

Autonomía personal versus dependencia: introducción

S. Santos del Riego

El ser humano ha conquistado múltiples derechos a lo largo de la historia para beneficio del individuo y del ser social. Así, la igualdad, la libertad y la fraternidad se generaron en el siglo xviii, el voto durante el siglo xix, los derechos sociales en el siglo xx y la igualdad de oportunidades, no discriminación y autonomía personal se están instaurando durante el siglo xxi. En España, la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (1982), aún vigente, reconoce la realización individual completa y la inclusión social de la persona con discapacidad física, psíquica o sensorial, así como la asistencia y tutela necesarias¹. Como apoyo económico al anciano y a la persona inválida, se desarrolla la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas². Posteriormente, la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal garantiza y hace efectivos estos derechos en las personas con diversidad funcional, con exigencias de accesibilidad y ajuste razonable, medidas de apoyo y contra el acoso, campañas de sensibilización, acciones formativas, promoción del asociacionismo y un sistema de protección mediante sistema de arbitraje o de tutela judicial³. Como cuarto pilar del Estado de bienestar, junto con los Sistemas Nacionales de Salud, Educación y de Pensiones, se concreta el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD), regulado por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia⁴. Esta ley garantiza cuidados a los mayores y a las personas con discapacidad moderada o grave y regula las condiciones básicas de intervención⁴. El SAAD español se inspira en los modelos nórdico de *Beveridge* y alemán de *Bismarck*. En los países del norte de Europa, el apoyo familiar escaso y el gasto social elevado han favorecido la instauración de un SAAD público, universal, interdisciplinar, sociosanitario, con máxima disponibilidad horaria y de calidad, que cuenta con una cobertura elevada de ayudas a domicilio y de residencias predominantemente gratuitas. Estas características se encuentran limitadas en los países centroeuropeos, en los cuales predominan las políticas de adaptación al entorno y de fomento del empleo de ayudas técnicas. El SAAD español se concretó en los años 2005 y 2006 con la participación de los sindicatos y empresarios, las Comunidades Autónomas, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), las Sociedades y Colegios Profesionales, los Consejos Nacionales consultivos de mayores y de personas con discapacidad y los Consejos de Estado y Económico-Social. En este contexto, el Consejo Nacional de personas con discapacidad manifiesta que se debe potenciar el uso terminológico de “autonomía personal” frente al concepto, con cierto matiz peyorativo, de “dependencia”. Con esta actuación, el colectivo otorga proyección política a la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF, 2001) y se expresa en contra de la discriminación por el uso inadecuado de la terminología. De forma salomónica, la ley se denomina con ambas concepciones filosóficas, gestándose una disyuntiva y un debate aún vigentes en los entornos universitario, sanitario y social. Según el Consejo de Europa, la dependencia es “el estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, enfermedad o discapacidad y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) básicas”⁵. La dependencia, según la CIF, es fruto del déficit en el funcionamiento corporal, la limitación en la actividad y/o la restricción en la participación social con traducción en una inadecuada realización de las AVD. La autonomía personal es “la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales sobre cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como la capacidad de desarrollar las AVD básicas”, tales como los cuidados personales, las actividades domésticas, la movilidad, el reconocimiento de personas y objetos y la comprensión y realización de órdenes y tareas sencillas⁵. La dependencia está ligada a la disminución de la capacidad funcional, a la incapacidad para realizar las AVD y/o a la necesidad de asistencia por parte de una tercera persona. Sin embargo, la autonomía se imbrica con la toma de decisiones por iniciativa personal y/o con el mantenimiento y mejora de las habilidades. Lo prioritario es

prevenir la dependencia evitando la enfermedad o trastorno y, si la disfunción estuviera establecida, promocionar la autonomía personal minimizando y retrasando el déficit, así como el impacto funcional y social en las AVD cotidianas.

La creación del SAAD, con la participación de todas las administraciones públicas, desarrolla un nuevo derecho para el ciudadano que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad e igualdad y en la participación e integración de las personas con dependencia a través de un sistema completo de servicios sociales de atención personalizada. Con esta iniciativa, España se integra en un club privilegiado conformado únicamente por doce países europeos y por Japón. Como herramienta, el SAAD incluye un baremo de valoración de AVD, previamente a la configuración del plan individual de atención (PIA). La mayor o menor dificultad para realizar las actividades por parte de la persona con diversidad funcional requiere actuación por parte de los servicios sociales, pero sólo la imposibilidad o la dificultad grave para realizar aquéllas que se consideran básicas lleva consigo el reconocimiento del derecho de prestación por dependencia⁵. Para ello, se está creando una red de servicios de prevención, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de noche y de intervención residencial, con el objetivo de ofrecer una protección interdisciplinar personalizada y profesionalizada, así como el derecho a prestaciones económicas vinculadas al servicio, para atención por cuidadores no profesionales en el entorno familiar y de asistencia personalizada. El desarrollo del SAAD es trascendental para sostener y mejorar la atención continuada de las personas que presentan una capacidad funcional reducida y que han visto desatendidas sus necesidades durante muchos años. Asimismo, está fomentando la socialización de la problemática familiar específica, la creación de empleo y la generación de retornos económicos generosos cuantificables a través de la vía fiscal, entre otros.

La Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) define el modelo de rehabilitación funcional, autonomía personal, adaptación al entorno y mejora de la calidad de vida en el *White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe*⁶. Este modelo asienta los cimientos de actuación del médico rehabilitador en todas las perspectivas de su profesión, esto es, en la asistencia, investigación, docencia y gestión. El especialista en medicina física y rehabilitación (MFRH) es el médico del funcionamiento, la autonomía personal y la calidad de vida para la atención holista de la persona con diversidad funcional originada en mayor medida por condiciones discapacitantes generadoras, o no, de dependencia⁵. No toda persona con discapacidad es sujeto-dependiente. Sin embargo, la dependencia está originada por una discapacidad moderada o severa. Además, el sistema musculoesquelético se perfila como el órgano diana susceptible de actuación desde la especialidad^{7, and 8}. Ambas aproximaciones son compatibles con el modelo biopsicosocial de focalización dual, medicina física frente a rehabilitación: la medicina física –o fisiatría– incluye los procedimientos diagnóstico-terapéuticos orientados a la reeducación funcional. La rehabilitación se concreta en un objetivo final, conseguir la mayor capacidad funcional e independencia posibles, que es común y compartido con otros profesionales afines del equipo interdisciplinar. El modelo UEMS, que traduce la filosofía de actuación de la CIF, también es útil para justificar la actuación profesional de la terapia ocupacional (TO), la fisioterapia, la enfermería o la logopedia, entre otras. Sin embargo, la doctrina de aproximación al modelo es diferente, de tal forma que la MFRH lo hace desde la ciencia médica, la TO, sinónimo de ergoterapia, desde la ciencia ocupacional, la fisioterapia desde la ciencia fisioterápica, la enfermería desde la ciencia de los cuidados básicos, la logopedia, desde la ciencia de la comunicación humana y, de forma similar, otras profesiones que participan en la atención integral de los pacientes con discapacidad y/o dependencia. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) establece que a los médicos les corresponde “la indicación y realización de las actividades dirigidas de promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como el enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención”; a los terapeutas ocupacionales “la realización de técnicas y de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o pérdida y a orientar y estimular tales funciones”; al enfermero “la dirección, evaluación y prestación de los cuidados orientados a la promoción, mantenimientos y recuperación de la salud, así como a la prevención de las enfermedades y discapacidades”; al fisioterapeuta “la prestación de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas” y al logopeda “las actividades de prevención, evaluación y recuperación de los trastornos de la audición, la fonación y del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias”⁹. En esta tesitura y en un primer momento, desde la Administración Central del Estado se recomienda que los terapeutas ocupacionales y los enfermeros sean los profesionales encargados de efectuar la baremación de la dependencia y los trabajadores sociales de la confección y emisión del PIA, en función de los recursos de la zona, de la familia y del grado de dependencia de la persona, reservando papeles de intervención para otros profesionales de la salud. Sin embargo, en la Comunidad Autónoma de Galicia, esta valoración ha sido asignada a un equipo interdisciplinar que incluye la figura del médico, aunque no ha habido suficientes

especialistas en MFRH para cubrir los nuevos puestos laborales. El perfil del especialista en MFRH enriquece y favorece la implantación adecuada de la CIF en el SAAD, así como la disminución de los costes económicos del proceso por el abordaje interdisciplinar, preventivo, diagnóstico y terapéutico fomentando la calidad de vida y la independencia de los usuarios sujeto-dependientes. Los especialistas de MFRH y el resto de los profesionales de salud deben realizar un papel fundamental, en sus papeles específicos y en el marco establecido por las leyes, en todos los ámbitos de actuación del SAAD, a saber: órganos de valoración, PIA, formación y profesionalización de los equipos de intervención –con información y clarificación de las responsabilidades específicas–, asesoramiento a la familia, formación de cuidadores, intervención en el establecimiento de sistemas de garantía de calidad y de acreditación de centros y en los programas de investigación, desarrollo e innovación vinculados a la autonomía personal y a la dependencia. El desarrollo del SAAD presenta desequilibrios autonómicos. La designación de profesionales para la baremación de la dependencia ha sido muy desigual en los diversos territorios y ha generado conflictos interprofesionales. El modelo UEMS apunta un marco de soluciones y puede fundamentar una actuación equilibrada e interdisciplinar en el SAAD. La ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia es una ley social, aunque por su naturaleza se están necesitando mecanismos de coordinación sociosanitaria y de atención sanitaria holista para beneficio de las personas con discapacidad/dependencia que hacen imprescindibles las figuras del especialista en MFRH y de otros profesionales de Ciencias de la Salud.

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 13, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos de 1982. Publicada en el B.O.E. No. 103, Sec 3, pág. 15550-1 (30 de abril de 1982).
2. Ley 26, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social Prestaciones no Contributivas de 1990. Publicada en el B.O.E. No. 306 (22 de diciembre de 1990).
3. Ley 51, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de 2003. Publicado en el B.O.E. No. 289. Sec. 1, pág. 43187-95 (3 de diciembre de 2003).
4. Ley 39, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia de 2006. Publicado en el B.O.E. No. 299, Sec. 1 pág. 44142-56 (15 de diciembre de 2006).
5. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2005.
6. C. Gutenbrunner, A.B. Ward, M.A. Chamberlain. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. *J Rehab Med*, 39 (2007), pp. 1–48.
7. J.M. Climent Barberá. Cambio de siglo, cambio de paradigma: hacia la medicina musculoesquelética [editorial]. *Rehabilitación*, 36 (5) (2002), pp. 253–255.
8. J.M. Climent Barberá. Rehabilitación y división del trabajo [editorial]. *Rehabilitación*, 31 (5) (1997), pp. 335–337.
9. Ley 44, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias de 2003. Publicado en el B.O.E. No. 280, Sec. 1, pág. 41442-58 (22 de noviembre de 2003).