril 2007 al 3 octubre 2007) por el Baremo de Valoración de Dependencia (BVD), recogido en el Real Decreto 504/2007. Seguidamente, desde el 4 octubre 2007 hasta el 17 febrero 2012 los técnicos de los Centros de valoración y orientación retornaron nuevamente el Anexo II del Real Decreto 1971/1991, para recuperar después, desde el 18 febrero 2012, el nuevo y vigente Baremo de Valoración de Dependencia, aprobado por el Real Decreto 174/2011.

Es decir, hasta 2012 no se unifica el Baremo aplicable para la valoración de una situación idéntica en el seno de ambos procedimientos, discapacidad y dependencia: la necesidad de concurso de otra persona para la realización de las ABVD. A partir de ahí, se abre la pasarela entre ambos procedimientos advertida supra: aunque el reconocimiento previo de la discapacidad no exime de la solicitud del reconocimiento de la situación y grado de dependencia con la que se inicia el procedimiento administrativo específico para acceder a las prestaciones del SAAD, el solicitante, pensionista de invalidez no contributiva con reconocimiento previo del complemento de ayuda de tercera persona por el procedimiento ex RD 1971/99, quedará eximido del trámite de valoración y reconocimiento de grado de dependencia, ya que en este caso se procede a una homologación de la situación previa conforme a la tabla establecida en la DA 9 LAAD:

- De 15 a 29 puntos: Grado 1 de dependencia
- De 30 a 44 puntos: Grado 2 de dependencia
- De 45 a 72 puntos: Grado 3 de dependencia

Este es el único punto de intercomunicabilidad de los dos procedimientos administrativos y entre las situaciones protegidas: la homologación de la valoración y reconocimiento previo del grado de discapacidad a efectos del reconocimiento de las prestaciones del SAAD; a partir de ahí, es necesario continuar con el procedimiento específico de dependencia (el establecido por cada Comunidad Autónoma) para el reconocimiento al solicitante del derecho a las prestaciones del SAAD mediante la aprobación del PIA.

Dicho más claramente, el acceso a las prestaciones de la acción protectora del SAAD por parte de las personas con discapacidad, y en particular, en lo que ahora interesa, a las prestaciones de servicios, no requiere el previo reconocimiento administrativo de la discapacidad, ni tampoco de la necesidad de ayuda de tercera persona; esto es, pueden solicitar única y directamente el reconocimiento de la situación de dependencia y grado, sometiéndose entonces al trámite de valoración por parte del

órgano de valoración específico en materia de dependencia, conforme al procedimiento establecido al efecto en la Comunidad Autónoma de residencia del solicitante.

IV. LAS PRESTACIONES DE SERVICIOS DEL SAAD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. Prioridad de las prestaciones de servicios y prevalencia de los Servicios de proximidad

De conformidad con las prescripciones constitucionales, la LGD reconoce el derecho a la protección social de las personas con discapacidad (Cap. VI, arts. 49 y ss.), y concreta su contenido, que, en este caso, vincula primordialmente a prestaciones de servicios, esto es a servicios sociales (art. 50): “Las personas con discapacidad y sus familias tienen derecho a los servicios sociales de apoyo familiar, de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades, de promoción de la autonomía personal, de información y orientación, de atención domiciliaria, de residencias, de apoyo en su entorno, servicios residenciales, de actividades culturales, deportivas, ocupación del ocio y del tiempo libre”, especificando a continuación (art. 51) el contenido y finalidad de cada uno de ellos.

En la misma línea, en la LAAD (art. 14), el legislador ha apostado, con carácter general, por un modelo de atención decidida y expresamente basado en los servicios sociales, dotando de prioridad a las prestaciones de esta naturaleza sobre las prestaciones económicas, que quedan supeditadas bien a un régimen de subsidiariedad (prestación vinculada al servicio) o bien de excepcionalidad (prestación para cuidados familiares). Esta opción político-jurídica, conlleva, como señaló tempranamente la doctrina¹⁰ indudables ventajas en diversos planos: impacto de género; retornos económicos y de empleo y la mayor calidad de los cuidados profesionales respecto a los informales, aunque ello pudiera suponer una limitación de la capacidad de elección y poder de decisión de las personas dependientes y de sus familias, que es uno de los principios informadores del sistema legal de protección. Dicho en otras palabras, la LAAD se decantó por un modelo de atención público-especializada, con un desplazamiento del cuidado informal en favor de los cuidados profesionales, en el marco de una red pública de centros y servicios.

La LAAD agrupa y sistematiza en su art. 15 las diversas modalidades de prestaciones en servicios comprendidas en el SAAD bajo la rúbrica “Catálogo de Servicios”, determinando después (art. 16.1) que todos ellos “se integran en la Red de Servicios Sociales de las respectivas Comunidades Autónomas en el ámbito de las competencias que las mismas tienen asumidas. La red pública de centros y servicios estará formada por los centros públicos de las Comunidades Autónomas, de las Entidades Locales, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados debidamente acreditados”.

Queda de este modo patente que, en lo concerniente a la gestión, la LAAD ha optado por modelo descentralizado en el que las competencias de gestión se atribuyen a las Comunidades Autónomas, que integran los servicios del Catálogo de la Ley en sus respectivas Carteras de Servicios sociales. Así, en el caso de Andalucía, conforme a lo dispuesto en la Orden de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de 3 de agosto de 2007, la Red de Centros y Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía está integrada por los siguientes tipos:

¹⁰ GONZÁLEZ DE PATTO, R. M.: “Las prestaciones económicas a las personas en situación de dependencia”, cit., 2007, págs. 217-219; MONEREO PÉREZ, J.L: “Configuración jurídica de la protección pública de las situaciones de dependencia”, en VV.AA., MONEREO PÉREZ, J.L (Dir), *Las contingencias comunes protegidas por la Seguridad Social. Estudio de su régimen jurídico*, Granada, Comares, 2008, pág. 658.

- Centros y servicios públicos de titularidad de la Administración de la Junta de Andalucía y de sus organismos y entidades dependientes.
- Centros y servicios públicos de titularidad de las Entidades Locales de Andalucía.
- Centros y servicios privados concertados del tercer sector sin ánimo de lucro.
- Centros y servicios privados concertados de la iniciativa privada con ánimo de lucro.

En lo concerniente a la intensidad de las prestaciones en servicios, va referida al contenido prestacional y la duración de cada uno de ellos en función del grado de dependencia, y se ha regulado reglamentariamente a nivel estatal en el RD 1051/2013, de 27 de diciembre, que vino a reemplazar al RD 727/2007, de 8 de junio. Con la nueva norma reglamentaria se normativiza el Acuerdo de Consejo Territorial adoptado en 2012, con el propósito de establecer unos criterios comunes mínimos y superar así el tratamiento desigual que venían dando las CC.AA. a este aspecto crucial de la cobertura asistencial, en base a la amplia atribución competencial autonómica que establece a este respecto la LAAD.

Con esta finalidad, la norma reglamentaria garantiza una cartera mínima y homogénea de servicios y de sus respectivas intensidades (Anexos I, II y III) aplicables en todo el territorio nacional, cartera e intensidades que podrían ser ampliadas bien vía acuerdo AGE-CC.AA., en base al segundo nivel (acordado) de protección del SAAD, que aunque previsto en la LAAD (art. 7) se encuentra suspendido y sin desarrollo desde la implantación de la Ley, o bien sobre el tercer nivel de protección, potestativo para las CCAA, que les permite la mejora prestacional con financiación propia.

El Catálogo común y mínimo de Servicios comprende:

- a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, definido en el art. 21 LAAD y art. 5 RD 1051/2013
- b) El servicio de promoción de la autonomía personal, desarrollado en el art. 6 RD 1051/13.
- c) Servicio de Teleasistencia, regulado en el art. 22 LAAD y 7 RD 1051/13
- d) Servicio de Ayuda a domicilio, que comprende: servicio de atención de las necesidades del hogar y el servicio de cuidados personales, regulado art. 23 LAAD y 8 RD 1051/13
- e) Servicio de Centro de Día y de Noche, que incluye diversas modalidades en atención a los sujetos destinatarios: 1) Centro de Día para mayores; 2) Centro de Día para menores de 65 años; 3) Centro de Día de atención especializada y 4) Centro de Noche. Su régimen jurídico se establece en el art. 24 LAAD y 9 RD 1051/13
- f) Servicio de Atención Residencial, que comprende dos modalidades también en función de criterios subjetivos, esto es, del perfil de los beneficiarios: 1) Residencia de personas mayores en situación de dependencia, y 2) Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad, y cuyo contenido y condiciones de acceso se establecen en el art. 25 LAAD y 10 RD 1551/2013.

El art. 15.2 LAAD contempla otro cauce para una posible ampliación de estas prestaciones en servicios en virtud del reenvío efectuado a la Ley de Calidad y Cohesión del SNS, en concreto a la

prestación de atención sociosanitaria ex art. 14, que se suma y completa, así, el Catálogo de servicios LAAD (García Rubio, 2009, 69). Debe recordarse, en este sentido, que esta prestación de atención sociosanitaria comprende un conjunto de cuidados requeridos en particular por enfermos crónicos, como señala expresamente la Ley, pero también personas con discapacidad, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la conjunción sinérgica de servicios sanitarios y servicios sociales, mediante la correspondiente colaboración interadministrativa, que favorezca su autonomía personal, compensar sus limitaciones y favorecer su inserción social.

El RD 1051/2013 reproduce los Servicios del Catálogo legal pero aquí, con acierto, diferencia entre los que son objeto de prestación directa y los que lo son de acceso indirecto, esto es, los adquiridos mediante prestaciones económicas afectas a servicios (la prestación vinculada al servicio y la prestación de asistencia personal), diversificándolos además por grados de dependencia.

De esta forma, en el art. 2 establece los Servicios y prestaciones para los grados III y II de dependencia, siendo los Servicios de prestación directa, ya sea a través de entidades públicas o concertadas, los siguientes: Prevención de la dependencia; Promoción de la autonomía personal; Teleasistencia; Ayuda a domicilio; Centro de Día y Centro de Noche y Servicio de Atención residencial.

A éstos hay que sumar los Servicios de acceso indirecto, esto es, los obtenidos a través de prestaciones económicas, en concreto, la prestación económica para la contratación del servicio de asistencia personal y la prestación económica vinculada, que permite la contratación por parte del beneficiario de cualquiera de los restantes servicios incluidos en el Catálogo para estos dos grados, ya que debe recordarse que se trata en ambos casos de prestaciones finalistas y afectas a la adquisición por el beneficiario en el sector privado del servicio adecuado para su atención, según el PIA, que no puede suministrarse el Sistema a través de la red pública ya sea por razones personales o geográficas.

En cuanto a los Servicios para el Grado I, dependencia moderada, se mantienen todos los anteriores salvo el de Atención Residencial.

Precisamente, según pone de manifiesto el último Informe del Observatorio de la Dependencia (XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia)¹¹, en el que se efectúa un balance de los 13 años de implantación del SAAD, las prestaciones de servicios son las que han experimentado en los dos últimos años mayor crecimiento, en especial la de Teleasistencia y la de Ayuda a Domicilio, y, dentro de las económicas, la prestación vinculada a servicios, consolidándose así la opción de los PIA's por los llamados servicios de proximidad.

2. Contenido e intensidades mínimas de los Servicios de la Cartera del SAAD. Especial referencia a Servicios específicos para personas con discapacidad

El Servicio de Prevención de la dependencia tiene por objeto evitar el agravamiento del grado de dependencia del beneficiario, incluyendo esta atención en los programas de Teleasistencia, de Ayuda a domicilio, de los Centros de día y Centros de atención residencial (art. 5.1 RD 1051/2013). Los Planes de Prevención, elaborados por la correspondiente Comunidad autónoma determinarán las intensidades de los servicios de prevención del SAAD en su correspondiente ámbito territorial¹².

¹¹ *XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia*, Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios sociales, 2020, pág. 22.

¹² Vid. *I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia, 2016-2020*, aprobado por Acuerdo de 17 de mayo de 2016, del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía.

El Servicio de promoción de la autonomía personal tiene por finalidad 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 (art. 6.1 RD 1051/13) y comprende las prestaciones de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, los de habilitación, los de terapia ocupacional, así como cualesquiera otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad (art. 6.2). En particular, se incluyen como servicios de promoción de la autonomía personal, además de los previstos en el apartado 2, los siguientes (apartado 3):

- 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.

Las intensidades mínimas de estos Servicios vienen establecidas en el Anexo I del RD 1051/13:

1. Para el servicio de promoción de la autonomía personal se establece la siguiente intensidad, sin perjuicio de lo previsto específicamente para el servicio de atención temprana, y el servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional:
 - Grados I y II: un mínimo de doce horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.
 - Grado III: un mínimo de ocho horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.
2. Para el servicio de atención temprana, se establece la siguiente intensidad:
 - Grados I, II y III: un mínimo de seis horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.
3. Para el servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional, se establece la siguiente intensidad:
 - Grado I: un mínimo de quince horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.
 - Grado II: un mínimo de doce horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.

- Grado III: un mínimo de ocho horas mensuales de atención o su equivalente en sesiones.

Sin perjuicio de lo anterior, las CCAA pueden mejorar la intensidad de estos Servicios con acciones complementarias (art. 6.4 RD 1051/13).

El servicio de Teleasistencia (art. 7 RD 1051/13) “tiene por finalidad atender a las personas beneficiarias mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, observando las medidas de accesibilidad adecuadas para cada caso, y apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento y con el fin de favorecer la permanencia de las personas usuarias en su medio habitual”. Comprende dos tipos de servicios:

La atención a situaciones de emergencia, a través de un pulsador, que alerta de una situación que requiere una atención urgente, y la atención permanente y periódica, que busca el seguimiento personal.

Las modalidades y la intensidad del Servicio serán establecidas por la Comunidad Autónoma que gestione el Servicio.

El Servicio de Ayuda Domiciliaria (SAD), comprende (art. 8 RD 1051/13) “el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia, con el fin de atender las necesidades básicas de la vida diaria e incrementar su autonomía, posibilitando la permanencia en su domicilio y abarca dos tipos de actuaciones; para la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria y para la cobertura de las necesidades domésticas.

Con carácter general, los servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar solo podrán prestarse conjuntamente con los de atención personal. No obstante, excepcionalmente, de forma justificada y motivada, podrán prestarse separadamente cuando así se disponga en el PIA del beneficiario.

Sus intensidades en función del grado de dependencia vienen establecidas en el Anexo II RD 1051/13:

- Grado III. Gran dependencia: Entre 46 y 70 horas mensuales.
- Grado II. Dependencia severa: Entre 21 y 45 horas mensuales.
- Grado I. Dependencia moderada: Máximo 20 horas mensuales.

El Servicio de Centro de Día o Centro de noche tiene una doble función : por un lado “ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y, por otro lado, apoyar a las familias o cuidadores. Se establecen legalmente cuatro tipos): Centro de Día para mayores; Centro de día para menores de 65 años; Centro de día de atención especializada y Centro de Noche. (art. 24 LAAD. Desde esa premisa, los Centros públicos o acreditados que presten estos servicios los ajustarán a las necesidades de las personas en situación de dependencia atendidas según su grado, todo ello sin perjuicio de los servicios y programas que establezcan para los mismos la comunidad autónoma o Administración que, en su caso, tenga la competencia (art. 9 RD 1051/13).

La intensidad del servicio de centro de día o de noche estará en función de los servicios del tipo de Centro que precisa la persona en situación de dependencia, de acuerdo con su PIA, si bien la intensidad del centro de día para las personas beneficiarias a las que se haya reconocido el grado I (dependencia moderada), se fija en un mínimo de 15 horas/semana (anexo III RD 1051/13).

En el marco de la tipología de Centros de Día previstos en el art. 24 LAAD, la Comunidad Andaluza incorpora a la Cartera de Servicios del SAAD en su ámbito territorial un servicio específico de Centro de Día para personas con discapacidad en situación de dependencia, destinado a aquellas personas que por su gravedad y necesidad de atención continuada no pueden ser atendidas por su entorno familiar durante el día, o aquellas que debido a su discapacidad no pueden integrarse, transitoria o permanentemente, en un medio laboral especial o normalizado, en cuyo caso pasa a denominarse Servicio de Centro de día con Terapia ocupacional, y comprende servicios y actuaciones de atención integral específicas para personas con discapacidad.

En función de las distintas situaciones de discapacidad de la persona beneficiaria se ofrecen diferentes modalidades de servicio:

- Servicio de centro de día para personas con discapacidad intelectual.
- Servicio de centro de día para personas con discapacidad física y/o visual o parálisis cerebral.
- Servicio de centro de día para personas con discapacidad intelectual y graves trastornos de conducta.
- Servicio de centro de día para personas con trastornos del espectro autista.
- Servicio de centro de día con terapia ocupacional.
- Servicio de centro de día para personas con enfermedad mental.

En ellos, los beneficiarios deben tener garantizada la disponibilidad de los servicios de comedor y transporte, adecuados a las características de sus necesidades, así como la atención sanitaria especializada y psico-social. Además, contarán con una programación detallada e individualizada en la que se fijarán los objetivos a alcanzar, la metodología a seguir y su evaluación.

Por lo que respecta al servicio de Centro de día con terapia ocupacional, se pretende la integración social y, en su caso, laboral de las personas destinatarias, mejorar su adaptación personal y social, normalizar sus condiciones de vida y, cuando sea posible, habilitarles laboralmente garantizando su igualdad de oportunidades, a través de la realización de tareas prelaborales u ocupacionales.

La intensidad del servicio se determinará en función el grado de dependencia conforme a las siguientes pautas:

- Grados III y II: mínimo de 39 horas semanales, 5 días a la semana y 11 meses al año.
- Grado I. Dependencia moderada: mínimo de 15 horas semanales, 5 días a la semana y 11 meses al año.

Dada su especificidad como servicio destinado a personas con discapacidad, el beneficiario, además de tener reconocida la situación de dependencia en cualquiera de sus grados, deberá encontrarse afectada por una discapacidad intelectual, física, visual, parálisis cerebral, trastornos del espectro autista, alteraciones graves de conducta, daño cerebral sobrevenido o cualquier otro tipo de discapacidad que fuera necesario atender en este régimen, determinada en el procedimiento de reconocimiento de grado y derecho a las prestaciones de dependencia y conforme al BVD aplicable con carácter general. Las personas destinatarias deben tener entre 16 y 65 años, salvo en el caso de discapacidad intelectual en el que no opera el límite superior. En el tramo de edades comprendidas entre 55 y 65 años se valorará, en función de las circunstancias personales, la idoneidad de acceder a un centro de día para personas mayores o bien específico para personas con discapacidad.

La determinación de este servicio en el PIA está supeditado a que la persona discapacitada en situación de dependencia se encuentre integrada en una unidad de convivencia o que reciba cuidados de personas externas a esa unidad que, aunque no la pueden atender durante el día, le garanticen una atención adecuada durante el tiempo que no acude al centro a fin de mantener una adecuada integración en su entorno habitual.

Por último, el Servicio de atención residencial ofrece una atención integral y continuada, de carácter personal y social-sanitario, que se prestará en centros residenciales, públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. Puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial sea la residencia habitual de la persona en situación de dependencia, o temporal, cuando se atiendan bien estancias temporales de convalecencia o “periodos de respiro” de los cuidadores no profesionales.

Serán las Comunidades autónomas o, en su caso, la Administración que tenga la competencia de gestión (el IMSERSO en Ceuta y Melilla), la que determinará los servicios y programas de los centros residenciales para cada grado de dependencia, así como la intensidad del servicio, que estará en función de la atención requerida por la persona con dependencia, de acuerdo con su PIA.

Este Servicio, con el contenido prestacional indicado, se puede ofrecer a través de dos tipos de Centros (art. 15.1 LAAD): Centro Residencial para personas mayores y Centro Residencial para personas con discapacidad.

De conformidad con esta tipología legal, la Cartera de Servicios Sociales de Andalucía incluye un Servicio de Atención Residencial especializado para personas con discapacidad en situación de dependencia. Este servicio está destinado a personas que tengan reconocida una situación de dependencia en grado II o III, y han de hallarse afectadas por discapacidad intelectual, física, parálisis cerebral, trastornos del espectro autista, alteraciones graves de conducta o cualquier otro tipo de discapacidad que fuera necesario atender en este régimen, y con una edad comprendida entre 16 y 65 años, si bien el límite superior no se tendrá en cuenta en el caso de personas con discapacidad intelectual.

El Servicio se presta en centros residenciales destinados a servir de hogar sustitutorio, de forma temporal o permanente, a personas que por su grado de discapacidad, unido a su problemática socio-familiar y económica, tengan dificultades para ser atendidas en su unidad de convivencia o no puedan vivir de forma independiente. En correspondencia con la tipología de discapacidad de que se trate, existen diversos tipos de servicios:

- Servicio de Atención Residencial para personas gravemente afectadas por discapacidad intelectual

- Servicio de Atención Residencial para personas adultas: Presta atención integral a personas con discapacidad con cierta autonomía personal que tienen dificultades para la integración social y familiar en su unidad de convivencia.
- Servicio de Atención Residencial para personas gravemente afectadas por discapacidad física y/o visual o parálisis cerebral
- Servicio de Atención Residencial para personas con trastorno del espectro autista
- Servicio de Atención Residencial para personas psicodeficientes: Orientado hacia aquellas personas con discapacidad intelectual con alteraciones graves y continuadas de conducta que no remiten con tratamiento ambulatorio y/o en unidades de agudos, y cuyas circunstancias familiares, sociales y económicas son tan graves que no pueden ser atendidas por su unidad de convivencia.
- Servicio de Atención Residencial en Casas-Hogar para personas con enfermedad mental: Servicio dirigido a personas con escaso nivel de autonomía personal como consecuencia de una enfermedad mental, debiendo garantizar la cobertura de sus necesidades de atención no sanitaria y con una función sustitutoria del hogar familiar.
- Servicio de Atención Residencial en Viviendas tuteladas para personas con discapacidad: Unidades de alojamiento ubicadas en edificios o zonas de vivienda normalizadas, destinadas a aquellas personas con discapacidad con un grado suficiente de autonomía, y que tengan dificultad para una integración social y familiar en su unidad de convivencia.
- Servicio de Atención Residencial en Viviendas supervisadas para personas con enfermedad mental: Unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a personas con enfermedad mental que posean un grado suficiente de autonomía personal, por lo que no precisan personal específico durante las 24 horas. Cuentan con la distribución de espacios de una vivienda familiar y están dotadas de todo el equipamiento y servicios necesarios para las personas que las habitan.

Este Servicio de Atención Residencial comprende el alojamiento, manutención, higiene personal y todas aquellas actividades que no puedan realizar por sí mismas los beneficiarios, así como, en su caso, atención sanitaria y psicosocial. A tal efecto, cada persona usuaria cuenta con un programa individual de desarrollo personal: estimulación sensitivo-motriz, psicomotricidad, comunicación, actividades de la vida diaria y terapia ocupacional en función de sus necesidades.

En cuanto a la Intensidad del servicio, su prestación se garantiza todos los días de año y las 24 horas del día.

V. LA ADECUACIÓN DE LAS PRESTACIONES DE SERVICIOS DEL SAAD A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. INSTITUCIONALIZACIÓN VS VIDA INDEPENDIENTE

Partiendo de la Cartera de Servicios del SAAD, que acaba de sistematizarse, conviene plantear la cuestión de cuáles de ellos se adaptan mejor a las personas con discapacidad, más allá de la atención requerida por las necesidades específicas vinculadas al grado de dependencia, esto es, desde un enfoque de derechos. Dicho de otro modo, interesa analizar ahora la adecuación de los Servicios del Catálogo

desde la perspectiva de los derechos fundamentales reconocidos a las personas con discapacidad en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, que asumen todos los instrumentos jurídicos sobre discapacidad a nivel europeo (Estrategia Europea sobre Discapacidad), como a nivel de nuestro ordenamiento interno (LGDPD y LAAD).

En este sentido, conviene recordar el carácter basilar que se otorga en la Convención al derecho a la autonomía personal y a la vida independiente y al derecho a la participación comunitaria (art. 19), que aparte del valor que representan en sí mismos, tienen el valor añadido de constituirse en presupuestos para la efectividad de gran parte de los restantes derechos fundamentales reconocidos en la Convención: derechos a la igualdad y la no discriminación, la autonomía y la libertad, la capacidad jurídica y la libertad de desplazamiento. Pues bien, es en este marco donde se plantea la dialéctica del binomio institucionalización-vida independiente.

Para su abordaje, podemos partir del concepto de institucionalización propuesto por el Observatorio Estatal de la Discapacidad en su informe “Institucionalización de las personas con discapacidad en España” (2015)¹³: “el ingreso, voluntario o involuntario, en una instalación que presta servicios integrales, y que precisan la residencia de la persona con discapacidad, de manera permanente o temporal de larga duración. Dentro de estas instituciones se incluyen residencias, hospitales de media y larga estancia, y otros centros de atención a personas con discapacidad, incluyendo los centros de día y de noche”, un concepto, como puede apreciarse, amplio que trasciende a la atención residencial.

Pues bien, desde esta premisa, existe un amplio consenso en la comunidad científica y en las organizaciones e instituciones representativas de las personas con discapacidad sobre la conveniencia de transitar hacia un modelo de cuidados de larga duración no institucionalizado, lo que no implica el retorno al modelo tradicional familiarista de cuidados, sino a la preponderancia de los cuidados prestados en el entorno de la persona dependiente mediante servicios de proximidad (cuidados comunitarios).

Este es precisamente el enfoque adoptado recientemente por el Parlamento Europeo. En efecto, en la Resolución del Parlamento Europeo sobre la Estrategia Europea sobre Discapacidad posterior a 2020 (2019/2975(RSP, 2 de marzo de 2020), tras hacer balance de la aplicación de la Estrategia Europea sobre discapacidad 2010-2020, plantea una serie de Consideraciones a la Comisión y propuestas para corregir las insuficiencias o debilidades detectadas en la implementación y desarrollo de la Estrategia 2010-2020. La Resolución destaca, en particular (apartados 31-32), la relevancia del derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad como fundamental para la realización de otros muchos derechos fundamentales consagrados en la Convención para las personas con discapacidad, por lo que solicita a la Comisión que promueva activamente una transición de los centros de asistencia institucionales o segregados al apoyo de proximidad, incluida la Asistencia personal, y a los servicios inclusivos (tanto convencionales como específicos) en todas las herramientas e iniciativas políticas de la Unión. Asimismo pide a la Comisión, por otra parte, que se asegure de que los avances generales en el proceso de desinstitucionalización de las personas con discapacidad se incluyen como indicadores en el cuadro de indicadores sociales de la Unión.

Pero aun existiendo un amplio consenso en relación con los beneficios de la desinstitucionalización de personas con discapacidad, existen también en la literatura científica numerosas referencias a los obstáculos para ello. Así, el informe de *Human Rights Watch* (2010)¹⁴ apunta a dos relevantes. Por un lado, el coste y su consecuente proyección en la sostenibilidad del sistema de cuidados, ya que aunque la atención comunitaria puede ser menos costosa a largo plazo,

¹³ “Institucionalización de las personas con discapacidad en España”, VV.AA., HUETE GARCÍA (Dir), *Observatorio Estatal de la Discapacidad*, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2015.

¹⁴ Human RightsWatch, “Once you enter, you never leave”. Deinstitutionalization of persons with intellectual or mental disabilities in Croatia. New York: Human Rights Watch, 2010.

suele representar costes elevados a corto plazo. Y por otro lado, las características de determinados colectivos, como las personas con discapacidades severas, que pueden requerir de mayores apoyos al objeto de lograr su desinstitucionalización. De hecho, el Informe señala que las personas con discapacidades intelectuales severas suelen ser los últimos desinstitucionalizados por la dificultad de planificar la prestación de apoyos en la comunidad, y también los más propensos a volver a las instituciones y a sufrir menor calidad de vida fuera de ellas.

Pero las resistencias no se agotan ahí. El precitado informe del Observatorio estatal de la Discapacidad suma a los anteriores algunos obstáculos más: el cambio de los roles tradicionales de género y el acceso de las mujeres al empleo; el relacionado con el estigma o estereotipos asociados a menudo con las personas con discapacidad (peligrosidad, inmadurez, entre otros), que actúan de barrera para su aceptación social, aunque diferentes aportaciones han puesto en evidencia que la mejor manera de combatir esta barrera es promover el contacto entre la sociedad y las personas con discapacidad institucionalizadas¹⁵. No obstante, la resistencia a la desinstitucionalización puede provenir, también de las propias personas con discapacidad institucionalizadas, a veces reacias a dejar un lugar que llegan a percibir como su hogar. Sin embargo, la investigación ha demostrado que incluso los individuos que están inicialmente menos dispuestos a abandonar las instituciones, una vez iniciada su vida en comunidad prefieren esta opción¹⁶.

Con este enfoque, las prestaciones en servicios del SAAD que se muestran más acordes con los requerimientos de los derechos implicados de las personas dependientes en general y, en particular, de las personas con discapacidad: autonomía personal, vida independiente y participación en la comunidad, son los servicios de proximidad o apoyos comunitarios, esto es, Teleasistencia, Ayuda a Domicilio e, incluso, el Servicio de Centro de Día, aunque dicho Servicio forme parte, discutiblemente en mi opinión, del concepto de institucionalización de partida en el comentado Informe.

Desde la señalada perspectiva, ¿cuál es el escenario existente en Andalucía?

Para aproximarnos a él, la mejor herramienta es el Informe “Discapacidad y Dependencia en Andalucía” –DDA-2012¹⁷, que explota los datos de la última Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia –EDAD 2008¹⁸, utilizado como fuente en el I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia (2016-2020). Según este Informe, casi el 60% (58,6%) de personas con discapacidad residentes en Andalucía se encuentran también en situación de dependencia. Por su parte, los datos proporcionados por el Sistema de Información del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SISAD), a 31 de diciembre de 2015, entre las personas mayores de 65 años, subsector de población con mayor prevalencia de situaciones conjuntas de discapacidad y dependencia, el peso de los llamados servicios de proximidad o comunitarios es bajo: ausentes los datos sobre Teleasistencia, salvo el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), con poco más del 30% de prevalencia, las cifras relativas a los Centros de Día o Unidades de Estancia Diurna (UED) son irrelevantes (3,5%). En el caso de los menores de 65 años, los datos cambian, con un descenso del SAD hasta casi un 11%, mientras la UED sube hasta un 16%.

¹⁵ CORRIGAN, P.W Y WATSON, A.C.: “Understanding the impact of stigma on people with mental illness”. *World Journal of Psychiatry*, 2002, págs. 16—19.

¹⁶ MANSELL, J., KNAPP, M., BEADLE—BROWN, M. AND BEECHAM, J.: “Deinstitutionalization and community living—outcomes and costs: Report of a European study”. Vol. 2. Main Report. Canterbury: University of Kent, 2007.

¹⁷ Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA). Estudio “Discapacidad y dependencia en Andalucía” (DDA), 2012.

¹⁸ Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008.

Resulta particularmente significativo, por lo demás, las bajísimas tasas de prevalencia de la prestación de Asistencia Personal (PAD), que, como se ha dicho, es la prestación económica del SAAD que vehiculiza el acceso indirecto al servicio de un asistente personal, mediante su contratación por la persona dependiente beneficiaria: un 0% en el caso de dependientes mayores de 65 años y un 0,02% en menores de esa edad. Las cifras son particularmente demoledoras, máxime si se tienen en cuenta los estudios científico-técnicos sobre su oportunidad, conveniencia y adecuación para la atención de dependientes con discapacidad, en particular en los tipos de discapacidad intelectual y/o enfermedad mental grave, en el marco del denominado “modelo de atención a la diversidad”. Estas investigaciones científico-experimentales ponen en valor su carácter de servicio de ayuda personalizada para la vida independiente, que reconoce y promueve la capacidad y el ejercicio del derecho del beneficiario a su autonomía, esto es, a adoptar libremente las decisiones acerca del desarrollo de su proyecto de vida. Este servicio, se afirma, “supone un cambio radical respecto a la forma de entender y atender la discapacidad, puesto que ahora es el destinatario quien decide el tipo de apoyo, cuándo y cómo lo recibirá y quién se lo prestará, haciendo así efectivo el ejercicio de su autodeterminación”¹⁹.

Así las cosas, cabe señalar, a modo de conclusión, que el emergente modelo de atención de la discapacidad en clave de derechos humanos, de conformidad con el enfoque marcado por la Convención de Naciones Unidas, impulsado por la Unión Europea, y auspiciado por la investigación científico-técnica, aconsejan una reconducción de los Programas Individuales de Atención (PIA's), en los que las Administraciones autonómicas competentes reconocen el derecho a las prestaciones del SAAD y determinan las concretas a lucrar por el beneficiario, en el sentido de orientarlos a los Servicios de proximidad o comunitarios, que, de momento, carecen de peso suficiente en el mapa de los cuidados para la atención a la dependencia, lo que supone un obstáculo para la efectividad real de los derechos de las personas con discapacidad.

VI. BIBLIOGRAFÍA

ALONSO-OLEA GARCÍA, B.: “Capítulo segundo”, en ALONSO-OLEA GARCÍA, B. et al.: *La protección de las personas con discapacidad y en situación de dependencia en el Derecho de la Seguridad Social y en el Derecho Tributario*, Navarra, Aranzadi-Thomson Reuters, 2009.

ALONSO OLEA, M Y TORTUERO PLAZA, J. L.: *Instituciones de Seguridad Social*, Madrid, Civitas, 1998.

CORRIGAN, P.W. y WATSON, A.C.: “Understanding the impact of stigma on people with mental illness”, *World Journal of Psychiatry*, 2002.

DINIZ, D., BARBOSA, L., RUFINO DOS SANTOS, W.: “Discapacidad y Derechos humanos”, *Revista Internacional de Derechos Humanos*, v. 6, n. 11, dic. 2009.

Documentos e informes:

- Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Instituto Nacional de Estadística (INE), 2008.
- Estudio “Discapacidad y dependencia en Andalucía” (DDA), equipo científico colaborador, ABELLÁN GARCÍA ET AL., Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), Sevilla, 2012.
- XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia, Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios sociales, 2020.

¹⁹ PRIETO LOBATO, J. M. et al: “Asistencia personal y discapacidad intelectual: un servicio para la inclusión social”, *Revista Española de Discapacidad*, 7 (II), 2019, págs. 7-27.

- Human RightsWatch: “Once you enter, you never leave”, De institutionalization of persons with intellectual or mental disabilities in Croatia, New York: Human RightsWatch, 2010.
- “Institucionalización de las personas con discapacidad en España” (HUETE GARCÍA, dir.), Observatorio Estatal de la Discapacidad, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2015.
- I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia, 2016-2020, aprobado por Acuerdo de 17 de mayo de 2016, del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía.

GARCÍA RUBIO, M.A.: “Prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia”, en ROQUETA BUJ, R et al: *La situación de dependencia. Régimen jurídico aplicable tras el desarrollo reglamentario estatal y autonómico de la Ley de Dependencia*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2009.

GONZÁLEZ DE PATTO, R. M^a: “Las prestaciones económicas a las personas en situación de dependencia”, *Temas Laborales*, n^a 89, 2007.

MANSELL, J., KNAPP, M., BEADLE-BROWN, M. AND BEECHAM, J.: *Deinstitutionalization and community living-outcomes and costs: Report of a European study*, Vol. 2. Main Report. Canterbury: University of Kent, 2007.

MARTÍNEZ-PUJALTE, A. L.: *Derechos Fundamentales y Discapacidad*, Madrid, España, CINCA, 2015.

MONEREO PÉREZ, J.L.: “Configuración jurídica de la protección pública de las situaciones de dependencia”, en VV.AA., MONEREO PÉREZ, J.L. (Dir), *Las contingencias comunes protegidas por la Seguridad Social*. Estudio de su régimen jurídico, Granada, Comares, 2008.

PADILLA-MUÑOZ, A.: “Discapacidad: contexto, concepto y modelos”, *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, núm. 16, enero-junio, 2010.

PRIETO LOBATO, J. M. ET AL: “Asistencia personal y discapacidad intelectual: un servicio para la inclusión social”, *Revista Española de Discapacidad*, 7 (II), 2019.