

QUADERNS ENTORN
A LA DEPENDÈNCIA

01

I Jornades d'Assistència
a la Dependència

qed

Direcció i coordinació:
Iago de Balanzó i Solà
Quico Maños i de Balanzó

**Professió i professionalització:
pensant en les figures professionals associades a la dependència
Per Juan Sáez Carreras
(Catedràtic de Pedagogia Social de la Universitat de Múrcia)**

**Drets de les persones dependents i altres aspectes jurídics rellevants
Per Javier Moya Huertos. Cap del Servei d'Inspecció de la Delegació per a la
Igualtat i Benestar Social de la Junta de Andalucía a Còrdoba**

**Experiències Internacionals d'atenció a la Dependència. Models Assistencials
Per Joan-Carles Rovira Pascual. Responsable Àrea Formació i Comunicació
Institut Català de l'Envel·liment-Universitat Autònoma de Barcelona**

**Por Juan Sáez Carreras
(Catedrático de Pedagogía Social de la Universidad de Murcia)**

43

**Derechos de las personas dependientes y otros aspectos jurídicos relevantes
para la Igualdad y Bienestar de la Junta de Andalucía en Córdoba**

55

**Experiencias Internacionales de atención a la Dependencia. Modelos Asistenciales
Por Joan-Carles Rovira Pascual. Responsable
Institut Català de l'Envel·liment-Universitat Autònoma de Barcelona**

69

**Professió i professionalització:
pensant en les figures professionals associades a la dependència
Per Juan Sáez Carreras
(Catedràtic de Pedagogia Social de la Universitat de Múrcia)**

En els últims anys, amb cert retard si es pensa en el molt ja recorregut en el context anglosaxó, els grups ocupacionals basats en el coneixement que aspiren (o ho han aconseguit ja) a convertir-se en professions estan reflexionant a Espanya sobre si mateixos: sobre el seu paper en el sistema de professions, la seva visibilitat i reconeixement social, la formació que reben els professionals, a quin nivell i a quin grau, la manera d'assolir competències per a fer-se potents en el mercat de treball, com fer-se fort a través d'associacions i col·legiacions... És evident que tots, o una gran part d'ells, s'estan plantejant, o quant menys revisant, el procés de professionalització recorregut i el qual desitgen recórrer; desig d'altra banda comprensible en un Estat que es bosqueja i es dissenya pensant en les professions permetent o promovent expressions com "societat professionalitzada", "societats de les professions" i similars. No és, doncs, estrany que la producció bibliogràfica i, en general, el discurs sobre les figures professionals associades a la dependència sigui cada vegada més profusa i freqüent. No obstant això, si es revisa amb deteniment aquesta literatura especialitzada pot comprovar-se la frevolesa de més d'un d'aquests discursos degut, entre altres raons, a la falta de solidesa teòrica que els sosté: tot just alguns d'aquests textos apel·la a la sociologia o a la història de les professions per a poder trobar els supòsits teòrics, les estratègies metodològiques que permeten estudiar les professions i els processos de professionalització que aquestes respectivament viuen. Només és possible trobar en la teoria de les professions, fortament desenvolupada en el món americà i en l'uropeu (Itàlia, Alemanya, Regne Unit i, sobretot, el nord d'Europa: Suècia, Dinamarca, Noruega...), aquells conceptes bàsics, articuladors i significadors de la realitat social, com són el concepte de professió i el de professionalització.

Conceptes que, si bé funcionen en l'imaginari col·lectiu afavorint visions equívokes i errònies, quan són represos i aprofundits des de la sociologia del fet professional permeten aclarir no poques confusions sobre el que són les professions, com funcionen, com s'organitzen de cara a si mateixos i enfront d'institucions i destinataris, quins assoliments aconsegueixen... Però també, a més de clarificar, possibiliten la construcció de models, teories, camps d'intervenció social...que identifiquen la "naturalesa" de moltes professions.

És normal, doncs, que un Estat de Benestar "on s'han professionalitzat els serveis socials i s'han col·lectivitzat i organitzat les professions" (M. BERTILLSON), les professions i semi-professions caminin (pre)ocupades per trobar els seus senyals d'identitat i, per tant, s'endinsin, tal és el cas de les professions orientades per la dependència, en qüestions que poden contribuir a això: com formar als professionals que han d'atendre a persones dependents, quin és el perfil que deu caracteritzar la "naturalesa" de la professió, sobre quins eixos fonamentarla, sota quins patrons i codis ètic-professionals, quines lògiques sustenten les professions que es mouen pensant en aquests destinataris, què és el que les diferencia i quina les aproxima... Em sembla, doncs, molt pertinent, fins i tot podria atrevir-me a dir que inexcusable, que tota activitat professional que tracti de reflexionar sobre les professions abordi les qüestions més rellevants, les de partida, aquelles sobre les quals pivoten les altres: i aquestes qüestions tenen a veure amb les preguntes què són les professions?, i en què consisteixen els processos de professionalització?..., de tal manera que puguem, a partir d'elles, seguir avançant en la comprensió de les figures professionals associades a la dependència en la societat del nostre temps.

1. La professionalització com un dels principis estructurals bàsics que adona de les accions dels professionals en els seus contextos laborals i socials.

Si la definició de professió concita consensos i dissensos de la mateixa manera que no hi ha acords sobre el que criden "la ideologia del professionalisme", en canvi bastant més aproximació hi ha a l'hora de reconèixer la complexitat dels processos de professionalització, una complexitat que ha anat acreixent-se amb el temps a mesura que les professions han sofert canvis amb les transformacions socials i les investigacions confirmen que es va avançant en la teoria de les professions (NEROT, 1974). **La professionalització de la societat, la d'algunes professions, la de les pròpies institucions universitàries així com d'un bon nombre de professionals laborant aquí o allà, en empreses i institucions, són esdeveniments molt estudiats des de diferents àmbits de coneixement.**

Al cap i a la fi aquesta és una idea que impregna les societats i les universitats del segle anterior, sobretot a partir de la Segona Guerra Mundial, amb la creació dels Estats de Benestar. Per a Harold Perkin, el sorgiment de la nova societat del segle XX té molt a veure amb la consolidació de les professions. En el seu treball, *The Rise of Professional Society* (1989) busca demostrar, a pesar que en el seu temps els estudiosos no s'adonaran d'això, **com els sectors professionals van jugar un paper en els canvis produïts en les societats preindustrials de llavors.**

La tesi de Perkin, en la qual van a coincidir substancialment altres autors encara quan els seus punts de partida siguin diferents (LARSON, 1977/79; BERTILSSON, 1990), és que una sèrie de grups ocupacionals van a iniciar i liderar un procés de professionalització tant pel reconeixement de l'activitat desplegada per cadascuna d'elles, com per la recerca de recursos i l'obtenció de legitimitat per part de l'Estat, sense el suport del qual no podrien avançar. El procés de professionalització es traduiria en una doble adreça: 1^a) Transformar les ocupacions en professions ja que aquestes promouen més notorietat i, 2^a) La finalitat última del procés de professionalització seria l'ideal professional: aquell que emfatitza, entre altres dimensions, el paper de la "carrera" i "la formació especialitzada" com algunes de les estratègies que permeten a les professions i als professionals obtenir prestigi en l'entorn que funcionen i es mouen.

Per a Perkin, **les professions són les formes històriques amb les quals es construeixen les estructures bàsiques de la societat del XX i ho segueix sent en l'actualitat.** No es va donar de manera standard en les societats ni al mateix temps, ni tampoc van ser idèntiques les mateixes motivacions que van impulsar a les ocupacions a afavorir el seu canvi en professions, però cal dir que tot just queda país que no hagi adoptat el fenomen, en sentit ampli, de la professionalització: l'aspiració que tenen les més diverses ocupacions de convertir-se en professions.

L'adopció d'aquest concepte mostra aquí gran part del seu potencial: l'anàlisi de les professions ens permet explicar, no solament analíticament el que tradueix el concepte, sinó les conseqüències que es deriven de les accions professionals en societat. **La professionalització dels professionals de l'atenció a la dependència,** de manera mes concret, convoca, doncs,

tot un seguit de pràctiques, entre les quals es troben les relacionades amb la formació. Com s'ha escrit, una de les funcions de la formació és anar col·laborant en la creació d'una cultura professional, generant i difonent una sèrie de valors sobre els professionals que tracten de preparar-se a través d'elles; de creences i actituds sobre metes i maneres d'organitzar-se; de concepcions sobre paper que deuen complir, i compleixen o no, en l'entorn en el qual actuen; percepcions sobre els seus competidors, altres professionals més pròxims... La formació en la carrera és, doncs, un dels factors claus en les estratègies utilitzades per les ocupacions per a ser reconegudes i assolir l'estatus de professions (BERLANT, 1975).

Així les coses, és evident que el concepte de professió i el de professionalització permeten, per la seva capacitat semàntica d'explicació tal com la sociologia de les professions ha posat de manifest, obtenir una visió de les dinàmiques organitzacionals i socials.

"De tal manera, la professionalització fou lentament consolidant-se com procés estructurant de la nova societat del segle XX, és a dir, com un dels seus més importants principis d'organització social. Va cobrar així crucial importància una estratègia diferent: "la carrera professional", que s'havia anat establint de manera lenta durant el segle XIX, amb la seva èmfasi en el status i en una peculiar forma de "competència" tant per l'atenció de recursos materials com simbòlics" (GONZÁLEZ LEANDRI, 1999: 11. El subratllat és nostre).

Des d'aquest punt de vista "l'ideal professional" roman, des de la seva emergència en el segle XIX i el seu establiment en el XX, com un dels aspectes més transcendents i característics del segle XXI. A pesar de crítiques i contradiccions, de reptes insuperables, els ciutadans en les societats contemporànies desenvolupades o en desenvolupament, desitgen i aspiren, en termes sociològics, a convertir-se en professionals (HUGHES, 1958, 1960).

La primera finalitat d'aquest text s'orienta a **clarificar amb rigor el que conceptes potents com el de professió i professionalització tradueixen** –més enllà de les visions lineals i ingènues que amb freqüència es manegen en la literatura a l'ús-. Tracta, posteriorment, de proposar i **formular les bases d'un model teòric amb el qual poder abordar l'estudi dels processos de professionalització dels professionals orientats a la dependència** en el nostre país. Estudis necessaris no només per a la comprensió d'aquesta professió (antecedents, emergència, presència i ideari actual) per part de qui són membres d'ella sinó també d'aquells investigadors que desitgen contribuir al creixement quantitatiu i qualitatiu d'aquest camp de coneixement: al cap i a la fi quan els teòrics i ensenyants aborden l'exploració d'una sèrie de pràctiques professionals relacionades amb la dependència remetent a un tipus d'activitat que "practiquen" els diferents professionals de diferents professions que s'aproximen en el que tenen de comuna: la seva finalitat humana i social. Gairebé és innecessari aclarir que en aquestes pàgines solament s'esbossa el que reclama espai i temps per a un desenvolupament més detingut i ampli, tasca que, per altra banda, he tingut oportunitat de portar a terme, en bona mesura, en altre moment i lloc (SAEZ, 2004).

2. Dos conceptes relacionats i articuladors: professió i professionalització.

Potser, dues dels conceptes que mes han tornat a impulsar, avui, la teoria de les professions

han estat el de professió, subjecte a contínues revisions, i, com a conseqüència, el de professionalització que dóna lloc. Les reflexions que sistematitza a continuació contribueixen a situar les professions d'atenció a la dependència, i als camps de coneixement que tracten de donar raó d'elles, en un escenari de comprensió molt més emergent i possibilitador.

2.1 En què consisteix la professió?

El concepte de professió, en tant que construcció històrica, ha impossibilitat una definició universal del mateix, per molt que les diferents àrees d'investigació en ciències socials ho hagin intentat. Similar situació ocorre amb altres conceptes, com el de professionalització. Tant el significat del terme professió, com les ocupacions que puguin ser descrites com professions, han canviat al llarg del temps. Això suggereix:

* que són diverses les definicions que es poden donar d'una professió;

* que davant les dificultats de donar una definició precisa de professió, hem d'evitar disputes terminològiques, segons el parer de Heidenheimer (1989) qui, per cert, va elaborar una taula on es recollien més de 20 definicions distintes, i utilitzar exemples de definicions històriques en estudis concrets sobre ocupacions que aspiren a convertir-se en professions. Això explica com aquesta diversitat de formulacions, quan són utilitzades per diferents estudiosos dels seus respectius camps professionals, es tradueix en una gamma, de vegades contradictòria i confusa, de concepcions sobre una mateixa professió.

En qualsevol cas, les nombroses investigacions que s'estan produint sobre les professions ens indiquen, per les múltiples dades i aportacions noves que apareixen, que queden moltes qüestions per "aclarir i dir" (LARSON, 1990) tant com altres vàries per plantejar i contestar. Mentrestant, és metodològicament pertinent i necessari, decidir-se per una definició de professió, que reculli la major part d'indicacions sobre el que són, i actuï amb criteri organitzador davant la quantitat d'informació que anem disposant en els últims temps. Així, ens sembla necessari adoptar com punt de partida una definició comprensiva, de professió.

"Professió fa referència, en gran mesura, a una ocupació no manual, exercida a temps complet, la pràctica de la qual pressuposa, necessàriament formació especialitzada, sistemàtica i abstracta... L'accés a ella depèn de la superació de certs exàmens que donen dret a títols i diplomes, que d'aquesta manera sancionen i autoritzen el seu paper en la divisió laboral.

Les professions tendeixen a demandar un monopoli de serveis i la llibertat enfront del control d'actors com l'Estat o el de no experts i profans... Basades en competències i en una ètica associada a la seva acció professional i en la importància del seu treball per a la societat i per al bé públic, les professions reclamen tant recompenses materials com un major prestigi social" (en TORSTENDAHL i BURRAGE, 1990: 205).

Aquesta definició pot ser vàlida per a qualsevol de les professions –si és que ho són- d'atenció a la dependència, quan es pretén donar una visió genèrica de la mateixa. Com veurem, ens atrevirem posteriorment a donar una definició distinta que sorgeix, no per lleugeresa professional o barroquisme i retòrica intel·lectual sinó com resultat, i en conseqüència, amb

la trama teòrica construïda per a estudiar la professió d'Educador Social i els processos de professionalització en les quals es veu submergida (SÁEZ, 2005).

Per quina aquesta definició i no altra? Si es recorda que tant la definició de professió que proposem, com la de professionalització, són formulades amb intencions mes organitzadores que definitives, la nostra elecció respon als següents criteris:

1. **per l'èmfasi que posa en la formació** i, per tant, va mes acord a la tasca que vam portar a terme en aquest text, com és la de donar centralitat -per descomptat, no exclusiva- a la Universitat com actor vital en el procés professionalitzador;
2. perquè mancant una definició supra-històrica i transcultural, pot ser fàcilment consensuada sense dificultats i **utilitzada amb un significat comú i coherent a diferents estructures històriques i culturals**;

3. degut al fet que és millor treballar **amb una definició**, abans que amb vàries, que pugui ser sobretot operativa. Aquest "sobretot" vol dir que aquesta definició:

- * ens assegura la identificació d'elements que tendeixen a ser constants d'aquells altres que són mes variables;

- * ens permet ser conscients dels moments mes rellevants en el desenvolupament quotidià d'una professió i dels matisos mes significatius que es plantegen en una comunitat o en una altra;

- * afavoreix l'elaboració d'una llista –no de trets essencials i per tant única i immutable- provisional de les característiques que millor poden definir una professió en l'actualitat. Aquesta llista provisional pot, així, ser recreada com una ajuda per a la investigació, com un mitjà per a categoritzar ocupacions o dimensionar els canvis històrics que es produeixin en cada cas o exemple; així, aquesta definició, sota la cobertura del model dialèctic que afavorim, ens sembla pertinent per a definir, a manera d'exemple, les **tres trajectòries professionals** (Educació Especialitzada, Educació d'Adults i Animació Sociocultural) que són avui recollides sota la titulació d'Educació Social amb la qual es prepara als membres d'aquesta professió emergent que duu el mateix títol (ASEDES, 2003). Una de les professions més visualitzades avui com clares en la seva estratègia de respondre a les necessitats educatives dels dependents.

- * però, abans de res, i finalment, aquesta llista propicia el no abocar a la utilització de nocions vagues i confuses que dificultaria l'estudi d'una professió.

En suma, una definició operativa com la de Kocka condueix a desglossar l'anàlisi de les variables, tant constants com provisionals, que millor caracteritzen el recorregut professionalitzador d'una ocupació que ha assolit convertir-se en professió, després d'haver assolit aquest objectiu. En aquest sentit la definició adoptada pot ser-nos satisfactòria perquè:

- a) afavoreix l'estudi dels processos professionalitzadors –o desprofessionalitzadors- que

expliquen i permeten comprendre una professió i les variables que la identifiquen (HOYLE, 1980);

b) ens remet a l'anàlisi de les diferents etapes que recorre una professió, i el major o menor nivell de professionalització que s'identifica en cadascuna d'elles (McKINLAY, 1982, HALMOS, 1973).

2.2 Què és la professionalització?

Vital per a tota construcció teòrica que tracti d'explicar qualsevol professió i, sobretot, el paper dels camps de coneixements legitimadores d'elles, és l'obtenir una comprensió àmplia i clarificadora del concepte de professionalització.

La literatura sobre professionalització és molt àmplia. Tal volum d'estudis històrics i sociològics està aportant una major diversitat d'enfocaments conceptuals amb els quals es va aconseguint un ampli aprofundiment i agudeses tant com complexitat sobre el fenomen de la professionalització. Això ha permès anar desfent malentesos i traduccions problemàtiques del concepte així com definicions poètiques del mateix. La majoria de tals estudis tracten d'aprofundir en aquest procés segons els diferents tipus de professió en la mesura que s'accepta, de manera consensuada, que el terme professionalització fa referència a un procés per mitjà del qual una activitat o ocupació arriba a ser una professió. Treballs rellevants, busquen diferenciar aquest procés d'acord amb diversos desenvolupaments analíticament discernibles que poden esdevenir al mateix temps o bé de manera successiva (DANIELS, 1967; COHEN I WAGNER, 1982; JOHNSON, 1972; DINGWALL i LEWIS, 1983; CLARK, 1990; CARRIER i KENDALL, 1995). AL meu judici, seguint les conclusions d'exploracions molt rellevants (LARSON, 1977/1979; ABBOTT, 1982, 1991a i 1991b; MURPHY, 1988, 1990; FREIDSON, 2001), els desenvolupaments que acompanyen al procés de professionalització mes bé es succeeixen, com hem vist, alternativament.

Hannes Siegrist, investigador de la Universitat de Bielefeld, porta a terme una tasca de síntesi associant el terme professionalització a quatre referents diferents. Així, en el seu *Professionalization as a process: patterns, progression and discontinuity* (1990: 177-201), **tradueix la professionalització com:**

1º. aquell tipus de processos mitjançant els quals una ocupació adquireix el caràcter d'una professió acadèmica. Això queda demostrat pel fet que una perícia adequada ("prerequisit per a l'entrada en un camp professional"), només pot ser obtinguda en els centres superiors d'aprenentatge: d'aquesta manera la pràctica professional queda limitada solament per a aquells que conclouen amb èxit els exàmens d'accés a un determinat camp i obtenen el corresponent títol;

2º. aquella que remet a certes polítiques responsables d'una certa superior perícia professional respecte als lleics o profans. És a dir, aquestes polítiques són les quals estableixen una relació entre el coneixement i la divisió del treball, dissenyades i sostingudes per experts de les cridades "professions superiors";

3º. un procés de diferenciació i exclusió mitjançant el qual una professió monopolitza les oportunitats ocupacionals utilitzant variades "estratègies de persuasió" amb la finalitat d'adquirir, i assegurar-se, un estatus social i econòmic elevat;

4º. finalment, com aquell tipus de procediments i activitats que condueixen al desenvolupament d'un tipus específic de consciència col·lectiva així com a una representació grupal d'interessos que tracten de ser materialitzats per la utilització, consensuada i comuna, d'estratègies pertinents per a això (SIEGRIST, 1990: 177).

Totes aquestes traduccions, més que distanciar-se deuriem utilitzar-se com complementàries i ens permeten, de manera convergent, tenir una visió més completa de la professionalització. **La primera** traducció situa la professionalització en la Universitat, la qual cosa és evident, vista la tendència de les últimes dècades ja que, tant universitaris –a través de la introducció de "titulacions professionalitzadores" en les seves institucions- com professionals –que han buscat el més alt reconeixement acadèmic- han sentit la necessitat de professionalitzar les ocupacions afavorint la major i millor formació possible per a assolir-lo. La limitació d'aquest enfocament? Que la carrera no acaba amb els estudis i que la socialització professional continua després d'acabar la formació en les aules universitàries. Si la formació és adequada o no, perquè els futurs professionals dominin les destreses que caracteritzen la naturalesa de la professió, aquesta és una qüestió que no qüestiona de fons aquesta constant professionalitzadora que identifica a la institució universitària formant part fonamental dels processos de professionalització (BERLANT, 1975).

La segona és una extensió de l'anterior, encara que no quedi implicada la Universitat, exclusivament, com la única institució generadora de coneixement relacionat, mes o menys directament, amb la destresa professional. La virtualitat d'aquesta interpretació de la professionalització és que, com resultat d'explicar la divisió del treball associat a les ocupacions relacionades amb el més alt o sota nivell de coneixement, resideix en la jerarquització entre professions d'alt rang i professions de baix estatus, tractant d'aclarir, de manera comprensiva, com a través d'aquestes s'han construït les estructures bàsiques del segle XX i com, a través d'elles, s'està jugant un paper important en les estructures actuals i en els canvis produïts en elles.

En aquesta mateixa línia de convergència d'interpretacions entenc que cal considerar la tercera **versió** de la professionalització ja que posa de manifest que aquestes "ocupacions socialment idealitzades" lluiten per obtenir els seus interessos i per a això s'aglutinen i s'organitzen promovent l'expansió de la professió i, amb això, la dels propis professionals. Això és el que fan Associacions, Federacions, Col·legis Professionals... La dificultat d'aquest enfocament és que sol emfatitzar-se l'activitat de les professions en termes globals i s'esbiaixa la dels professionals, en les seves dimensions més personals, la dels agents individuals en el desenvolupament de les seves funcions; així, no convé oblidar que les professions són abstraccions si no es materialitzen en organitzacions en les quals treballen homes i dones subjectes a diverses circumstàncies i variables. Aquesta dificultat té molt a veure amb el fet que és la sociologia de les professions la qual predomina en aquesta interpretació de la professionalització, obviant-se la idea de procés propi dels plantejaments històrics i que, en

conseqüència, tampoc es recullen en les contribucions personals: pot donar-se el cas que una professió vagi obtenint major reconeixement socialment i que, més d'un dels seus membres, no sempre es desenvolupin professionalment (GLAZER, 1974; SCHÖN, 1992, 1998).

Finalment, la **quarta traducció** de professionalització, més completa, ens recorda que perquè una professió es desenvolupi i s'estengui és necessari no només que les professions manifestin un alt nivell de coneixement especialitzat i, per tant, domini de certes habilitats per les quals la ciutadania reconeix la seva necessitat, sinó que es precisa crear una cultura professionalitzadora que mantingui aquesta creença pública en la bondat de la professió així com de la fidelitat als valors que promouen les professions i a les maneres com operen en els contextos on actuen. La ideologia i l'ètica, un quadre de valors connotatius a l'ésser i el fer de la professió són recursos excel·lents d'aquesta cultura que la socialitza i expandeix. La virtualitat d'aquesta posició és que l'element cultural i personal és imprescindible a més d'apel·lar a la idea que, si les professions són construccions històriques, deuen ser estudiades mitjançant enfocaments més dinàmics que estàtics (ROUZEL, 1997).

Totes aquestes versions aporten elements teòrics i supòsits diferents, procediments i estratègies, recursos i finalitats, a una visió més rica, global i complexa de la professionalització de les professions, però també dels camps teòrics que s'utilitzen per a estudiar la professió i saber més d'ella. D'aquesta manera es pot enriquir el seu estatut teòric i, com a conseqüència, oferir una formació als futurs professionals de l'Educació Social, a títol d'exemple, més d'acord amb la "naturalesa" de la professió (SÁEZ, 2003).

Per aquest motiu dues importants consideracions que cal destacar, si s'atén a l'argumentat, són les següents:

1 . La professionalització demanda, per a ser estudiada, **l'anàlisi de diversos tipus de processos**. Per tant aquest terme deu utilitzar-se en plural –processos- i no en singular, com va ser freqüent trobar-lo en la literatura especialitzada fins a fa alguns pocs anys. Quan s'utilitza en singular –la professionalització- és per a distingir-lo de la dinàmica professionalitzadora seguida per altres professions.

2 . L'enfocament que veiem més plausible per a encarar l'anàlisi de la professió deu ser més dinàmic que estàtic i **tractar de recollir tant avanços com retorns**, així com afirmacions i negacions que afavoreixen, tant com limiten, la professionalització dels educadors socials: un model dialèctic que de raó de ser, al cap i a la fi, dels ascensos de les professions d'atenció a la dependència com de les seves reculades, però també que inclogui la possibilitat que qualsevol dels membres de la professió pugui obtenir un comprensió de la seva situació utilitzant aquest mateix instrument. En aquesta perspectiva i sota aquestes característiques poden construir-se les diferents propostes teòriques.

BIBLIOGRAFIA

- ABBOTT, A.: The emergence of American Psychiatry. PhD: University of Chicago, 1982.
- ASEDES La Educación Social, escenarios de futuro. Madrid, Documento Policopiado Barcelona, Paidós.
- BERLANT, J. L.: Profession and Monopoly: A study of Medicine in the United States and Great Britain. Berkeley: University of California Press, 1975.
- BERTILSSON, M.: "The Welfare State, The professions and Citizens" en R. Torstendahl and M. Burrage (eds.), The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy, London: Sage, 1990.
- BRUNORI, P. La professione di educatore. Milano, Carocci Editore
- BURRAGE, M. y TORSTENDAHL, R.: Professions in Theory and History. Rethinking the study of the Professions. London: Sage Publications, 1990.
- BURRAGE, M. y TORSTENDAHL, R.: The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy, London: Sage, 1990.
- BURRAGE, M., JARAUSCH, K. y SIEGRIST, H.: "An actor-based framework for the study of professions", en Burrage, M., y Torstendahl, R. (eds.): Professions in theory and History. Rethinking the study of the professions. London: Sage, 1990.
- CARRIER, J. and KENDALL, I.: "Professionalism and Interprofessionalism in Health and Community Care: Some theoretical Issues", in P. Owens, J. Carrier & J. Horder (eds.) Interprofessional Issues in Community and primary health Care, London: Macmillan, 1995.
- CLARK, V.: "A struggle for existence: the professionalization of German Architects", in Cocks, G. and Jarausch, K. H. (eds.), German professions, 1800-1950. New York: Oxford University Press, (1990) pp. 143-60.
- COHEN, M. B. and WAGNER, D.: "Social Work Professionalism: Reality and Illusion", in Charles Derber (ed.), Professionals as Workers. Boston: G.K. Hall & Co, 1982. Columbia University Press
- DANIELS, G. H.: "The process of Professionalization in American Science: the emergent period, 1820-1860". Isis, 58, (1967) pp. 151-66.
- DINGWALL, R. y LEWIS, P.: The Sociology of the Professions. London: The McMillan Press, 1983.
- Enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona, Paidós.
- FREIDSON, E.: Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy. Chicago: University of Chicago Press, 1994.
- FREIDSON, E.: Professionalism. The third logic. Cambridge: Polity Press, 2001.
- GARCÍA MOLINA, J. De nuevo, la Educación Social
- GLAZER, N. "Schools of Minor Professions", Minerva, nº2; (1974) pp. 17-35.
- GONZÁLEZ LEANDRI, R.: Las profesiones. Madrid: Catrìe, 1999.
- GREEN, A.: Education and the State Formation: The rise of education systems in England, France and the USA. London: Macmillan, 1992.
- HALMOS, P. (comp.): Professionalization and Social Change, Keele: University of Keele, 1973.
- HEIDENHEIMER, A.: "Professional Knowledge and state policy in comparative historical perspective: law and medicine in Britain, Germany and the United States", International Social Science Journal, 122, (1989) pp. 529-53.

HOLLIS, E. y TAYLOR, A. *Social Work Education in the United States*. New York, HOYLE, E. *Professionalization and desprofessionalization in education*, London, Kogan HUGHES, E.: *Men and their Work*, Glencoe, Illinois: The Free Press, 1958.

HUGMAN, R.: *Power in Caring Professions*, London: Macmillan, 1991.

JACKSON, J. *Professions and professionalization*. Cambridge, Cambridge

JARAUSCH, K (ed): *The transformation of Higher Learning, 1860-1930*, Chicago: Chicago University Press, 1983.

JARAUSCH, KONRAD, SIEGRIST, HANNES, and BURRAGE, MICHAEL: "An Actor-based Framework for the Study of the Professions", in M. Burrage and R. Torstendahl (eds.), *Professions in Theory and History: Rethinking the Study of the Professions*. London: Sage, 1990.

JOHNSON, T.: *Professions and Power*. London: MacMillan, 1972.

LARSON, M. S.: "In the Matter of Experts and Professionals, or How Impossible it is to Leave Nothing Unsaid", en R. Torstendahl y M. Burrage: *The formation of professions*. London: Sage Publications, 1990.

LARSON, M. S.: *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley, CA: University of California Press, 1977/1979.

LEONARD, J.: *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris: Aubier Montigne, 1981.

LORENZ, W. "The social professions in Europe" *European Journal of Social Education*

MALATESTA, M.: *Society and the professions in Italy*, Cambridge University Press, 1995.

McKINLAY, John B.: "Toward the Proletarianization of Physicians", in Charles Derber (ed.), *Professionals as Workers*. Boston: G.K. Hall & Co, 1982

MEIRIEU, P. *La opción de educar. Ética y Pedagogía*. Barcelona, Octaedro

MURPHY, R.: *Social closure. The theory of monopolization and Exclusion*, Oxford: Clarendon Press, 1988)

NEROT, S. "Les professions du Travail Social" , en J.CRAPUCHET (Edit.) Page, 1980

PERKIN, F.: *The Rise of Professional Society*. London: Routledge, 1989.

PERKIN, M. R., PEARCY, R. M. and FRASER, J. S.: "A comparison of the Attitudes shown by General practioner, Hospitals Doctors and Medical students toward alternative medicine", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87 (1994), pp. 523-25.

RIERA, I. *Concepto, formación y profesionalización de: el educador social, el trabajo*

ROUZEL, J. *Le travail d'éducateur spécialisé: éthique et pratique*. París, Dunod, 1997.

SAEZ, J y GARCÍA MOLINA, J. "Emergencia de las profesiones sociales: de la dimensión discursiva a la dimensión política, ética y práctica" *Revista de Pedagogía Social*, nº (2004).

SAEZ, J. "Cambiando concepciones en la construcción de la Pedagogía Social: de la formación y profesionalización de los educadores sociales", en J. García Molina (Coord.) *De nuevo, la Educación Social*. Madrid, Dykinson, 2003.

SAEZ, J. "Cambio de rumbo en la construcción de la Pedagogía Social. Revisión y propuestas", *Revista de Pedagogía Social*, nº (2004).

SAEZ, J.: *Proyecto Docente de Pedagogía Social*. Universidad de Murcia, 2004.

SAEZ, J.: *La profesionalización de los educadores sociales: en busca de la competencia cualitativa*. Madrid, Edit. Dykinson, 2003.

SCHÖN, D. *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan*.

SCHÖN, D. *La formación de los profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la*

Sciences de l'homme et professions sociales. Toulouse, Privat.

SIEGRIST, H.: "Professionalization as a process: patterns, progression and discontinuity", en Burrage, M. and Torstendahl, R. (eds.), Professions in Theory and History: Rethinking the study of the professions. London: Sage Publications, (1990 b) pp.177-202. social y el pedagogo social. Valencia, Nau Llibres, 1998.

TORSTENDAHL, R.: "The transformation of professional education in the nineteenth century", in Rothblatt, S. and Wittrock, B. (eds.), The European and American University since 1800: Historical and Sociological Essays. Cambridge: Cambridge University Press, (1993) pp. 109-41.

University Press, 1970.

WITZ, A.: Professions and Patriarchy, London and New York: Routledge, 1992.

ZUSSMAN, ROBERT : Mechanics of the Middle Class: Work and Politics Among American Engineers. Berkeley, CA: University of California Press, 1985.

Drets de les persones dependents i altres aspectes jurídics rellevants
Per Javier Moya Huertos. Cap del Servei d'Inspecció de la Delegació per a la
Igualtat i Benestar Social de la Junta de Andalucía a Còrdoba



I. INTRODUCCIÓ.

II. DRETS FONAMENTALS DE LES PERSONES DEPENDENTS.

- a) Dret a la igualtat i a la no discriminació.
- b) Dret a la integritat física, psíquica i moral.
- c) Dret a la llibertat ideològica, religiosa i de culte.
- d) Dret a la informació i llibertat d'expressió.

III. ALTRES DRETS LEGALMENT RECONEGUTS.

- a) Dret a la protecció jurídica.
- b) Dret a la protecció patrimonial.

III. DRETS PRESTACIONALS

- a) Dret a la salut.
- b) Dret a la protecció econòmica.

IV. DRET RECONEGUTS AMB CARÀCTER INTERNACIONAL.

- a) Dret a l'autonomia personal.
- b) Dret a la autorealització.

V. EL DILEMA ÈTIC.

VI. BIBLIOGRAFIA

I.- INTRODUCCIÓ

Abans d'endinsar-nos en l'interessant món dels drets de les persones dependents, desitjoplantejar-los una premissa inicial que entenc deu presidir qualsevol reflexió sobre la qüestió: les persones dependents, pel sol fet de ser persones, gaudeixen exactament dels mateixos drets que poguéss tenir qualsevol altra, tret que, en el seu benefici, s'hagi dictat una sentència judicial declarativa de la seva incapacitat, en aquest cas caldrà estar atendre al contingut de la mateixa.

Distinta qüestió és que, pel fet de la seva especial vulnerabilitat, es degui vetllar amb especial intensitat pel qual els seus drets es respectin i perquè puguin exercitar-los en plenitud.

No obstant això, amb el que s'ha dit no pretenc restar rellevància a la transcendència que té el fet que el Legislador pugui reconèixer drets subjectius, i per tant directament exercitable, a les persones dependents. Una societat és més civilitzada en la mesura que ofereix una major protecció als seus membres més vulnerables. En conseqüència, benvingudes siguin quantes majors garanties puguin establir-se per a prestar la protecció deguda a un dels col·lectius més vulnerables de la nostra societat. El món del Dret té encara molt a dir en la protecció de les persones dependents. Deixem que ho faci.

Feta aquesta excepció, entenc que correspon fer una segona. No és la meua intenció avorri-los amb una exposició esquitxada de preceptes jurídics que, lluny d'acostar-nos a costat humà del tema que ens ocupa, ens allunyi d'ell, amagant-lo després de grandiloqüents declaracions d'intencions, que tenen una difícil plasmació en la vida quotidiana de les persones dependents.

Molt al contrari, pretenc realitzar una senzilla aproximació al món dels seus drets des d'una perspectiva jurídica i ètica alhora.

Doncs bé, per a començar tan sols ens queda exposar el fil argumental a seguir. Ja que les persones dependents gaudeixen dels mateixos drets que qualssevol altra, entenc que per a analitzar els drets que se'ls reconeixen en el nostre país, podem començar per comentar alguns dels Drets Fonamentals que la Constitució Espanyola de 1978, per a continuació analitzar alguns drets legalment reconeguts en normes de menor rang i que giren entorn de la protecció de la persona depenent i del seu patrimoni, seguir amb un comentari a dos drets prestacionals que resulten bàsics per a garantir l'atenció a les persones dependents, com ho són els drets a la salut i a una protecció econòmica, i finalitzar amb una breu referència a alguns drets que els reconeixen algunes disposicions internacionals. La reflexió final d'aquest document, gira entorn del dilema ètic que la dependència ens planteja. L'ètica ens aporta una visió de la dependència que la dota de contingut i, sobretot, la humanitza.

Una vegada fetes les precisions degudes, crec que ens trobem en situació de començar la nostra reflexió.

II.- DRETS FONAMENTALS DE LES PERSONES DEPENDENTS.

Fins a dates molt recents, els textos legals mancaven de referències al col·lectiu de les persones dependents. Però aquesta idea està canviant. Malgrat el que concepte de dependència no apareix en el nostre text constitucional, per ser aquest un concepte de més recent encuny, la especial sensibilitat que la Carta Magna mostra cap a les persones amb discapacitat i cap a les persones majors, constitueix el fonament de la pròxima regulació de la Dependència en el nostre país. No en va, la nostra Constitució es col·loca entre aquelles que pretenen donar un sentit social a la seva regulació, i ja en el seu article primer defineix a Espanya com "Estat social i democràtic de Dret".

Vegem, a continuació, alguns dels Drets Fonamentals que reconeix el text constitucional i que, com a tals, gaudeixen de singular protecció en el nostre Ordenament Jurídic:

a) Dret a la igualtat i no discriminació

La Constitució Espanyola de 1978 (en endavant C.E.) reconeix en el seu article 14 la igualtat de tots els ciutadans davant la llei, alhora que rebutja qualsevol comportament que impliqui un tracte discriminatori. En el seu article 9.2, el text constitucional recalca el missatge d'igualtat quan diu: "Correspon als poders públics promoure les condicions perquè la llibertat i la igualtat del individu i dels grups que s'integra siguin reals i efectives; remoure els obstacles que impedeixin o dificultin la seva plenitud i facilitar la participació de tots els ciutadans en la vida política, econòmica, cultural i social".

No obstant això, la pròpia limitació funcional associada a la dependència dificulta seriosament l'exercici dels drets de les persones dependents, i fa que aquesta pretesa igualtat que amb encert ressalta la Carta Magna, sigui qüestionada. Posem l'exemple de l'accessibilitat. Una simple vorada en el carrer, o la falta d'ascensor en un edifici públic, fa que una persona amb discapacitat que usi cadira de rodes vegi seriosament condicionat l'exercici de molts dels seus drets. Per a poder exercir els drets en condicions d'igualtat, entre altres coses, devem trobar-nos en un entorn físic (i social) que ens tracti com iguals.

Pel que fa a la discriminació volgués compartir una reflexió sobre la forma en la qual, en ocasions, ens dirigim a una persona dependent i que, entenc es tracta d'un supòsit de discriminació socialment acceptada. Em refereixo a aquest paternalisme "ben intencionat", quan no un infantilisme i, per què no dir-lo, fins a actituds de commiseració del que "fem gala" en presència d'una persona dependent. Aquestes actituds ens allunyen d'alguna cosa tan simple com el fet que ens trobem davant un igual. Davant una persona que, per circumstàncies de la vida a la qual cap estem aliens, està desvalgut en la qual necessita de l'ajuda d'uns altres, però que no per això la seva dignitat experimenta minvament alguna. És més, són les actituds descrites les quals contribueixen al seu minvament. El comportament de tota aquell que s'acosti a una persona dependent deu estar impregnat de sensibilitat i respecte, però mai de commiseració.

b) Dret a la integritat física, psíquica i moral.

Les persones dependents, pel nero fet de ser més vulnerables, estan exposades a sofrir abusos, molts d'ells de caràcter delictiu, causats per les persones que les envolten i que, en no pocs casos, tenen encomanat la seva cura. Les institucions tancades, con la família i els centres residencials, ofereixen facilitat per a generar situacions en les quals la violència pot arribar a aparèixer, fins i tot de forma repetida. Aquesta afirmació, aparentment alarmant, està sobradament contrastada en l'àmbit del Dret Penal i mereix una succinta reflexió.

El rostre de la violència física, la qual afecta a la integritat física de la persona, amb freqüència és bastant tosc, fins i tot, si se'm permet, groller. Les persones dependents que són objecte de maltractament solen sofrir lesions, desnutrició i deshidratació, es magolen els lligaments, fruit del inadequat comportament d'un cuidador desaperseu. Aquesta trista realitat és per tots coneguda, i els mitjans de comunicació periòdicament s'encarreguen de recordar-nos-la, posant a prova la nostra capacitat de sorpresa davant el comportament humà. No obstant això, les persones dependents experimenten, a més de la violència descrita, altra més subtil que, en no poques ocasions passa desapercebuda, i que constitueix un clar afront als seus drets. Em refereixo a situacions com el manteniment d'una mesura de contenció mecànica perllongada innecessàriament en el temps o a l'adopció de mesures de contenció farmacològica en situacions que no ho requereixen, i que mantenen en un estat de sedació contínua a la persona en benefici de qui la té a la seva cura. Es tracta d'una vulneració clara i directa del dret a la integritat física, psíquica i moral de la persona que, lluny de ser considerada com a tal, passa a ser tractada com un objecte. Crec que procedeix fer una profunda reflexió sobre fins a quin punt, alguns de nosaltres, i qui escriu aquestes línies és un Inspector de Serveis Socials, en ocasions podem arribar a ser còmplices d'aquestes situacions de violència subtil.

Però si la violència física arriba a matisos de subtileza, molt més ocorre amb la psíquica i moral. Quan ens referim a la integritat psíquica i moral estem acostant-nos a aquest recòndit espai interior que ens fa sentir com persones, a allò que sustenta la nostra personalitat i la nostra consciència d'individu. És massa fàcil lesionar els sentiments de qualsevol persona que es trobi en una situació d'especial vulnerabilitat. Volgués compartir amb vostès un senzill exemple d'allò al que em refereixo. Recordo el cas d'una persona que amb freqüència saludava afectuosament a un resident que va iniciar un procés de demència. En una de les seves visites, el visitant va observar una major deterioració cognitiu del seu amic qui, a més, va requerir ser enllitat. Aquest fet va provocar que, sense dolenta intenció, "li retirés la salutació", evités qualsevol tipus de contacte físic amb ell i, finalment, deixés de visitar-lo. Les conseqüències d'aquest gest van ser percebudes per les persones que ho cuidaven, que van veure com va canviar el seu caràcter, es va enfonsar en un sentiment de solitud i, lamentablement, va influir en l'evolució de la seva malaltia. El dany psíquic estava fet i, en aquest cas, la demència no vaser la culpable.

Podem entendre com inqüestionable el dret de les persones dependents a la seva integritat física, psíquica i moral, però, en no poques ocasions, elles ni tan sols ens poden mostrar que el seu interior ha estat danyat, el que afavoreix el qual aquest dret, aparentment inqüestionable, pugui ser violentat amb una lamentable facilitat. L'especial vulnerabilitat de moltes persones

que es troben en situació de gran dependència les fa mereixedores d'un especial cel en la garantia dels seus drets i correspon a les persones del seu entorn la responsabilitat de vetllar perquè així sigui.

c) Dret a la llibertat ideològica, religiosa i de culte

Les creences religioses adquireixen especial transcendència en els moments finals de la vida de les persones, siguin aquestes dependents o no. En aquest sentit, moltes persones troben en la seva fe un sòlid suport que, amb independència que ho comparteixin o no, les persones que les envolten deuen respectar i, alhora, facilitar l'exercici de la seva pràctica.

Quan una persona depenent reclami l'auxili espiritual d'un sacerdot, d'un ministre de la religió que professi, deurà facilitar-se-la. Així mateix, en el cas de tractar-se d'un usuari d'un centre residencial que reclama l'assistència a una celebració religiosa, i sempre que les seves facultats i els mitjans del centre ho permetin, deurà facilitar-se l'accés al temple o, en el millor dels casos, el qual la celebració tingui lloc en la pròpia residència. En no poques ocasions la salut física, i fins i tot la psíquica, de la persona s'atén amb celeritat, descuidant-se la dimensió espiritual de la persona, restant així importància a la transcendència que, sobretot les persones majors, concedeixen a aquesta faceta de les seves vides. Quan dificultem l'exercici de la pràctica religiosa, a més mostrar un gest de falta de sensibilitat, si no d'ignorància, també estem conculcant un Dret Fonamental de la persona.

d) Dret a la informació i a la llibertat d'expressió.

En els últims anys, s'ha legislat molt en aspectes que tenen relació directa amb l'atenció a les persones dependents. Sobretot des de l'àmbit sanitari. D'aquesta forma, lleis com les de l'autonomia del pacient o la del testament vital, fan partícip a la persona afectada en la presa de decisions sobre quant afecti als seus interessos.

Així, per exemple, la llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, sotmet tota actuació en l'àmbit de la sanitat, amb caràcter general, al previ consentiment dels pacients o usuaris. Però per a concedir validesa a aquest consentiment, estableix que deurà obtenir-se després que el pacient rebí una informació adequada, així com que deurà prestar-se per escrit en els supòsits previstos en la Llei. Es tracta de la figura del consentiment informat.

D'aquesta forma, la llei reconeix al pacient o usuari el dret a decidir lliurement, després de rebre la informació adequada, entre les opcions clíniques disponibles, així com, si aquest és el seu desig i ho manifesta per escrit, a negar-se a rebre el tractament prescrit.

Pel que fa al testament vital, diverses Comunitats Autònomes han legislat sobre la qüestió. Així, per exemple, a Catalunya aquesta matèria ha estat desenvolupada per la llei 21/2000, de 29 de desembre, que regula els drets d'informació del pacient i el document de voluntats anticipades, que és conegut popularment com testament vital. Aquesta llei permet a qualsevol persona determinar les actuacions mèdiques de les quals no vol ser objecte en el cas de sofrir una malaltia terminal.

Aquesta legislació constitueix una clara mostra de respecte del Legislador cap a l'autonomia personal, deixant residir en el individu la presa de decisions que afecten directament a la seva salut.

Sortint de l'àmbit estrictament sanitari, les persones dependents també tenen dret a participar en el procés d'avaluació del seu grau de dependència i, en cas de ser usuaris de qualsevol tipus de centre residencial, a ser escoltats a l'hora de determinar el contingut del projecte d'atenció individualitzada que millor convingui a les seves necessitats, però també als seus gustos i desitjos. Una vegada vaig escoltar dir a Quico Mañós, amb el seu característic encert: "si una persona no té un projecte vital als 85 anys, no pretenguem que ho tingui". Amb certa freqüència, en els centres residencials es pretén intervenir amb la persona com "marquen els cànons", oblidant que el cànon de la vida de cadascun, sempre que això sigui possible, ho deu marcar ell mateix. Permetem que sigui la persona la qual fixi el seu rumb, i siguem nosaltres qui ho acompanyem en el viatge. I en aquells casos en els quals la persona tingui "perduda la seva brúixola", intentem posar-nos en el seu lloc, i marquem el rumb que entenguem pugui resultar del seu grat, sense arribar a perdre de vista la seva conveniència.

III.- ALTRES DRETS LEGALMENT RECONEGUTS.

Nombroses lleis, tant de caràcter civil com administratiu, reconeixen drets a les persones majors i a les persones amb discapacitat i, per tant, a les persones dependents. En aquest breu document de reflexió, desitjo fer esment exprés a la protecció personal i patrimonial de les persones dependents.

La importància de la protecció de la persona i de la seva capacitat d'obrar cau pel seu propi pes, i la qual li atribueixo a la protecció del seu patrimoni gira entorn de la rellevància que la preservació i bona gestió d'aquest té com mig per a garantir la prestació dels costosos serveis que la seva situació de dependència duu amb si.

a) Dret a la protecció jurídica: la declaració judicial d'incapacitat i la autotutela.

En el nostre Ordenament Jurídic la institució de la declaració d'incapacitat té abans de res una finalitat tuitiva o protectora; busca constatar les manques que efectivament pugui tenir una persona afectada per un patiment físic o psíquic, articulant els mecanismes legalment previstos per a suplir o completar aquesta falta de capacitat d'obrar únicament en aquells àmbits afectats perquè així, el declarat incapaç, pugui exercitar els seus drets, dels quals seguirà sent titular, en condicions d'igualtat respecte als altres ciutadans. En conseqüència, aquells àmbits de la seva autonomia que no es trobin afectats per la malaltia o deficiència patida hauran de deixar-se intactes. La necessària limitació en l'exercici dels drets del declarat incapaç que aquesta institució jurídica comporta, fa que només sigui aconsellable acudir a ella quan no existeixin altres vies menys oneroses per a aconseguir l'eficax protecció de la seva persona o del seu patrimoni a través d'altres mecanismes, ja siguin mèdics, assistencials, notariais o d'altra naturalesa.

L'article 200 del Codi Civil estableix que "són causes de incapacitació les malalties o deficiències persistents de caràcter físic o psíquic que impedeixin a la persona governar-se per si mateixa". Si llegim amb atenció, observarem que aquest article ens està dibuixant un paisatge de dependència. I és que la declaració d'incapacitat pot resultar una eina de gran utilitat per a la protecció de moltes persones dependents.

La declaració judicial d'incapacitat anirà acompanyada de la designació d'una persona per a exercir la tutela, curatela o la pàtria potestat prorrogada o rehabilitada, institucions aquestes previstes legalment per a suplir o completar la capacitat de la persona judicialment incapacitada. Aquestes figures jurídiques són sobradament conegudes en l'àmbit de la protecció de les persones dependents, però el Dret, com instrument viu que deu oferir respostes a les contínues demandes de la nostra societat, no cessa d'idear noves formes d'afrontar les situacions de dependència. En aquest sentit, no vlogués deixar de comentar la figura de la autotutela.

En Espanya, la autotutela ha estat regulada per una llei de gran transcendència en la protecció de les persones dependents. Em refereixo a la Llei 41/2003, de 18 de novembre, de protecció patrimonial de les persones amb discapacitat i de modificació del Codi Civil, de la Llei d'Enjudiciament Civil i de la Normativa Tributària amb aquesta finalitat.

La autotutela, d'aquesta forma, es configura com un negoci jurídic unilateral del Dret de Família en virtut del com tota persona amb capacitat d'obrar suficient i en previsió de la seva futura incapacitat pot, en document públic, adoptar les disposicions que estimi pertinents en relació tant amb la seva persona com amb el seu patrimoni. En definitiva, s'està reconeixent al subjecte la facultat d'organitzar la seva tutela, en cas de ser incapacitat. Igual que comentàvem anteriorment, es tracta d'una significativa concessió al principi de l'autonomia de la voluntat.

La importància que el Legislador concedeix a la decisió del individu sobre el seu propi futur és tal, que la llei citada modifica la regulació de l'ordre de prioritat establert en el Codi Civil per a ser cridat a exercir el càrrec de tutor o curador, apareixent ara en primer lloc la persona designada pel propi tutelat quan gaudia de capacitat d'obrar suficient.

b) Dret a la protecció patrimonial.

No podem parlar de protecció patrimonial a les persones dependents sense fer esment exprés a la llei 41/2003, de 18 de novembre, de protecció patrimonial de les persones amb discapacitat i de modificació del Codi Civil, de la Llei d'Enjudiciament Civil i de la Normativa Tributària amb aquesta finalitat.

La millora general de les condicions de vida fa possible que, en no pocs casos, la persona amb discapacitat sobrevisqui als seus pares, pel que la seva seguretat econòmica adquireix una importància cabdal, així com un motiu de preocupació per als seus progenitors. A aquesta qüestió, entre unes altres, pretén oferir resposta la llei 41/2003. Per a això, aquesta llei regula la figura del patrimoni protegit.

Què és el patrimoni protegit? És una nova solució per a la protecció econòmica de les persones amb discapacitat consistent a propiciar la constitució d'una massa patrimonial que queda exclusivament vinculada a la satisfacció de les necessitats vitals d'una persona amb discapacitat, que és el seu titular.

Només pot ser titular d'un patrimoni protegit la persona amb discapacitat afectada per un determinat grau de minusvalidesa, quan segons certificat administratiu tingui reconeguda una discapacitat física major de 65% o una discapacitat psíquica major del 33%, amb independència que hagi estat o no judicialment incapacitada. Es tracta doncs d'una condició que poden arribar a no només les persones amb discapacitat, sinó també moltes persones majors que reuneixin els requisits citats.

Una dels avantatges de la constitució d'un patrimoni protegit radica en la seva celeritat. Es constitueix davant notari i sense necessitat de prèvia declaració judicial d'incapacitat de la persona que vagi a ser el seu titular.

Qui pot constituir el patrimoni protegit? Tant la pròpia persona amb discapacitat que vagi a ser beneficiària del mateix, com els seus pares, tutors, curadors, o guaridors de fet. Una vegada constituït el patrimoni qualsevol persona pot realitzar aportacions al mateix, sempre a títol gratuït.

La figura és, sens dubte, interessant, sense perjudici que hagi rebut crítiques pel seu millorable tractament fiscal. Circumstància aquesta que, pel que sembla, ha limitat de forma important el nombre de patrimonis constituïts. En qualsevol cas, es tracta d'una figura de recent creació que haurà d'experimentar ajustaments que la facin socialment més útil.

III.- DRETS PRESTACIONALS.

Si no volem pecar d'ingenus, coincidirem que per a fer reals i efectius l'exercici dels drets fins a ara descrits, és necessari garantir necessitats més peremptòries de les persones dependents. En concret em refereixo a la seva salut i a la disposició d'una prestació econòmica que els permeti plantar cara a l'important cost econòmic que la dependència duu amb si.

a) Dret a la salut.

Aquest dret, reconegut en el nostre ordenament jurídic amb caràcter universal per a tots els ciutadans, comporta el qual per part de l'Estat es faciliti a les persones dependents les prestacions de caràcter sanitari, ja sigui en règim ambulatori, domiciliari, hospitalari o d'urgència, i farmacèutic que precisin. Així mateix, duu amb si el qual per part de les Administracions Públiques es desenvolupi un sistema sociosanitari que prevegi actuacions en matèria d'atenció domiciliària, teleassistència, atenció en períodes de convalescència i rehabilitació, cures pal·liatives, atenció en estades diürnes i, finalment, de llarga durada.

La progressiva medicalització de les situacions de dependència, així com el ingent cost que la seva atenció comporta, fa necessari l'acompanyar qualsevol reflexió sobre la qüestió d'una

anàlisi ètica. En ocasions es qüestiona la intervenció mèdica en persones dependents severes d'edat avançada, després de sotmetre la situació de la persona a una freda anàlisi "cost-benefici". Aquest fet, que per alguns podrà valorar-se com "una eficaç gestió de recursos sanitaris" constitueix una vulneració del dret a la igualtat i a la no discriminació que reconeix l'article 14 C.E., al negar-se l'atenció mèdica deguda emparant-se en una circumstància personal de dependència.

b) Dret a la protecció econòmica.

Les Administracions Públiques preveuen una sèrie de pensions, subvencions i ajudes que, a l'empara de l'establert pels articles 49 i 50 C.E pretenen cobrir, si més no parcialment, les necessitats de les persones majors i amb discapacitat. Algunes d'aquestes prestacions són en espècie, com per exemple el ingrés en centres residencials o de dia, i estan subjectes a un règim de copagament. No em detindré en el seu comentari ja que la seva tipologia és molt variada i la seva regulació desigual en les distintes Comunitats Autònomes. En qualsevol cas, el marc d'atenció a la Dependència que configuri, en el seu moment, la llei, vindrà a reconsiderar moltes de les prestacions existents en l'actualitat, així com a aportar altres noves.

VI. DRETS RECONEGUTS AMB CARÀCTER INTERNACIONAL.

Sense ànim de portar a col·lació la varietat de regulacions que el Dret Internacional ofereix sobre aquesta qüestió, desitjo fer esment exprés a la Declaració de Principis de les Nacions Unides sobre els Drets dels majors o les persones d'edat avançada. En aquest document, les Nacions Unides reconeixen cinc drets essencials que, per extensió, resulten d'aplicació a les persones dependents, i que són: el dret a la independència, a la dignitat, a la participació, a rebre les cures degudes i a la autorealització.

Alguns d'ells ja han estat objecte d'un succint comentari, però entenc que aquest document estaria incomplet si no concedísim la importància deguda a dues dels drets que aquesta Declaració reconeix, com són els d'independència i autorealització.

a) Dret a la independència o autonomia personal.

La dignitat i la llibertat de la persona estan molt lligades a la seva autonomia. De fet, és aquesta autonomia la qual ens permet que el nostre cos ens desplaci allà on volem, la qual ens possibilita decidir quina roba volem vestir, la qual ens facilita l'endregar-nos per nosaltres mateixos, en intimitat, la qual ens permet adoptar decisions per nosaltres mateixos. i, en definitiva, ens permet ser nosaltres mateixos i fer aquelles coses que ens fan sentir-nos felices.

Quan vam parlar de persones dependents estem reconeixent que una persona necessita ajuda per al desenvolupament d'algunes de les activitats bàsiques de la vida diària, però ni de bon tros li estem negant la totalitat de les seves capacitats. Qualsevol persona, per molt depenent que sigui, excepte casos extrems, manté un marge d'autonomia, que és mereixedor de ser preservat. Si per exemple, la limitació funcional d'una persona és tal que li permet mantenir com única habilitat el succionar líquids a través d'una palleta, lluny d'acudir al subministrament

de sèrums intravenosos, els professionals que ho tinguin a la seva cura deuran lluitar per la preservació d'aquesta capacitat que li permet mantenir un marge d'autonomia, per insignificant que pugui semblar. En aquest senzill acte de succió resideix tot el potencial de la seva capacitat, i en respecte a la seva dignitat, que en absolut ha sofert minvament alguna, devem reconèixer la seva vàlua i lluitar pel seu manteniment.

Qualsevol que conegui el món de les persones dependents, sap bé que flac favor els fa qui realitza per elles activitats que elles poden fer per si mateixes. La funció es manté mentre s'usa, de manera que si propiciem el qual s'anul·li l'activitat, estem afavorint la dependència.

En el món de la dependència, l'autonomia té un valor més preuat que l'or.

b) Dret d'autorealització.

L'últim dels drets a analitzar, que resumeix la fi última de tots els anteriors, gira entorn de la felicitat de l'individu, sigui dependent o no.

Segurament, siguin les petites coses de la vida les quals contribueixin en major mesura a la nostra felicitat. La bellesa del quotidià ens acosta al nostre personal concepte de la felicitat. Així, l'anar a comprar el diari al quiosc de sempre, on se'ns crida pel nostre nom, el mantenir una conversa agradable mentre es passeja al costat d'una amiga, i tantes altres petites coses, ens produeix una bella sensació de benestar que ens acosta a la nostra idea de la felicitat.

No obstant això, a mesura que augmenta el grau de dependència, la vida de les persones se sol estructurar entorn d'una successió de cures bàsiques (aixecar-se, endreçar-se, menjar, ficar-se al llit) que arriben a constituir l'únic contingut del dia i, en cas de tractar-se d'usuaris de centres residencials, les activitats quotidianes que els propiciaven moments de felicitat (anar a per el pa, cuidar el jardí...) se substitueixen per activitats programades molt distintes a les quals sempre ha realitzat la persona. Fer boletes de paper amb els dits podrà mantenir la motricitat fina, però fer-lo cinc vegades a la setmana de 11 a 12 és avorrit i no sol contribuir a la realització de ningú. En aquest sentit la participació és la clau de l'èxit. Escoltem el que agrada a la persona i fem quant estigui en la nostra mà per a oferir-se'l.

Les persones tenim dret a ser feliços, i les dependents no constitueixen cap excepció a aquesta regla.

V.- EL DILEMA ÈTIC

No volgués culminar aquest petit document de reflexió sense fer un esment exprés a la transcendència que adquireix l'ètica en l'atenció a les persones dependents.

La història ens ensenya que tota cultura, si no vol quedar sumida en un conservadorisme inert de tot el que signifiqui progrés humà, es veu obligada a pactar amb els avanços del progrés científic. Però això sí, no a qualsevol preu, sinó preveient i prevenint els seus possibles avantatges i inconvenients.

Si volem ser precisos, seria la bioètica i no l'ètica, la qual com branca de l'ètica general, es dedica a l'estudi interdisciplinari dels problemes suscitats pel progrés biològic i mèdic (investigació amb éssers humans, eutanàsia, directrius de política sanitària...) tant al nivell individual com al nivell de les seves repercussions sobre la societat i els seus sistemes de valors, en el present i en el futur.

La pretensió de la bioètica actual passa per constituir-se com "una ètica de mínims", aplicable a les complexes i difícils situacions mèdiques i, per extensió, socials. I es denomina de mínims, precisament perquè tracta de trobar la general acceptació d'unes exigències mínimes o uns deures de justícia elementals en els quals tots deuríem estar d'acord. Aquesta "ètica de mínims" també és coneguda com "ètica de justícia" en contraposició a l'ètica "de màxims" o "ètica de la felicitat", és la qual està vigent en la nostra societat i la qual ha servit de base a documents que constitueixen un fonament essencial en les nostres vides, com ho és la declaració Universal dels Drets Humans.

Els principis bàsics de la bioètica solen ser tan contundents que no es discuteix tant el seu contingut com la manera en la qual s'apliquen. Així per exemple, tres dels grans principis de la bioètica són els següents:

1. Actuar fent el bé als altres. (tracte digne i respectuós).
2. Respectar la llibertat de les persones. (autonomia de la voluntat).
3. Comportar-se justament amb els altres (reconeixement la igualtat).

La qüestió és com aplicar aquests principis en el camp de la dependència? fins a on arriba l'obligació ètica de mantenir la vida dels malalts terminals?

La progressiva medicalització de la dependència fa que en moltes ocasions es perllongui la vida en unes condicions que fan necessari un plantejament ètic de la intervenció. Per altra banda, els cridats "criteris d'eficiència en la gestió de la despesa sanitària" fan més que aconsellable el qual en els centres hospitalaris i d'atenció a grans dependents es constitueixen comitès ètics que valorin, en consciència, amb el rigor degut i sense condicionaments de caràcter econòmic, la conveniència de mantenir certs tractaments.

Quan ja no cap la "cura", ens queda l'obligació ètica de la cura. És "ètica de la cura", però fins a quan deu perllongar-se aquesta cura? Aquest dilema es planteja diàriament en els centres hospitalaris i residencials, i constitueix un dolorós tràngol per a les persones afectades (malalts, familiars, cuidadors i professionals). L'ètica té molt a dir en aquests casos.

Davant aquest panorama, l'ètica no proposa solucions dogmàtiques. Sinó la concepció de la realitat social i sanitària des d'altra perspectiva; des de la visió de l'home com home, com persona, com ésser humà que experimenta la malaltia i la dependència i rep, d'altre ésser humà, les cures que requereix, mitjançant la seva vàlua professional (mèdics, infermers, geriatres, terapeutes...) i la seva vàlua personal o humana (la seva calor, la seva empatia, els

seus sentiments). En definitiva, es tracta d'arribar a la resposta que ofereix l'Home davant el sofriment de l'Home i, com no podria ser d'altra forma, la qüestió desborda Humanitat.

En aquests moments, en els quals en el nostre país es multipliquen els fòrums en els quals es debat sobre com devem atendre als nostres conciutadans més dependents, devem propiciar que l'ètica s'incorpori a la reflexió, enriquint-la de tota la humanitat que el tema amaga.

L'atenció a la dependència deu anar acompanyada d'una serena i rigorosa reflexió ètica sobre la qüestió. D'altra forma, quant fem per atendre a les persones dependents podrà tenir utilitat, però mancarà de sentit.

BIBLIOGRAFIA

"Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial" SIIS. Centro de documentación y estudios. Fundación Eguía- Careaga. 2001.

"Homes are for living" ("Las residencias son para vivir"). Ministerio de Salud de Gran Bretaña. Inspección de servicios Sociales. Editado y traducido por la Diputación Foral de Álava. 1998.

"Demencia, enfermedad mental y senilidad: mecanismos legales de protección". Foro Andaluz de Debate e Investigación sobre la Deficiencia y la Enfermedad Mental. Córdoba, 1995.

"Derechos de los usuarios de centros residenciales para personas mayores" Juan José de la Cámara Martínez. Ediciones AENOR.2003.

"Protección jurídica de las personas mayores". M. Alonso Pérez, E.M. Martínez gallego y J. Reguero Celada. Editorial La Ley-Actualidad.2004.

"Los derechos de las personas mayores". Imserso. 2004.

"Construyendo sociedad: La participación de las personas mayores. Propuestas desde la animación sociocultural". Quico Mañós de Balanzó. 2000.

"Bioética y personas mayores". José García Férez. Universidad Pontificia de Comillas. Cátedra de Bioética.

"Documento de reflexión y conclusiones del Seminario sobre la protección de los derechos humanos y la situación particular de las personas de edad avanzada en las residencias para la tercera edad o en instituciones". Oficina del Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa.

Ponencias de la I jornadas sobre Discapacidad psíquica y Derecho" FADME (Federación andaluza prodeficientes mentales). Granada 1997.

"Día a día con la enfermedad de Alzheimer". Karen A. Lyman. Imserso. Colección Rehabilitación, 1998.

"Derecho Penal, parte especial". Francisco Muñoz Conde. Tirant Lo Blanch. Valencia, 1995.

"Discapacidad Intelectual y Derecho". IV Jornadas Aequitas. Fundación Aequitas. Colección La Llave, 2005.

Conclusiones de las Jornadas sobre gestión del patrimonio de las personas con discapacidad y mayores. Foro de Justicia y Discapacidad, 2005.

**Experiències Internacionals d'atenció a la Dependència. Models Assistencials
Per Joan-Carles Rovira Pascual. Responsable Area Formació i Comunicació
Institut Català de l'Envel·liment-Universitat Autònoma de Barcelona**



L'atenció a la persona amb dependència requereix un model d'atenció global, integral i interdisciplinari per cobrir les seves necessitats socio sanitàries

Com a model d'atenció de llarga durada ("Long Term Care") s'ha de basar en una Valoració de la situació Social i de l'estat de Salut de manera prèvia , per dissenyar un Pla d'atenció adequat.

Caldrà establir també programes per reduir la discapacitat i prevenir el deteriorament, amb estratègies de reducció de risc i assegurament de la Qualitat.

Tanmateix hem d'assegurar durant el procés assistencial l'atenció en el nivell més adequat a les necessitats de la persona, si fos necessari de manera institucionalitzada, i amb la intensitat de recursos adequada o la pràctica de cures pal·liatives quan calgui.

L'atenció a les necessitat espirituals, emocionals i psicològiques, i el suport a l'entorn familiar han de formar també part dels objectius a assolir.

L'actuació simultània i sinèrgica dels sistemes sanitari i social permet augmentar l'autonomia, pal·liar les limitacions i facilitar la reinserció social.

La Coordinació socio sanitària parteix del reconeixement de la competència de cadascuna de les parts (sanitària i social) i la utilització del recurs més adequat a cada situació. En cap cas, però, la Coordinació pot substituir l'escassetat de recursos

L'accés als serveis s'ha de fer basant-nos en la valoració experta dels professionals capacitats. Les diferents Administracions responsables, han de ser la Garantia de l'equitativa provisió de Serveis en cada territori, i de l'establiment de les prioritats d'accés als recursos segons les necessitats detectades i l'oferta existent.

La Coordinació es pot establir a diferents nivells, i en diferents graus d'intensitat, que poden anar des de l'existència d'acords o convenis entre persones o institucions , fins a l'establiment de bases de Coordinació real que impliquin compartir estructura o fins i tot arribar a l'Integració de Serveis, amb responsabilitats, recursos i finançament únics (Leutz)

La necessitat d'afrontar aquests reptes ha portat a alguns països, generalment amb polítiques socials més avançades que el nostre, a desenvolupar diverses experiències.

L'anàlisi de les mateixes pot ser de gran interès en un moment on a casa nostra s'està debatent com ha de ser el marc regulador de l'atenció a la dependència, important repte per la nostra societat, però alhora una excel·lent oportunitat per oferir a les persones amb dependència un model d'atenció orientat a promoure al màxim la seva autonomia i procurar-los la millor qualitat de vida possible.

Alemanya

El sistema de protecció a la dependència alemany és un dels principals referents a nivell internacional.

Es troba en funcionament des de 1995 i es tracta d'un programa pioner d'assegurança pública de la dependència per a totes les edats.

La llei de Reforma sanitària de 1988 va ser el primer pas cap a la Llei de Dependència. Entre gener 1991 i abril 1995 l'assegurança obligatòria de salut es feia càrrec de les atencions no mèdiques dispensades en el domicili, amb una Prestació econòmica (200 €/mes) i una Prestació de cures infermeria (màx. 25 visites al mes, valor de 375 €/mes)

Així, l'esquema de cobertura pública pel Període 1991-1995 s'organitzava entorn de:

- Atenció residencial, regulada per la Llei d'assistència Social i orientada a persones amb pocs recursos (barems econòmics d'entrada)
- Atenció domiciliària, regulada per la Llei d'assistència Social i la Llei d'assegurança sanitària i orientada a complementar l'atenció de les persones que reben atencions en el domicili

El model actual de la Llei alemanya dona una Cobertura pública universal i és obligatòria. Les persones amb ingressos superiors a 3.375 €/mes poden substituir-la per una assegurança privada.

Per a ser beneficiari cal complir una sèrie de requisits:

- Haver cotitzat al sistema durant 5 anys o ser membre de la unitat familiar d'un aportant
- Presentar una situació de dependència.
- No importa l'edat, ni els ingressos

Les prestacions de la Llei poden ser de 3 tipus:

- Prestacions econòmiques
- Prestacions en forma de serveis (residencials i no residencials).
- Combinació de les anteriors si estan limitades a un valor econòmic atenent als tres nivells de severitat de dependència que es consideren

En relació a l'accés a la Provisió de serveis el Beneficiari escull lliurement el proveïdor i el paquet i condicions dels serveis, mentre que l'Administració Certifica els proveïdors, fixa els preus dels serveis inclosos, i paga al proveïdors fins el límit fixat segons el nivell de dependència.

El nivell de severitat s'estableix a partir de l'anàlisi d'una sèrie d'activitats:

- Higiene personal: Rentar-se, dutxar-se, banyar-se, rentar-se les dents, pentinar-se, afaitar-se, higiene relacionada amb el control d'esfínters.
- Alimentació: preparació i ingesta autònomes.
- Mobilitat: llevar-se/posar-se al llit, Vestir-se/desvestir-se, Caminar, Mantenir la posició, pujar escales, Sortir i tornar a casa.
- Tasques domèstiques: Anar a comprar, Cuinar, Neteja casa, rentar plats, neteja roba, maneig calefacció.

Cada activitat disposa d'un rang de minuts per activitat o directrius per a la seva determinació.

(ex: rentar-se cos complet 20-25 min, pentinar-se 1-3 min, vestir-se totalment 8-10 min)

En funció dels temps calculats per l'àmbit bàsic i l'àmbit de les tasques domèstiques es determinen els nivells de severitat:

Nivell I: > 90 min/dia d'atenció (>45 bàsics)

Nivell II: > 180 min/dia d'atenció (>120 bàsics)

Nivell III: > 300 min/dia d'atenció (>240 bàsics)

Luxemburg

Existeix una assegurança social de dependència des de l'1 de gener de 1999, que cobreix a tota la població.

A data de 30/7/04 ha via tingut 17.342 sol·licituds , amb 7.134 beneficiaris (1,6% població), i la seva despesa durant el 2003 va ser de 289,9 mil·lions de euros.

Utilitza un Instrument de Valoració orientat a proposar un Pla d'atenció Individual basat en un temps estàndard d'atenció per necessitat i/o servei de cada persona.

Es basa en el sistema canadenc CTMSP (classification par types en milieu de soins et services), i valora Activitats Essencials de la Vida i Necessitats de serveis específics. Les activitats essencials de la Vida fan referència a les àrees de la nutrició, higiene corporal i mobilitat.

En relació a les necessitats de serveis específics es consideren:

- Tasques domèstiques
- Tasques de recolzament, com Vigilància, Centre de dia, Acompanyament a l'exterior, Suport a la Capacitat funcional (infermeria psiquiàtrica, ergoteràpia, cinesiteràpia, psicologia)
- Tasques d'assessorament, en Nutrici., Higiene corporal, Vestir-se. Mobilitat, Posicions, Transferències, Estimulació, Assessorament en relació a l'entorn

Finalment l'instrument determina un crèdit en forma de hores de atenció a la setmana.

En els actes essencials de la Vida s'ofereix entre 3,5 i 24,5 hores / setmana.

Les hores venen determinades en base a diversos coeficients, entre els que es troba un QMR: (o Qualificació Mínima necessària per fer les ajudes i atencions). Així trobem: : Personal sense qualificació (0,7), Ajuda sociofamiliar(1), Auxiliar d'infermeria (1), Infermeria (1,3), Infermeria psiquiàtrica (1,3), Ergoteràpia (1,5), Cinesiteràpia (1,5), Psicologia (1,9), Assistència social (1,5).

França

A França la Llei 97/60 de gener 1997 va establir una prestació anomenada "específica de dependència" que donava recursos econòmics a persones amb baixos ingressos de més de 60 anys i amb necessitat d'ajuda d'una altra persona. No es tractava d'una prestació de

Seguretat Social, sinó d'assistència social, i finançada amb recursos econòmics dels Departaments. La quantia podia ser desigual depenent dels diferents Departaments.

Això s'ha substituït per un Subsidi personalitzat d'autonomia (APA) des de juliol de 2001, dirigit igualment a persones de més de 60 anys que requereixin ajuda en les AVD.

Durant el 2003 ha rebut 1,4 mil·lions de sol·licituds, comptant amb 800 mil beneficiaris, amb una despesa anual de 3.600 M€

El 54% de beneficiaris es troben en l'entorn domiciliari.

Per la valoració s'utilitza un únic Instrument en totes les regions que es diu AGGIR (Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources), i està compostat per 17 variables.

Classifica en 6 nivells en funció dels resultats obtinguts en les variables bàsiques (Coherència, Orientació, Higiene, Vestit, Alimentació, Control d'esfínters, Transferències, Desplaçaments interiors), i segons el grau d'assoliment de les mateixes

A: realització sola, completa, regular y correctament.

B: realització parcial o irregular o incorrectament.

C: realització nul·la, no pot o no vol fer-ho.

L'instrument amb 8 variables, que poden adoptar 3 posicions diferents, genera 38 combinacions possibles, la qual cosa representa 6.561 possibilitats.

La Classificació final es basa en un algoritme complex (El 82% de les combinacions no tenen dret a prestació, però el canvi en una única variable pot provocar l'accés a la mateixa)

Nivells de l'AGGIR:

GIR 1: Persones enllitades amb afectació severa i que requereixen presència continua per a realitzar AVD.

GIR 2: Persones enllitades o amb problemes greus de mobilitat sense deteriorament cognitiu i que requereixen ajuda per la majoria de AVD. Persones amb greu deteriorament cognitiu, que conserven la mobilitat

GIR 3: Persones que conserven parcialment la seva mobilitat, sense deteriorament cognitiu, però que necessiten diàriament i durant diverses vegades ajuda per a la realització de les ABVD (majoritàriament incontinents).

GIR 4: Persones que tenen importants problemes de transferències però que, una vegada aixecats, poden desplaçar-se a d'interior de la vivenda (solen necessitar ajuda per a la higiene corporal i vestir-se). Persones que, malgrat no tenir problemes locomotors, necessiten ajuda per a les activitats bàsiques.

GIR 5: Persones que es desplacen soles a l'interior del domicili, s'alimenten i es vesteixen soles. Necessiten ajuda puntual per la higiene personal, la preparació del menjar i les tasques domèstiques.

GIR 6: Persones que no necessiten ajuda per les AVD.

Suècia

Una immensa majoria de les persones grans a Suècia segueix vivint al seu domicili (92%), la majoria dels quals, sols o amb la seva parella i només un 2% viu amb els fills. Existeixen ajudes per a l'adaptació del domicili d'aquelles persones que presenten deteriorament funcional.

El sistema de Salut a Suècia depèn dels "County Councils" regionals . Entorn del 70 % d'ingressos dels quals prové d'impostos directes, 15% del Govern Federal i la resta a càrrec del pacient .

El nivell de copagament és del 20% si incloem medicaments i atenció bucodental

El Parlament (Riksdag) ha definit uns gran principis per a la Política Nacional cap a les persones grans: "Ser capaç de tenir una vida activa i decisió sobre la seva vida diària, Ser capaç d'envellir amb seguretat i mantenint la independència, Ser tractat amb respecte, tenir accés a una bona atenció de Salut i Serveis Socials".

En relació a l'atenció de les Persones Grans el 1992 es va produir la nomenada Reforma "Adel" (abreviació de "Aldre-persona gran- Delegation") amb la finalitat d'afavorir la descentralització i integració de l'atenció sanitària i social.

Abans del 1992 la responsabilitat de l'atenció a les persones grans era responsabilitat del sector sanitari (depenent dels "County Councils") i no del sector social (depenent de les municipalitats) i era proporcionat en "nursing homes" en cooperació amb hospitals locals i atenció primària Existien uns elevats i inadequats nivells d'atenció mèdica i de recursos més d'acord amb un model biomèdic que no pas social . La reforma va proveir recursos a les Municipalitats.

La Llei requereix a les municipalitats oferir un bon nivell d'atenció sanitària i mèdica de manera especial en el suport a domicili. La Llei de Serveis Socials insta a les municipalitats a proveir Serveis socials i atencions a les persones Grans.

Qualsevol persona incapaç de satisfer les seves necessitats té dret a assistència per aconseguir medis de vida adequats. S'assegura que les persones grans puguin viure de manera independent, en condicions de seguretat, respectant les seves preferències personals i la seva privacitat

Es desenvolupen també els "Home Help Services", que suposen serveis i atencions personals en el domicili . Poden incloure serveis (neteja, bugaderia, compres, gestions bancàries...), i Atencions personals (ajuda en l'alimentació, en el vestir, higiene..) o sistemes de Tele Alarma

L'any 1999 entorn del 8% > 65 anys rebien ajuda en els seus domicilis i arribava al 20% entre els de > 80 anys.

La Llei de Serveis Socials garanteix també una plaça o apartament en "Special Housing Acomodation". En la majoria de municipalitats per ser atès en aquest recurs cal trobar-se

en una situació d'alta necessitat d'atencions.

Amb el propòsit de fer els serveis més competitiu i contenir els costos s'ha donat entrada a entitats privades com a proveïdores de serveis (actualment suposen un 10%) , encara que el finançament i supervisió dels serveis segueix estant a càrrec de les municipalitats

Malgrat que cal considerar la reforma Adel com un experiment exitós també ha presentat alguns problemes relacionats amb conflictes entre professionals en les atencions clíniques , d'infermeria i atencions socials, de vegades competint en els objectius i amb diferents definicions de Qualitat, la qual cosa ha pogut produir algunes vegades una dilució de responsabilitats.

Canadà (SIPA)

El SIPA (Sistema Integrat per a l'Atenció de Persones Grans amb Pèrdua d'Autonomia) va ser un projecte experimental portat a terme a dues zones de Montreal entre 1999-2002) per desenvolupar un model d'atenció integrada de les persones grans fràgils.

Consisteix en un sistema integrat d'atenció i serveis en un entorn comunitari que ofereix un conjunt de serveis socials i sanitaris tant d'atenció primària com hospitalària.

Una metodologia de Gestió de casos integra tots els serveis que tenen responsabilitat clínica sobre les persones grans fràgils (ajuda a domicili, serveis hospitalaris, rehabilitació de llarga durada, etc...)

Existeix un sistema de prepagament de l'administració Pública que es basa en una quantitat fixa per usuari i descentralitza la responsabilitat financera dels serveis cap el sistema SIPA.

El gestor de casos pot ser un professional d'infermeria o de treball social i s'encarrega del seguiment dels usuaris i la coordinació de les actuacions. L'assignació d'usuaris era d'uns 40 casos.

La feina dels gestor de casos va possibilitar un seguiment continu i integrador dels usuaris a través dels diferents nivells de fragilitat que aquest podien desenvolupar al llarg del temps. En aquest model d'atenció es varen desenvolupar protocols interdisciplinaris de detecció i atenció, que varen constituir un element essencial per facilitar la integració dels diferents serveis socials i sanitaris.

Es va reduir la utilització dels serveis d'urgències hospitalaris en un 20% , així com la institucionalització en centres residencials entre les persones incloses.

Es demostra també la necessitat d'incorporar nous instruments de gestió clínica i administrativa que facilitin l'atenció integrada i incentivin la responsabilitat financera dels proveïdors de serveis.

També es detecta la necessitat de millorar la capacitat tècnica dels gestors de casos.

Malgrat les dificultats la metodologia SIPA es veu com un sistema factible per a millorar la qualitat assistencial de les persones grans amb dependència
L' any 2003 el Programa d'atenció Domiciliària va assumir la major part del personal participant així com la responsabilitat de continuar amb aquesta metodologia d'integració de serveis.

Estats Units (PACE)

El programa "All-inclusive care for the Elderly" (PACE) és un sistema d'atenció integrada que ofereix atenció global, amb serveis d'ajuda i de llarga durada coordinats i organitzats entorn d'un Centre de dia de Salut.

Es basa en l'experiència On Lok Senior Health Services, un innovador Centre de dia al barri de Chinatown de San Francisco, fundat el 1973 davant la necessitat de les famílies emigrants de Itàlia, Xina i Filipines

El 1997 el Balance Budget Act (BBA) estableix el programa PACE com a prestació dintre Medicare i dona capacitat als Estats per proveir Serveis PACE als beneficiaris de Medicaid de manera opcional. També es limita el creixement del programa el primer any a no més de 60 centres i posteriorment 20 anuals.

PACE està dirigit a persones de > 55 anys que viuen a la Comunitat, tenen cobertura de Medicaid i Medicare i tenen criteris de elegibilitat per a ser admesos en un "nursing home". Presta Servei el 365 dies de l'any incloent atenció de llarga durada en el domicili, serveis comunitaris i recursos institucionals, emfatitzant el paper del Centre de dia de Salut.

Rep mensualment finançament capitatiu per part de Medicaid (2/3) i Medicaid (1/3) amb un petit percentatge de finançament privat.

El promig d'assistència al Centre de dia és de 10 dies al mes (7.6-14.8 dies) i cada Centre atén un població aproximada de 300 persones.

L'atenció es presta com una Unitat d'atenció ambulatoria que disposa d'atenció primària, atenció mèdica especialitzada, rehabilitació, suport psicosocial, etc..fent especial èmfasi en la Prevenció.

El model d'atenció és Interdisciplinari amb un equip bàsic format per metge, infermeres, treballadores socials, fisioterapeutes, nutricionistes, animadors socioculturals, treballadors familiars, etc... Es pot accedir també a atenció especialitzada en ORL, Oftalmologia, Odontologia, Podologia i Logopèdia.

L'equip valora les necessitats del pacient i assegura que els serveis que es requereixen sigui realment prestats. Es garanteix també la prescripció de medicaments.

Hi ha una recollida automatitzada de la informació relativa al pacient (Data PACE) relativa

a l'estat de salut i situació funcional, que s'utilitza com a base per a realitzar el Pla d'atenció individual.

Gairebé tots els pacients participants en el Programa reben ajuda d'una altra persona per realitzar alguna de les cinc activitats de la vida diària considerades (bany, vestir-se, higiene persona, transferències, menjar) . Més del 50% necessiten ajuda d'una altra persona per caminar.

Malgrat que tots els pacients beneficiaris de PACE tenen criteris "d'elegibilitat per nursing homes" només un 8% resideixen permanentment en aquestes institucions.

Donada l'efectivitat del Programa PACE en l'atenció de les persones fràgils el Govern Federal va decidir després del període de prova transformar-lo en una opció permanent dels sistemes Medicare i Medicaid.

BIBLIOGRAFIA

Institut Català de l'Envel·liment- UAB (2004): Estudio del Modelo de Atención a las Personas Mayores con dependencia en España. Instituto Edad & Vida

Baztan JJ; Gonzalez-Montalvo; Solano JJ; Hornillos M (2000): Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. Medicina Clínica, vol. 115, núm 18

Bernabei R; Landi F; Gambassi G...Rubenstein LZ (1998): Randomised trial of impact of model of integrated care management for older people living in the community. British medical Journal, vol 316 (7141)

Kodner DL Kyriacou K (2000): Fully integrated care for frail elderly: Two American models. International Journal of Integrated Care. vol 1 , 2000

Loi n° 2001-647 relative a la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Journal officiel de la République Française

Program of All Inclusive Care for the Elderly. (PACE)
<http://www.cms.hhs.gov/pace/default.asp>

Farreras Fidel. Instituto Europeo Seguridad Social la implantació de l'assegurança de dependència en alguns països europeus. Libro Jornada Sistema Integral de prestació a la Dependència CHC/Fund. Viure i Conviure/CCOO

Informe de la Sociedad Española de geriatría y gerontología. Análisis y Evaluación de la Red de Servicios Sanitarios dedicados a la Dependencia: Programas de Prevención, atención domiciliaria y hospitalización

Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Embajada de España en Berlín (2004) El Seguro Social de la Dependencia en Alemania

Anik Paris Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation.(2001) Les Services offerts aux Personnes Âgées en perte d'autonomie dans six pays de L'OCDE (Allemagne, Angleterre, Australie, Danemark, France, Suède) Santé et services Sociaux au Québec.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales IMSERSO. Libro Blanco sobre la Dependencia.
http://www.seg-social.es/imserso/mayores/may_libroblanco.html

**Profesiones y profesionalización:
pensando en las figuras profesionales asociadas a la dependencia
Por Juan Sáez Carreras
(Catedrático de Pedagogía Social de la Universidad de Murcia)**

Introducción

En los últimos años, con cierto retraso si se piensa en lo mucho ya recorrido en el contexto anglosajón, los grupos ocupacionales basados en el conocimiento que aspiran (o lo han conseguido ya) a convertirse en profesiones están reflexionando en España sobre sí mismos: sobre su papel en el sistema de profesiones, su visibilidad y reconocimiento social, la formación que reciben los profesionales, a qué nivel y a qué grado, el modo de lograr competencias para hacerse potentes en el mercado de trabajo, cómo hacerse fuerte a través de asociaciones y colegiaciones... Es evidente que todos, o una gran parte de ellos, se están planteando, o en cuanto menos revisando, el proceso de profesionalización recorrido y el que desean recorrer; deseo por lo demás comprensible en un Estado que se bosqueja y se diseña pensando en las profesiones permitiendo o promoviendo expresiones como "sociedad profesionalizada", "sociedades de las profesiones" y similares. No es, pues, extraño que la producción bibliográfica y, en general, el discurso acerca de las figuras profesionales asociadas a la dependencia sea cada vez más profusa y frecuente. Sin embargo, si se revisa con detenimiento esta literatura especializada puede comprobarse la endeblez de más de uno de estos discursos debido, entre otras razones, a la falta de solidez teórica que los sostiene: apenas algunos de estos textos apela a la sociología o a la historia de las profesiones para poder encontrar los supuestos teóricos, las estrategias metodológicas que permiten estudiar las profesiones y los procesos de profesionalización que éstas respectivamente viven. Sólo es posible hallar en la teoría de las profesiones, fuertemente desarrollada en el mundo americano y en el europeo (Italia, Alemania, Reino Unido y, sobre todo, el norte de Europa: Suecia, Dinamarca, Noruega...), aquellos conceptos básicos, articuladores y resignificadores de la realidad social, como son el concepto de profesión y el de profesionalización.

Conceptos que, si bien funcionan en el imaginario colectivo auspiciando visiones equívocas y erróneas, cuando son retomados y profundizados desde la sociología del hecho profesional permiten aclarar no pocas confusiones acerca de lo que son las profesiones, como funcionan, cómo se organizan de cara a sí mismos y frente a instituciones y destinatarios, qué logros consiguen... Pero también, además de clarificar, posibilitan la construcción de modelos, teorías, campos de intervención social...que identifican la "naturaleza" de muchas profesiones.

Es normal, pues, que un Estado de Bienestar "donde se han profesionalizado los servicios sociales y se han colectivizado y organizado las profesiones" (M. BERTILLSON), las profesiones y semi-profesiones anden (pre)ocupadas por hallar sus señas de identidad y, por ende, se adentren, tal es el caso de las profesiones orientadas por la dependencia, en cuestiones que pueden contribuir a ello: cómo formar a los profesionales que tienen que atender a personas dependientes, cuál es el perfil que debe caracterizar la "naturaleza" de la profesión, sobre qué ejes fundamentarla, bajo qué patrones y códigos ético-profesionales, qué lógicas sustentan las profesiones que se mueven pensando en estos destinatarios, qué es lo que las diferencia y qué las aproxima... Me parece, pues, muy pertinente, incluso podría atreverme a decir que inexcusable, que toda actividad profesional que trate de reflexionar sobre las profesiones aborde las cuestiones más relevantes, las de partida, aquellas sobre las cuales pivotan las demás: y estas cuestiones tienen que ver con las preguntas ¿qué son las profesiones?, y ¿en qué consisten los procesos de profesionalización?..., de tal modo que podamos, a partir

de ellas, seguir avanzando en la comprensión de las figuras profesionales asociadas a la dependencia en la sociedad de nuestro tiempo.

1. La profesionalización como uno de los principios estructurales básicos que da cuenta de las acciones de los profesionales en sus contextos laborales y sociales.

Si la definición de profesión concita consensos y disensos de la misma manera que no hay acuerdos sobre lo que llaman "la ideología del profesionalismo", en cambio bastante más aproximación hay a la hora de reconocer la complejidad de los procesos de profesionalización, una complejidad que ha ido acrecentándose con el tiempo a medida que las profesiones han sufrido cambios con las transformaciones sociales y las investigaciones confirman que se va avanzando en la teoría de las profesiones (NEROT, 1974). **La profesionalización de la sociedad, la de algunas profesiones, la de las propias instituciones universitarias así como de un buen número de profesionales laborando aquí o allá, en empresas e instituciones, son eventos muy estudiados desde diferentes ámbitos de conocimiento.**

Al fin y al cabo esta es una idea que impregna las sociedades y las universidades del siglo anterior, sobre todo a partir de la Segunda Guerra Mundial, con la creación de los Estados de Bienestar. Para Harold Perkin, el surgimiento de la nueva sociedad del siglo XX tiene mucho que ver con la consolidación de las profesiones. En su trabajo, *The Rise of Professional Society* (1989) busca demostrar, a pesar de que en su tiempo los estudiosos no se percataran de ello, **cómo los sectores profesionales jugaron un papel en los cambios producidos en las sociedades preindustriales de entonces.**

La tesis de Perkin, en la que van a coincidir substancialmente otros autores aún cuando sus puntos de partida sean diferentes (LARSON, 1977/79; BERTILSSON, 1990), es que una serie de grupos ocupacionales van a iniciar y liderar un proceso de profesionalización tanto por el reconocimiento de la actividad desplegada por cada una de ellas, como por la búsqueda de recursos y la obtención de legitimidad por parte del Estado, sin cuyo apoyo no podrían avanzar. El proceso de profesionalización se traduciría en una doble dirección: 1ª) Transformar las ocupaciones en profesiones ya que éstas promueven más notoriedad y, 2ª) La finalidad última del proceso de profesionalización sería el **ideal profesional**: aquel que enfatiza, entre otras dimensiones, el papel de "la carrera" y "la formación especializada" como algunas de las estrategias que permiten a las profesiones y a los profesionales obtener prestigio en el entorno en que funcionan y se mueven.

Para Perkin, **las profesiones son las formas históricas con las que se construyen las estructuras básicas de la sociedad del XX y lo sigue siendo en la actualidad.** No se dio de manera standard en las sociedades ni al mismo tiempo, ni tampoco fueron idénticas las mismas motivaciones que impulsaron a las ocupaciones a auspiciar su cambio en profesiones, pero cabe decir que apenas queda país que no haya adoptado el fenómeno, en sentido amplio, de la profesionalización: la aspiración que tienen las más diversas ocupaciones de convertirse en profesiones.

La adopción de este concepto muestra aquí gran parte de su potencial: el análisis de las

profesiones nos permite explicar, no solo analíticamente lo que traduce el concepto, sino las consecuencias que se derivan de las acciones profesionales en sociedad. **La profesionalización de los profesionales de la atención a la dependencia**, de modo más concreto, convoca, pues, toda una serie de prácticas, entre las que se encuentran las relacionadas con la formación. Como se ha escrito, una de las funciones de la formación es ir colaborando en la creación de una cultura profesional, generando y difundiendo una serie de valores acerca de los profesionales que tratan de prepararse a través de ellas; de creencias y actitudes sobre metas y modos de organizarse; de concepciones acerca del papel que deben cumplir, y cumplen o no, en el entorno en el que actúan; percepciones acerca de sus competidores, otros profesionales más próximos... La formación en la carrera es, pues, uno de los factores claves en las estrategias utilizadas por las ocupaciones para ser reconocidas y lograr el estatus de profesiones (BERLANT, 1975).

Así las cosas, es evidente que el concepto de profesión y el de profesionalización permiten, por su capacidad semántica de explicación tal y como la sociología de las profesiones ha puesto de manifiesto, obtener una visión de las dinámicas organizacionales y sociales.

"De tal manera, la profesionalización fue lentamente consolidándose como proceso estructurante de la nueva sociedad del siglo XX, es decir, como uno de sus más importantes principios de organización social. Cobró así crucial importancia una estrategia diferente: "la carrera profesional", que se había ido estableciendo de manera lenta durante el siglo XIX, con su énfasis en el status y en una peculiar forma de "competencia" tanto por la atención de recursos materiales como simbólicos"

GONZÁLEZ LEANDRI, 1999: 11. El subrayado es nuestro).

Desde este punto de vista "el ideal profesional" permanece, desde su emergencia en el siglo XIX y su establecimiento en el XX, como uno de los aspectos más trascendentes y característicos del siglo XXI. A pesar de críticas y contradicciones, de retos insuperables, los ciudadanos en las sociedades contemporáneas desarrolladas o en desarrollo, desean y aspiran, en términos sociológicos, a convertirse en profesionales (HUGHES, 1958, 1960).

La primera finalidad de este texto se orienta a **clarificar con rigor lo que conceptos potentes como el de profesión y profesionalización traducen** –más allá de las visiones lineales e ingenuas que con frecuencia se manejan en la literatura al uso-. Trata, posteriormente, de proponer **y formular las bases de un modelo teórico con el que poder abordar el estudio de los procesos de profesionalización de los profesionales orientados a la dependencia** en nuestro país. Estudios necesarios no sólo para la comprensión de esta profesión (antecedentes, emergencia, presencia e ideario actual) por parte de quienes son miembros de ella sino también de aquellos investigadores que desean contribuir al crecimiento cuantitativo y cualitativo de este campo de conocimiento: al fin y al cabo cuando los teóricos y enseñantes abordan la exploración de una serie de prácticas profesionales relacionadas con la dependencia remiten a un tipo de actividad que "practican" los diferentes profesionales de diferentes profesiones que se aproximan en lo que tienen de común: su finalidad humana y social. Casi es innecesario aclarar que en estas páginas solo se esboza lo que reclama espacio y tiempo para un desarrollo más detenido y amplio, tarea que, por otra parte, he

tenido oportunidad de llevar a cabo, en buena medida, en otro momento y lugar (SAEZ, 2004).

2. Dos conceptos relacionados y articuladores: profesión y profesionalización.

Quizás, dos de los conceptos que mas han vuelto a impulsar, hoy, la teoría de las profesiones han sido el de profesión, sujeto a continuas revisiones, y, como consecuencia, el de profesionalización a que da lugar. Las reflexiones que sistematizo a continuación contribuyen a situar las profesiones de atención a la dependencia, y a los campos de conocimiento que tratan de dar razón de ellas, en un escenario de comprensión mucho más emergente y posibilitador.

2.1 ¿En qué consiste la profesión?

El concepto de profesión, en tanto que construcción histórica, ha imposibilitado una definición universal del mismo, por mucho que las diferentes áreas de investigación en ciencias sociales lo hayan intentado. Similar situación ocurre con otros conceptos, como el de profesionalización. Tanto el significado del término profesión, como las ocupaciones que puedan ser descritas como profesiones, han cambiado a lo largo del tiempo. Eso sugiere:

* que son diversas las definiciones que se pueden dar de una profesión;

* que ante las dificultades de dar una definición precisa de profesión, hemos de evitar disputas terminológicas, a juicio de Heidenheimer (1989) quién, por cierto, elaboró una tabla en donde se recogían más de 20 definiciones distintas, y utilizar ejemplos de definiciones históricas en estudios concretos sobre ocupaciones que aspiran a convertirse en profesiones. Ello explica como esta diversidad de formulaciones, cuando son utilizadas por diferentes estudiosos de sus respectivos campos profesionales, se traduce en una gama, a veces contradictoria y confusa, de concepciones sobre una misma profesión.

En cualquier caso, las numerosas investigaciones que se están produciendo sobre las profesiones nos indican, por los múltiples datos y aportaciones novedosas que aparecen, que quedan muchas cuestiones por "aclarar y decir" (LARSON, 1990) tanto como otras varias por plantear y contestar. Mientras tanto, es metodológicamente pertinente y necesario, decidirse por una definición de profesión, que recoja la mayor parte de indicaciones acerca de lo que son, y actúe con criterio organizador ante la cantidad de información que vamos disponiendo en los últimos tiempos. Así, nos parece necesario adoptar como punto de partida una definición comprensiva, de profesión.

"Profesión hace referencia, en gran medida, a una ocupación no manual, ejercida a tiempo completo, cuya práctica presupone, necesariamente formación especializada, sistemática y abstracta... El acceso a ella depende de la superación de ciertos exámenes que dan derecho a títulos y diplomas, que de ese modo sancionan y autorizan su papel en la división laboral.

Las profesiones tienden a demandar un monopolio de servicios y la libertad frente al control de actores como el Estado o el de no expertos y profanos... Basadas en competencias y en una ética asociada a su acción profesional y en la importancia de su trabajo para la sociedad

y para el bien público, las profesiones reclaman tanto recompensas materiales como un mayor prestigio social" (en TORSTENDAHL y BURRAGE, 1990: 205).

Esta definición puede ser válida para cualquiera de las profesiones –si es que lo son- de atención a la dependencia, cuando se pretende dar una visión genérica de la misma. Como veremos, nos atreveremos posteriormente a dar una definición distinta que surge, no por ligereza profesional o barroquismo y retórica intelectual sino como resultado, y en consecuencia, con la trama teórica construida para estudiar la profesión de Educador Social y los procesos de profesionalización en las que se ve sumergida (SÁEZ, 2005).

¿Por qué esta definición y no otra? Si se recuerda que tanto la definición de profesión que proponemos, como la de profesionalización, son formuladas con intenciones más organizadoras que definitivas, nuestra elección responde a los siguientes criterios:

- 1- por el **énfasis que pone en la formación** y, por tanto, va más acorde a la tarea que llevamos a cabo en este texto, como es la de dar centralidad –por supuesto, no exclusiva- a la Universidad como actor vital en el proceso profesionalizador;
- 2- porque a falta de una definición supra-histórica y transcultural, puede ser fácilmente consensuada sin dificultades y **utilizada con un significado común y coherente a diferentes estructuras históricas y culturales**;
- 3- debido a que es mejor trabajar con una definición, antes que con varias, que pueda ser sobre todo operativa. Este "sobre todo" quiere decir que esta definición:

* nos asegura la identificación de elementos que tienden a ser constantes de aquellos otros que son más variables;

* nos permite ser conscientes de los momentos más relevantes en el desarrollo cotidiano de una profesión y de los matices más significativos que se plantean en una comunidad o en otra;

* auspicia la elaboración de una lista –no de rasgos esenciales y por tanto única e inmutable- provisional de las características que mejor pueden definir una profesión en la actualidad. Esta lista provisional puede, así, ser recreada como una ayuda para la investigación, como un medio para categorizar ocupaciones o dimensionar los cambios históricos que se produzcan en cada caso o ejemplo; así, esta definición, bajo la cobertura del modelo dialéctico que auspiciamos, nos parece pertinente para definir, a modo de ejemplo, las tres trayectorias profesionales (Educación Especializada, Educación de Adultos y Animación Sociocultural) que son hoy recogidas bajo la titulación de Educación Social con la que se prepara a los miembros de esta profesión emergente que lleva el mismo título (ASEDES, 2003). Una de las profesiones más visualizadas hoy como claras en su estrategia de responder a las necesidades educativas de los dependientes.

* pero, ante todo, y por último, esta lista propicia el no abocar a la utilización de nociones vagas y confusas que dificultaría el estudio de una profesión. En suma, una definición operativa como la de Kocka conduce a desglosar el análisis de las variables, tanto constantes como provisionales, que mejor caracterizan el recorrido profesionalizador de una ocupación que ha logrado convertirse en profesión, luego de haber logrado este objetivo. En este sentido la definición adoptada puede ser satisfactoria porque:

a) auspicia el estudio de los procesos profesionalizadores –o desprofesionalizadores- que

explican y permiten comprender una profesión y las variables que la identifican (HOYLE, 1980);

b) nos remite al análisis de las diferentes etapas que recorre una profesión, y el mayor o menor nivel de profesionalización que se identifica en cada una de ellas (McKINLAY, 1982, HALMOS, 1973).

2.2 ¿Qué es la profesionalización?

Vital para toda construcción teórica que trate de explicar cualquier profesión y, sobre todo, el papel de los campos de conocimientos legitimadores de ellas, es el obtener una comprensión amplia y clarificadora del concepto de profesionalización. La literatura sobre profesionalización es muy amplia. Tal volumen de estudios históricos y sociológicos está aportando una mayor diversidad de enfoques conceptuales con los que se va consiguiendo una amplia profundización y agudeza tanto como complejidad sobre el fenómeno de la profesionalización. Ello ha permitido ir deshaciendo malentendidos y traducciones problemáticas del concepto así como definiciones poéticas del mismo. La mayoría de tales estudios tratan de profundizar en este proceso según los diferentes tipos de profesión en la medida que se acepta, de modo consensuado, que el término profesionalización hace referencia a un proceso por medio del cual una actividad u ocupación llega a ser una profesión. Trabajos relevantes, buscan diferenciar este proceso de acuerdo con diversos desarrollos analíticamente discernibles que pueden acaecer al mismo tiempo o bien de manera sucesiva (DANIELS, 1967; COHEN Y WAGNER, 1982; JOHNSON, 1972; DINGWALL y LEWIS, 1983; CLARK, 1990; CARRIER y KENDALL, 1995). A mi juicio, siguiendo las conclusiones de exploraciones muy relevantes (LARSON, 1977/1979; ABBOTT, 1982, 1991a y 1991b; MURPHY, 1988, 1990; FREIDSON, 2001), los desarrollos que acompañan al proceso de profesionalización mas bien se suceden, como hemos visto, alternativamente.

Hannes Siegrist, investigador de la Universidad de Bielefeld, lleva a cabo una tarea de síntesis asociando el término profesionalización a cuatro referentes diferentes. Así, en su *Professionalization as a process: patterns, progression and discontinuity* (1990: 177-201), **traduce la profesionalización como:**

1°. aquel tipo de procesos mediante los cuales una ocupación adquiere el carácter de una profesión académica. Ello queda demostrado por el hecho de que una pericia adecuada ("prerrequisito para la entrada en un campo profesional"), sólo puede ser obtenida en los centros superiores de aprendizaje: de este modo la práctica profesional queda limitada solo para aquellos que concluyen con éxito los exámenes de acceso a un determinado campo y obtienen el correspondiente título;

2°. aquella que remite a ciertas políticas responsables de una cierta superior pericia profesional respecto a los legos o profanos. Es decir, estas políticas son las que establecen una relación entre el conocimiento y la división del trabajo, diseñadas y sostenidas por expertos de las llamadas "profesiones superiores";

3°. un proceso de diferenciación y exclusión mediante el cual una profesión monopoliza las oportunidades ocupacionales utilizando variadas "estrategias de persuasión" con el fin de adquirir, y asegurarse, un estatus social y económico elevado;

4°. por último, como aquel tipo de procedimientos y actividades que conducen al desarrollo de un tipo específico de conciencia colectiva así como a una representación grupal de intereses que tratan de ser materializados por la utilización, consensuada y común, de

estrategias pertinentes para ello (SIEGRIST, 1990: 177).

Todas estas traducciones, más que distanciarse deberían utilizarse como complementarias y nos permiten, de modo convergente, tener una visión más completa de la profesionalización.

La primera traducción sitúa la profesionalización en la Universidad, lo cual es evidente, vista la tendencia de las últimas décadas ya que, tanto universitarios –a través de la introducción de "titulaciones profesionalizadoras" en sus instituciones- como profesionales –que han buscado el más alto reconocimiento académico- han sentido la necesidad de profesionalizar las ocupaciones auspiciando la mayor y mejor formación posible para lograrlo. ¿La limitación de este enfoque? Que la carrera no acaba con los estudios y que la socialización profesional continua después de acabar la formación en las aulas universitarias. Si la formación es adecuada o no, para que los futuros profesionales dominen las destrezas que caracterizan la naturaleza de la profesión, ésta es una cuestión que no cuestiona de fondo esta constante profesionalizadora que identifica a la institución universitaria formando parte fundamental de los procesos de profesionalización (BERLANT, 1975).

La segunda es una extensión de la anterior, aunque no quede implicada la Universidad, exclusivamente, como la única institución generadora de conocimiento relacionado, mas o menos directamente, con la destreza profesional. La virtualidad de esta interpretación de la profesionalización es que, como resultado de explicar la división del trabajo asociado a las ocupaciones relacionadas con el mas alto o bajo nivel de conocimiento, ahonda en la jerarquización entre profesiones de alto rango y profesiones de bajo estatus, tratando de aclarar, de modo comprensivo, como a través de éstas se han construido las estructuras básicas del siglo XX y cómo, a través de ellas, se está jugando un papel importante en las estructuras actuales y en los cambios producidos en ellas.

En esta misma línea de convergencia de interpretaciones entiendo que hay que considerar la **tercera versión** de la profesionalización ya que pone de manifiesto que éstas "ocupaciones socialmente idealizadas" luchan por obtener sus intereses y para ello se aglutinan y se organizan promoviendo la expansión de la profesión y, con ello, la de los propios profesionales. Esto es lo que hacen Asociaciones, Federaciones, Colegios Profesionales... La dificultad de este enfoque es que suele enfatizarse la actividad de las profesiones en términos globales y se soslaya la de los profesionales, en sus dimensiones mas personales, la de los agentes individuales en el desarrollo de sus funciones; así, no conviene olvidar que las profesiones son abstracciones si no se materializan en organizaciones en las que trabajan hombres y mujeres sujetos a diversas circunstancias y variables. Esta dificultad tiene mucho que ver con el hecho de que es la sociología de las profesiones la que predomina en esta interpretación de la profesionalización, obviándose la idea de proceso propio de los planteamientos históricos y que, en consecuencia, tampoco se recogen en las contribuciones personales: puede darse el caso de que una profesión vaya obteniendo mayor reconocimiento socialmente y que, más de uno de sus miembros, no siempre se desarrollen profesionalmente (GLAZER, 1974; SCHÖN, 1992, 1998).

Por último, **la cuarta** traducción de profesionalización, más completa, nos recuerda que para

que una profesión se desarrolle y se extienda es necesario no sólo que las profesiones manifiesten un alto nivel de conocimiento especializado y, por ende, dominio de ciertas habilidades por las que la ciudadanía reconoce su necesidad, sino que se precisa cultivar una cultura profesionalizadora que mantenga esta creencia pública en la bondad de la profesión así como de la fidelidad a los valores que promueven las profesiones y a los modos como operan en los contextos donde actúan... La ideología y la ética, un cuadro de valores connotativos al ser y el hacer de la profesión son recursos excelentes de esta cultura que la socializa y expande. La virtualidad de esta posición es que el elemento cultural y personal es imprescindible además de apelar a la idea de que, si las profesiones son construcciones históricas, deben ser estudiadas mediante enfoques más dinámicos que estáticos (ROUZEL, 1997).

Todas estas versiones aportan elementos teóricos y supuestos diferentes, procedimientos y estrategias, recursos y finalidades, a una visión más rica, global y compleja de la profesionalización de las profesiones, pero también de los campos teóricos que se utilizan para estudiar la profesión y saber más de ella. De esta manera se puede enriquecer su estatuto teórico y, como consecuencia, ofertar una formación a los futuros profesionales de la Educación Social, a título de ejemplo, más acorde con la "naturaleza" de la profesión (SÁEZ, 2003).

De ahí que dos importantes consideraciones que hay que destacar, si se atiende a lo argumentado, son las siguientes:

1. La profesionalización demanda, para ser estudiada, el análisis de varios tipos de procesos. Por lo tanto este término debe utilizarse en plural –procesos- y no en singular, como fue frecuente encontrarlo en la literatura especializada hasta hace algunos pocos años. Cuando se utiliza en singular –la profesionalización- es para distinguirlo de la dinámica profesionalizadora seguida por otras profesiones.

2. El enfoque que vemos mas plausible para encarar el análisis de la profesión debe ser mas dinámico que estático y tratar de recoger tanto avances como regresos, así como afirmaciones y negaciones que auspician, tanto como limitan, la profesionalización de los educadores sociales: un modelo dialéctico que de razón de ser, al fin y al cabo, de los ascensos de las profesiones de atención a la dependencia como de sus retrocesos, pero también que incluya la posibilidad de que cualquiera de los miembros de la profesión pueda obtener un comprensión de su situación utilizando este mismo instrumento. En esta perspectiva y bajo estas características pueden construirse las diferentes propuestas teóricas.

BIBLIOGRAFÍA

- ABBOTT, A.: The emergence of American Psychiatry. PhD: University of Chicago, 1982.
- ASEDES La Educación Social, escenarios de futuro. Madrid, Documento Policopiado Barcelona, Paidós.
- BERLANT, J. L.: Profession and Monopoly: A study of Medicine in the United States and Great Britain. Berkeley: University of California Press, 1975.
- BERTILSSON, M.: "The Welfare State, The professions and Citizens" en R. Torstendahl and M. Burrage (eds.), The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy, London: Sage, 1990.
- BRUNORI, P. La professione di educatore. Milano, Carocci Editore
- BURRAGE, M. y TORSTENDAHL, R.: Professions in Theory and History. Rethinking the study of the Professions. London: Sage Publications, 1990.
- BURRAGE, M. y TORSTENDAHL, R.: The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy, London: Sage, 1990.
- BURRAGE, M., JARAUSCH, K. y SIEGRIST, H.: "An actor-based framework for the study of professions", en Burrage, M., y Torstendahl, R. (eds.): Professions in theory and History. Rethinking the study of the professions. London: Sage, 1990.
- CARRIER, J. and KENDALL, I.: "Professionalism and Interprofessionalism in Health and Community Care: Some theoretical Issues", in P. Owens, J. Carrier & J. Horder (eds.) Interprofessional Issues in Community and primary health Care, London: Macmillan, 1995.
- CLARK, V.: "A struggle for existence: the professionalization of German Architects", in Cocks, G. and Jarausch, K. H. (eds.), German professions, 1800-1950. New York: Oxford University Press, (1990) pp. 143-60.
- COHEN, M. B. and WAGNER, D.: "Social Work Professionalism: Reality and Illusion", in Charles Derber (ed.), Professionals as Workers. Boston: G.K. Hall & Co, 1982. Columbia University Press
- DANIELS, G. H.: "The process of Professionalization in American Science: the emergent period, 1820-1860". Isis, 58, (1967) pp. 151-66.
- DINGWALL, R. y LEWIS, P.: The Sociology of the Professions. London: The McMillan Press, 1983.
- Enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona, Paidós.
- FREIDSON, E.: Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy. Chicago: University of Chicago Press, 1994.
- FREIDSON, E.: Professionalism. The third logic. Cambridge: Polity Press, 2001.
- GARCÍA MOLINA, J. De nuevo, la Educación Social
- GLAZER, N. "Schools of Minor Professions", Minerva, nº2; (1974) pp. 17-35.
- GONZÁLEZ LEANDRI, R.: Las profesiones. Madrid: Catrìe, 1999.
- GREEN, A.: Education and the State Formation: The rise of education systems in England, France and the USA. London: Macmillan, 1992.
- HALMOS, P. (comp.): Professionalization and Social Change, Keele: University of Keele, 1973.
- HEIDENHEIMER, A.: "Professional Knowledge and state policy in comparative historical perspective: law and medicine in Britain, Germany and the United States", International

Social Science Journal, 122, (1989) pp. 529-53.

HOLLIS, E. y TAYLOR, A. Social Work Education in the United States. New York, HOYLE, E. Professionalization and desprofessionalization in education, London, Kogan HUGHES, E.: Men and their Work, Glencoe, Illinois: The Free Press, 1958.

HUGMAN, R.: Power in Caring Professions, London: Macmillan, 1991.

JACKSON, J. Professions and professionalization. Cambridge, Cambridge

JARAUSCH, K (ed): The transformation of Higher Learning, 1860-1930, Chicago: Chicago University Press, 1983.

JARAUSCH, KONRAD, SIEGRIST, HANNES, and BURRAGE, MICHAEL: "An Actor-based Framework for the Study of the Professions", in M. Burrage and R. Torstendahl (eds.), Professions in Theory and History: Rethinking the Study of the Professions. London: Sage, 1990.

JOHNSON, T.: Professions and Power. London: MacMillan, 1972.

LARSON, M. S.: "In the Matter of Experts and Professionals, or How Impossible it is to Leave Nothing Unsaid", en R. Torstendahl y M. Burrage: The formation of professions. London: Sage Publications, 1990.

LARSON, M. S.: The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis. Berkeley, CA: University of California Press, 1977/1979.

LEONARD, J.: La médecine entre les pouvoirs et les savoirs, Paris: Aubier Montigne, 1981.

LORENZ, W. "The social professions in Europe" European Journal of Social Education

MALATESTA, M.: Society and the professions in Italy, Cambridge University Press, 1995.

McKINLAY, John B.: "Toward the Proletarianization of Physicians", in Charles Derber (ed.), Professionals as Workers. Boston: G.K. Hall & Co, 1982

MEIRIEU, P. La opción de educar. Etica y Pedagogía. Barcelona, Octaedro

MURPHY, R.: Social closure. The theory of monopolization and Exclusion, Oxford: Clarendon Press, 1988)

NEROT, S. "Les professions du Travail Social" , en J.CRAPUCHET (Edit.) Page, 1980

PERKIN, F.: The Rise of Professional Society. London: Routledge, 1989.

PERKIN, M. R., PEARCY, R. M. and FRASER, J. S.: "A comparison of the Attitudes shown by General practioner, Hospitals Doctors and Medical students toward alternative medicine", Journal of the Royal Society of Medicine, 87 (1994), pp. 523-25.

RIERA, I. Concepto, formación y profesionalización de: el educador social, el trabajo

ROUZEL, J. Le travail d'éducateur spécialisé: éthique et pratique. Paris, Dunod, 1997.

SAEZ, J y GARCÍA MOLINA, J. "Emergencia de las profesiones sociales: de la dimensión discursiva a la dimensión política, ética y práctica" Revista de Pedagogía Social, nº (2004).

SAEZ, J. "Cambiando concepciones en la construcción de la Pedagogía Social: de la formación y profesionalización de los educadores sociales", en J. García Molina (Coord.) De nuevo, la Educación Social. Madrid, Dykinson, 2003.

SAEZ, J. "Cambio de rumbo en la construcción de la Pedagogía Social. Revisión y propuestas", Revista de Pedagogía Social, nº (2004).

SAEZ, J.: Proyecto Docente de Pedagogía Social. Universidad de Murcia, 2004.

SAEZ, J.: La profesionalización de los educadores sociales: en busca de la competencia cualitativa. Madrid, Edit. Dykinson, 2003.

SCHÖN, D. El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan.

SCHÖN, D. La formación de los profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la

Sciences de l'homme et professions sociales. Toulouse, Privat.

SIEGRIST, H.: "Professionalization as a process: patterns, progression and discontinuity", en Burrage, M. and Torstendahl, R. (eds.), Professions in Theory and History: Rethinking the study of the professions. London: Sage Publications, (1990 b) pp.177-202. social y el pedagogo social. Valencia, Nau Llibres, 1998.

TORSTENDAHN, R.: "The transformation of professional education in the nineteenth century", in Rothblatt, S. and Wittrock, B. (eds.), The European and American University since 1800: Historical and Sociological Essays. Cambridge: Cambridge University Press, (1993) pp. 109-41. University Press, 1970.

WITZ, A.: Professions and Patriarchy, London and New York: Routledge, 1992.

ZUSSMAN, ROBERT : Mechanics of the Middle Class: Work and Politics Among American Engineers. Berkeley, CA: University of California Press, 1985.

Derechos de las personas dependientes y otros aspectos jurídicos relevantes
Por Javier Moya Huertos. Jefe del Servicio de Inspección de la Delegación para
la Igualdad y Bienestar de la Junta de Andalucía en Córdoba



- I. INTRODUCCIÓN.
- II. DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES.
 - a) Derecho a la igualdad y a la no discriminación.
 - b) Derecho a la integridad física, psíquica y moral.
 - c) Derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto.
 - d) Derecho a la información y libertad de expresión.
- III. OTROS DERECHOS LEGALMENTE RECONOCIDOS.
 - a) Derecho a la protección jurídica.
 - b) Derecho a la protección patrimonial.
- III. DERECHOS PRESTACIONALES.
 - a) Derecho a la salud.
 - b) Derecho a la protección económica.
- IV. DERECHO RECONOCIDOS CON CARÁCTER INTERNACIONAL.
 - a) Derecho a la autonomía personal.
 - b) Derecho a la autorrealización.
- V. EL DILEMA ÉTICO.
- VI. BIBLIOGRAFÍA

I.- INTRODUCCIÓN

Antes de adentrarnos en el interesante mundo de los derechos de las personas dependientes, deseo plantearles una premisa inicial que entiendo debe presidir cualquier reflexión sobre la cuestión: las personas dependientes, por el mero hecho de ser personas, gozan exactamente de los mismos derechos que pudiera tener cualquier otra, salvo que, en su beneficio, se haya dictado una sentencia judicial declarativa de su incapacidad, en cuyo caso habrá que estar atender al contenido de la misma.

Distinta cuestión es que, por el hecho de su especial vulnerabilidad, se deba velar con especial intensidad por el que sus derechos se respeten y para que puedan ejercitarlos en plenitud.

Sin embargo, con lo dicho no pretendo restar relevancia a la trascendencia que tiene el hecho de que el Legislador pueda reconocer derechos subjetivos, y por tanto directamente ejercitables, a las personas dependientes. Una sociedad es más civilizada en la medida que ofrece una mayor protección a sus miembros más vulnerables. En consecuencia, bienvenidas sean cuantas mayores garantías puedan establecerse para prestar la protección debida a un de los colectivos más vulnerables de nuestra sociedad. El mundo del Derecho tiene aún much que decir en la protección de las personas dependientes. Dejemos que lo haga.

Hecha esta salvedad, entiendo que corresponde hacer una segunda. No es mi intención aburrirles con una exposición salpicada de preceptos jurídicos que, lejos de acercarnos lado humano del tema que nos ocupa, nos aleje de él, escondiéndolo tras grandilocuentes declaraciones de intenciones, que tienen una difícil plasmación en la vida cotidiana de las personas dependientes. Muy al contrario, pretendo realizar una sencilla aproximación al mundo de sus derechos desde una perspectiva jurídica y ética a la vez.

Pues bien, para comenzar tan sólo nos queda exponer el hilo argumental a seguir. Puesto que las personas dependientes gozan de los mismos derechos que cualesquiera otra, entiendo que para analizar los derechos que se les reconocen en nuestro país, podemos comenzar por comentar algunos de los Derechos Fundamentales que la Constitución Española de 1978, para a continuación analizar algunos derechos legalmente reconocidos en normas de menor rango y que giran en torno a la protección de la persona dependiente y de su patrimonio, seguir con un comentario a dos derechos prestacionales que resultan básicos para garantizar la atención a las personas dependientes, como lo son los derechos a la salud y a una protección económica, y finalizar con una breve referencia a algunos derechos que les reconocen algunas disposiciones internacionales. La reflexión final de este documento, gira en torno al dilema ético que la dependencia nos plantea. La ética nos aporta una visión de la dependencia que la dota de contenido y, sobre todo, la humaniza.

Una vez hechas las precisiones debidas, creo que nos encontramos en situación de comenzar nuestra reflexión.

II.- DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES.

Hasta fechas muy recientes, los textos legales carecían de referencias al colectivo de las personas dependientes. Pero esta idea está cambiando. Pese al que concepto de dependencia no aparece en nuestro texto constitucional, por ser éste un concepto de más reciente cuño, la especial sensibilidad que la Carta Magna muestra hacia las personas con discapacidad hacia las personas mayores, constituye el cimiento de la próxima regulación de la Dependencia en nuestro país. No en vano, nuestra Constitución se coloca entre aquellas que pretenden dar un sentido social a su regulación, y ya en su artículo primero (1) define a España como *"Estado social y democrático de Derecho"*.

Veamos, a continuación, algunos de los Derechos Fundamentales que reconoce el texto constitucional y que, como tales, gozan de singular protección en nuestro Ordenamiento Jurídico:

a) Derecho a la igualdad y no discriminación (2)

La Constitución Española de 1978 (en adelante C.E.) reconoce en su artículo 14 la igualdad de todos los ciudadanos ante la ley, a la vez que rechaza cualquier comportamiento que implique un trato discriminatorio. En su artículo 9.2, el texto constitucional recalca el mensaje de igualdad cuando dice: "Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social".

Sin embargo, la propia limitación funcional asociada a la dependencia dificulta seriamente el ejercicio de los derechos de las personas dependientes, y hace que esa pretendida igualdad que con acierto resalta la Carta Magna, sea cuestionada. Pongamos el ejemplo de la accesibilidad. Un simple bordillo en la calle, o la falta de ascensor en un edificio público, hace que una persona con discapacidad que use silla de ruedas vea seriamente condicionado el ejercicio de muchos de sus derechos. Para poder ejercer los derechos en condiciones de igualdad, entre otras cosas, debemos de encontrarnos en un entorno físico (y social) que nos trate como iguales.

Con respecto a la discriminación quisiera compartir una reflexión sobre la forma en la que, en ocasiones, nos dirigimos a una persona dependiente y que, entiendo se trata de un supuesto de discriminación socialmente aceptada. Me refiero a ese paternalismo "bien intencionado", cuando no un infantilismo y, por qué no decirlo, hasta actitudes de condescendencia del que "hacemos gala" en presencia de una persona dependiente. Estas actitudes nos alejan de algo tan simple como el hecho de que nos encontramos ante un igual. Ante una persona que, por circunstancias de la vida a la que ninguno estamos ajenos, se encuentra en una situación de desvalimiento en la que necesita de la ayuda de otros, pero que no por ello su dignidad experimenta merma alguna.

(1) Art. 1 C.E.: "España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político".

(2) Art 14 C.E.: "Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social".

Es más, son las actitudes descritas las que contribuyen a su merma. El comportamiento de toda aquel que se acerque a una persona dependiente debe estar impregnado de sensibilidad y respeto, pero nunca de conmiseración.

b) Derecho a la integridad física, psíquica y moral.

Las personas dependientes, por el mero hecho de ser más vulnerables, están expuestas a sufrir abusos, muchos de ellos de carácter delictivo, causados por las personas que las rodean y que, en no pocos casos, tienen encomendado su cuidado. Las instituciones cerradas, como la familia y los centros residenciales, ofrecen facilidad para generar situaciones en las que la violencia puede llegar a aparecer, incluso de forma repetida. Esta afirmación, aparentemente alarmante, está sobradamente contrastada en el ámbito del Derecho Penal y merece una somera reflexión.

El rostro de la violencia física, la que afecta a la integridad física de la persona, con frecuencia es bastante tosco, incluso, si se me permite, grosero. Las personas dependientes que son objeto de maltrato suelen sufrir lesiones, desnutrición y deshidratación, magulladuras por ataduras, fruto del deleznable comportamiento de un cuidador desaprensivo. Esta triste realidad es por todos conocida, y los medios de comunicación periódicamente se encargan de recordárnosla, poniendo a prueba nuestra capacidad de sorpresa ante el comportamiento humano. Sin embargo, las personas dependientes experimentan, además de la violencia descrita, otra más sutil que, en no pocas ocasiones pasa desapercibida, y que constituye una clara afrenta a sus derechos. Me refiero a situaciones como el mantenimiento de una medida de contención mecánica prolongada innecesariamente en el tiempo o a la adopción de medidas de contención farmacológica en situaciones que no lo requieren, y que mantienen en un estado de sedación continua a la persona en beneficio de quien la tiene a su cuidado. Se trata de una vulneración clara y directa del derecho a la integridad física, psíquica y moral de la persona que, lejos de ser considerada como tal, pasa a ser tratada como un objeto. Creo que procede hacer una profunda reflexión sobre hasta qué punto, algunos de nosotros, y quien escribe estas líneas es un Inspector de Servicios Sociales, en ocasiones podemos llegar a ser cómplices de estas situaciones de violencia sutil.

Pero si la violencia física alcanza matices de sutileza, mucho más ocurre con la psíquica y moral. Cuando nos referimos a la integridad psíquica y moral estamos acercándonos a ese recóndito espacio interior que nos hace sentir como personas, a aquello que sustenta nuestra personalidad y nuestra conciencia de individuo. Es demasiado fácil lesionar los sentimientos de cualquier persona que se encuentre en una situación de especial vulnerabilidad. Quisiera compartir con ustedes un sencillo ejemplo de aquello a lo que me refiero. Recuerdo el caso de una persona que con frecuencia saludaba afectuosamente a un residente que inició un proceso de demencia. En una de sus visitas, el visitante observó un mayor deterioro cognitivo de su amigo quien, además, requirió ser encamado. Este hecho provocó que, sin mala intención, "le retirara el saludo", evitara cualquier tipo de contacto físico con él y, finalmente, dejara de visitarlo. Las consecuencias de este gesto fueron percibidas por las personas que lo cuidaban, que vieron como cambió su carácter, se hundió en un sentimiento de soledad y, lamentablemente, influyó en la evolución de su enfermedad. El daño psíquico estaba

hecho y, en este caso, la demencia no fue la culpable.

Podemos entender como incuestionable el derecho de las personas dependientes a su integridad física, psíquica y moral, pero, en no pocas ocasiones, ellas ni siquiera nos pueden mostrar que su interior ha sido dañado, lo que favorece el que este derecho, aparentemente incuestionable, pueda ser violentado con una lamentable facilidad. La especial vulnerabilidad de muchas personas que se encuentran en situación de gran dependencia las hace merecedoras de un especial celo en la garantía de sus derechos y corresponde a las personas de su entorno la responsabilidad de velar porque así sea.

c) Derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto

Las creencias religiosas adquieren especial trascendencia en los momentos finales de la vida de las personas, sean estas dependientes o no. En este sentido, muchas personas encuentran en su fe un sólido apoyo que, con independencia de que lo compartan o no, las personas que las rodean deben de respetar y, a la vez, facilitar el ejercicio de su práctica.

Cuando una persona dependiente reclame el auxilio espiritual de un sacerdote, de un ministro de la religión que profese, deberá de facilitársele. Así mismo, en el caso de tratarse de un usuario de un centro residencial que reclama la asistencia a una celebración religiosa, y siempre que sus facultades y los medios del centro lo permitan, deberá facilitarse el acceso al templo o, en el mejor de los casos, el que la celebración tenga lugar en la propia residencia. En no pocas ocasiones la salud física, e incluso la psíquica, de la persona se atiende con celeridad, descuidándose la dimensión espiritual de la persona, restando así importancia a la trascendencia que, sobre todo las personas mayores, conceden a esta faceta de sus vidas. Cuando dificultamos el ejercicio de la práctica religiosa, además mostrar un gesto de falta de sensibilidad, si no de ignorancia, también estamos conculcando un Derecho Fundamental de la persona.

d) Derecho a la información y a la libertad de expresión.

En los últimos años, se ha legislado mucho en aspectos que tienen relación directa con la atención a las personas dependientes. Sobre todo desde el ámbito sanitario. De esta forma, leyes como las de la autonomía del paciente o la del testamento vital, hacen partícipe a la persona afectada en la toma de decisiones sobre cuanto afecte a sus intereses.

Así, por ejemplo, la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, somete toda actuación en el ámbito de la sanidad, con carácter general, al previo consentimiento de los pacientes o usuarios. Pero para conceder validez a este consentimiento, establece que deberá obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, así como que deberá prestarse por escrito en los supuestos previstos en la Ley. Se trata de la figura del consentimiento informado.

De esta forma, la ley reconoce al paciente o usuario el derecho a decidir libremente, después

de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles, así como, si ese es su deseo y lo manifiesta por escrito, a negarse a recibir el tratamiento prescrito.

En lo que respecta al testamento vital, varias Comunidades Autónomas han legislado sobre la cuestión. Así, por ejemplo, en Cataluña esta materia ha sido desarrollada por la ley 21/2.000, de 29 de diciembre, que regula los derechos de información del paciente y el documento de voluntades anticipadas, que es conocido popularmente como testamento vital. Esta ley permite a cualquier persona determinar las actuaciones médicas de las que no quiere ser objeto en el caso de sufrir una enfermedad terminal.

Esta legislación constituye una clara muestra de respeto del Legislador hacia la autonomía personal, dejando residir en el individuo la toma de decisiones que afectan directamente a su salud.

Saliendo del ámbito estrictamente sanitario, las personas dependientes también tienen derecho a participar en el proceso de evaluación de su grado de dependencia y, en caso de ser usuarios de cualquier tipo de centro residencial, a ser escuchados a la hora de determinar el contenido del proyecto de atención individualizada que mejor convenga a sus necesidades, pero también a sus gustos y deseos. En cierta ocasión escuché decir a Quico Mañós, con su característico tino: "si una persona no tiene un proyecto vital a los 85 años, no pretendamos que lo tenga". Con cierta frecuencia, en los centros residenciales se pretende intervenir con la persona como "marcan los cánones", olvidando que el canon de la vida de cada uno, siempre que ello sea posible, lo debe de marcar él mismo. Permitamos que sea la persona la que fije su rumbo, y seamos nosotros quienes lo acompañemos en el viaje. Y en aquellos casos en los que la persona tenga "perdida su brújula", intentemos ponernos en su lugar, y marquemos el rumbo que entendamos pueda resultar de su agrado, sin llegar a perder de vista su conveniencia..

III.- OTROS DERECHOS LEGALMENTE RECONOCIDOS.

Numerosas leyes, tanto de carácter civil como administrativo, reconocen derechos a las personas mayores y a las personas con discapacidad y, por ende, a las personas dependientes. En este breve documento de reflexión, deseo hacer mención expresa a la protección personal y patrimonial de las personas dependientes.

La importancia de la protección de la persona y de su capacidad de obrar cae por su propio peso, y la que le atribuyo a la protección de su patrimonio gira en torno a la relevancia que la preservación y buena gestión de éste tiene como medio para garantizar la prestación de los costosos servicios que su situación de dependencia lleva consigo.

a) Derecho a la protección jurídica: la declaración judicial de incapacidad y la autotutela.

En nuestro Ordenamiento Jurídico la institución de la declaración de incapacidad tiene ante todo una finalidad tuitiva o protectora; busca constatar las carencias que efectivamente pueda

tener una persona afectada por un padecimiento físico o psíquico, articulando los mecanismos legalmente previstos para suplir o completar esta falta de capacidad de obrar únicamente en aquellos ámbitos afectados para que así, el declarado incapaz, pueda ejercitar sus derechos, de los que seguirá siendo titular, en condiciones de igualdad respecto a los demás ciudadanos. En consecuencia, aquellos ámbitos de su autonomía que no se encuentren afectados por la enfermedad o deficiencia padecida habrán de dejarse intactos. La necesaria limitación en el ejercicio de los derechos del declarado incapaz que esta institución jurídica conlleva, hace que sólo sea aconsejable acudir a ella cuando no existan otras vías menos gravosas para conseguir la eficaz protección de su persona o de su patrimonio a través de de otros mecanismos, ya sean médicos, asistenciales, notariales o de otra naturaleza.

El artículo 200 del Código Civil establece que "son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma". Si leemos con atención, observaremos que este artículo nos está dibujando un paisaje de dependencia. Y es que la declaración de incapacidad puede resultar una herramienta de gran utilidad para la protección de muchas personas dependientes.

La declaración judicial de incapacidad irá acompañada de la designación de una persona para ejercer la tutela, curatela o la patria potestad prorrogada o rehabilitada, instituciones éstas previstas legalmente para suplir o completar la capacidad de la persona judicialmente incapacitada. Estas figuras jurídicas son sobradamente conocidas en el ámbito de la protección de las personas dependientes, pero el Derecho, como instrumento vivo que debe ofrecer respuestas a las continuas demandas de nuestra sociedad, no cesa de idear nuevas formas de afrontar las situaciones de dependencia. En este sentido, no quisiera dejar de comentar la figura de la autotutela.

En España, la autotutela ha sido regulada por una ley de gran trascendencia en la protección de las personas dependientes. Me refiero a la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.

La autotutela, de esta forma, se configura como un negocio jurídico unilateral del Derecho de Familia en virtud del cual toda persona con capacidad de obrar suficiente y en previsión de su futura incapacidad puede, en documento público, adoptar las disposiciones que estime pertinentes en relación tanto con su persona como con su patrimonio. En definitiva, se está reconociendo al sujeto la facultad de organizar su tutela, en caso de ser incapacitado. Al igual que comentábamos anteriormente, se trata de una significativa concesión al principio de la autonomía de la voluntad.

La importancia que el Legislador concede a la decisión del individuo sobre su propio futuro es tal, que la ley citada modifica la regulación del orden de prioridad establecido en el Código Civil para ser llamado a ejercer el cargo de tutor o curador, apareciendo ahora en primer lugar la persona designada por el propio tutelado cuando gozaba de capacidad de obrar suficiente.

b) Derecho a la protección patrimonial.

No podemos hablar de protección patrimonial a las personas dependientes sin hacer mención expresa a la ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.

La mejora general de las condiciones de vida hace posible que, en no pocos casos, la persona con discapacidad sobreviva a sus padres, por lo que su seguridad económica adquiere una importancia capital, así como un motivo de preocupación para sus progenitores. A esta cuestión, entre otras, pretende ofrecer respuesta la ley 41/2003. Para ello, esta ley regula la figura del patrimonio protegido.

¿Qué es el patrimonio protegido? Es una nueva solución para la protección económica de las personas con discapacidad consistente en propiciar la constitución de una masa patrimonial que queda exclusivamente vinculada a la satisfacción de las necesidades vitales de una persona con discapacidad, que es su titular.

Sólo puede ser titular de un patrimonio protegido la persona con discapacidad afectada por un determinado grado de minusvalía, cuando según certificado administrativo tenga reconocida una discapacidad física mayor de 65% o una discapacidad psíquica mayor del 33%, con independencia de que haya sido o no judicialmente incapacitada. Se trata pues de una condición que pueden alcanzar no sólo las personas con discapacidad, sino también muchas personas mayores que reúnan los requisitos citados.

Una de las ventajas de la constitución de un patrimonio protegido radica en su celeridad. Se constituye ante notario y sin necesidad de previa declaración judicial de incapacidad de la persona que vaya a ser su titular.

¿Quién puede constituir el patrimonio protegido? Tanto la propia persona con discapacidad que vaya a ser beneficiaria del mismo, como sus padres, tutores, curadores, o guardadores de hecho. Una vez constituido el patrimonio cualquier persona puede realizar aportaciones al mismo, siempre a título gratuito.

La figura es, sin duda, interesante, sin perjuicio de que haya recibido críticas por su mejorable tratamiento fiscal. Circunstancia ésta que, al parecer, ha limitado de forma importante el número de patrimonios constituidos. En cualquier caso, se trata de una figura de reciente creación que habrá de experimentar ajustes que la hagan socialmente más útil.

III.- DERECHOS PRESTACIONALES.

Si no queremos pecar de ingenuos, coincidiremos en que para hacer reales y efectivos el ejercicio de los derechos hasta ahora descritos, es necesario garantizar necesidades más perentorias de las personas dependientes. En concreto me refiero a su salud y a la disposición de

una prestación económica que les permita hacer frente al importante coste económico que la dependencia lleva consigo.

a) Derecho a la salud. (3)

Este derecho, reconocido en nuestro ordenamiento jurídico con carácter universal para todos los ciudadanos, conlleva el que por parte del Estado se facilite a las personas dependientes las prestaciones de carácter sanitario, ya sea en régimen ambulatorio, domiciliario, hospitalario o de urgencia, y farmacéutico que precisen. Así mismo, lleva consigo el que por parte de las Administraciones Públicas se desarrolle un sistema sociosanitario que prevea actuaciones en materia de atención domiciliaria, teleasistencia, atención en periodos de convalecencia y rehabilitación, cuidados paliativos, atención en estancias diurnas y, finalmente, de larga duración.

La progresiva medicalización de las situaciones de dependencia, así como el ingente coste que su atención conlleva, hace necesario el acompañar cualquier reflexión sobre la cuestión de un análisis ético. En ocasiones se cuestiona la intervención médica en personas dependientes severas de edad avanzada, tras someter la situación de la persona a un frío análisis "coste-beneficio". Este hecho, que por algunos podrá valorarse como una "eficaz gestión de recursos sanitarios" constituye una vulneración del derecho a la igualdad y a la no discriminación que reconoce el artículo 14 C.E., al negarse la atención médica debida amparándose en una circunstancia personal de dependencia.

b) Derecho a la protección económica.

Las Administraciones Públicas prevén una serie de pensiones, subvenciones y ayudas que, al amparo de lo establecido por los artículos 49 y 50 C.E (4) pretenden cubrir, siquiera parcialmente, las necesidades de las personas mayores y con discapacidad. Algunas de estas prestaciones son en especie, como por ejemplo el ingreso en centros residenciales o de día, y están sujetas a un régimen de copago. No me detendré en su comentario puesto que su tipología es muy variada y su regulación desigual en las distintas Comunidades Autónomas. En cualquier caso, el marco de atención a la Dependencia que configure, en su día, la ley, vendrá a reconsiderar muchas de las prestaciones existentes en la actualidad, así como a aportar otras nuevas.

(3) Artículo 43 C.E.

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

(4) Artículo 49 C.E.

"Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos".

Artículo 50 C.E.

"Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio".

VI. DERECHOS RECONOCIDOS CON CARÁCTER INTERNACIONAL.

Sin ánimo de traer a colación la variedad de regulaciones que el Derecho Internacional ofrece sobre esta cuestión, deseo hacer mención expresa a la Declaración de Principios de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los mayores o las personas de edad avanzada. En este documento, las Naciones Unidas reconocen cinco derechos esenciales que, por extensión, resultan de aplicación a las personas dependientes, y que son: el derecho a la independencia, a la dignidad, a la participación, a recibir los cuidados debidos y a la autorrealización.

Algunos de ellos ya han sido objeto de un sucinto comentario, pero entiendo que este documento estaría incompleto si no concediésemos la importancia debida a dos de los derechos que esta Declaración reconoce, como son los de independencia y autorrealización.

a) Derecho a la independencia o autonomía personal.

La dignidad y la libertad de la persona están muy ligadas a su autonomía. De hecho, es esta autonomía la que nos permite que nuestro cuerpo nos desplace allá donde queremos, la que nos posibilita decidir qué ropa queremos vestir, la que nos facilita el asearnos por nosotros mismos, en intimidad, la que nos permite adoptar decisiones por nosotros mismos. y, en definitiva, nos permite ser nosotros mismos y hacer aquellas cosas que nos hacen sentirnos felices.

Cuando hablamos de personas dependientes estamos reconociendo que una persona necesita ayuda para el desarrollo de algunas de las actividades básicas de la vida diaria, pero ni mucho menos le estamos negando la totalidad de sus capacidades. Cualquier persona, por muy dependiente que sea, salvo casos extremos, mantiene un margen de autonomía, que es merecedor de ser preservado. Si por ejemplo, la limitación funcional de una persona es tal que le permite mantener como única habilidad el succionar líquidos a través de una pajita, lejos de acudir al suministro de sueros intravenosos, los profesionales que lo tengan a su cuidado deberán de luchar por la preservación de esa capacidad que le permite mantener un margen de autonomía, por insignificante que pueda parecer. En ese sencillo acto de succión reside todo el potencial de su capacidad, y en respeto a su dignidad, que en absoluto ha sufrido merma alguna, debemos reconocer su valía y luchar por su mantenimiento.

Cualquiera que conozca el mundo de las personas dependientes, sabe bien que flaco favor les hace quien realiza por ellas actividades que ellas pueden hacer por sí mismas. La función se mantiene mientras se usa, de forma que si propiciamos el que se anule la actividad, estamos favoreciendo la dependencia.

En el mundo de la dependencia, la autonomía tiene un valor máspreciado que el oro.

b) Derecho de autorrealización.

El último de los derechos a analizar, que resume el fin último de todos los anteriores, gira en torno a la felicidad del individuo, sea dependiente o no.

Seguramente, sean las pequeñas cosas de la vida las que contribuyan en mayor medida a nuestra felicidad. La belleza de lo cotidiano nos acerca a nuestro personal concepto de la felicidad. Así, el ir a comprar el periódico al kiosco de siempre, donde se nos llama por nuestro nombre, el mantener una conversación agradable mientras se pasea junto a una amiga, y tantas otras pequeñas cosas, nos produce una bella sensación de bienestar que nos acerca a nuestra idea de la felicidad.

Sin embargo, a medida que aumenta el grado de dependencia, la vida de las personas se suele estructurar en torno a una sucesión de cuidados básicos (levantarse, afeitarse, comer, acostarse) que llegan a constituir el único contenido del día y, en caso de tratarse de usuarios de centros residenciales, las actividades cotidianas que les propiciaban momentos de felicidad (ir a por el pan, cuidar el jardín...) se sustituyen por actividades programadas muy distintas a las que siempre ha realizado la persona. Hacer bolitas de papel con los dedos podrá mantener la motricidad fina, pero hacerlo cinco veces a la semana de 11 a 12 es aburrido y no suele contribuir a la realización de nadie. En este sentido la participación es la clave del éxito. Escuchemos lo que agrada a la persona y hagamos cuanto esté en nuestra mano para ofrecérselo.

Las personas tenemos derecho a ser felices, y las dependientes no constituyen ninguna excepción a esta regla.

V.- EL DILEMA ÉTICO

No quisiera culminar este pequeño documento de reflexión sin hacer una mención expresa a la trascendencia que adquiere la ética en la atención a las personas dependientes.

La historia nos enseña que toda cultura, si no quiere quedar sumida en un conservadurismo inerte de todo lo que signifique progreso humano, se ve obligada a pactar con los avances del progreso científico. Pero eso sí, no a cualquier precio, sino previendo y previniendo sopesadamente sus posibles ventajas e inconvenientes.

SI queremos ser precisos, sería la bioética y no la ética, la que como rama de la ética general, se dedica al estudio interdisciplinar de los problemas suscitados por el progreso biológico y médico (investigación con seres humanos, eutanasia, directrices de política sanitaria...) tanto al nivel individual como al nivel de sus repercusiones sobre la sociedad y sus sistemas de valores, en el presente y en el futuro.

La pretensión de la bioética actual pasa por constituirse como una "ética de mínimos", aplicable a las complejas y difíciles situaciones médicas y, por extensión, sociales. Y se denomina de mínimos, precisamente porque trata de encontrar la general aceptación de unas exigencias mínimas o unos deberes de justicia elementales en los que todos deberíamos estar de acuerdo. Esta "ética de mínimos" también es conocida como "ética de justicia" en contraposición a la "ética de máximos" o "ética de la felicidad", es la que está vigente en nuestra sociedad y la que ha servido de base a documentos que constituyen un cimiento esencial en nuestras vidas, como lo es la declaración Universal de los Derechos Humanos. Los principios básicos de la bioética suelen ser tan contundentes que no se discute tanto su contenido como la manera en la que se aplican. Así por ejemplo, tres de los grandes principios de la bioética son los siguientes:

1. Actuar haciendo el bien a los demás. (trato digno y respetuoso).
2. Respetar la libertad de las personas. (autonomía de la voluntad).
3. Comportarse justamente con los demás (reconocimiento la igualdad).

La cuestión es ¿cómo aplicar estos principios en el campo de la dependencia? ¿hasta dónde llega la obligación ética de mantener la vida de los enfermos terminales?

La progresiva medicalización de la dependencia hace que en muchas ocasiones se prolongue la vida en unas condiciones que hacen necesario un planteamiento ético de la intervención. Por otra parte, los llamados "criterios de eficiencia en la gestión del gasto sanitario" hacen más que aconsejable el que en los centros hospitalarios y de atención a grandes dependientes se constituyan comités éticos que valoren, en conciencia, con el rigor debido y sin condicionantes de carácter económico, la conveniencia de mantener ciertos tratamientos.

Cuando ya no cabe la "cura", nos queda la obligación ética del cuidado. Es "ética del cuidado", pero ¿hasta cuándo debe prolongarse este cuidado? Este dilema se plantea a diario en los centros hospitalarios y residenciales, y constituye un doloroso trance para las personas afectadas (enfermos, familiares, cuidadores y profesionales). La ética tiene mucho que decir en estos casos.

Ante este panorama, la ética no propone soluciones dogmáticas ni moralinas. Sino la concepción de la realidad social y sanitaria desde otra perspectiva; desde la visión del hombre como hombre, como persona, como ser humano que experimenta la enfermedad y la dependencia y recibe, de otro ser humano, los cuidados que requiere, mediante su valía profesional (médicos, enfermeros, geriatras, terapeutas...) y su valía personal o humana (su calor, su empatía, sus sentimientos). En definitiva, se trata de alcanzar la respuesta que ofrece el Hombre ante el sufrimiento del Hombre y, como no podría ser de otra forma, la cuestión rebosa Humanidad.

En estos momentos, en los que en nuestro país se multiplican los foros en los que se debate sobre cómo debemos atender a nuestros conciudadanos más dependientes, debemos propiciar que la ética se incorpore a la reflexión, enriqueciéndola de toda la humanidad que el tema esconde.

La atención a la dependencia debe ir acompañada de una serena y rigurosa reflexión ética sobre la cuestión. De otra forma, cuanto hagamos por atender a las personas dependientes podrá tener utilidad, pero carecerá de sentido.

BIBLIOGRAFÍA

- *"Los derechos de los residentes y las especificidades del medio residencial"* SIIS. Centro de documentación y estudios. Fundación Eguía- Careaga. 2001.
- *"Homes are for living" ("Las residencias son para vivir")*. Ministerio de Salud de Gran Bretaña. Inspección de servicios Sociales. Editado y traducido por la Diputación Foral de Álava. 1998.
- *"Demencia, enfermedad mental y senilidad: mecanismos legales de protección"*. Foro Andaluz de Debate e Investigación sobre la Deficiencia y la Enfermedad Mental. Córdoba, 1995.
- *"Derechos de los usuarios de centros residenciales para personas mayores"* Juan José de la Cámara Martínez. Ediciones AENOR.2003.
- *"Protección jurídica de las personas mayores"*. M. Alonso Pérez, E.M. Martínez gallego y J. Reguero Celada. Editorial La Ley-Actualidad.2004.
- *"Los derechos de las personas mayores"*. Imserso. 2004.
- *"Construyendo sociedad: La participación de las personas mayores. Propuestas desde la animación sociocultural"*. Quico Mañós de Balanzó. 2000.
- *"Bioética y personas mayores"*. José García Férrez. Universidad Pontificia de Comillas. Cátedra de Bioética.
- *"Documento de reflexión y conclusiones del Seminario sobre la protección de los derechos humanos y la situación particular de las personas de edad avanzada en las residencias para la tercera edad o en instituciones"*. Oficina del Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa.
- *Ponencias de la I jornadas sobre Discapacidad psíquica y Derecho"* FADME (Federación andaluza prodeficientes mentales). Granada 1997.
- *"Día a día con la enfermedad de Alzheimer"*. Karen A. Lyman. Imserso. Colección Rehabilitación, 1998.
- *"Derecho Penal, parte especial"*. Francisco Muñoz Conde. Tirant Lo Blanch. Valencia, 1995.
- *"Discapacidad Intelectual y Derecho"*. IV Jornadas Aequitas. Fundación Aequitas. Colección La Llave, 2005.
- *Conclusiones de las Jornadas sobre gestión del patrimonio de las personas con discapacidad y mayores*. Foro de Justicia y Discapacidad, 2005.

**Experiencias Internacionales de atención a la Dependencia. Modelos Asistenciales
Por Joan-Carles Rovira Pascual. Responsable Área Formación y Comunicación
Institut Català Envelliment – Universitat Autònoma de Barcelona**



La atención a la persona con dependencia requiere un modelo de atención global, integral e interdisciplinario por cubrir sus necesidades socio sanitarias.

Como modelo de atención de larga duración (Long Term Care") se tiene que basar en una Valoración de la situación Social y del estado de Salud de manera previa, por diseñar un Plano de atención adecuado. Hará falta establecer también programas por reducir la discapacidad y prevenir el deterioro, con estrategias de reducción de riesgo y aseguramiento de la Calidad.

Aun así hemos de asegurar durante el proceso asistencial la atención en el nivel más adecuado a las necesidades de la persona, si fuera necesario de manera institucionalizada, y con la intensidad de recursos adecuada o la práctica de curas paliativas cuando haga falta. La atención a las necesidades espirituales, emocionales y psicológicas, y el apoyo al entorno familiar tienen que formar también parte de los objetivos a lograr.

La actuación simultánea y sinérgica de los sistemas sanitario y social permite aumentar la autonomía, paliar las limitaciones y facilitar la reinserción social. La Coordinación socio sanitaria parte del reconocimiento de la competencia de cada una de las partes (sanitaria y social) y la utilización del recurso más adecuado a cada situación. En ningún caso la Coordinación puede sustituir la escasez de recursos.

El acceso a los servicios se tiene que hacer basándonos en la valoración experta de las capacidades de los profesionales. Las diferentes Administraciones responsables tienen que ser la Garantía de la equitativa provisión de Servicios en cada territorio y del establecimiento de las prioridades de acceso a los recursos según las necesidades detectadas y la oferta existente.

La Coordinación se puede establecer en diferentes niveles y en diferentes grados de intensidad, que pueden ir desde la existencia de acuerdos o convenios entre personas o instituciones, hasta el establecimiento de bases de Coordinación real que impliquen compartir estructura o incluso llegar a la Integración de Servicios, con responsabilidades, recursos y financiación únicos (Leutz).

La necesidad de afrontar estos retos ha traído a algunos países, generalmente con políticas sociales más adelantadas que nuestro, a desarrollar varias experiencias.

El análisis de las mismas puede ser de gran interés en un momento donde socialmente se está debatiendo cómo tiene que ser el marco regulador de la atención a la dependencia, importante reto por nuestra sociedad, pero a la vez una excelente oportunidad para ofrecer a las personas con dependencia un modelo de atención orientado a promover al máximo su autonomía y procurarles la mejor calidad de vida posible.

Alemania

El sistema de protección a la dependencia alemán es uno de los principales referentes a nivel

internacional. Se encuentra en funcionamiento desde 1995 y se trata de un programa pionero de seguro público de la dependencia para todas las edades.

La Ley de Reforma Sanitaria de 1988 fue el primer paso hacia la Ley de Dependencia. Entre enero 1991 y abril 1995 el seguro obligatorio de salud se hacía cargo de las atenciones no médicas dispensadas en el domicilio, con una prestación económica (200 €/mes) y una prestación de cuidados de enfermería (máx. 25 visitas al mes, valor de 375 €/mes)

Así, el esquema de cobertura pública por el Periodo 1991-1995 se organizaba en torno a:

- Atención residencial, regulada por la Ley de Asistencia Social y orientada a personas con pocos recursos (baremos económicos de entrada)
- Atención domiciliaria, regulada por la Ley de Asistencia Social y la Ley de Seguro Sanitario y orientada a complementar la atención de las personas que reciben atenciones en el domicilio.

El modelo actual de la Ley alemana da una Cobertura pública universal y es obligatoria. Las personas con ingresos superiores a 3 .375 €/mes pueden sustituirla por un seguro privado. Para ser beneficiario hace falta cumplir una serie de requisitos:

- Haber cotizado al sistema durante 5 años o ser miembro de la unidad familiar de un aportando
- Presentar una situación de dependencia
- No importa la edad, ni los ingresos

Las prestaciones de la Ley pueden ser de 3 tipos:

- Prestaciones económicas
- Prestaciones? en forma de servicios (residenciales y no residenciales).
- Combinación de las anteriores

Y están limitadas a un valor económico atendiendo a los tres niveles de severidad de dependencia que se consideran

En relación al acceso a la Provisión de servicios el Beneficiario escoge libremente el proveedor y el paquete y condiciones de los servicios, mientras que la Administración Certifica los proveedores, fija los precios de los servicios incluido y paga a los proveedores hasta el límite fijado según el nivel de dependencia.

El nivel de severidad se establece en el análisis de una serie de actividades:

- Higiene personal: Lavarse, ducharse, bañarse, lavarse los dientes, peinarse, afeitarse, higiene relacionada con el control de esfínteres.
- Alimentación: preparación e ingesta autónomas.
- Movilidad: quitarse/ponerse a la cama, vestirse/desvestirse, andar, mantener la posición, subir escaleras, salir y volver a casa.
- Tareas domésticas: Ir a comprar, cocinar, limpiar la casa, lavar los platos, limpiar la ropa, manejar la calefacción.

Cada actividad dispone de un rango de minutos por actividad o directrices para su determinación. (ej.: lavarse el cuerpo comporta 20-25 minutos, peinarse 1-3 minutos, vestirse totalmente 8-10 minutos).

En función de los tiempos calculados por el ámbito básico y el ámbito de las tareas domésticas se determinan los niveles de severidad:

Nivel I: > 90 min/día de atención (>45 básicos)

Nivel II: > 180 min/día de atención (>120 básicos)

Nivel III: > 300 min/día de atención (>240 básicos)

Luxemburgo

Existe un seguro social de dependencia desde el 1 de enero de 1999, que cubre a toda la población.

A fecha de 30/7/04 había tenido 17.342 solicitudes, con 7.134 beneficiarios (1,6% población) y su gasto durante el 2003 fue de 289,9 millones de euros.

Utiliza un Instrumento de Valoración orientado a proponer un Plano de atención Individual basado en un tiempo estándar de atención por necesidad y/o servicio de cada persona.

Se basa en el sistema canadiense CTMSP (Classification par types en milieu de soins et services) y valora Actividades Esenciales de la Vida y Necesidades de servicios específicos. Las actividades esenciales de la Vida hacen referencia a las áreas de la nutrición, higiene corporal y movilidad.

En relación a las necesidades de servicios específicos se consideran:

- Tareas domésticas

- Tareas de refuerzo, como Vigilancia, Centro de día, Acompañamiento al exterior, Apoyo a la Capacidad funcional (enfermería psiquiátrica, ergoteràpia, cinesiteràpia, psicología)

- Tareas de asesoramiento, en nutrición, en el vestirse, en la movilidad, en las posiciones, en las transferencias, en la estimulación, en el asesoramiento en relación al entorno.

Finalmente el instrumento determina un crédito en forma de horas de atención a la semana. En los actos esenciales de la Vida se ofrece entre 3,5 y 24,5 horas / semana.

Las horas vienen determinadas en base a varios coeficientes, entre los que se encuentra un QMR o calificación mínima necesaria para realizar las ayudas y atenciones). Así encontramos: Personal sin calificación (0,7), Ayuda sociofamiliar(1), Auxiliar de enfermería (1), Enfermería (1,3), Enfermería psiquiátrica (1,3), Ergoteràpia (1,5), Cinesiteràpia (1,5), Psicología (1,9), Asistencia social (1,5).

Francia

En Francia la Ley 97/60 de enero 1997 estableció una prestación denominada "específica de dependencia" que daba recursos económicos a personas con bajos ingresos de más de 60 años y con necesidad de ayuda de otra persona. No se trataba de una prestación de Seguridad Social, sino de asistencia social y financiada con recursos económicos de los Departamentos. La cuantía podía ser desigual dependiendo de los diferentes Departamentos.

Esto se ha sustituido por un subsidio personalizado de autonomía (APA) desde julio de 2001, dirigido igualmente a personas de más de 60 años que requieran ayuda en las AVD. Durante el 2003 ha recibido 1,4 millones de solicitudes, contando con 800 mil beneficiarios, con un gasto anual de 3.600 M€

El 54% de beneficiarios se encuentran en el entorno domiciliario.

Por la valoración se utiliza un único Instrumento en todas las regiones que se llama AGGIR (Autonomie Gérontologique – Groupes Iso - Ressources), y está compuesto por 17 variables. Clasifica en 6 niveles en función de los resultados obtenidos en las variables básicas (Coherencia, Orientación, Higiene, Vestido, Alimentación, Control de esfínteres, transferencias, desplazamientos interiores), y según el grado de logro de las mismas

- a) Realización sola, completa, regular y correctamente.
- b) Realización parcial o irregular o incorrectamente.
- c) Realización nula, no puede o no quiere hacerlo.

El instrumento con 8 variables, que pueden adoptar 3 posiciones diferentes, genera 38 combinaciones posibles, lo cual representa 6.561 posibilidades.

La Clasificación final se basa en un algoritmo complejo (El 82% de las combinaciones no tienen derecho a prestación, pero el cambio en una única variable puede provocar el acceso a la misma)

Niveles del AGGIR:

GIRO 1: Personas encamadas con afectación severa y que requieren presencia continua para realizar AVD.

GIRO 2: Personas encamadas o con problemas graves de movilidad sin deterioro cognitivo y que requieren ayuda para la mayoría de AVD. Personas con grave deterioro cognitivo, que conservan la movilidad

GIRO 3: Personas que conservan parcialmente su movilidad, sin deterioro cognitivo, pero que necesitan diariamente y durante varias veces ayuda para la realización de las AVD (mayoritariamente incontinencias).

GIRO 4: Personas que tienen importantes problemas de transferencias pero que, una vez levantados, pueden desplazarse al interior de la vivienda (suelen necesitar ayuda para la higiene corporal y vestirse). Personas que, pese a no tener problemas locomotores, necesitan ayuda para las actividades básicas.

GIRO 5: Personas que se desplazan solas en el interior del domicilio, se alimentan y se visten solas. Necesitan ayuda puntual para la higiene personal, la preparación de la comida y las tareas domésticas.

GIRO 6: Personas que no necesitan ayuda para las AVD.

Suecia

Una inmensa mayoría de las personas grandes en Suecia sigue viviendo en su domicilio (92%), la mayoría de los cuales solos o con su pareja y sólo un 2% vive con los hijos. Existen ayudas para la adaptación del domicilio de aquellas personas que presentan deterioro funcional.

El sistema de Salud en Suecia depende de los "County Councils" regionales. Entorno al 70 % de ingresos de los cuales provienen de impuestos directos, 15% del Gobierno Federal y el resto con cargo al paciente.

El nivel de co-pago es del 20% si incluimos medicamentos y atención buco dental.

El Parlamento (Riksdag) ha definido unos grandes principios para la Política Nacional hacia las personas mayores: "Ser capaz de tener una vida activa y decisión sobre su vida diaria, Ser capaz de envejecer con seguridad y manteniendo la independencia, Ser tratado con respeto, tener acceso a una buena atención de Salud y Servicios Sociales".

En relación a la atención de las personas mayores el 1992 se produjo la nombrada Reforma "Adel" (abreviación de Aldre "-persona mayor- Delegation") con la finalidad de favorecer la descentralización e integración de la atención sanitaria y social.

Antes del 1992 la responsabilidad de la atención a las personas mayores era del sector sanitario (dependiente de los "County Councils") y no del sector social (dependiente de las municipalidades) y era proporcionado en "nursing homes" en cooperación con hospitales locales y atención primaria. Existían unos elevados e inadecuados niveles de atención médica y de recursos más de acuerdo con un modelo biomédico que no social. La reforma proveyó recursos a las municipalidades.

La Ley requiere a las municipalidades ofrecer un buen nivel de atención sanitaria y médica de manera especial en el apoyo a domicilio. La Ley de Servicios Sociales insta a las municipalidades a proveer servicios sociales y atenciones a las personas mayores.

Cualquier persona incapaz de satisfacer sus necesidades tiene derecho a asistencia para conseguir medios de vida adecuados. Se asegura que las personas mayores puedan vivir de manera independiente, en condiciones de seguridad, respetando sus preferencias personales y su privacidad.

Se desarrollan también los "Home Help Services", que suponen servicios y atenciones

personales en el domicilio. Pueden incluir servicios (limpieza, lavandería, compras, gestiones bancarias...) y atenciones personales (ayuda en la alimentación, en el vestir, higiene...) o sistemas de Tele Alarma.

En el año 1999, entorno al 8% > 65 años recibían ayuda en sus domicilios y llegaba al 20% entre los de > 80 años.

La Ley de Servicios Sociales garantiza también una plaza o apartamento en "Special Housing Acomodation". En la mayoría de municipalidades para ser atendido con este recurso hace falta encontrarse en una situación de alta necesitado de atenciones.

Con el propósito de hacer los servicios más competitivos y contener los costes se ha dado entrada a entidades privadas como proveedoras de servicios (actualmente suponen un 10%), aunque la financiación y supervisión de los servicios sigue estando con cargo a las municipalidades.

Pese a que hace falta considerar la reforma Adel como un experimento exitoso también ha presentado algunos problemas relacionados con conflictos entre profesionales en las atenciones clínicas, de enfermería y atenciones sociales, a veces compitiendo en los objetivos y con diferentes definiciones de calidad, lo cual ha podido producir algunas veces una dilución de responsabilidades.

Canadá (SIPA)

El SIPA (Sistema Integrado para la Atención de Personas Mayores con Pérdida de Autonomía) fue un proyecto experimental llevado a cabo a dos zonas de Montreal entre 1999-2002) por desarrollar un modelo de atención integrada de las personas mayores frágiles.

Consiste en un sistema integrado de atención y servicios en un entorno comunitario que ofrece un conjunto de servicios sociales y sanitarios tanto de atención primaria como hospitalaria.

Una metodología de Gestión de casos integra todos los servicios que tienen responsabilidad clínica sobre las personas mayores frágiles (ayuda a domicilio, servicios hospitalarios, rehabilitación de larga duración, etc...)

Existe un sistema de prepago de la Administración Pública que se basa en una cantidad fija por usuario y descentraliza la responsabilidad financiera de los servicios cabe el sistema SIPA.

El gestor de casos puede ser un profesional de enfermería o de trabajo social y se encarga del seguimiento de los usuarios y la coordinación de las actuaciones. La asignación de usuarios era de unos 40 casos.

El trabajo de los gestores de casos posibilitó un seguimiento continuo e integrador de los usuarios a través de los diferentes niveles de fragilidad que este podían desarrollar a lo largo del tiempo.

En este modelo de atención se desarrollaron protocolos interdisciplinarios de detección y atención, que constituyeron un elemento esencial para facilitar la integración de los diferentes servicios sociales y sanitarios.

Se redujo la utilización de los servicios de urgencias hospitalarias en un 20%, así como la institucionalización en centros residenciales entre las personas incluidas.

Se demuestra también la necesidad de incorporar nuevos instrumentos de gestión clínica y administrativa que faciliten la atención integrada e incentiven la responsabilidad financiera de los proveedores de servicios. También se detecta la necesidad de mejorar la capacidad técnica de los gestores de casos.

Pese a las dificultades, la metodología SIPA se ve como un sistema factible para mejorar la calidad asistencial de las personas mayores con dependencia

El año 2003 el Programa de Atención Domiciliaria asumió la mayor parte del personal participando así como la responsabilidad de continuar con esta metodología de integración de servicios.

Estados Unidos (PACE)

Lo programa "All-inclusive care for the Elderly" (PACE) es un sistema de atención integrada que ofrece atención global, con servicios de ayuda y de larga duración coordinados y organizados alrededor de un Centro de día de Salud.

Se basa en la experiencia On Lok Señor Health Services, un innovador Centro de día al barrio de Chinatown de San Francisco, fundado el 1973 ante la necesidad de las familias emigrantes de Italia, China y Filipinas.

El 1997 el Balance Budget Act (BBA) establece el programa PACE como prestación dentro Medicare y da capacidad a los Estados para proveer Servicios PACE a los beneficiarios de Medicaid de manera opcional. También se limita el crecimiento del programa el primero año a no más de 60 centros y posteriormente 20 anuales.

PACE está dirigido a personas de > 55 años que viven en la Comunidad, tienen cobertura de Medicaid y Medicare y tienen criterios de elegibilidad para ser admitidos en "un nursing home". Presta Servicio 365 días al año incluyendo atención de larga duración en el domicilio, servicios comunitarios y recursos institucionales, enfatizando el papel del Centro de día de Salud.

Recibe mensualmente financiación de capital por parte de Medicaid (2/3) y Medicaid (1/3)

con un pequeño porcentaje de financiación privada.

El promedio de asistencia al Centro de día es de 10 días al mes (7.6-14.8 días) y cada Centro atiende un población aproximada de 300 personas.

La atención se presta como una Unidad de atención ambulatoria que dispone de atención primaria, atención médica especializada, rehabilitación, apoyo psicosocial, etc.. haciendo especial énfasis en la Prevención.

El modelo de atención es interdisciplinario con un equipo básico formado por médico, enfermeras, trabajadoras sociales, fisioterapeutas, nutricionistas, animadores socioculturales, trabajadores familiares, etc... Se puede acceder también a atención especializada en ORL, Oftalmología, Odontología, Podología y Logopedia

El equipo valora las necesidades del paciente y asegura que los servicios que se requieren sean realmente prestados. Se garantiza también la prescripción de medicamentos. Hay una recogida automatizada de la información relativa al paciente (Fecha PACE) relativa al estado de salud y situación funcional, que se utiliza como base para realizar el Plano de atención individual.

Casi todos los pacientes participantes en el Programa reciben ayuda de otra persona para realizar alguna de las cinco actividades de la vida diaria consideradas (baño, vestirse, higiene persona, transferencias, comida). Más del 50% necesitan ayuda de otra persona para andar.

Pese a que todos los pacientes beneficiarios de PACE tienen criterios "de elegibilidad por nursing homes" sólo un 8% residen permanentemente en estas instituciones.

Dada la efectividad del Programa PACE en la atención de las personas frágiles, el Gobierno Federal decidió tras el periodo de prueba transformarlo en una opción permanente de los sistemas Medicare y Medicaid.

BIBLIOGRAFÍA

Institut Català de l'Envel·liment- UAB (2004): Estudio del Modelo de Atención a las Personas Mayores con dependencia en España. Instituto Edad & Vida

Baztan JJ; Gonzalez-Montalvo; Solano JJ; Hornillos M (2000): Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. Medicina Clínica, vol. 115, núm 18

Bernabei R; Landi F; Gambassi G...Rubenstein LZ (1998): Randomised trial of impact of model of integrated care management for older people living in the community. British medical Journal, vol 316 (7141)

Kodner DL Kyriacou K (2000): Fully integrated care for frail elderly: Two American models. International Journal of Integrated Care. vol 1 , 2000

Loi n° 2001-647 rrelative a la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Journal officiel de la République Française

Program of All Inclusive Care for the Elderly. (PACE)
<http://www.cms.hhs.gov/pace/default.asp>

Farreras Fidel. Instituto Europeo Seguridad Social la implantació de l'assegurança de dependència en alguns països europeus. Libro Jornada Sistema Integral de prestació a la Dependència CHC/Fund. Viure i Conviure/CCOO

Informe de la Sociedad Española de geriatría y gerontología. Análisis y Evaluación de la Red de Servicios Sanitarios dedicados a la Dependencia: Programas de Prevención, atención domiciliaria y hospitalización

Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Embajada de España en Berlín (2004) El Seguro Social de la Dependencia en Alemania

Anik Paris Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation.(2001) Les Services offerts aux Personnes Âgées en perte d'autonomie dans six pays de L'OCDE (Allemagne, Angleterre, Australie, Danemark, France, Suède) Santé et services Sociaux au Québec.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales IMSERSO. Libro Blanco sobre la Dependencia.
http://www.seg-social.es/imserso/mayores/may_libroblanco.html

Disseny gràfic i maquetació **sans visual** studio

© ASISTED, Fundació Pere Tarrés i els autors que signen els articles.
No és permesa la reproducció o copia de qualsevol part dels esmentats articles
sense el consentiment exprés.

QUADERNS ENTORN
A LA DEPENDÈNCIA