ÍNDICE

PRÓLOGO
Excmo. Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira
Presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores y del Comité Ejecutivo del VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores 11

ANTECEDENTES
Excmo. Sr. D. Ignacio Buqueras y Bach
Presidente de la Fundación Independiente 14

LA CASA REAL Y EL VI CONGRESO
Presidencia de Honor de SS.MM. los Reyes 17
Palabras de Su Alteza Real la Infanta Doña Cristina en la Clausura del VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores 18

COMITÉ DE HONOR 20

ENTIDADES CONVOCANTES 22

COMITÉ EJECUTIVO 23

COMITÉ ASESOR 26

COMITÉ CIENTÍFICO 29

ENTIDADES ASESORAS 31

COMITÉ LOCAL 32

PONENCIAS

Bases para una Ley Estatal de Protección Social a las Personas con Dependencia
Ponente: Luis Álvarez Rodríguez, Presidente del Grupo Mayores de Telefónica
Presidente: Licinio de La Fuente, Ex-Ministro de Trabajo, Miembro del Consejo Asesor de CEOMA 34

1.- La población dependiente. Características sociodemográficas
Ponente: Rufino Blanco Ruiz de la Prada, Presidente de la Hermandad de Pensionistas de la Administración Local de España.
Presidenta: Loles Díaz Aledo, Periodista 53

2.- Epidemiología y causas de la dependencia. Prevención de la misma
Ponente: José Fornes Ruiz, Presidente de la Asociación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores - ADAPROPEM, Valencia
Presidente: Alejandro Fernández-Pombo, Presidente de la Federación de Asociaciones de Prensa de España..... 60

3.- Valoración de la dependencia. Niveles
Ponente: José Colldefors Valcárcel, Presidente de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas
Presidente: Luis Ángel de la Viuda Pereda, Periodista y Presidente de SERFUSIÓN 71

4.- El envejecimiento activo
Ponente: Carmen Marco Marco, Presidenta de la Federación de ONG de Mayores de la C. A. Región de Murcia -FOMCARM
Presidente: Jesús Sánchez Martos, Catedrático y Periodista 86

5.- Aspectos sociales y familiares de la dependencia. Los cuidadores. Aspectos intergeneracionales
Ponente: Carmen de Alvear, Secretaria General de CEOMA
Presidente: Rafael Termes Carreró, Académico 99

6.- Provisión de Servicios a Personas Dependientes
Ponente: Javier García Pérez, Director General de Edad Dorada – Mensajeros de la Paz
Presidente: Padre Ángel García Rodríguez, Presidente – Fundador de Edad Dorada - Mensajeros de la Paz 108

7.- El gasto público y privado en atención a la dependencia. Financiación Presente y futura
Ponente: Mario Cugat, Vicepresidente de Federació d'Asociacions de Gent Gran de Catalunya - FATEC
Presidente: Higinio Raventós Negre, Presidente de Edad y Vida 116

8.- Modelo y metodología de cuidados. Normas generales
Ponente: Modesto Chato de los Bueys, Presidente de Universidad de Tercera Edad de Cantabria - UNATE
Presidente: Esteban Pérez Almeida, Geriatra, Director del Programa "Los Decanos" 128

9.- Calidad. Acreditación de centros y servicios. Formación
Ponente: Francisco de la Marinas Alférez, Presidente de la Federación de Organizaciones de Mayores de la Comunidad Valenciana - FOMCOVA
Presidente: José Lladró Dolz, Empresario 138

10.- La Protección Jurídica a los mayores dependientes
Autores: Marisa Viñes Millet, Presidenta de Abuelos en Marcha – ABUMAR
Antonio Martínez Maroto, Jurista Gerontólogo
Presidente: Rafael Pineda Soria, Jefe de Área del Plan Gerontológico del IMSERSO 149

11.- La protección de la dependencia en la Unión Europea. MODELOS
Ponente: Francisco Sanabria Celis, Presidente de Asociación de Profesores Universitarios Retirados - ASPUR
Presidente: Antonio Jiménez Blanco, Presidente Consejo Asesor CEOMA 162

12.- Legislación y planes de atención a la dependencia en las Comunidades Autónomas españolas
Ponente: Conrad Ensenyat i Sacristán, Presidente de Federació d'Organitzacions Catalanes de Gent Gran - FOCCAG
Presidente: Eloy Ybáñez Bueno, Embajador de España, Vicepresidente Consejo Asesor de CEOMA 178

COMUNICACIONES

"LA DEPENDENCIA EN LA UNIÓN EUROPEA"
D. Vicente Pérez Menayo, Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales. Representación Permanente de España ante la Unión Europea 189

"HACIA LA RACIONALIZACIÓN DE LAS RESIDENCIAS DE MAYORES"
D. Rafael Gutiérrez-Colomer, arquitecto. 193

"ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA. UN RETO DEL SIGLO XXI"
Dr. D. Juan Manuel Martínez Gómez, Director Nacional Eulen Servicios Sociosanitarios, Geriatra. 196

"PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA: EL RETO DE LA MEDICINA GERIÁTRICA"
Dr. D. Leocadio Rodríguez Mañas, Presidente de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica. 197

"DESATAR AL ANCIANO Y ENFERMO DE ALZHEIMER"
Dr. D. Antonio Burgueño, Hospital G.U Gregorio Marañón. 198

"NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN SOCIAL: LAS NUEVAS RESIDENCIAS DE MAYORES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA"
Dr. D. Joaquín Martínez Gómez, Director General de Servicios Sociales, Consejería de Bienstar Social, Generalitat Valenciana. 201

"DEPENDENCIA: ENTRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA PREVENCIÓN"
Dr. D. José Manuel Ribera Casado, Jefe del Servicio de Geriatría del Hospital. 203

"LA AUTOTUTELA COMO FORMA DE PROTECCIÓN A LA DEPENDENCIA"
D. Juan Carlos Jiménez-Salinas, PROVEA Fundació Pro Vellesa Autónoma. 204

"LA FIGURA DEL DEFENSOR DEL MAYOR CONTRIBUIRÁ A DISMINUIR LOS CASOS DE DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES"
Dr. D. Jesús Sánchez Martos, Catedrático de Educación Sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid. 206

"EL ENTORNO FAMILIAR, PROPORCIONADOR DE CUIDADOS, REFERENTE PARA LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES"
D. Juan Francisco López Paz, Secretario FICE, Universidad de Deusto..... 208

"LOS MAYORES TAMBIÉN CUENTAN"
Dr. D. Juan Madrid, Médico, Dra. Dña. Ana Isabel Reinoso, Psicóloga, Dña. Emilia de Andrés, Médico Internista y Dña. Mercedes Montenegro, Psicóloga..... 213

"LA PRESIÓN FISCAL INDIRECTA"
Dña. Mª Rosa Lunas Masnou , Presidenta de FOCAGG..... 216

"EL PROGRAMA " CHEQUE ASISTENCIAL", UNA MEDIDA PARA AFRONTAR LA DEPENDENCIA XUNTA DE GALICIA"
Dirección General del Mayor y de las Personas con Discapacidad, Consejería de Bienestar Social de la Xunta de Galicia..... 218

"LAS PERSONAS MAYORES EN LAS NACIONES UNIDAS Y EN LA CONSTITUCIÓN EUROPEA"
Dr. D. Fernando de Salas, Rector de la Sociedad de Estudios Internacionales..... 220

"UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA BASADA EN LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA Y EN EL APOYO DE LOS CUIDADOS INFORMALES"
Dña Estrella Rodríguez Pardo, Directora de Actividades y Servicios. Cruz Roja Española..... 223

"UN PROYECTO INTERGENERACIONAL, TAMBIÉN PARA MAYORES DEPENDIENTES"
D. Juan Francisco Jerez Bernabeu, Trabajador Social Gerontólogo, Coordinador del programa de Personas Mayores de Cruz Roja de Navarra. 226

"PROYECTO SONRISAS:"LA VISITA AMIGA PARA UN BUEN ENVEJECER"
Asociación de Educación para la Salud, ADEPS..... 228

"LA ANCIANIDAD: ¿AUTONOMÍA O DEPENDENCIA?"
Dr. D. Carlos Pracht, Presidente de la Confederación Estatal de Pacientes de España. 229

"UTILIZACIÓN RECURSOS HOSPITALARIOS PACIENTES MAYORES 75 AÑOS HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA"
D. Joaquín León Molina, Supervisor de Enfermería, D. Roberto Ferrandis Gomis, Gerente, D. Francisco Acosta Villegas, Jefe del Servicio de Anestesia, D. Juan José Vera Guirao, Analista de Sistemas. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, D. Mariano Guerrero Fernández, Escuela Española de Gerencia Sociosanitaria. 231

"DIGNIDAD Y DEPENDENCIA"
D. Josep Antoni Boix Ferrer, Diplomado en Enferemería, D. Laura Robles Perea, Dña. Rosalía Torres Haba, residentes, y D. Sergio Ariño Blasco , Director del Servicio de Geriatría de la Fundación Hospital Asilo de Granollers. 234

"LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS PARA LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES"
Dña. Mª Clementina de Ganzo, Dña. Mª del Carmen Berrocal, Auxiliares de Enfermería del Hospital Insular de Lanzarote..... 235

"PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA"
D. Bernardo López Majano, Consejero de SECOT..... 237

"NECESIDAD DE PROMULGACIÓN DE UNA LEY DE PROTECCIÓN JURÍDICA DE LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA"
Dña. Eva García Blanco, Vicepresidenta de la Hermandad de Pensionistas de la Administración Local. 239

"LA FUNDACIÓN MEJORA ANTE LA DEPENDENCIA"
D. Fernando Sogo Rodríguez, Director de Fundación Mejora. 241

"LA DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES"
D. Joan Jordi Aragay, Vicepresidente de CEATE. 243

"UN DECÁLOGO PARA EL MAYOR"
D. Rafael Navas , Presidente del Grupo Júbilo Comunicación. 246

"LOS VIEJOS"
D. Josep Aracil, Presidente del Consell Sènior de Premià de Mar. 250

"PREVENIR LA INMOVILIZACIÓN DEL ANCIANO"
Dña. Eustaquia Díaz Ribera, Dña. Laura Lorenzo Cabrera, Auxiliares de Enfermería del Hospital Insular de Lanzarote..... 252

"LOS MAYORES Y LA LEXICOGRAFÍA"
D. Ignacio Sánchez López, Socio Fundador de ASPUR..... 254

"SISTEMA INMUNOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO - INMUNOSENESCENCIA"
Prof. D. Félix Pérez y Pérez, Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid. 256

"SOMOS NECESARIOS"
Padre Jaime Garralda, Presidente de Horizontes Abiertos. 258

"LA DEPENDENCIA CULTURAL"
Dña. Ana Rosa Abrahin, Coordinadora de Carrera en el Instituto Superior Octubre, Buenos Aires, Argentina. 261

"NUEVAS TECONOLOGÍAS Y DEPENDENCIA"
D. Alfonso José Gallo, Licenciado en CC Químicas y Master en Marketing, Dña. María Isabel Reyzábal, Doctora en Psicología. 264

"EL SEGURO PRIVADO A LA DEPENDECIA"
Dña. Victoria Lopesino Fernández, Presidenta de la Federación de Asociaciones de Empleados Jubilados y Pensionistas de las Cajas de Ahorros. 268

LA NO DEPENDECIA SI: "SEGUIMOS PENSANDO"
Dña. Isabel Mira Ortiz, Secretaria de la Asociación Universitaria Rector Sabater del Aula de Mayores de Murcia. 271

"PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA Y EL MUNDO RURAL"
Dña. Carmen Quintanilla Barba, Diputada Nacional por el PP y Presidenta Nacional de AFAMMER. 274

"EL SEGURO PRIVADO A LA DEPENDENCIA"
Agapito Rodríguez Añel, Presidente de la Federación de Casas Provinciales y Regionales de Castilla y León en Madrid. 277

INTERVENCIONES DURANTE EL CONGRESO

Inauguración del VI Congreso

Excmo. Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira, Presidente de CEOMA 280
Excmo. Sr. D. Guillermo Sierra. Arredondo, Presidente de la Organización Médica Colegial 282
Excma. Sra. Dña. Rosa Valdeón, Consejera de Familia y Bienestar Social de Castilla y León 283
Excma. Sra. Dña. Ana Pastor Julián, Ministra de Sanidad y Consumo 285

Conferencia Inaugural

Excma. Sra. Dña. Ana Botella Serrano, Concejal de Gobierno de Empleo y Servicios al Ciudadano del Ayuntamiento de Madrid. 291

Mesa Redonda: “Libro Verde Sobre la Dependencia en España”
Fundación ASTRAZENECA: Sr. D. Julio Sánchez Fierro, Patrono de la Fundación AstraZeneca; Excmo. Sr. D. Eloy Ibáñez Bueno, Embajador de España; Sr. Luis Cayo Pérez-Bueno, Director Ejecutivo del CERMI ; Sr. D. Juan Díez Nicolás, Catedrático de Sociología Universidad Complutense de Madrid. 295

Mesa Redonda: “La Protección Social de la Dependencia”
Sr. D. Antonio María Sáez Aguado, Gerente de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. 308

Inauguración Segunda Jornada
Ilmo. Sr. D. Carlos Mª Martínez Martínez, Director de la Obra Social de Caja Madrid 315
Ilmo. Sr. D. José Carlos Baura Ortega, Subdirector General de Planificación, Ordenación y Evaluación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 317

Conferencia: “La Protección a las Personas en Situación de Dependencia en España
Profesor D. Gregorio Rodríguez Cabrero, Catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá de Henares. 320

Clausura del VI Congreso
Excmo. Sr. D. Francisco Javier León de la Riva, Alcalde de Valladolid. 337
Excmo. Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira, Presidente de CEOMA 338
Excma. Sra. Dña. Lucía Figar Lacalle, Secretaria General de Asuntos Sociales. 340
Excmo. Sr. D. Juan Vicente Herrera Campo, Presidente de la Junta de Castilla y León. 342

Conferencia Final en el Almuerzo de Clausura
Excmo. Sr. D. Tomás Burgos Gallego, Diputado por Valladolid, portavoz del Partido Popular en la Comisión del Pacto de Toledo del Congreso de los Diputados. 344

PREMIOS ENTREGADOS EN EL MARCO DEL VI CONGRESO

PREMIO MAPFRE MEDICINA “ A TODA UNA VIDA DE ENTREGA PROFESIONAL” AL DR. D. OLEGARIO ORTIZ MANCHADO 348

PREMIO “VIDA ACTIVA TODA LA VIDA”
Agradecimiento Excmo. Sr. D. Enrique Fuentes Quintana, economista..... 349

EL CONGRESO EN IMÁGENES Y EN LA PRENSA 355

Instituciones y entidades patrocinadoras deL VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores 385

VI CONGRESO NACIONAL DE ORGANIZACIONES DE MAYORES

Este libro recoge las ponencias, comunicaciones e intervenciones realizadas en el VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores que se celebró en Valladolid los días 19-21 de Octubre de 2003. El Congreso había sido convocado por CEOMA (15 Organizaciones Nacionales y 10 autonómicas, con un millón de miembros de base) y por otras 10 Asociaciones Nacionales, que formaban parte del Comité Ejecutivo del Congreso.

PRÓLOGO

Excmo. Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira,
Presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores y del Comité Ejecutivo del VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores

Estos Congresos Nacionales se celebran cada dos años y anteriormente habían sido convocados por la Fundación Independiente, quien en 1992 tuvo la pionera idea de celebrar el Primero. Entre las Conclusiones del Tercero, reiteradas en el Cuarto, estaba la de crear una Confederación con todas las Asociaciones convocantes para representar más eficazmente los intereses generales de la personas mayores y ser interlocutora válida ante las administraciones públicas. Así ha sucedido y surgió CEOMA, la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, cuya primera Junta Directiva fue elegida en Mayo 2000. La Fundación Independiente cedió el testigo a CEOMA y esa es la razón por la que estos Congresos son organizados a partir de ahora por la Confederación, que ya se ha convertido en Organización Nacional de mayores de referencia.

Terminadas la Asamblea y el Foro Mundial de ONG sobre el Envejecimiento hace año y medio comenzaron los preparativos del Congreso y se eligió como contenido del mismo "La Protección Social a las Personas Dependientes", el cual se concretó en 14 ponencias sobre este exclusivo tema, en las que a lo largo de los meses trabajaron como ponentes Presidentes de las Diferentes Federaciones que forman parte de CEOMA, asesorados por relevantes expertos. Se constituyeron Mesas para cada ponencia, formadas por representantes de organizaciones de mayores, contando con Presidentes de reconocido prestigio, y en toda se España se crearon equipos para analizar los borradores de ponencias. Varios cientos de personas han trabajado durante meses y los anteproyectos de ponencias tuvieron una gran difusión, recibiendo numerosísimas enmiendas de todos los sectores, que hace que las ponencias tengan un gran rigor y profundidad. Durante meses era bien conocido que CEOMA estaba trabajando en colaboración de un numeroso e importante grupo de expertos en el tema de la Dependencia. En realidad el Congreso es sólo el acto formal, solemne, de cierre de un largo periodo de trabajos, que hoy presentamos en forma de libro y que están recogidos también en nuestra web (www.ceorma.org).

El lema del Congreso, muy significativo y representativo de lo que representa nuestra confederación era "Vida Activa Toda la Vida", el cual se vio materializado con la entrega del premio que lleva su nombre a cuatro ilustres personalidades castellano leonesas: Enrique Fuentes Quintana, Julián Marías, Lola Herrera y José Jiménez Lozano. Por otra parte y como es ya tradicional en los Congresos, se realizó la entrega del "V Premio Fundación Mapfre a toda una vida profesional" al Dr. Don Olegario Ortiz Manchado

Más de 600 congresistas, principalmente dirigentes de Asociaciones de Mayores, se dieron cita en Valladolid. Pero también asistieron numerosos representantes de Asociaciones Profesionales, de la Universidad, expertos y autoridades quienes reconocieron la importancia del evento y que no se trataba de un Congreso de rutina. Ha llamado la atención esta combinación de expertos y representantes de mayores que se ha dado en el Congreso. El nuevo modelo de alianza estratégica entre ambos grupos para el estudio riguroso sobre propuestas concretas, significa un cambio cualitativo para el sector y de gran repercusión el futuro. Esta iniciativa ha sido acogida con gran interés por los profesionales del sector.

Por otra parte el Congreso además de haber sido de importantes contenidos, no meramente lúdico, era un congreso de inscripción, no de puertas abiertas, y para la mayoría de los congresistas de fuera de Valladolid, con gastos de estancia y viaje, constituía un gran esfuerzo, lo que también significa mucho en cuanto a los aspectos cuantitativos y de compromiso del Congreso.

El programa del Congreso captó el interés de los asistentes, estando el plenario y las distintas salas paralelas llenas durante las dos jornadas. En especial las sesiones de los Conferenciantes, Doña Ana Botella y el Prof. Rodríguez Cabrero, las mesas redondas en las que intervinieron Don Julio Sánchez Fierro, Prof. Díez Nicolás, Don Luis Cayo Pérez, Dr. Antonio Mª Sáez Agudo y Don Andrés Aberasturi, así como el cierre del Congreso con los parlamentarios del Pacto de Toledo Don Tomás Burgos y Don Jesús Merino

Los actos de apertura y clausura tuvieron una gran repercusión mediática. La apertura estuvo presidida por la Ministra de Sanidad Ana Pastor, que hizo un discurso de gran altura, cuando todos esperaban que fuera de cortesía y trámite, reconociendo todos su gran categoría política. Asistieron el Alcalde de Valladolid, que por cierto es médico, Don Javier León de la Riva, el Presidente de las Cortes de Castilla y León y antiguo Consejero de Sanidad, Don José Manuel Fernández de Santiago, los Consejeros de Familia y de Sanidad, Doña Rosa Valdeón, también médica y Don César Antón, el Presidente de la Organización Médica Colegial, Dr. Don Guillermo Sierra, el Presidente de la Diputación, Don Ramiro F. Ruiz Medrano, el Presidente de la Fundación Independiente y Presidente de Honor de CEOMA, Don Ignacio Buqueras y el Presidente del Congreso y de CEOMA, Don Eduardo Rodríguez Rovira.

La clausura revistió especial solemnidad al contar con la presencia de S. A. R. la Infanta Doña Cristina. La Infanta, que había sido el año anterior Embajadora de Buena Voluntad de N. U. para la II Asamblea mundial sobre el Envejecimiento dirigió unas palabras al Congreso. La acompañaron el Presidente de la Junta de Castilla y León, Don Juan Vicente Herrera, la Secretaria General de Asuntos Sociales, Doña Lucía Figar, el Alcalde de Valladolid, y el Presidente de CEOMA.

De las numerosas comunicaciones recibidas se aprobaron para su lectura y publicación 35, parte de organizaciones de mayores y parte procedentes de organizaciones profesionales o universitarias, lo que indica también la expectativa creada.

La última ponencia "Bases para una Ley Estatal de Protección Social a las Personas con Dependencia" fue votada y aprobada por unanimidad en el Pleno del Congreso, después de recoger las enmiendas aprobadas durante su última discusión en Comisión, en el propio

Congreso. Significa la toma de posición por parte de CEOMA y las entidades convocantes sobre un tema acuciante y de actualidad. No se trata de una genérica reivindicación más de los mayores, sino de una propuesta concreta, que ha sido entregada a los Ministerios de Trabajo y Sanidad, a la Comisión parlamentaria sobre el Pacto de Toledo, a la Comisión de Expertos recientemente creada sobre este tema y a los movimientos sociales representativos.

Ya hemos indicado que la influencia del Congreso y de su temario se había comenzado a manifestar desde antes de su celebración. No hace mucho oíamos que el debate sobre la Dependencia no estaba maduro. Hoy la Protección Social a las Personas con Dependencia es tema prioritario en todos los foros, congresos, cursos y jornadas que se están celebrando en estos tiempos y es reconocida como una necesidad social, tanto por los representantes políticos de todas las administraciones, como sobre temas del envejecimiento. Poco a poco se va formando el acuerdo social necesario para un gran Pacto de Estado. La recientemente creada comisión de expertos lo atestigua, la recomendación de la Comisión Parlamentaria del Pacto de Toledo recoge la recomendación de todos los partidos en esta dirección, y las declaraciones públicas de los candidatos de los dos partidos más importantes prácticamente coincidentes nos señalan que dicho gran Pacto de Estado esta cerca.

No es aventurado apostar porque al comienzo de la próxima legislatura por fin surgirá el tan esperado y anunciado Proyecto de Ley sobre Protección a las Personas con Dependencia. El VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores habrá ayudado a ello.

Madrid, Diciembre de 2003

ANTECEDENTES

Excmo. Sr. D. Ignacio Buqueras y Bach
Presidente de la Fundación Independiente.

Mensaje al VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores

La **Fundación Independiente**, que tiene un prestigioso Patronato representativo de los diferentes sectores sociales, culturales y económicos de nuestra sociedad, desde su creación, ha proyectado su labor en toda España, con actos y actividades en todas las Comunidades Autónomas, no solo incidiendo en el sector de las personas mayores pero sí de una forma muy especial a favor del mismo.

En 1992, después de estudiar y analizar un profundo trabajo que encargó sobre la sociedad española, consideró oportuno dedicar una parte de **sus esfuerzos a favor de las personas mayores**, el único sector que había crecido en números absolutos y relativos en la década de los ochenta, y se preveía continuaría haciéndolo en la de los noventa y primeras décadas del siglo XXI. En estos doce años (1992-2003) la Fundación ha desarrollado una intensa labor, cuyos hitos más destacados son los siguientes:

Los días 28 y 29 de noviembre de **1992**, el Centro Cultural de la Villa de Madrid fue el marco escogido para la celebración del **I Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores,** que resultó una eficaz preparación para el Año Europeo de los Mayores, que se celebraría en 1993, y fue pionero en España de los Congresos y magnos encuentros dedicados a las personas mayores.

En el año **1995** tuvo lugar el **II Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores**, organizado y promovido como el primero y los que posteriormente se han celebrado por la Fundación Independiente, que contó con la colaboración en su convocatoria de 17 organizaciones de ámbito estatal y autonómico. La Presidenta de Honor del mismo fue S.A.R. la Condesa de Barcelona, que ostentó la citada distinción en los III y IV Congresos Nacionales hasta su fallecimiento.

El **III Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores** se celebró en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Madrid los días 16 y 17 de noviembre de **1997**. Fue convocado por 23 organizaciones nacionales y autonómicas, se debatieron 14 ponencias, se constituyeron 205 grupos de trabajo y asistieron alrededor de 600 directivos procedentes de toda España. Entre las conclusiones aprobadas estuvo la creación del **Día de los Abuelos**, a celebrar el 26 de julio de cada año, festividad de San Joaquín y Santa Ana; y la convocatoria, que se celebra desde entonces del **Concurso Nacional "Háblame de tu Abuelo/a. Háblame de tu Nieto/a"**.

El **IV Congreso Nacional** se celebró en Santiago de Compostela, en su Palacio de Congresos y Exposiciones, los días 30 de septiembre y 1 de octubre de 1999. Las entidades convocantes fueron 26 de ámbito estatal y autonómico, las ponencias fueron 8, el slogan fue **"8 Millones de Votos"**, y se aprobaron 67 conclusiones, entre las que cabe destacar la creación de la **Confederación Española de Organizaciones de Mayores –CEOMA-** que se constituyó antes del finalizar el 99, que actualmente está considerada como la Confederación con mejor presente y futuro del sector, y que hoy nos ha convocado a este VI Congreso Nacional.

Finalizo, este resumido repaso cronológico evocando la celebración del **V Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores**, que tuvo lugar en el Palacio de Congresos de Valencia, los días 26 y 27 de noviembre de 2001. El Comité de Honor lo presidieron SS.MM.

los Reyes; y la vicepresidencia la ostentó el Presidente de la Generalitat Valenciana, actualmente Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales. Tuve la satisfacción de presidirlo, al igual que los Congresos anteriores, como Presidente de la Fundación Independiente. Su Comité Ejecutivo, integrado por los presidentes de 37 organizaciones de ámbito estatal y autonómico, tuvo como Vicepresidente a D. Eduardo Rodríguez Rovira, Presidente de CEOMA. Creamos un Consejo Asesor del Congreso, multidisciplinar. El Congreso tuvo como lema **"La Nueva Revolución"**, y como acto previo, el 1 de octubre, Día Internacional de las Personas Mayores, se aprobó el **Manifiesto de Fuente-Obejuna** *"Unidos por una Nueva Revolución"* que fue leído por primera vez en el citado pueblo cordobés. Las ponencias que se debatieron fueron diez, de las que se derivaron 42 conclusiones, que habían sido preparadas, estudiadas y debatidas por 287 Grupos de Trabajo.

La **Fundación Independiente** en estos doce últimos años ha respaldado, proyectado y popularizado en nuestro país la presencia de las personas mayores en diferentes sectores. Con esta finalidad se celebró en febrero de 2000 el **I Encuentro "Los Mayores y el Medio Ambiente**" en colaboración con el Ministerio de Medio Ambiente, cuyas intervenciones se recogieron en el "Cuaderno de Sociedad" n° 21, **"El Medio Ambiente y las Personas Mayores**". En colaboración con la OCU y CEOMA celebramos los **Seminarios "Las Personas Mayores y las Nuevas Tecnologías"**; **"Las Personas Mayores y el Dinero"**; y **"Las Personas Mayores y el Turismo"**, que dieron lugar al "Cuaderno de Sociedad", el n° 22, bajo el título **"Las Personas Mayores y el Consumo: Turismo, Nuevas Tecnologías y Dinero".**

El "Cuaderno de Sociedad" n° 25 que publicamos con el título **"La Fundación Independiente y las Personas Mayores"** recoge los más importantes eventos que hemos promovido y organizado en este período. No deseo finalizar, sin mencionar la creación del **Consejo Nacional de Personas Mayores**, que nació de una de las Conclusiones del V Congreso Nacional; se constituyó el 1 de octubre de 2002, Día Internacional de las Personas Mayores; ha desarrollado una intensa actividad estos últimos doce meses; y fue recibido por S.M. el Rey el pasado día 3 de abril.

Los Congresos Nacionales de Organizaciones de Mayores, junto a CEOMA estos últimos años han ido potenciando, e incluso diría "revolucionando" la vida de nuestros mayores. Las Conclusiones de los Congresos han marcado, no tanto como hubiéramos deseado, las pautas de actuación de las distintas Administraciones. Son varios los Ayuntamientos españoles que han creado la figura del **Concejal del Mayor**, otros el **Consejo Municipal de los Mayores**, y el Ayuntamiento de Valencia, ha sido el pionero nombrando el **Defensor del Mayor**. Estas tres figuras: el Concejal del Mayor, el Consejo Municipal de Mayores, y el Defensor del Mayor, fueron tres destacadas Conclusiones del V Congreso Nacional.

Hecha una breve historia de los antecedentes de este VI Congreso Nacional, y desde la experiencia de más de un decenio en favor de los mayores, me permito solicitaros, por considerarlo de vital importancia, la creación de una Comisión de Seguimiento de las Conclusiones aprobadas en este VI Congreso, al tiempo que un análisis profundo de las del V Congreso y su grado de cumplimiento en estos casi dos años desde su celebración.

Finalmente, os invito a ser participativos, asociativos y solidarios, en una palabra Mayores Activos. Exigentes con vosotros mismos, entregados a los demás, valorando más lo que podéis hacer por la sociedad que lo que ella puede hacer por vosotros. Un ejemplo para todos puede y debe ser S.S. el Papa, que ha cumplido XXV años de vigoroso e infatigable Pontificado, y aún continúa ejerciendo sus importantes y transcendentes responsabilidades.

Valladolid, 20 de octubre de 2003

LA CASA REAL Y EL VI CONGRESO

Presidencia de Honor de SS.MM. los Reyes

Palabras de Su Alteza Real la Infanta Doña Cristina en la Clausura del VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores

Me alegro de tener la oportunidad de clausurar este Congreso, y de expresar mi sincera felicitación a cuantos lo han organizado y han participado en sus trabajos.

La capital de Castilla y León, que ha sido escenario de tantos acontecimientos históricos, da una especial relevancia al acto que hoy nos reúne.

Porque la consideración, y la atención debida a los mayores, es uno de los capítulos esenciales de nuestra civilización contemporánea. Sobre todo desde que, con motivo de la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada por Naciones Unidas en la primavera del año pasado, y de la que tuve el honor de ser Embajadora de Buena Voluntad, hemos adquirido tres compromisos esenciales.

Primero, el reconocimiento a los avances conseguidos por las generaciones de nuestros mayores, y, en consecuencia, una sincera valoración de su experiencia y capacidades en el presente.

Segundo, la consideración de la vejez como una etapa activa, con sus matices propios, pero en todo caso enormemente positiva para el conjunto de la sociedad. En el ámbito familiar, económico y social, nacional e internacional.

Y por último, la transmisión de estas convicciones al engranaje de la vida colectiva y de nuestras experiencias cotidianas. Con la herramienta indispensable de la solidaridad de las personas, las generaciones y la colectividad hacia las necesidades de los mayores.

Una solidaridad planteada como un intercambio que enriquece a todos, y que incluye, desde luego, la asistencia como parte de un proyecto más amplio, y no como centro exclusivo y excluyente de la relación entre los mayores y los que aún no lo son.

Este proceso necesita intermediarios que lo construyan y lo afiancen, y esta es la tarea que, con visión acertada y constancia admirable, vienen realizando las Organizaciones de vuestra Confederación, las Fundaciones y Instituciones que promueven y dan continuidad a los Congresos cuya sexta edición hoy concluye. Gracias a ellos, se han planteado y encaminado hacia soluciones eficaces lemas tan esenciales como los de la familia, los derechos constitucionales, la participación en la sociedad del bienestar y el asociacionismo de los mayores, la atención socio - sanitaria, el uso de las nuevas tecnologías, o los problemas económicos específicos de la tercera edad.

Así se ha ido configurando un "corpus" doctrinal, y sobre todo factual, un banco de datos y de experiencias que nos sirven para comprender y trabajar con y para nuestros mayores.

Y a hacerlo desde dentro, conforme a su mentalidad y necesidades, para encontrarles soluciones, y compartir con ellos un protagonismo que a todos nos hace mejores.

Ejemplos de este paisaje nuevo que se abre a nuestros ojos, son los Premios que acabamos de entregar, y que reconocen vidas logradas, de actividad plena y de entrega a los demás.

Gracias de corazón a Enrique Fuentes Quintana, a Lola Herrera, José Jiménez Lozano y Julián Marías por lo que nos han enseñado a pensar y a sentir, a sonreír y a imaginar. Gracias también al doctor Ortiz Manchado por su dedicación atenta y constante, y sus méritos bien ganados.

Este Congreso ha dedicado sus sesiones a la protección social a la dependencia. La han analizado en todos sus aspectos, y la han resumido en las conclusiones que vais a aprobar. Os hago llegar mi confianza y el pleno apoyo de la Corona a vuestro trabajo sobre un tema que tanto afecta a la calidad de vida de nuestros mayores.

Enhorabuena y muchas gracias.

Declaro clausurado el Sexto Congreso de las Organizaciones de Mayores.

Valladolid, 21 de octubre de 2003

COMITÉ DE HONOR

Presidencia

SS.MM. Los Reyes de España

Vicepresidencia 1ª

Excmo. Sr. D. José María Aznar López
Presidente del Gobierno

Vicepresidencia 2ª

Excmo Sr. D. Juan Vicente Herrera Campo
Presidente de la Junta de Castilla y León

Miembros

Excma. Sra. Dña. Luisa Fernanda Rudi Úbeda
Presidenta del Congreso de los Diputados
Excmo. Sr. D. Juan José Lucas Giménez
Presidente del Senado
Excmo. Sr. D. Mariano Rajoy Brey
Vicepresidente Primero del Gobierno y Ministro de la Presidencia
Excmo. Sr. D. Rodrigo Rato y Figaredo
Vicepresidente Segundo del Gobierno y Ministro de Economía
Excma. Sra. Dña. Pilar del Castillo Vera
Ministra de Educación, Cultura y Deportes
Excmo. Sr. D. Eduardo Zaplana-Soro
Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales
Excmo. Sr. D. Josep Piqué i Camps
Ministro de Ciencia y Tecnología
Excmo Sr. D. Javier Arenas Bocanegra
Ministro de Administraciones Públicas
Excma. Sra. Dña. Ana Pastor Julián
Ministra de Sanidad y Consumo
Molt. Hble. Sr. D. Jordi Pujol i Soley
Presidente de la Generalitat de Cataluña
Excmo Sr. D. Juan José Ibarretxe Markuartu
Lehendakari del Gobierno Vasco
Excmo Sr. D. Manuel Fraga Iribarne
Presidente de la Xunta de Galicia
Excmo. Sr. D. Manuel Chaves González
Presidente de la Junta de Andalucía
Excmo. Sr. D. Francisco Camps
Presidente de la Generalitat Valenciana
Excmo. Sr. D. Miguel Ángel Revilla
Presidente del Gobierno de Cantabria
Excmo. Sr. D. Pedro Mª Sanz Alonso
Presidente del Gobierno de la Rioja
Excmo. Sr. D. Ramón Luis Valcárcel Siso
Presidente de la Región de Murcia

Excmo. Sr. D. Marcelino Iglesias Ricou
Presidente del Gobierno de Aragón
Excmo. Sr. D. José Bono Martínez
Presidente de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha
Excmo. Sr. D. Miguel Sanz Sesma
Presidente del Gobierno de Navarra
Excmo. Sr. D. Juan Carlos Rodríguez Ibarra
Presidente de la Junta de Extremadura
Excmo. Sr. D. Jaume Matas Palou
Presidente del Gobierno de las Islas Baleares
Excmo. Sr. D. Alberto Ruiz-Gallardón Jiménez
Presidente de la Comunidad de Madrid, en funciones
Excmo. Sr. D. Juan Jesús Vivas Lara
Presidente de la Ciudad Autónoma de Ceuta
Excmo. Sr. D. Juan José Imbroda Ortiz
Presidente de la Cuidad Autónoma de Melilla
Ilmo. Sr. D. Francisco Javier León de la Riva
Alcalde de Valladolid
Excmo. Sr. D. José Manuel Fernández de Santiago
Presidente de las Cortes de Castilla y León
Excma. Sra. Dña. Concepción Dancausa Treviño
Presidente de la Asamblea de la Comunidad de Madrid
Ilma. Sra. Dña. Rosa Valdeón Santiago
Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León
Excmo. y Revdmo. Sr. D. Braulio Rodríguez Plaza
Arzobispo de Valladolid
Ilma. Sra. Dña. Lucía Figar Lacalle
Secretaria General de Asuntos Sociales
Ilmo. Sr. D. Antonio Lis Darder
Director General de Migraciones y Servicios Sociales
Excmo. Sr. D. Francesc Antich i Oliver
Portavoz del Grupo Socialista del Parlament de les Illes Balears
Excmo. Sr. D. Ignacio Buqueras i Bach
Presidente de la Fundación Independiente
Excmo. Sr. D. Carlos Trías Vidal de Llobeteras
Presidente de AstraZéneca Farmaceútica
Excmo. Sr. D. Carlos Álvarez Díez
Presidente del Grupo Eulen
Excmo. Sr. D. Carlos Álvarez Jiménez
Presidente de la Fundación MAPFRE MEDICINA

ENTIDADES CONVOCANTES

Abuelos/as en Marcha – ABUMAR
Asociación Cuatro Torres
Asociación de Aulas de la Tercera Edad de Madrid- ASAUTE
Asociación de Familias y Mujeres del Medio Rural – AFAMMER
Asociación de Jubilados de Colegios Profesionales
Asociación de Jubilados de INI - AJINI
Asociación de Profesores Universitarios Jubilados – ASPUR
Asociación de Tercera Edad Playa Blanca
Asociación Independiente de Jubilados y Pensionistas CSI-CSIF
Asociación Grupo de Mayores de Telefónica
Asociación Nacional de Retirados de la Guardia Civil
Comité Español de la Organización Mundial de Familias, OMF
Confederación de Asociaciones de Jubilados, Pensionistas y Mayores - CAJUMA
Confederación de Asociaciones y Federaciones de Pensionistas y Mutualistas de la Mutualidad de la Previsión – COAPEM
Confederación de Casas Regionales y Provinciales de España
Confederación de Federaciones y Asociaciones de Mayores de Canarias
Confederación de Federaciones y Asociaciones de Viudas "Hispania" - CONFAV
Confederación Española de Aulas de la Tercera Edad - CEATE
Consejo Nacional de Mayores
Edad Dorada – Mensajeros de la Paz
Federació d'Asociacions de Gent Gran de Catalunya - FATEC
Federació d'Organitzacions Catalanes de Gent Gran – FOCAGG
Federación Aragonesa de Asociaciones Independientes de Mayores - FASIMA
Federación de Asociaciones de Empleados, Jubilados y Pensionistas de Cajas de Ahorro Confederadas
Federación de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas de la Comunidad Valenciana – LOS MAYORES
Federación de Asociaciones de Mayores de Andalucía - FAMAN
Federación de Casas Regionales y Provinciales de Castilla y León. Sección de Mayores
Federación de Organizaciones de Mayores de la Comunidad Valenciana – FOMCOVA
Federación para la Defensa de los Profesionales Pensionistas y Mayores – FAPROPEN
Federación Regional de Organizaciones de Mayores de Murcia – FOMCARM
Federación Vasca de Asociaciones Nagusilan de Euskadi
Fundación Independiente
Fundación Miguel Allué Salvador – FUNDAMAS
Hermandad de Jubilados de los Ministerios de Comercio, Economía y Hacienda
Hermandad de Pensionistas de la Administración Local
Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas
Plataforma para el Voluntariado en España
Sección de Unidad Progresista de Pensionistas de la ONCE – SUPPO – ONCE
Unión de Aulas de la Tercera Edad - UNATE

COMITÉ EJECUTIVO

PRESIDENTE

Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira
Presidente de CEOMA

SECRETARIA GENERAL

Sra. Dña. Maite Ruiz de la Parte
Presidenta de la Federación de Casas Provinciales y Regionales de Castilla y Léon. Sección de Mayores

Miembros

Sr. D. José Albir Arsac
Presidente de Fundamas
Sr. D. Luis Álvarez Rodríguez
Presidente Grupo de Mayores de Telefónica
Sra. Dña. Carmen de Alvear
Secretaria General de CEOMA
Sr. D. Ferrán Ariño i Barberá
Presidente de Federació d'Asociacions de Gent Gran de Catalunya - FATEC
Sr. D. Julio Barrera García
Vicepresidente - Secretario de la Agrupación Europea de Cajas de Ahorro, Bancos e Instituciones Afines
Sr. D. Fernando Berenguer Sendra
Presidente SUPPO-ONCE
Sr. D. Rufino Blanco Ruiz de la Prada
Presidente de la Hermandad de Pensionistas de la Administración Local
Sr. D. Miguel Bordejé Antón
Presidente de la Confederación Española de Aulas de Tercera Edad
Sr. D. José María Castaño
Presidente de Vida Ascendente
Sr. D. José Luis Cabello Flores
Director General de la Fundación MAPFRE MEDICINA
Sr. D. Modesto Chato de los Bueys
Presidente de la Unión Nacional de Aulas de la Tercera Edad - UNATE
Sr. D. José Colldefors Valcárcel
Presidente de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas
Sra. Dña. Concepción Critellys de la Torre
Presidenta de la Hermandad de Veteranos de los Ministerios de Comercio, Economía y Hacienda
Sr. D. Manuel Díaz Castillo
Presidente Provincial de la Asociación Independiente de Jubilados y Pensionistas CSI- CSIF
Sr. D. José de las Heras Gayo
Coordinador de Voluntariado de CEOMA
Sr. D. Conrad Ensenyat i Sacristán
Presidente de la Federació d' Organitzacions Catalans de Gent Gran – FOCAGG
Sr. D. José Fornes Ruiz
Presidente de Asociación para la defensa y atención de los Profesionales Pensionistas y Mayores – ADAPROPEM

Sra. Dña. Eva García Blanco
Vicepresidenta de la Hermandad de Pensionistas de la Administración Local
Padre Ángel García Rodríguez
Presidente Fundador de Edad Dorada - Mensajeros de la Paz
Sr. D. Eduardo García Sánchez
Presidente de la Federación de Asociaciones de Mayores de Andalucía – FAMAN
Sr. D. Javier García Pérez
Director General de Edad Dorada – Mensajeros de la Paz
Sr. D. Francisco García-Hortal
Presidente de la Confederación de Jubilados, Pensionistas y Mayores - CAJUMA
Sr. D. José María Hernández Pérez
Gerente de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León
Sr. D. Vicente Herrero Herrero
Presidente de la Asociación de Empleados, Jubilados y Pensionistas de Ibercaja
Sra. Dña. Victoria Lopesino Fernández
Presidenta de la Federación de Asociaciones de Empleados y Jubilados de Cajas de Ahorro
Sra. Dña. Elvira López Martín
Presidenta de la Confederación de Mayores de Canarias
Sr. D. Rafael Luque Barragán
Presidente de la Federación para la defensa de los Profesionales Pensionistas y Mayores – FAPROPEN
Sra. Dña. Carmen Marco Marco
Presidenta de la Federación Regional de Organizaciones de Mayores de Murcia
Sr. D. Francisco de las Marinas Alférez
Presidente de la Federación de Organizaciones de Mayores de la Comunidad Valenciana
Sr. D. Juan Martín Reig
Presidente de la Plataforma para la promoción del voluntariado
Sr. D. Juan Manuel Mellado Rojas
Presidente de la Federación de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas de la Comunidad Valenciana
Sra. Dña. Mercedes Mena Guerrero
Ex Presidenta Nacional de la Confederación de Federaciones de Viudas "Hispania"- CONFAV
Sr. D. Manuel Ocaña Losa
Vocal de la Junta Directiva de CEOMA
Sr. D. Antonio Orea López de los Mozos
Presidente de la Confederación de Asociaciones y Federaciones de Pensionistas y Mutualistas de la Mutualidad de la Previsión – COAPEM
Sr. D. Agustín Palomino García de Osma
Presidente de la Asociación Grupos Municipales de Mayores
Sr. D. Enrique Peidro Albaladejo
Secretario de la Comisión de Pensiones y Asuntos Sociales de CEOMA
Sra. Dña. Carmen Quintanilla Barba
Presidenta de la Asociación de Familias y Mujeres del Medio Rural - AFAMMER
Sra. Dña. Nieves Ramos
Presidenta de la Fundación Alzheimer España en Castilla y León
Sr. D. Agapito Rodríguez Añel
Presidente de la Federación de Casas Regionales y Provinciales de Castilla y León en Madrid
Sr. D. Lorenzo Rodríguez Durantez
Miembro de la Junta Directiva de CEOMA
Sra. Dña. Dolores San Antonio
Presidenta de la Confederación de Federaciones de Viudas "Hispania" - CONFAV
Sr. D. Francisco Sanabria Celis
Presidente de la Asociación de Profesores Universitarios Jubilados - ASPUR

Sr. D. Miquel Sánchez i López
Presidente del Área de Imagen y Comunicación de FATEC
Sr. D. Rafael Sánchez Plaza
Presidente de la Confederación Nacional de Jubilados, Retirados y Pensionistas de España
Sr. D. Manuel Serrano Herrero
Miembro de la Junta Nacional de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas
Sra. Dña. Pilar Vicente Gracia
Presidenta de la Federación Aragonesa de Asociaciones Independientes de Mayores – FASIMA
Sra. Dña. Marisa Viñes Millet
Presidenta de Abuelos en Marcha - ABUMAR

COMITÉ ASESOR

Presidente

Sr. D. Antonio Jiménez Blanco
Presidente del Consejo Asesor de CEOMA

Vicepresidente

Sr. D. Eloy Ybáñez Bueno
Embajador de España, Vicepresidente del Consejo Asesor de CEOMA

Miembros

Sr. D. José Luis Álvarez Álvarez
Presidente de la Fundación Nuevo Siglo
Sr. D. Fernando Álvarez de Miranda
Ex Defensor del Pueblo y Ex Presidente del Congreso de los Diputados
Sr. D. Tomás Blanco Flórez
Miembro del Consejo Nacional de Mayores
Sra. Dña. Victoria Camps Cervera
Catedrática de Filosofía, Moral y Política de la Universidad Autónoma de Barcelona
Sr. D. Manuel Clavero Arévalo
Catedrático de Derecho Administrativo de la Universidad de Sevilla
Sr. D. Pedro Crespo de Lara
Profesor titular de Empresa Informativa de la Universidad Complutense de Madrid
Sra. Dña. Loles Díaz Aledo
Directora del Programa "El Club de la Vida"
Sr. D. Hipólito Durán Sacristán
Catedrático de Patología Quirúrgica de la Universidad Complutense de Madrid
Sr. D. Licinio de Lafuente
Ex-Ministro de Trabajo y Miembro del Consejo Asesor de CEOMA
Sr. D. Santiago de Santiago Hernández
Escultor
Sr. D. Luis Ángel de la Viuda Pereda
Periodista y Presidente de SERFUSIÓN
Sr. D. Ricardo Díez Hochleitner
Presidente de Honor Club de Roma
Sr. D. Luis María Huete Morillo
Abogado
Sr. D. Gerardo Fernández Albor
Presidente del Consello Asesor de la Fundación Galicia
Sr. D. Alejandro Fernández Pombo
Presidente de la Federación de Asociaciones de la Prensa de España
Sra. Dña. Mercedes García Martín
Ex Presidenta de CONFAV
Padre Jaime Garralda Barretto
Presidente de Honor Horizontes Abiertos
Sr. D. Ramón González de Amezúa
Director de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando
Dra. Dña. Isabel Gutiérrez Zuloaga
Decana de la Facultad de Filosofía – Ciencias de la Educación. Universidad Complutense de Madrid

Sr. D. Antonio Lamela
Presidente Estudio Lamela
Sr. D. José Lladró Dolz
Empresario
Sr. D. Bernardo López Majano
Adjunto a Presidencia para Relaciones Institucionales - SECOT
Sr. D. Javier Matos Aguilar
Ex - Presidente del Colegio de Médicos de Madrid
Sr. D. Eugenio Marín García-Mansilla
Vicepresidente de Acción Social Empresarial
Sr. D. Federico Mayor Zaragoza
Presidente de la Fundación Cultura de Paz
Sr. D. Carlos Mingarro Lasaosa
Decano-Presidente del Consejo General de los Colegios Oficiales de Químicos de España
Sr. D. Rafael Muñoz Ramírez
Profesor Emérito de la Universidad Complutense de Madrid
Sr. D. José Luis Pécker
Periodista
Dr. Esteban Pérez Almeida
Geriatra, Director del programa "Los Decanos"
Sr. D. José Antonio Pérez España
Miembro del Consejo Asesor de CEOMA
Sr. D. Manuel Pérez Olea
Ex Presidente de la Fundación Independiente
Sr. D. Félix Pérez y Pérez
Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid y Académico Numerario de la Real Academia Nacional de Medicina y de la Real Academia de Doctores
Sr. D. José Luis Perona Larraz
Miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad
Sra. Dña. Pilar Pezzi Goitre
Presidenta de la Casa de Cantabria en Madrid
Sr. D. Adrián Piera Jiménez
Abogado
Sr. D. Fernando Poole Pérez- Pardo
Almirante de la Armada, Presidente del Centro de Educación Familiar Especial - CEAFES
Sra. Dña. Marta Portal Nicolás
Escritora y Dra. en Ciencias de la Información. Profesora Emérita de la Universidad Complutense de Madrid
Sr. D. Eduardo Primo Yúfera
Profesor de Biotecnología del Área Molecular y Bioquímica Molecular de la Universidad Politécnica de Valencia
Sr. D. Higinio Raventós Negre
Presidente de Edad y Vida
Sr. D. Juan Manuel Reol Tejada
Presidente Real Academia de Farmacia
Sr. D. Carlos Revilla Rodríguez
Director General de Fomento Salud
Sr. D. Carlos Robles Piquer
Presidente de la Fundación Cánovas del Castillo
Sr. D. José Luis Ruiz Solaguren
Presidente de Catering José Luis, S. A.
Sra. Dña. Margarita Salas
Presidenta del Instituto España
Sr. D. Fernando de Salas López
Rector de la Sociedad de Estudios Internacionales SEI

Sr. D. Enrique Sánchez de León Pérez
Abogado
Sr. D. Jesús Sánchez Martos
Catedrático y Periodista
Sr. D. Cosme Sordo Obeso
Presidente del Centro Asturiano en Madrid
Sr. D. Benito Tamayo Hernáiz
Vicepresidente del Consejo Asesor de CEOMA
Sr. D. Rafael Termes Carreró
Miembro de la Real Academia de las Ciencias Morales y Políticas
Sr. D. Mariano Turiel de Castro
Secretario del Casino de Madrid
Ilmo. Sr. D. Simón Viñals Pérez
Ex Concejal de Sanidad del Excmo. Ayuntamiento de Madrid

COMITÉ CIENTÍFICO

Sr. D. Sergio Ariño Blasco
Jefe del Servicio Área Sociosanitaria - Fundación Hospital Asilo de Granollers
Sr. D. Joan Artells Herrero
Director General de la Fundación SIS
Sr. D. Antonio Burgueño Torijano
Médico de Admisión del Hospital G.U. Gregorio Marañón
Sr. D. Demetrio Casado Pérez
Director Técnico del Real Patronato sobre la Discapacidad
Sr. D. David Casado Marín
Profesor asociado e investigador del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra
Sra. Dña. Dolors Colom
Directora de la Revista Agathos
Sr. D. Alfonso J. Cruz Jentof
Jefe de la Unidad de Geriatría del Hospital Ramón y Cajal
Sra. Dña. Rocío Fernández-Ballesteros
Catedrática de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid
Excmo. Sr. D. Julián García Vargas
Ex- Ministro de Sanidad y Consumo, y ex-Ministro de Defensa
Sr. D. Mariano Guerrero Fernández
Director Académico de la Escuela Española de Gerencia Sociosanitaria- Universidad Católica San Antonio
Sr. D. Francisco Guillén Llera
Geriatra, Hospital Universitario de Getafe
Sr. D. Pere Ibern Regás
Director de Desarrollo Estratégico DKV
Sr. D. Guillem López Casanovas
Catedrático de la Universidad Pompeu Fabra
Excma. Sra. Dña. Concepción Lostau Martínez
Directora de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Majadahonda
Sr. D. Héctor Maravall Gómez Allende
Adjunto a la Secretaría General de Política Institucional de Comisiones Obreras
Sr. D. Juan Manuel Martínez Gómez
Director Nacional de Servicios Sociosanitarios - EULEN
Prof. Sr. D. José Manuel Martínez Lage
Profesor de Neurología Clínica - Universidad de Navarra
Sr. D. Antonio Martínez Maroto
Jurista, Gerontólogo
Sr. D. José Manuel Morán Criado
Experto en Nuevas Tecnologías y Sociedad de la Información
Ilmo. Sr. D, Jesús Norberto Fernández Muñoz
Subdirector General de Gestión, IMSERSO
Sr. D. Antonio Peñafiel Olivar
Presidente Asociación Madrileña de Enfermería Geriátrica
Sr. D. Germán Pérez Vergara
Vocal de la Sociedad Española de Médicos de Residencias
Sr. D. Rafael Pineda Soria
Gerontólogo. Jefe del Área del Plan Gerontológico del IMSERSO
Sr. D. José Luis Puerta López-Cózar
Secretario del Consejo Asesor de Sanidad - Ministerio de Sanidad y Consumo

Prof. D. José Manuel Ribera Casado
Jefe Servicio de Geriatría del Hospital Clínico San Carlos
Sr. D. Gregorio Rodríguez Cabrero
Catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá de Henares
Sr. D. Leocadio Rodríguez Mañas
Presidente de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica - SEMEG
Sra. Dña. Estrella Rodríguez Pardo
Directora de Actividades y Servicios de Cruz Roja Española
Sr. D. Isidoro Ruipérez Cantera
Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología - SEGG
Sr. D. Julio Sánchez Fierro
Secretario Ejecutivo de Participación Ciudadana del Partido Popular
Sra. Dña. Mayte Sancho Castiello
Directora del Observatorio de las Personas Mayores del IMSERSO
Sra. Dña. Alicia Sarabia Sánchez
Investigadora Social del Real Patronato sobre Discapacidad
Sr. D. José Ramón Solanillas Vila
Responsable del Programa de Mayores del Departamento de Acción Social - CARITAS
Sr. D. Albert Vergés i Millet
Gerente de Edad y Vida
Sr. D. Josep María Viá i Redons
Director General Edad y Vida
Sr. D. Antoni Vilá Mancebos
Profesor de Pedagogía de la Universidad de Girona
Sr. D. Julio Villalobos
Vocal Asociación Española de Gestión Hospitalaria

ENTIDADES ASESORAS

Cáritas España
Cruz Roja Española
Seniors Españoles para la Cooperación Técnica - SECOT
Comité Español de Representantes de Minusválidos - CERMI
Sociedad Española de Medicina Geriátrica - SEMEG
Sociedad Española de Médicos de Residencias - SEMER
Sociedad Española de Geriatría y Gerontología - SEGG
Sociedad Española de Medicina General - SEMG
Organización Médica Colegial
Confederación Estatal de Sindicatos Médicos - CESM
Organización Colegial de Enfermería
Asociación Madrileña de Enfermería Geriátrica - AMEG
Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos - CGCOF
Consejo General de Diplomados en Trabajo Social - DTS
Alianza para la Depresión
Asociación Española de Personas Handicapadas
Asociación de Educación para la Salud - ADEPS
Asociación para la Ayuda a la Atención al Paralítico Cerebral - ATENPACE
Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias - CEAFA
Confederación Estatal de Pacientes de España
Escuela Española de Gerencia Sociosanitaria. Universidad Católica San Antonio (Murcia)
Federación Nacional ALCER
Fundación AEQUITAS
Fundación Alzheimer España
Fundación Juan Ciudad
Fundación MAPFRE MEDICINA
Fundació Pere Tarrés
Fundación San Pablo – CEU
Universidad de Alicante - Universidad Permanente
Universidad de Almería – Programa de Mayores
Universidad de Córdoba - Cátedra Intergeneracional
Universidad de Santiago de Compostela -Vicerrectorado de Tercer Grado y Extensión Docente
Universidad Complutense de Madrid - Vicerrectorado de Extensión Universitaria
Instituto de Salud Carlos III
Revista Agathos
Asociación de Iniciativas Comunitarias - ACI
Agencia Internacional de Acreditación

COMITÉ LOCAL

Sra. Dña. Nieves Ramos
Fundación Alzheimer España en Castilla y León
Sr. D. Salvador Barrios Rubio
Federación de Casas Provinciales y Regionales de Castilla y León. Sección de Mayores
Sr. D. José Luis Bellido
Federación de Casas Provinciales y Regionales de Castilla y León
Excmo. Sr. D. Félix Calvo Casassola
Alcalde de Villalar de los Comuneros y Presidente del Consejo Regional de Mayores
Sra. Dña. Mª Luisa Cano
Confederación de Federaciones y Asociaciones de Viudas "HISPANIA"
Sr. D. Mariano de la Cruz del Caño
Presidente de ASPAYM
Sra. Dña. Sagrario García Lozano
Asociación de Profesores Universitarios Jubilados – ASPUR
Sr. D. Pedro Gómez Bosque
Asociación de Profesores Universitarios Jubilados – ASPUR
Sr. D. Heraclio González González
Asociación de Jubilados y Pensionistas de Caja España
Sr. D. Jesús Lérida Domínguez
Asociación de Profesores Universitarios Jubilados – ASPUR
Sr. D. Alberto Martínez Masa
Seniors Españoles para la Cooperación Técnica - SECOT
Sr. D. José Luis Porto Castellanos
Asociación Grupo de Mayores de Telefónica
Sr. D. José Manuel Sánchez López
Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas
Sra. Dña. Isabel Tamames Muñoz
ONCE-SUPPO

PONENCIAS

Bases para una Ley Estatal de Protección Social a las Personas con Dependencia

Ponente: ***Luis Álvarez Rodríguez****, Presidente del Grupo Mayores de Telefónica*
Presidente: ***Licinio de La Fuente****, Ex-Ministro de Trabajo, Miembro del Consejo Asesor de CEOMA*
Vicepresidente: ***Manuel Ocaña Laso****, Vocal de la Junta Directiva de CEOMA*
Secretario: ***Juan Ramón Gallo****, Grupo de Mayores de Telefónica*
Vocal: ***José Luis Rey Mora****, Vocal Nacional de Voluntariado de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas*
Experto: ***Antoni Vilá****, Profesor de la Universidad de Girona*

Consideraciones previas.-

Se estima que el problema de las personas en condiciones de Dependencia ha llegado a una situación que exige el oportuno desarrollo legislativo, apoyándose en el principio de la dignidad humana establecido en la Constitución (art. 10, punto 1) y en el mandato a los poderes públicos que les obliga a **" ….mantener un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, …."** (art. 41) y a **garantizar "mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad" y a promover "su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio"** (art. 50)

Las Organizaciones de Mayores presentes en el VI Congreso pedimos a los poderes públicos que reconozcan la situación de necesidad en que se encuentran las personas con dependencia y que se promulgue una Ley Estatal de Protección a las Personas Dependientes que desarrolle los "principios rectores de la política social" recogidos por la constitución en el artículo 41 antes citado, que garantiza la asistencia y prestaciones sociales en las situaciones de necesidad. Ello implicaría obligación para el Estado, la creación de derechos subjetivos y un apoyo jurisdiccional total.

Por otro lado, al constituir parte de la legislación básica y del régimen económico de la Seguridad Social, será de competencia estatal (art. 149 de la constitución), sin perjuicio de que la ejecución de los servicios se realice por las Comunidades Autónomas, como ya sucede en la actualidad.

La inclusión de la Dependencia en la Seguridad Social estaría también amparada por el artículo 138 de la actual Ley de Seguridad Social, que debe de ser urgentemente modificado para suprimir la clamorosa discriminación por razón de edad, que impide el derecho a las prestaciones por incapacidad permanente cuando el beneficiario haya cumplido 65 años. Los artículos 9 y 14 de la Constitución y la Directiva 2000/78, que debe de entrar en vigor en Europa el próximo año, exigen la urgente desaparición de esta flagrante discriminación.

El carácter estatal de la Ley está también respaldado por el artículo. 149 de la Constitución que otorga competencia exclusiva al Estado sobre la "...regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles...", igualdad de tratamiento que es una de las reclamaciones de los mayores de toda España. La reciente Ley de Calidad y Cohesión del Sistema Sanitario es un ejemplo a seguir.

Por otra parte, la regulación inicial por la Seguridad Social no impediría, como ha pasado con la Sanidad, que en un futuro la financiación pudiera ser transferida a los **Presupuestos Generales del Estado, que constituye nuestro modelo ideal**.

En aras de una uniformidad de expresión, **se adopta la definición del Consejo de Europa que considera la dependencia como** *el estado en el que se encuentra una persona que, por falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, precisa de la atención de otra u otras personas o ayuda importante, para realizar actividades de la vida diaria, entendiendo éstas como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial y actos relacionales*. Naturalmente se podrán dar grados o niveles de dependencia, de los que se hablará más adelante. Por otra parte, las nuevas definiciones de la Organización Mundial de la Salud (CIF, OMS) sobre la discapacidad, enfatizan la importancia del entorno en su configuración, así como los aspectos relacionales y de participación.

En el Plan de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de abril 2002, (adaptado a Europa por el Plan Regional de Septiembre 2.003), se adoptan nuevas políticas para las personas mayores, centradas en la atención y tratamiento, en la promoción de medios de vida saludables y entornos propicios, en la independencia y la habilitación, así como en potenciar las posibilidades de participar plenamente en la sociedad, planteándose **"el refuerzo de los apoyos esenciales hacia las familias en sus funciones de cuidadores de sus miembros dependientes"**; y en las Recomendaciones del Foro de ONG´s paralelo a la Asamblea, se citaban entre los derechos básicos en protección social **"el acceso a unos cuidados de salud y socio-sanitarios que garanticen la autonomía personal, la calidad de vida y la integración efectiva en la sociedad"**.

También incide en nuestros planteamientos, por su vinculación con la Prevención y el Envejecimiento Activo, el art. 43 de la Constitución, en que se reconoce el derecho a la protección de la salud y la competencia de los poderes públicos para organizar y tutelar la salud a través de medidas preventivas.

En la actualidad se dan, además, unas circunstancias que hacen más necesaria la existencia de una adecuada regulación sobre este particular.

- El progresivo envejecimiento de la sociedad, debido en buena parte a la mayor esperanza de vida de los mayores.
- El porcentaje de personas de edad superior a los 65 años es 16,9 %. (Unos 6,85 millones de personas en el año 2000, según datos del Informe 2002, del Observatorio de Personas Mayores).
- El número de personas de edad superior a los 80 años se ha duplicado en los últimos 20 años, siendo 1, 55 millones en el año 2.000, lo que representa un 3,8 %. (Datos del Informe 2002)
- Las estadísticas dicen que de las personas mayores de 65 años, una de cada cuatro precisa ayuda para alguna de las actividades diarias y que a partir de los 85, la ayuda la precisarán más de la mitad.
- Igualmente, las estadísticas dan en el año 2000, la cifra de 2.300.000 como la de "personas mayores dependientes", como total de los distintos grados de dependencia. La estimación para el año 2010 asciende en un 20% a 2.775.000. (Gregorio Rodriguez Cabrero)
- Según una encuesta del IMSERSO de 1995, el 10,8 % de las personas dependientes de más de 65 años, no reciben ningún tipo de ayuda.
- Una parte importante de la dependencia de las personas mayores se puede retrasar en su aparición e incluso eliminar, mediante políticas de promoción de la salud y del envejecimiento activo, con cambios de hábitos y atención a factores de riesgo.
- Es habitual que, en los casos de dependencia, la ayuda se reciba de la familia, muy especialmente de las mujeres. La estructura social y familiar ha ido cambiando y la creciente incorporación de la mujer al mundo del trabajo, está incidiendo en la forma de atención existente.
- Por otra parte los recursos sociales actuales (ayudas a domicilio, Centros de Día, Residencias), las políticas de prevención de la dependencia y la promoción del

envejecimiento activo, no son hoy en día suficientes, ni quizás sean las más adecuadas, para cubrir las crecientes necesidades que se vislumbran en el futuro.

Para cumplir con los citados mandatos constitucionales (Artículo 41), se hacen precisas actuaciones importantes, especialmente de los poderes públicos, que deben estar bien previstas, reguladas, con responsabilidades definidas y repartidas y con una financiación sostenible que haga posible convertirlas en realidad. Para ello, deberá contarse también con la solidaridad intergeneracional de la sociedad española, ya que consideramos que las cuestiones que se exponen afectan, o pueden afectar, a todas las personas y familias en algún momento de su vida

Consideramos no sólo un derecho, sino un deber de los mayores, su participación a través de las Asociaciones auténticamente representativas, en el desarrollo del Proyecto de Ley que regulará la protección a la Dependencia.

Las Asociaciones de Mayores consideran que en el desarrollo de la Ley se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La debida relación entre el sistema sanitario y los servicios sociales, determinando la forma de su articulación, ya sea vía coordinación o integración..
- La carencia de infraestructuras para la atención de personas dependientes.
- La insuficiencia de las prestaciones actuales del sistema de Seguridad Social, para hacer frente a los cuidados de la dependencia.
- La falta de coordinación entre los servicios comunitarios y los especializados, así como la de los públicos con el sector privado.
- Los desequilibrios territoriales que dificultan la aplicación del principio de igualdad, las bolsas de pobreza y las de marginación de las personas mayores que todavía persisten en algunos barrios urbanos y en zonas rurales.
- La ausencia de una política global, de recursos públicos suficientes y de apoyo a las familias cuidadoras.
- La ausencia de una política general de prevención de la dependencia y de promoción del envejecimiento activo.

Por otra parte, hay además algunas cuestiones que, igualmente deberán considerarse:

- Determinar cuáles son los derechos adicionales de los ciudadanos con algún tipo de dependencia, así como los mecanismos de garantía y satisfacción.
- Distribución clara de competencias y responsabilidades en esta materia, a partir del principio de subsidiariedad.
- Reflexionar sobre el contenido de las leyes autonómicas y debatir sobre la posibilidad de crear una nueva generación legislativa en materia de servicios sociales capaz de responder a los retos del nuevo milenio, teniendo siempre presentes las realidades Autonómicas y contando con la participación de tales Instituciones.
- Estudiar el cambio de los programas y proyectos actuales, estructurados por sectores de población – ancianos, minusválidos, etc – hacia sistemas más transversales e integrados para afrontar así las necesidades de la dependencia.
- Tener en cuenta el principio de subsidiariedad en la organización de las prestaciones. La aplicación de este principio debería comportar una mayor descentralización a nivel local y constituir el soporte de ayuda a la familia, al sector informal y a la iniciativa social.
- Estructurar ámbitos coordinados de actuación, con el fin de ofrecer sistemas integrados, optimizar los recursos y mejorar la calidad de la atención recibida. Entre los ámbitos prioritarios de actuación está el sociosanitario, que integra las acciones del ámbito sanitario y el de los servicios sociales.
- Buscar y aplicar fórmulas de participación real para las personas afectadas, sus familias y las Organizaciones de Mayores que les representen, en la definición de las necesidades y en la **planificación, organización y evaluación de los resultados y de la calidad** de los

servicios, incluido el control de calidad. Los actuales sistemas están pensados básicamente en la participación de las personas válidas y tienen un carácter meramente asesor y consultivo.

- Establecer unos presupuestos acordes con los derechos reconocidos, rompiendo la inercia actual hacia la institucionalización para posibilitar así los principios de proximidad y los modelos más comunitarios. Esta acción supone la revisión de los actuales sistemas de financiación, incluidos los procedentes de la Seguridad Social y replantear consecuentemente el cuadro de prestaciones.
- Posibilitar la evaluación conjunta de experiencias y programas piloto realizados en este campo, ya sea por el sector público o por el privado.
- Estudiar los efectos de políticas preventivas y de promoción del envejecimiento activo sobre la dependencia, a través de estudios longitudinales.
- Estudiar la evolución de esta realidad de la Dependencia a través del Observatorio de la Discapacidad del IMSERSO y a través de la investigación por medio de los Institutos de Investigación públicos o privados existentes

No pretende este Proyecto de Bases dar expresión legal a su contenido, pero sí trata de dejar claros los puntos y orientaciones básicos del mismo. En la redacción de las Bases que se incluyen en esta ponencia también se han tenido en cuenta las estrategias planteadas en el Plan de Acción para las Personas Mayores 2.003-2.007.

CAPITULO I
Ambito

La ley de Protección a la Dependencia deberá ser una ley Estatal, que otorgue derechos subjetivos a los ciudadanos para exigir su cumplimiento, de ámbito y responsabilidad estatal, en sus contenidos y definiciones básicas, con independencia del reparto de responsabilidades para su aplicación y gestión por las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales, con absoluto respeto a sus competencias y contando con su participación en la elaboración de la ley.

Los entes responsables de la acreditación de prestaciones y servicios y de la supervisión de la correcta aplicación de lo legislado, deberán estar cerca de donde se producen las situaciones; es decir la acreditación será responsabilidad de las Comunidades Autónomas y su aplicación y seguimiento, responsabilidad de los niveles locales.

CAPITULO II
La persona

Base 1.-

Se consideran protegidas por esta Ley todas las personas españolas o ciudadanos de la Unión Europea que residan en territorio español y se encuentren en situación de dependencia, de acuerdo con las condiciones que definen esta situación.

Los ciudadanos de otros países podrán acceder a los beneficios de esta ley de acuerdo con los tratados y convenios internacionales vigentes y, en su defecto, atendiendo al principio de reciprocidad.

Base 2.-

La ley considerará a las personas en situación de dependencia aplicando principios de **universalidad** (incluirá a todas las personas en esa situación), **igualdad** (igual trato para iguales circunstancias y en todos los sistemas de protección social) y **equidad** (reparto adecuado de los recursos). También estará presente en la ley el principio de **solidaridad** como expresión de la cooperación de las personas en búsqueda del bien común.

Para la correcta aplicación del principio de **igualdad**, es importante reflexionar sobre el contenido de las leyes autonómicas existentes, relacionadas con la dependencia, para que la nueva ley responda realmente a dicho principio.

Base 3.-

Cuanto se haga para ayudar a la persona en situación de dependencia, será respetando **su dignidad**, es decir con respeto a su individualidad e intimidad, favoreciendo su **participación** y autonomía, y evitando su aislamiento y la soledad, dentro de los límites que permita su grado de dependencia.

Base 4.-

Derechos de las personas mayores con dependencia.

Deben respetarse escrupulosamente los principios básicos de la Bioética: autonomía, beneficencia y equidad (no discriminación).

Las personas dependientes que reciben cuidados a diario (cuidados prolongados o de larga duración) tienen derecho a:

1. información plena sobre sus derechos.
2. respeto absoluto a sus valores personales, creencias, preferencias culturales y espirituales.
3. que se guarde total confidencialidad sobre la información a él referida.
4. la información clara de su diagnóstico, situación y evolución, - actual y previsible - así como de las prestaciones disponibles y de los requisitos para acceder a ellas.
5. la toma de decisiones sobre cuidados y tratamientos, la expresión de sus deseos, la elección de actividades y, siempre, al reconocimiento como un ciudadano de pleno derecho a lo largo de toda la vejez hasta el final de su vida.
6. disponer de ingresos suficientes, para atender sus necesidades básicas, así como a mantener la gestión de su patrimonio y rentas, mientras ello le sea posible.
7. la protección jurídica adecuada, de su persona y de sus bienes, en especial en el caso de personas afectadas por incapacidad legal.
8. la valoración y diagnóstico precoz y al acceso a una atención adecuada, en todas las situaciones.
9. tomar parte en las decisiones sobre cualquier aspecto que le afecte, como es la provisión de cuidados y sobre las alternativas del lugar donde vivir.
10. escoger su forma y lugar de vida, ya sea en su domicilio o la comunidad, mientras sea posible y deseable, o en un establecimiento residencial, ambos adaptados a sus necesidades.
11. vivir libre de cualquier forma de abuso, violencia o maltrato.
12. vivir libre de sujeciones o restricciones arbitrarias de cualquier tipo, impuestas por conveniencia o disciplina, o cuando existan tratamientos mejores.
13. recibir los servicios adecuados de atención a su dependencia, en el lugar y forma elegidos. Los Centros residenciales deberán estar siempre en condiciones de poder cubrir tanto todas las necesidades sanitarias, sociales, fisiológicas, sensoriales y de comunicación que se presenten, como las posibles necesidades psicológicas.
14. los servicios de cuidados de proximidad, que les eviten la soledad y el aislamiento, prestados con las técnicas y calidad que sean necesarios.
15. que la atención que reciben las personas mayores con dependencia sea proporcionada por personas con la formación adecuada y en número suficiente en todos los niveles de atención.
16. las medidas de prevención de la dependencia a lo largo de todo el ciclo vital.
17. el mantenimiento de las relaciones familiares y de amistad y al apoyo de los familiares que tengan a su cargo personas mayores con dependencia.

18. que la sociedad conozca las dificultades que padecen las personas mayores con dependencia.
19. que todas las administraciones y entidades que intervienen en la gestión de la Dependencia, tengan en cuenta los derechos que aquí se reconocen y pongan en práctica las medidas oportunas en todos los campos de su competencia.

Por su relación con los derechos de la persona dependientes, se deberá valorar el derecho preferente de la familia, cónyuge, hijos o parientes cercanos en la toma de decisiones cuando la situación de la persona dependiente lo requiera.

Las Organizaciones que presten los cuidados, sus gestores y sus trabajadores, deben garantizar el respeto a estos derechos.

Base 5.-

Deberes de los mayores con dependencia.

- Facilitar información veraz sobre sus circunstancias personales cuando ello fuese preciso para la concesión de alguna prestación.
- Destinar las prestaciones al fin para el que se concedieron.
- Participar activa y positivamente mente en su proceso de atención, en la medida de sus posibilidades.
- Contribuir a la financiación del servicio, cuando fuese posible y así lo determine la normativa.
- Cumplir y respetar las normas por las que se rijan los Centros en los que se les preste atención.

Base 6.-

Aplicación de los derechos y deberes.

El ejercicio de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones debe adecuarse a las personas mayores dependientes, comprometiendo a sus tutores cuando sea necesario.

Deberán tomarse las medidas administrativas y judiciales oportunas para garantizar la efectividad del ejercicio de los derechos de las personas mayores dependientes en el ejercicio de su tutela o curatela.

Base 7.-

Su entorno físico.

Las ayudas que reciban las persona en situación de dependencia irán encaminadas (con la preferencia marcada por el orden en que se citan) a las siguientes posibilidades:

- *Propio domicilio*.- Primar, si se desea, la permanencia en el propio domicilio, facilitando para ello los dispositivos precisos de ayudas técnicas y retribuciones, tanto a la persona necesitada como a su cuidador informal.
- *Domicilio de acogida.*- Una variedad próxima a la posibilidad de permanecer en su domicilio está en el domicilio de acogida, entendiendo por tal el caso de las familias que, reuniendo determinadas condiciones, desearan acoger en su domicilio o atender en un domicilio próximo, a una persona dependiente, recibiendo por ello la retribución oportuna. Deberán articularse procedimientos normalizados y de fácil aplicación encaminados a la supervisión de lo recibido por el mayor.
- *Viviendas tuteladas o compartidas*.- Otra posibilidad es el agrupamiento de personas dependientes **en viviendas tuteladas, o en viviendas compartidas**, donde se pueda compatibilizar la intimidad y la seguridad. Deberán articularse procedimientos normalizados

y de fácil aplicación encaminados al mantenimiento de la calidad de vida compartida en estas viviendas.

- *Centros de Día y Centros especializados*.- Que el domicilio sea el habitual, o al menos en su entorno, aunque **durante el día** reciba asistencia en Centros especializados
- *Atención residencial continuada*.- Cuando la gravedad de la situación o el deseo de la persona dependiente imposibilite algunas de las soluciones citadas, se contará con Centros de **atención residencial continuada** durante las **24 horas**, lo más parecidos y próximos a su forma de vida y entorno habitual.

Base 8.-

Las personas de su entorno.

- **La familia** es el centro básico de la relación natural de las personas. Por ello debe promoverse la permanencia y relación de la persona en situación de dependencia, en y con su familia o unidad de convivencia. Para ello, se establecerán las ayudas técnicas, económicas y legales necesarias, que favorezcan esta posibilidad cuando sea la deseada.
- Por otra parte, tanto en la asistencia en el domicilio como en los Centros diurnos y Residencias, será necesaria la presencia y actuación de **profesionales, cualificados y especializados**, que deberán realizar su labor de forma eficiente y con el respeto y consideración que la persona siempre requiere. Para que esto sea así, se precisa una importante y profunda acción de **formación y de control de los servicios**, exigiendo a los responsables la capacitación o titulación adecuadas.

Base 9.-

Valoración de la Dependencia. Niveles. Sistema de Información.

La esencia de una buena calidad asistencial en geriatría depende del manejo experto de las necesidades médicas, funcionales, psicológicas y sociales de los pacientes mayores y sus cuidadores.

La valoración de la situación del mayor se efectúa en un proceso multidisciplinar que se basará en lo actual pero que se deberá extender hacia el futuro. Se pretende descubrir, describir, e incluso explicar, los problemas del paciente dando paso a una evaluación de recursos, de capacidades y posibilidades de los servicios. **Se combinará la valoración geriátrica con la elaboración de un plan de cuidados individualizado hacia el paciente y sus necesidades.**

Las características que ha de reunir dicha valoración son: cuádruple (clínica, funcional, mental y social), dinámica, exhaustiva y multidisciplinar (profesionales diversos). Ello la convierte en una Valoración Geriátrica Integral (VGI), siendo preciso que los datos obtenidos se expresen con claridad en términos, no solo comprensibles para el médico o médicos geriatras que hayan intervenido en la evaluación, sino también para los enfermeros y resto de especialistas e incluso para cualquier otra persona que pueda examinar los resultados con posterioridad. La adecuada utilización de escalas de medida facilitará la objetividad y dará lugar a un lenguaje común entre los distintos profesionales, que contarán con datos fiables, válidos, sensibles y comprensibles.

La V.G.I. ha de adaptarse al sujeto y entorno para que sea realmente útil. Se garantizará que estos datos queden protegidos por la confidencialidad debida al respeto a la intimidad de las personas. Esta valoración de ser aplicable tanto en la fase aguda como en la fase crónica de la enfermedad, pudiendo realizarse tanto en el domicilio del paciente como en la consulta externa, en el hospital, en la residencia de mayores, en la unidad de rehabilitación o en la sala de psiquiatría.

Es preciso que en los hospitales se instalen Servicios de Geriatría donde, entre otras actividades, se realice de forma sistemática la Valoración Geriátrica Integral, incluso en régimen de hospitalización para aquellos mayores que así lo requieran.

También podrán habilitarse Unidades de Valoración Geriátrica extrahospitalarias, acercando así la tecnología a los usuarios, siempre que se guarde la debida coordinación con los Servicios de Geriatría hospitalarios.

La valoración exclusiva del mayor, considerando solamente su capacidad de auto cuidado (valoración funcional), es insuficiente, teniendo que orientarse la legislación sobre la dependencia a la incorporación de la Valoración Geriátrica Integral.

Niveles de Dependencia.

Sentado el principio de la Valoración Geriátrica Integral, se pasa a establecer la clasificación exclusivamente funcional que mida la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria y que se determina en tres niveles: leve, moderada o grave según las facultades del mayor para realizarlas.

- **Dependencia leve:** servicios con atención varias veces a la semana, pero no diariamente.
- **Dependencia moderada:** servicios con atención diaria, pero no constante.
- **Dependencia grave:** necesidad de servicios frecuentes, con periodicidad a intervalos cortos, constantes o casi constantes.

Todo ello referido a las actividades, según la siguiente clasificación:

1. **Actividades básicas** propias del auto cuidado, como por ejemplo: alimentarse, asearse, vestirse, continencia de esfínteres, bañarse y andar (ABVD).
2. **Actividades instrumentales** de la vida diaria. Indican la capacidad que tiene un individuo para llevar una vida independiente en la comunidad: tareas del hogar, compras, manejo de la medicación y de los asuntos económicos (AIVD).
3. **Actividades avanzadas** de la vida diaria. Son marcadores de actos más complejos y en gran parte volicionales, como, por ejemplo empleo, tareas en tiempo libre, contactos sociales, ejercicio, etc (AAVD).

La administración estatal acordará con las autonómicas los posibles niveles que midan la dependencia del paciente mayor, siendo esta clasificación o puntuación factor importante a efectos administrativos (subvenciones, asignación de cuidadores, utilización de centros asistenciales, etc). Atendiendo a los principios de universalidad e igualdad, será fundamental que la evaluación, a los citados fines, sea igual, en idénticas circunstancias de los pacientes, sea cual sea su situación geográfica, profesionales que le examinen, etc.

Deberá, pues, existir un baremo único, así como unos equipos profesionales de responsabilidad pública que realicen la valoración y calificación de la dependencia en cada caso, asignando a las definiciones anteriores límites más concretos (en cada una de las tres grandes áreas: cuidados personales, tareas domésticas y asuntos propios) que permitan hacer una valoración lo más objetiva posible, según los indicadores de la Escala que resulte más adecuada entre las que existen, y que irá acompañada, en todo caso, de un programa individual, que contendrá la información y orientación oportunas respecto a su situación personal, familiar y económica, para lograr así la correcta evaluación del camino más adecuado de atención, plazos de revisiones, etc, dentro del marco de la ley y sus recursos.

Cuando la persona con Dependencia, no pueda gobernar sus actos. se deberá considerar, para su protección, la situación de incapacitación legal, en todos los aspectos, que sean

necesarios, iniciándose el proceso por el que se llegue a dicha situación. Estas personas deberán ser objeto de una especial protección y tutela por parte de las autoridades públicas. A tales efectos, se creará la figura del Fiscal Protector del Mayor Dependiente.

Sistema de Información.- Los datos de la Valoración Geriátrica Integral, así como los de la clasificación funcional en los Niveles de Dependencia, deben alimentar un Sistema de Información, cuyo contenido ayudará eficazmente a organizar, revisar, supervisar y racionalizar la atención a la Dependencia, permitiendo:

- El análisis de la casuística atendida.
- La predicción, racionalización y distribución de recursos.
- La planificación y continuidad de los cuidados.
- La evaluación de los resultados asistenciales.
- La investigación epidemiológica.
- La planificación sanitaria.
- El control y garantía de la calidad.
- La toma de decisiones políticas.

Base 10.-

Prevención. En el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento, en la Orientación Prioritaria II (Fomento de la salud y el bienestar en la vejez), en el Objetivo 2 de la Cuestión 1, se mencionan las medidas que cumplirán el compromiso **de "Elaborar políticas para prevenir la mala salud entre las personas de edad"**

La eficacia de una ley de protección a la dependencia será tanto mayor cuanto mejor se puedan administrar los recursos de que se disponga, cuanto mejor estén definidas las situaciones y cuanto menos casos haya que atender. Todo ello se consigue con un buen sistema de prevención de la enfermedad y de la dependencia asociada, así como con la promoción del envejecimiento activo, lo que retrasará e incluso eliminará en alguna medida la dependencia . Por ello, consideramos de extraordinaria importancia que esté presente en la ley este concepto. Aunque no se trata realmente de un servicio para las personas dependientes, tiene una relación directa sobre la situación global de la dependencia, especialmente con el futuro de la misma, mediante la organización de campañas de prevención sanitaria, de hábitos alimenticios y planes de seguimiento (de alimentación y de criterios de vida sana) que correctamente aplicados eliminen o al menos retrasen la aparición de la situación de dependencia.

La ley debe reconocer y poner en primer plano el papel de la Gerontología, la cual, apareciendo formalmente en las estructuras sanitarias, permitirá establecer los planes de prevención, tanto sanitarios como de tipo de vida, que hagan frente a los riesgos de procesos generadores de dependencia.

CAPITULO III
Las Prestaciones y Servicios

Base 11.-

Modelo de atención.

Con el objetivo de conseguir la mejor atención integral de la persona, la optimización de los recursos y la mayor calidad de los servicios, se optará por un modelo sociosanitario, que facilite la coordinación e integración de los servicios sociales y de atención sanitaria. La racionalidad, así como la viabilidad económica de dicho modelo, exigen que la proporción entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, se ajuste en cada caso al nivel de dependencia.

Al quedar incorporado un mayor al Sistema de Dependencia, después de su Valoración Geriátrica Integral y asignación al Nivel de Dependencia que le corresponda, recibirá su **Plan Personal de Atención**, respetando sus derechos de elección, según se recogen en la Ley.

La Ley deberá desarrollar un procedimiento que garantice que este **Plan Personal de Atención sea algo vivo que evolucione con los cambios en la situación de la persona dependiente, en los cuidados que precise y en la forma de atención**.

Sección 1
Atención primaria

Base 12.-

La atención primaria sanitaria y la de servicios sociales actuarán de forma coordinada con el fin de realizar actividades sociosanitarias, preventivas, comunitarias, domiciliarias, así como en coordinación con las actividades y servicios de proximidad.

Sección 2
En Domicilio

Base 13-
Seguro Vitalicio.

Para preservar la posibilidad de seguir viviendo en el propio domicilio, deberán estar ordenadas y legisladas las distintas posibilidades de tratamiento de la vivienda propiedad **(conversión de la propiedad en renta vitalicia y otras soluciones que se están proponiendo en la actualidad)**, propiciando esta posibilidad y su seguridad, con las oportunas ventajas fiscales y garantías legales

Base 14.-
Accesibilidad.

Las viviendas actuales al ser ocupadas por personas dependientes pueden precisar **obras de adaptación**, tanto en su estructura, como en su distribución, instalaciones y accesos., Deberán concederse ayudas económicas, ventajas fiscales, así como créditos asequibles para poder realizar este tipo de obras. Estas obras que faciliten la accesibilidad y uso de las viviendas a los mayores dependientes, deberán ser obligatoriamente aprobadas por las Comunidades de Propietarios.

Base 15.-
Nuevas tecnologías.

La **aplicación de nuevas tecnologías** a los funcionamientos ordinarios de las instalaciones domésticas permiten simplificar los esfuerzos, facilitando la vida a las personas dependientes, con determinadas limitaciones. La determinación de cuales de estas aplicaciones resultan de ayuda esencial y su promoción en las nuevas viviendas, redundará en beneficio de las personas dependientes. Para que las viviendas antiguas puedan beneficiarse de estas ventajas y condiciones, se promoverán las ayudas, créditos y desgravaciones que faciliten las actuaciones oportunas.

Base 16.-

Siguiendo con las nuevas tecnologías, se han de señalar las aplicables directamente a la persona, especialmente cuando ésta viva sola, como son, por ejemplo, las aplicaciones de **Teleasistencia**, sean en el sentido de telealarmas o de telecontrol médico. Para ello, deberá asegurarse una red de teleasistencias que cubra todo el territorio, sin olvidar las zonas rurales.

Base 17.-

Ayuda domiciliaria.

Finalmente en el capítulo de domicilio, están los dispositivos, compuestos por un conjunto de prestaciones y servicios sociosanitarios, incluidos en el **Sistema de Ayuda Domiciliaria a Personas Dependientes**, es decir todo tipo de ayuda personal, doméstica o sanitaria que reciba en su domicilio la persona dependiente.

Base 18.-

Las ayudas citadas comprenden las **actividades básicas de la vida diaria** (AVD), que afectan a la alimentación, a bañarse y otras tareas de higiene, a vestirse y desnudarse, al uso del retrete y actividades similares. También afectan a las **actividades instrumentales de la vida diaria** (AIVD), como son entrar y salir de casa, utilizar el teléfono, comprar ropa y comida, planificar y preparar la comida, o el cuidado de la casa.

Se incluyen en éstas:

- Las prestaciones y ayudas por personal cualificado sanitario y de servicios sociales.
- Prestaciones monetarias para familiares, convivientes, amigos o personas contratadas directamente en apoyo de los necesitados de asistencia.
- Asistencia domiciliaria cuando las personas encargadas de la asistencia ordinaria estén ausentes por cualquier razón o imprevisto
- Ayudas técnicas en general.
- Asistencia diurna y nocturna.
- Servicios de comida, lavandería a domicilio o cualquier otro servicio complementario.

Base 19.-

Como solución próxima a la del propio domicilio, deberá regularse la de **los domicilios de acogida**, estableciéndose las normas por las que se regirán la oferta y la demanda de esta posibilidad, las condiciones que deben reunir, tanto quienes brindan tal acogida, como los domicilios y en qué casos se debe considerar como viable esta solución.

Base 20.-

También como solución próxima a la del domicilio, se deben tratar **las viviendas tuteladas y las compartidas**. Es decir viviendas donde vive una persona sola o con su pareja y aquellas otras que comparten voluntariamente un grupo de personas. Se establecerán las condiciones que han de cumplir este tipo de viviendas, en cuanto a condiciones materiales de calidad, servicios, atención o seguridad; así como las personas que vayan a compartirlas.

Base 21.-

Es imprescindible hablar de la **Formación**. Tanto la de la propia persona dependiente a la que hay que ayudar a asumir su situación, como la de los familiares y de los cuidadores. La formación deberá cubrir tanto los aspectos que podríamos llamar técnicos o profesionales, como los afectivos, de relación en su función con las personas.

Sección 3
En Centros de Día y Residencias

Como escalón siguiente en el entorno físico de atención, para los casos en que o es imposible el mantenimiento permanente en el domicilio, o bien es conveniente para la persona su salida del mismo para su actividad y relación, existen, los Centros de Día, con atención diurna y las Residencias, como lugares de atención permanente. Bien es cierto que las Residencias deben ser consideradas, no sólo como lugares de atención a personas en situación de dependencia, pues hay numerosas plazas y situaciones de mayores que por otras circunstancias acuden y permanecen en ellas. Sin embargo, las consideraciones presentes se harán desde la óptica de la dependencia. Los servicios enunciados como prestados en el domicilio, se darán igualmente en estos Centros y Residencias, debiendo cumplir las condiciones que se fijan en las bases siguientes:

Base 22.-

Se determinará la dotación mínima de los servicios sanitarios y sociales, así como el tipo y número del personal de atención, en los Centros de Día y Residencias, para atender con la calidad debida a un determinado número de personas dependientes, así como las condiciones estructurales y de distribución que garanticen la correcta prestación de los servicios.

Base 23.-

Los servicios que deberán prestar los Centros de Día y Residencias, atenderán las actividades básicas e instrumentales de las personas que permanezcan en ellos. Procurarán igualmente, la participación de las personas dependientes, en actividades de ocio, ejercicio físico e intelectuales.

Base 24.-

Bajo los criterios generales que definen los Centros de Día y Residencias, un Organismo de la Comunidad Autónoma se responsabilizará de la homologación de los mismos, así como de la supervisión posterior que garantice la permanencia de la calidad en su funcionamiento.

Base 25.-

Con el fin de aplicar con eficacia los principios de universalidad e igualdad, citados anteriormente, se establecerán, mediante los estudios oportunos, el número mínimo aconsejable o preciso de plazas en Centros de Día y Residencias, para atender a las personas en situación de dependencia. La definición y diseño de estos centros debe ser flexible con el fin de facilitar las adaptaciones a los distintos territorios, especialmente a las zonas rurales.

Sección 4
Calidad

Base 26.-
Calidad.

La Ley debe garantizar la calidad de las prestaciones y servicios que reciban los mayores dependientes, por lo que se deben incluir criterios y mecanismos para conseguir, de forma permanente, la calidad exigida en el nivel definido. En ese sentido se exponen algunas consideraciones.

- La calidad técnico asistencial debe ser una preocupación pública, de los responsables máximos de los servicios. Tendrá consideración prioritaria lo que las personas objeto de atención y sus familiares manifiesten en relación con estos servicios, a fin de que los poderes públicos lo tengan en cuenta a la hora de velar por la calidad y los mecanismos de su mejora continua.
- Las personas objeto de atención y sus familiares no tienen que preocuparse de medirla, sino que deben recibir la seguridad de que los poderes velan por ella y por los mecanismos de mejora continua.
- Deberán quedar definidos los estamentos responsables de la supervisión y seguimiento de la calidad.
- Por los principios de universalidad e igualdad, deberán establecerse los parámetros de calidad con vigencia estatal, para cada uno de los servicios y prestaciones incluidos en el Catálogo general.
- Se deberán determinar los procesos y mecanismos de homologación y acreditación de la calidad para prestaciones y servicios y para Empresas, Instituciones y ofertantes de servicios en general.
- Los poderes públicos deberán establecer los órganos y procedimientos de inspección y control, que velen por el cumplimiento de la legalidad establecida y la calidad comprometida en la provisión de prestaciones y servicios, tanto por parte de los centros públicos, como en los concertados o privados.
- Se establecerán las normas sancionadoras oportunas para los casos en que las infracciones o incumplimientos de la ley, perjudiquen a la atención debida a los mayores dependientes, objeto de la presente ley.

CAPITULO IV
Producción y provisión de prestaciones y servicios

Base 27-

La **familia**. La sociedad actual presenta dificultades para la potenciación de la vida familiar e, indudablemente, uno de los miembros más afectado es el mayor. Cuanto se haga, en todos los sentidos, para hacer compatible la vida laboral con la vida familiar redundará en beneficio de todos y, por tanto, del mayor. En el caso de la atención a la dependencia, no se trata solo de "pagar" la atención del familiar, sino de posibilitar la atención en el domicilio por parte de los familiares que lo deseen, sin que esta decisión, comporte una "sobrecarga económica", o pérdida de la cobertura de la Seguridad Social, que le dé matices de enorme sacrificio, especialmente para la mujer que acostumbra ser la cuidadora principal . Por ello, las disposiciones legales deben contemplar esta vía como el soporte económico de la cobertura de la seguridad social y de formación que ayude a asimilar la situación.

Se pueden establecer una serie de consideraciones que ayudarán a los cuidadores informales, familiares o miembros de la unidad de convivencia, tales como:

- Flexibilidad o reducción en su jornada laboral.
- Permisos remunerados.
- Contratos a tiempo parcial.
- Excedencias voluntarias.
- Remuneración compensatoria
- Cobertura de la seguridad social del cuidador
- Considerar como de "situación asimilada al alta en la Seguridad Social", los casos en que, por esta dedicación, no se pueda acudir al mercado laboral, o le falten períodos cotizados.

Base 28.-

Los **cuidadores voluntarios**. Se deben considerar, aunque no sean profesionales, como necesarios colaboradores en la atención a la dependencia. En la actualidad hay una gran labor de voluntariado volcada a esta tarea. El potencial de la acción voluntaria de y hacia los mayores es un activo que no se puede perder, como generador de atención humana, de participación social y de promoción cultural y del ocio. No obstante, hay que capacitar más a estas personas, para que además de su enorme compromiso y buena voluntad, reciban la formación adecuada para hacer más eficaz su misión, sin interferir ni sustituir a los cuidadores profesionales. Por otra parte, como ya se ha dicho, los cuidadores profesionales, además de su aportación humana insustituible, recibirán una intensa y extensa capacitación, tanto en los aspectos técnicos y profesionales, como en los de relación humana. Lo mismo sucederá con los Voluntarios. Normalmente los cuidadores estarán integrados en equipos, pertenecientes a alguna organización, pero puede también darse el caso de la acción individual. La actuación de estas personas, en cualquiera de los casos, deberá estar homologada y reconocida.

Base 29.-

Los Centros de Día y Residencias. Con independencia de su carácter público o privado, deberán estar autorizados por los Organismos competentes y para estar integrados en la red correspondiente a la Ley de Protección, deberán estar debidamente homologados, acreditados y sometidos a la supervisión de los Organismos que a tal fin se establezcan. Las instalaciones y los servicios que se presten lo serán con las condiciones que para ellos marque la Ley, respetando siempre los derechos básicos e inviolables del mayor**: privacidad, confidencialidad, dignidad, autonomía, libertad de elección, satisfacción, información sobre sus derechos y todos aquellos otros que se establezcan en la citada Ley**.

Base 30.-

Todos los centros para personas dependientes se proyectarán teniendo en cuenta su carácter sociosanitario, según los siguientes criterios:

a) Estarán ubicados lo más cerca posible del domicilio y de su entorno relacional.
b) El establecimiento deberá ser lo más normalizado posible y parecido al entorno de vida de la persona mayor, para favorecer las relaciones con sus familias y amigos
c) El diseño será muy flexible, con el fin de poderlo adaptar fácilmente a las necesidades y circunstancias variables de las personas mayores, sus familias y su entorno.
d) Los centros estarán abiertos a la comunidad y prestarán servicios de proximidad, como atención domiciliaria, soporte a las famílias, etc.
e) Una función básica será prestar servicios de "respiro" al cuidador de forma temporal cuando lo precise.
f) Por su carácter sociosanitario, se deberán aplicar las exenciones vigentes en la Ley del Impuesto de Valor Añadido, legalmente establecidas, pero no aplicadas en la actualidad.

Es importante reivindicar, para los servicios asistenciales realizados en Residencias Geriátricas, Centros de Día, Centros Terapeúticos y de Rehabilitación, así como en la Atención Asistencial Domiciliaria, la supresión del IVA, que grava actualmente a las familias y usuarios, como si se tratase de plazas hoteleras.

Base 31.-

Proveedores de Servicios en general. Se incluyen en este apartado todas las empresas (u Organismos públicos y privados) que ofrecen servicios y elementos de ayuda a las personas dependientes para que puedan realizar mejor las distintas actividades de la vida diaria, tanto las básicas como las instrumentales, según figuren en el catálogo de servicios para personas dependientes. Empresas que dan servicio de Teleasistencia, Telecontrol y Teleobservación

médicas; empresas que diseñan y suministran ayudas técnicas para la visión y la audición o la movilidad; o ayudas técnicas para el acceso a la Información y a la Comunicación, ONG´s, Ordenes religiosas, Fundaciones, … Es necesario regular y coordinar las actividades y ofertas de todas estas empresas con los Organismos encargados de la difusión del uso de tales técnicas en beneficio de las personas dependientes.

La actuación de las entidades deberá ajustarse a los criterios de ordenación pública y las entidades que deseen formar parte de la "red de responsabilidad pública de atención a la dependencia" deberán ajustarse a los principios establecidos; en cualquier caso, las administraciones públicas deberán respetar la libertad de empresa y la autonomía de las entidades.

Base 32.-

Los **constructores**. Se incluyen como ofertantes de equipamientos y servicios, en el doble sentido de suministradores de la dotación a las viviendas de instalaciones de domótica que faciliten la vida en el domicilio de los mayores dependientes y en el sentido de su aportación a la construcción y modificación de viviendas para adaptarlas a las condiciones más adecuadas para los mayores que sufren limitaciones y dependencias. La inclusión de estos ofertantes en la Ley de Protección a la Dependencia será potenciada y coordinada con acciones en los Ministerios de Ciencia y Tecnología y Economía y Hacienda, Fomento y Sanidad y Consumo.

Base 33.-

Investigación. El diseño y la creación de nuevos elementos técnicos y métodos de intervención para todo tipo de ayudas enunciadas en forma resumida en la Base anterior precisa una continua innovación. Las Universidades y Centros de Investigación, así como las iniciativas privadas, pueden ir por delante en este campo, convenientemente impulsadas desde la iniciativa pública y en colaboración permanente con ella, preparando los programas adecuados de investigación y aplicación. **Anualmente se debería establecer un premio a la mejor innovación en el ámbito de la dependencia**.

Base 34.-

Finalmente, en relación con los productos y elementos técnicos de ayuda, con los procedimientos de acceso a las diferentes prestaciones y servicios, así como con el tratamiento adecuado por los medios de la imagen de las personas dependientes, será necesario **un Plan de comunicación para que las disposiciones de la Ley consigan la máxima difusión, junto con una imagen real y positiva de las personas dependientes**.

Base 35.-

Todos los recursos, humanos, físicos, estructurales y económicos, públicos o privados, que se dediquen a la atención de las personas en situación de dependencia, constituirán una **red, de responsabilidad pública específica**, con competencias bien definidas, cuyo fin, no puede olvidarse, **es la atención a la persona dependiente y su familia, para conseguir el grado máximo de calidad de vida dentro de su situación de dependencia**.

CAPITULO V
Estructura Organizativa

Base 36.-

En líneas generales, se proponen los siguientes criterios para la asignación de funciones a los distintos entes:

Administración Central: En razón al principio de igualdad, se consideran deben ser responsabilidad de este nivel: la definición de servicios y prestaciones, los baremos para determinación de los niveles de dependencia; la determinación de los criterios básicos de aplicación, la definición de los requisitos esenciales para los Centros y Residencias, los criterios de calidad, las bases para acreditaciones y homologaciones, los criterios de inspección y control de calidad. Es decir todo aquello que permita asegurar la vigencia del principio de igualdad en la aplicación de la ley.

Comunidades Autónomas: Por su directo conocimiento de la realidad, se considerará su participación en todos los trabajos de definición antes citados. Igualmente por su conocimiento y proximidad a las situaciones se considera deberá ser responsabilidad de las CCAA: la planificación de prestaciones y servicios en su ámbito, los procesos de acreditación y homologación, los planes de calidad, los criterios de aplicación y atención que permitan el cumplimiento del principio de equidad, con un adecuado reparto de los recursos. En resumen, todo aquello que lleva a convertir en realidad lo contemplado en la Ley, siguiendo los criterios que amparan el principio de igualdad.

Corporaciones Locales: Finalmente, será responsabilidad de este nivel la gestión directa de prestaciones y servicios; la administración directa de los recursos en la atención a los mayores dependientes, por su inmediata proximidad, el conocimiento directo de las situaciones y la acción social que hará que ningún mayor quede desatendido.

Base 37.-

Partiendo del ámbito estatal de la Ley, se deberán determinar los entes y áreas de la Administración a quienes quedará asignada la responsabilidad de la aplicación de lo establecido en la Ley, así como del seguimiento posterior. Se sugiere un Pacto de Estado que enmarque la responsabilidad global máxima en una Secretaría de Estado.

Base 38.-

Igualmente deberán quedar determinadas las competencias de las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales , que, en virtud de su cercanía a las situaciones que se presenten, ejercerán las funciones que les correspondan en la aplicación de la Ley.

Base 39.-

Se deberá redactar con claridad y detalle la relación de competencias y responsabilidades de cada uno de los Entes que formen parte de la estructura citada.

Base 40.-

La información relativa a los servicios y prestaciones de todo tipo, así como los requisitos para acceder a las mismas y los puntos de su tramitación, deberá quedar claramente establecida, comunicada y difundida para facilitar el acceso, de carácter universal, de los mayores dependientes o sus familias, con derechos y deberes específicos.

Base 41.-

La Ley deberá incluir el compromiso de preparar Planes Estratégicos o de Acción en Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales, que concreten la aplicación de su contenido en los cuatro años siguientes, estableciendo formas de evaluación anual. Esto permitirá avanzar

en los Sistemas de Protección con una continuidad de criterio y un crecimiento progresivo en la atención a los mayores con dependencia.

Base 42.-

Deberán potenciarse y facilitarse procedimientos que permitan la participación efectiva de las Asociaciones representantes de los mayores en los órganos de planificación, organización y evaluación de los resultados y de la calidad del sistema.

CAPITULO VI
Financiación del Sistema

Base 43.-

La forma de financiación del Sistema debe, por una parte, asegurar su sostenibilidad y por otra despertar la conciencia de participación económica de los ciudadanos para asegurar su futuro, si, por desgracia, precisaran de la protección que ofrece esta ley.

Base 44.-

Se considera urgente la aprobación y aplicación de esta Ley. Por ello se defiende aquí su pronta implantación dentro de un esquema que permita su crecimiento en prestaciones, cobertura y evolución de la forma de financiación. Compartimos por razones prácticas la gradualidad de su implantación, pero exigimos la urgencia del establecimiento de las primeras contribuciones adicionales a las que ya se están realizando, ahora que la situación no es tan grave como se prevé sea dentro de unos años y la situación económica lo permite. De esta forma el impacto no será tan severo como lo será en el futuro si seguimos sin actuar decisivamente

Base 45.-

Toda persona dependiente tiene derecho a las prestaciones y servicios de protección a la dependencia, tal como se exponen en la Ley. Ningún mayor dependiente podrá quedar sin la atención debida por razones económicas o de otra índole. Las prestaciones podrán ser exigidas a través de los cauces legales e institucionales que garanticen su efectividad.

Base 46.-

Para tener un sistema de la máxima cobertura, se hace precisa la cooperación intergeneracional en la sociedad con un concepto de profunda solidaridad, que se concretará en las aportaciones de los ciudadanos a la financiación del Sistema.

Base 47.-

Teniendo presente lo expuesto en las bases anteriores, los ingresos a generar que permitan la financiación del sistema, deberán tener carácter universal y finalista. El matiz "finalista" puede ser atendido tanto por contribuciones a la Seguridad Social, como por impuesto recaudado vía IRPF. No sucede lo mismo con el matiz "universal", ya que no todo el mundo está afiliado a la Seguridad Social. Por ello, nos inclinamos como solución deseable por la vía de impuesto. No obstante, si se considera **más viable a corto plazo la vía de contribuciones a la Seguridad Social**, apoyamos en aras de la rapidez y la eficacia esta solución, con los análisis convenientes que cubran la universalidad. Más adelante habrá ocasión de introducir los cambios oportunos.

El momento de subir las cotizaciones sociales a la Seguridad Social se puede hacer coincidir con una de las anuales reducciones de impuestos en el IRPF que se están haciendo últimamente, de forma que, en general, el impacto negativo de la introducción de la prestación de la dependencia quede compensado por la rebaja de impuestos. Con mayor motivo la repercusión económica sería neutra si la financiación se hiciera directamente con impuestos.

En las bases siguientes se expone cómo la financiación atiende los diferentes tipos y niveles de prestaciones, con independencia del sistema elegido (impuesto o contribución a la Seguridad Social)

Base 48.-

Las prestaciones para la atención a la dependencia se clasifican en los siguientes tipos:

a) Las **prestaciones básicas** incluyen las acciones de prevención de la dependencia, los tratamientos sanitarios y farmacéuticos y la asistencia esencial de soporte a la autonomía, ya sean prestadas en el domicilio o en un centro diurno o residencial debidamente homologado. Podrán ser facilitadas directamente por instituciones públicas o entidades privadas, concertadas, que cumplan condiciones prefijadas. Dichas prestaciones serán gratuitas para la persona dependiente que reúna los requisitos exigidos y en función del grado de dependencia establecido. Serán, pues, totalmente financiadas por el Sistema elegido.

b) Las **prestaciones complementarias** comprenderían las acciones asistenciales no incluidas entre las esenciales de soporte a la autonomia, los servicios sociales a la familia y otros no incluidos en las prestaciones básicas y las culturales, de ocio y tiempo libre. Estas prestaciones serán de copago, una parte a cargo del usuario y otra de la Comunidad Autónoma. Como en el caso anterior podrán ser facilitadas directamente por instituciones públicas o por entidades privadas concertadas.

c) Las **prestaciones de alojamiento y manutención** serán a cargo de la persona dependiente. Cuando no disponga de medios económicos suficientes serán los familiares obligados legalmente los que paguen los gastos originados por estos conceptos y, en último caso, será la Administración Autonómica y/o local la responsable de atender dichos gastos.

Los usuarios podrán suscribir seguros con entidades públicas, mutualidades y aseguradoras privadas acreditadas para la cobertura de las prestaciones de dependencia, complementarias y de alojamiento y manutención. Las cantidades invertidas para cubrir dichas contingencias por los ciudadanos previsores deberán gozar de desgravaciones fiscales estatales y autonómicas.

También podrán establecerse acuerdos de colaboración para la prestación de la atención a las dependencias entre la Administración del Estado, de las Comunidades Autónomas y la Local con dichas entidades aseguradoras y con las productoras y proveedoras de servicios.

En los servicios de copago podrán utilizarse modalidades como el cheque-servicio o similares, evitándose las desviaciones en su uso.

Base 49.-

En el Plan Estratégico Estatal de Atención a la Dependencia se concretará el Catálogo de servicios y prestaciones básicas, que podrá ampliarse en sucesivos planes cuatrienales. Deberá haber una primer fase en este Plan que garantice la cobertura a los niveles más altos de dependencia.

Las Comunidades Autónomas prepararán Planes Estratégicos Autonómicos en los que concretarán las prestaciones complementarias a la dependencia; asimismo las Corporaciones locales podrán establecer sus propios planes, respetando las planificaciones mínimas establecidas..

Base 50.-

Para la administración eficaz de la protección a la dependencia es necesaria una estrecha cooperación de la iniciativa pública con la privada. En la red de responsabilidad pública de atención a la Dependencia (REPAD) podrá haber instalaciones y entidades prestadoras de servicios de propiedad pública, pero también concesiones de gestión privada, así como la concertación de planes y servicios.

Los precios de las prestaciones y servicios ofertados por la iniciativa privada que colabore en la REPAD, deberán tener máximos autorizados por las administraciones públicas competentes, para hacer asequibles siempre las prestaciones y servicios.

Base 51-

El momento de arranque de la solución que se plantea presenta indudablemente dificultades importantes. Ya hay en la actualidad mayores dependientes y no existe el fondo de Seguro correspondiente para hacer frente a la atención que precisan esas personas. Es necesario, al implantar el sistema, crear unas normas transitorias que permitan el crecimiento del fondo de atención y al mismo tiempo garanticen la misma para los actuales dependientes.

Resumen:

En resumen las acciones precisas para definir los conceptos que deben estar incluidos y regulados en la Ley, serán:

- Análisis y encaje de la legislación existente al respecto, para unificar criterios, coordinar situaciones asistenciales existentes y preparar el paso de la situación actual a la de la nueva legislación de forma eficaz.
- Definir la Dependencia y sus niveles claramente.
- Hacer estudios y encuestas que permitan conocer la población con sus diferentes características en situación de dependencia.
- Hacer un catálogo de prestaciones y servicios que serán atendidos según las disposiciones de la Ley. Estos estarán clasificados según los estadios de atención
- Cruzar la información de los estudios con este catálogo para conocer las necesidades en cada situación.
- Determinación de los aspectos cuantitativos de prestaciones y servicios (por ejemplo, número de Centros y de Residencias, en atención a la demanda, según su localización)
- Valoración de los costes de atención de cada prestación y servicio en cada uno de los estadios.
- Según el esquema de financiación que se establezca, fijar las aportaciones (cuotas, primas o impuestos) que cubrirán la Protección a la Dependencia.
- Determinar el papel de la iniciativa privada en la prestación de servicios, atendidos dentro del Seguro, así como las compensaciones económicas a recibir por esos servicios.
- Definición de las diversas consideraciones fiscales que deben aparecer en la aplicación de la ley para animar determinadas actuaciones.

1.- La población dependiente. Características sociodemográficas

Ponente: ***Rufino Blanco Ruiz de la Prada****, Presidente de la Hermandad de Pensionistas de la Administración Local de España.*
Presidenta: ***Loles Díaz Aledo****, Periodista*
Vicepresidente: ***Antonio Orea López de los Mozos****, Presidente de la Confederación de Asociaciones y Federaciones de Pensionistas y Mutualistas de la Mutualidad de la Previsión - COAPEM*
Secretario: ***Modesto Prieto Galán****, Secretario de la Hermandad de Pensionistas de la Administración Local de España*
Vocal: ***José Luis Álvarez García****, Hermandad de Pensionistas de la Administración Local de España*
Experta: ***Mayte Sancho,*** *Experta de la SEGG, Directora del Observatorio de las Personas Mayores del IMSERSO*

PRIMERO.- LA POBLACION DEPENDIENTE.

a) Definición:

Es obvio que tanto el vocablo "dependencia" que forma parte del Lema de este VI Congreso, como el término "dependiente" que integra el enunciado de esta Ponencia, proceden del verbo "depender".

Si analizamos su etimología veremos, -Diccionario de la Real Academia Española-, que es tanto como "estar subordinado a una autoridad o jurisdicción", -acepción 1ª.-; "producirse o ser causado o condicionado por otro", -acepción 2ª.-; "estar o quedar al arbitrio de una voluntad", - acepción 3ª.-; o "vivir de la protección de uno, o estar atenido a un recurso solo", según su acepción 4ª. Es en esta última acepción, -la 4ª-, en la que se puede encontrar una aproximación del significado del vocablo, a la idea que se le da dentro del discurso de la protección social.

En estos términos etimológicos, podríamos decir que POBLACIÓN DEPENDIENTE es aquella que "vive de la protección de otro"; que está "necesitada de una especial protección".

Este significado genérico, es insuficiente en el contexto de la protección social, en donde los términos "dependencia" y "dependiente" hacen referencia a la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana.

Ello llevó al Consejo de Europa, después de largas deliberaciones, a proponer la siguiente definición:

"Son personas dependientes quienes por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante, - se entiende por ayuda importante la ayuda de otra persona-, para la realización de las actividades de la vida diaria".

Dicho lo anterior y antes de seguir adelante, hay que significar que dada la especial connotación de nuestras asociaciones con las personas mayores, nos vamos a centrar, en el desarrollo de esta Ponencia, en las necesidades de este colectivo.

En este orden de cosas, hay que decir que, en España, con respecto a la capacidad o no de los mayores para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, (AVD), no hay un porcentaje

consensuado de mayores dependientes, oscilando entre el 15 y el 20 por ciento. Puede afirmarse que las discapacidades aumentan progresivamente con la edad y que se percibe una mayor afección a ellas entre las mujeres que entre los hombres.

También puede afirmarse que en los umbrales del nuevo siglo, el número de mayores de 65 años con dependencia grave podía cifrarse alrededor de 475.000, al que habría que añadir la cifra de aproximada de 500.000 con algún tipo de dependencia total, lo que daría lugar a una suma cercana a 1.000.000 de personas necesitadas de protección, es decir: 1.000.000 de personas mayores de 65 años dependientes.

b).- Antecedentes históricos de la protección en España

En nuestro País, la protección a las personas mayores tuvo un inicio de desarrollo normativo en la década de los setenta del Siglo XX, mediante la creación del Servicio Social de Asistencia a Pensionistas. Se establece, con la denominación de Servicio Social de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos, por Orden del Ministerio de Trabajo de 19 de Marzo de 1.970 (BOE núm. 70, de 23 de Marzo), que lo organiza para ser prestado por un Servicio Común de la Seguridad Social.

En dicha Orden se fomenta la creación y mantenimiento de Centros Gerontológicos; la organización de asistencia o ayuda domiciliaria; otras actividades complementarias; la impulsión de unidades gerontológicas por entidades públicas o privadas y la elaboración de los proyectos de programas periódicos a desarrollar en el servicio.

Por Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de Febrero de 1.971 (BOE núm. 53 de 3 de Marzo), se aprueba el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos que debía desarrollarse a través de una Acción Directa y una Acción Concertada.

Ambas vías, que se complementaban, promovían la creación de Hogares de Pensionistas; Residencias; Centros Geriátricos; Vacaciones en residencias y balnearios y ayuda a domicilio.

Por último, significar que la Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Abril de 1.974, (BOE núm. 102 de 29 de Abril), establece que a partir de su vigencia pase a denominarse, en lo sucesivo, Servicio de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social.

Según lo anterior, el contenido, en síntesis, del servicio social comprendía las siguientes prestaciones:

- Creación y mantenimiento de centros gerontológicos, residencias, hogares y establecimientos similares.
- Organización de asistencia o ayuda domiciliaria a los beneficiarios.
- Cualquier otra actividad complementaria de las anteriores que redunde en favor de los beneficiarios del Servicio Social.

El ámbito subjetivo de actuación de este Servicio, estaba referido, inicialmente, a personas comprendidas en el campo de aplicación del sistema de Seguridad Social, pero la acción concertada podía dar lugar, sin embargo, a la extensión de las medidas de protección a personas no incluidas en el sistema.

c).- Ordenamiento actual de la protección.

1).- En España.

La actualidad legal tiene su fundamento en la Constitución Española de 27de Diciembre de 1.978, cuyo artículo 1 ya define a España como "un Estado social y democrático de Derecho"

y su artículo 41 establece que "Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad...".

También su artículo 50 ordena un efectivo programa de protección a las personas mayores, al determinar que: "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".

El denominado "Pacto de Toledo", (Abril de 1.995), y su aplicación parcial realizada por el "Acuerdo sobre Pensiones" de 9 de Octubre de 1.996, hacen una somera referencia a la protección social de la población dependiente. Es en el "Acuerdo para la mejora y desarrollo del Sistema de Protección Social", de 9 de Abril de 2.001, suscrito por el Gobierno, Comisiones Obreras (CC.OO), Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa (CEPYME) y Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE), en donde se trata el tema con más profundidad.

Entre las medidas a adoptar para lograr los fines del Acuerdo, figura la OCTAVA, bajo el epígrafe de "DEPENDENCIA", que se fundamenta y concluye en los siguientes términos:

"La Seguridad Social, en cumplimiento de los mandatos constitucionales, se ha implicado, de manera directa, en una serie de políticas globales y coordinadas, dirigidas a las personas mayores o minusválidas, que están incidiendo en una triple dirección:

En el establecimiento de un marco de prestaciones económicas sustitutivas de salarios o compensadoras de necesidades que protegen a las personas mayores frente a cualquier contingencia y propician un entorno de cobertura que, tras las importantes reformas introducidas en los últimos años como consecuencia del desarrollo del Pacto de Toledo, conjuga de manera equilibrada los principios de contributividad, equidad y solidaridad.

En el despliegue de un modelo sanitario universalizado que tiene en cuenta las concretas necesidades de este colectivo mediante el desarrollo de especialidades, a las que tienen acceso con toda la amplitud requerida y en condiciones de igualdad.

En el desarrollo de un conjunto de servicios que complementen a las pensiones y a la asistencia sanitaria a través de múltiples programas que promocionan la convivencia y la integración social y familiar de las personas mayores dentro de un entorno más humano y participativo.

En tal sentido, debe recordarse el permiso parental recogido en la Ley 39/1.999, de 5 de Noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabaja doras".

Se argumentaba que debido al aumento de la esperanza de vida, el fenómeno de la dependencia exigía el esfuerzo de todas las administraciones y del conjunto de la sociedad para obtener el mantenimiento del principio de igualdad de trato en todo el Estado respecto al acceso de prestaciones y programas por parte de las personas dependientes.

Ello implicaba la necesidad de abrir un período de análisis y debate social para determinar cómo debía garantizarse la atención a la dependencia en España, recomendándose crear la Comisión de Trabajo correspondiente que estudiaría tales presupuestos.

La susodicha argumentación, se resumía en le adopción de la siguiente Medida:

VIII DEPENDENCIA

DISEÑO Y APROBACION DE UNA POLITICA DE ATENCION A LAS PERSONAS DEPENDIENTES, CON EL RANGO NORMATIVO OPORTUNO.

* ANALISIS Y PROPUESTA SOBRE EL MARCO JURIDICO DE UNA MESA DE TRABAJO.

El resultado de todo lo anterior, si bien es aceptable, no deja de ser una mera intención de voluntades, cuya ejecución viene demorándose sensiblemente sin concreción alguna en ningún orden, con lo que aún no se ha plasmado en negro sobre blanco la disposición pertinente, -Ley del Mayor Dependiente-, que mitigue la desprotección actual.

SEGUNDO.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

1).-Consideraciones generales.

Sabido es que el hecho del envejecimiento es una buena noticia, por ser producto de singulares avances logrados por la evolución del conocimiento humano, que ha conseguido evitar que el padecimiento de enfermedades por las personas conduzca, necesariamente, al fallecimiento.

También, el hecho del envejecimiento es un evidente desafío consistente en lograr conseguir que durante el tiempo en que se prolongue la pervivencia, se garantice la mejor calidad de vida.

La propia sociedad, de forma natural, ha venido evolucionando hacia estos logros con iniciativas autosuficientes, enfrentándose muchas veces a la escasa eficiencia del sector público en la previsión de la protección social, que ha condicionado la dotación de los gastos para subsistencia del modelo de bienestar a la mayor o menor actividad económica. La incorporación de la Europa del Este al modelo político y económico de la Europa Occidental afecta a las relaciones económicas y de competitividad, transmutando definitivamente las concepciones ideológicas que en alguna medida estaban en los orígenes del Estado de Bienestar.

Por todo ello la sociedad se ha visto obligada a traspasar a la gestión pública problemas que antes se solucionaban en el seno de las familias. No puede desconocerse que el debilitamiento del núcleo familiar supone el mayor riesgo de exclusión para colectivos como el de los mayores. Han sido significativos los cambios de la estructura familiar tradicional, considerada como el pilar básico bajo el cual se ofrecía apoyo en asistencia sanitaria a personas en situaciones desfavorecidas. El aumento de las familias monoparentales, separaciones, divorcios, cohabitaciones y segundos matrimonios, junto con la mayor incorporación de la mujer al mercado laboral, son cambios sociales motivadores de aquel traspaso.

Para hacer un estudio determinante del perfil de la población de "mayores dependientes", conviene conocer, aunque no sea más que de forma sucinta y generalizada, cuales son los que determinan la población mayor.

Considerando el umbral de los 65 años para hablar de personas mayores, resulta que España ocupa el quinto lugar en la Unión Europea en cuanto a este efectivo que asciende a 6.589.000, equivalente al 16,7% de su población.

El equilibrio entre sexos en edades avanzadas tiene fuertes implicaciones para el envejecimiento individual, sobre todo por su relación con el estado civil y la forma de convivencia, ya que los problemas que esto plantee y los programas que puedan instrumentarse para afrontarlos, tendrán estrecha relación con ello.

El número de mujeres de edad, próximo a 3.969.138 en el año 2.000, supera en más de un millón a los cerca de 2.873.000 varones. La relación entre los octogenarios es más desequilibrada: dos de cada tres son mujeres. A los 65 años la razón de masculinidad ha descendido 89,6 varones por cada cien mujeres, a los 70 años la relación ha bajado a 60 y diez años más tarde a 42. Las mujeres mayores tienen casi cuatro veces más probabilidades de ser viudas que los varones (44,8% a 12,1%).

Las CC.AA. de Cataluña, Andalucía y Madrid son las regiones con mayor número de personas de edad. Castilla y León, Aragón, Asturias y Galicia encabezan la lista de las más envejecidas, con tasas superiores al 20%. En el otro extremo se encuentran Canarias, Andalucía y Murcia con tasas por debajo del 15%.

El envejecimiento se ha acentuado en las zonas rurales, en donde uno de cada cuatro en los Ayuntamientos pequeños y uno de cada tres en los más pequeños, es la relación de mayores respecto del total de la población del núcleo; algo menos en Municipios intermedios (2.000-10.000 habitantes), y porcentajes en torno a la media nacional en los urbanos (de más de 10.000 habitantes). La mayor concentración de personas mayores se produce, no obstante, en áreas urbanas. El 70% de ellas residen en Municipios urbanos y su porcentaje sigue aumentando. A pesar de ello, el proceso de envejecimiento rural se acentúa por el efecto de la migración de retorno: antiguos emigrantes que vuelven a sus orígenes al llegar a la jubilación. Son los emigrantes de los años 60 y 70 que nutrieron el éxodo rural y contribuyeron al proceso de industrialización y urbanización.

La primera reflexión que se nos presenta ante esta situación es la de que será preciso y necesario potenciar la prestación de los servicios sociosanitarios en el ámbito rural para que su población de mayores pueda disfrutar de los mismos que se vienen prestando en los núcleos urbanos.

2).-Dependencia.

Es obvio que no puede confundirse, a estos efectos, la discapacidad con la dependencia. Ya hemos visto anteriormente cual es el concepto de dependencia, mientras que el de la discapacidad es bien diferente, ya que se define como toda limitación grave que afecte o que se espere que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia.

El número total de personas de 65 y más años con discapacidades para las actividades de la vida diaria, según el máximo grado de severidad asciende en España, según encuesta de 1.999, a 2.072.652, lo que supone un 32,21% de la población en ese grupo de edad, es decir, 32 personas de cada cien mayores son discapacitadas. De ellos, como ya se ha dicho, 475.000 sufren una discapacidad severa y otros 500.000 padecen una discapacidad total, teniendo el resto una discapacidad moderada. Por ello, como viene afirmándose, puede decirse que el número de personas dependientes, -discapacitados severos y discapacitados totales-, se sitúa alrededor del millón de personas.

El patrón de discapacidad cambia según el sexo y la edad. Hay 733.809 varones mayores que presentan discapacidad en cualquier grado y de cualquier tipo: el 27,1% de todos los mayores varones. En cambio, existen 1.338.843 mujeres de edad con problemas: un 35,9% de las mujeres.

La mujer mayor presenta tasas más elevadas y además entra antes en problemas y dependencia y, por tanto, en necesidad asistencial.

Las mujeres son la inmensa mayoría cuando se tratan factores que se relacionan con situaciones de riesgo. Vivir solas, ser viudas o solteras, tener escasos ingresos, sufrir patologías y

trastornos que producen dependencia, tener una mala percepción subjetiva de salud y de calidad de vida en general, son circunstancias que se dan con mayor frecuencia.

Sin embargo, conviene apuntar que aunque el ser mujer y muy mayor entraña riesgo alto de ser dependiente, la condición femenina no es causa de discapacidad y dependencia, pero sí puede empeorar la gravedad de la misma o el adelanto en el inicio de los problemas.

Existen otros factores de riesgo de discapacidad y dependencia, en el sentido amplio. Uno de ellos es el mayor o menor nivel de instrucción alcanzado. Cuanto menor es el nivel de instrucción alcanzado, mayor es el riesgo. Así, entre los universitarios se encuentran las tasas más bajas de dependencia (de diez, solo uno), mientras que las tasas entre analfabetos son muy elevadas (dos de cada tres analfabetos, son dependientes).

El nivel de ingresos y el "status" social repiten el mismo patrón. En los hogares con ingresos por debajo de 400 euros/mes, la incidencia de la dependencia es prácticamente el doble que en los que se tiene el nivel de renta más alto y que, además, pueden proveerse ayudas mediante mecanismos de mercado.

Otra faceta importante que conviene resaltar en el problema de la dependencia, es la de la determinación de aquellos que cuidan a las personas dependientes. La finalidad de los cuidados es permitir a los dependientes vivir tan independientemente como sea posible, durante un largo periodo de tiempo. Es la respuesta a las necesidades de atención de los dependientes para que éstos tengan un mínimo de calidad de vida.

Según el "Informe 2.002" del Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO, las mujeres dependientes son cuidadas, ante todo, por sus hijas (36,7%); por otros parientes (19,7%); por el propio marido (14,9%); por un hijo (6,3%); y por empleados del hogar, profesionales de empresas de servicios o los servicios sociales, éstos en muy baja proporción, (3,7%).

Los varones dependientes son cuidados, en primer lugar, por su mujer (44,6%); por una hija (21,3%); y por otros familiares (12,0%). El hijo y la posible nuera juegan un papel menor en este sistema de cuidados, como sucede, también, cuando cuidan a la madre dependiente.

Ante estos datos saltan las preguntas: ¿por qué resulta tan ínfimo el porcentaje de mayores dependientes que reciben cuidados del sector público?. ¿Es por limitación de plazas en dependencias adecuadas?. ¿Es por deficiencias en el servicio que se presta?. ¿Es por desconfianza en la "bondad" del servicio?. Convendría que se dieran contestación a tales interrogantes.

El sector público debe estar seriamente comprometido en prestar el apoyo necesario, eficaz y eficiente, a los mayores dependientes, puesto que es una demanda de la propia sociedad impuesta por los cambios introducidos en ella.

El sector público debe proporcionar a los mayores dependientes los medios suficientes para lograr la mejor calidad de vida posible, ejerciendo la protección directamente hacia dicho colectivo y hacia aquél que contribuya a la ejecución de dicha protección.

Los gobernantes deben ser conscientes de que los mayores en situación de dependencia de las actuales generaciones, no tuvieron las oportunidades que ahora, ya mayores, les habrían evitado situaciones de discapacidad y dependencia. Los factores (nivel de instrucción, educación, ingresos económicos, etc...), pesan ahora como una "deuda histórica" que han de asumir los responsables de las políticas sociales.

TERCERO.-CONCLUSIONES.-

Como consecuencia de cuanto se viene exponiendo, resulta evidente que la sociedad española demanda una real protección de las personas que están necesitadas de ella, y para que dicha protección sea eficiente y eficaz se considera necesario el establecimiento de lo siguiente:

1º.- Considerar el hecho del envejecimiento como un logro obtenido por la evolución del conocimiento humano y, a la vez, como un reto para conseguir que durante el tiempo en que se prolongue la pervivencia, se garantice la mejor calidad de vida.

2º.- Considerar definitivamente disociados los procesos de envejecimiento de las situaciones de enfermedad.

3º.- Determinar como un derecho subjetivo, especialmente reconocido, la atención socio-sanitaria, postergando la discrecionalidad en la que actualmente se desarrolla.

4º.- Reconocer social, económica y jurídicamente la actividad de las familias y otras personas intervinientes, que asumen la atención de las personas dependientes.

5º.- Valorar la presencia de la iniciativa social del voluntariado como ayuda inestimable y complementaria de los sistemas profesionales sociales y sanitarios.

6º.- Demandar de los poderes públicos el urgente desarrollo de los Servicios Sociales y de los Servicios Sanitarios para las personas dependientes.

7º.- Establecimiento de un sistema único de acceso a los servicios sociales y sanitarios que contribuya a una mejor utilización de los recursos disponibles.

8º.- Regulación de mecanismos de seguimiento y control de los servicios promovidos desde la iniciativa privada conforme a estándares de calidad, establecidos previamente.

9º.- Financiación de los servicios socio-sanitarios a través del sistema de protección social para todos los ciudadanos.

10º.- Publicación inmediata de una Ley de Protección del Mayor Dependiente.

Documentación consultada:

a).- Envejecer en España.- II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.- Abril 2.002.- Observatorio de Personas Mayores.- IMSERSO.
b).- Plan Gerontológico Estatal.- IMSERSO.
c).- Conclusiones Generales de la Investigación "Percepciones Sociales hacia las Personas Mayores".- Observatorio de Personas Mayores.- IMSERSO.
d).- Gerontología y Derecho.- IMSERSO.
e).- Geriatría XXI.- Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España.- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA.
f).- Informe 2.002.- Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO.

2.- Epidemiología y causas de la dependencia. Prevención de la misma

Ponente: ***José Fornes Ruiz****, Presidente de la Asociación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores - ADAPROPEM, Valencia*
Presidente: ***Alejandro Fernández-Pombo****, Presidente de la Federación de Asociaciones de Prensa de España*
Vicepresidente: ***Ángel del Oso Cantera****, Secretario de la Federación para la Defensa de los Profesionales, Pensionistas y Mayores – FAPROPEN*
Secretario: ***Rafael Barroso Guerra****, Presidente de la Asociación Profesional de Pensionistas de la Sanidad Andaluza – APPSA*
*Vocal****:*** ***Eladio García García****, Presidente de la Asociación del Collegium Emeritorum Cordubense – ACECO*
*Experto****:*** ***Dr. Isidoro Ruipérez,*** *Presidente de la Sdad. Española de Geriatría y Gerontología*

Introducción

La frecuencia de las diferentes formas de deficiencias, tanto físicas como mentales, tiene una clara relación directa con la edad, son un tributo que hay que pagar por vivir muchos años, aunque en absoluto es obligado que así suceda.

La mayor y gran consecuencia del mal llamado **problema del envejecimiento**, ya que este es consecuencia del desarrollo y bienestar, es la dependencia que aparece como resultado de esas frecuentes deficiencias.

Hay acuerdo unánime al considerar al envejecimiento de la población como un fenómeno sin precedentes en la historia de la humanidad y también hay acuerdo al considerar al envejecimiento como la principal variable en relación con la dependencia, pero no por el envejecimiento en sí mismo, sino por alguna de las enfermedades con él relacionadas y su diferente forma de manifestarse y evolucionar.

Vamos a abordar en esta ponencia la epidemiología, sus causas y sobre todo la prevención de las mismas para lograr evitar la dependencia o al menos retrasarla.

Epidemiología.

Según la Encuesta Nacional de Salud (1993) la Encuesta de Discapacitados (INE 1986) y el Informe de Defensor del Pueblo (2000) se puede afirmar que la población dependiente en diversos grados en nuestro país se situaría entre el 25 % y el 35 % de la población de 65 y más años.

	%	Total. Pobl.
Mayores de 65 años (1/1/97)		6.271.427
Dependientes	26´0	1.691.799
Dependencia leve	13´6	883.950
Dependencia moderada	8´7	567.836
Dependencia grave	3´7	240.013

En España hay 1.691.799 mayores dependientes a los que se han de sumar aproximadamente unas 100.000 personas que ocupan plazas de asistidos en residencias de ancianos.

De estos, 1.700.000 ancianos, alrededor de la ½ presentan necesidades de ayuda para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

500.000 individuos presentan necesidades mayores con problemas en varias AIVD e incluso con limitaciones en actividades básicas de la vida diaria (AVD) por lo que aproximadamente medio millón de habitantes necesitan una ayuda diaria para mantener una mínima calidad de vida y 240.013 tienen una limitación muy severa (restricción de 3 y 4 AVD)

Las categorías de dependencia propuestas, obviamente, no son homogéneas pudiendo encontrar casos bien distintos dentro de cada grupo.

Así, por ejemplo, entre los 567.836 dependientes moderados nos encontramos un abanico de situaciones que va desde los mayores que necesitan una ayuda para bañarse hasta situaciones de incontinencia grave, o mayores **"prisioneros en su hogar"** que se ven imposibilitados para salir de casa.

En España en 1997, según el informe, había cerca de 400.000 personas mayores con problemas de incontinencia, con las limitaciones no solo de dependencia física, sino también de ansiedad o trastornos psicológicos que esta situación origina.

En esta misma fecha una cifra cercana a los 350.000 mayores se encontraban cautivos en su hogar sin poder traspasar el umbral de su propio domicilio debido a la multiplicidad de barreras arquitectónicas, tanto en los edificios y en las calles como en los medios de transporte de nuestras ciudades pensados para personas sanas y jóvenes.

En el informe se ha excluido a los que sufren limitaciones en actividades como **cortarse las uñas de los pies o caminar una hora seguida**.

Por motivos similares **" quedar solo de noche"** ha sido considerado una actividad básica, no porque revele una limitación física evidente sino porque quien no puede dormir solo, necesita una ayuda diaria de gran número de horas.

Existe un grupo de población dependiente no cuantificada que es l**a dependencia oculta** que se conoce como el efecto iceberg (Escudero 1999). Estas situaciones son difíciles de detectar porque la pérdida de la función de las personas mayores se asumen como inherentes a la edad.

Es conveniente mencionar a un grupo que, aunque se ignora, está en riesgo de caer en dependencia y que son aquellas **personas que no realizan determinadas actividades cotidianas porque confiesan que nunca lo han hecho** y, por lo tanto, no saben hacerlas y si tuvieran necesidad de realizarlas por falta del cónyuge, necesitarían ayuda.

Un 64 % de los varones de las actuales generaciones confiesa que no ha realizado nunca tareas domésticas y que, en caso de necesidad, la solución que adoptarían no sería el aprendizaje sino la demanda de ayuda de otra persona siendo normalmente la hija.

Un 18 % de las mujeres afirma no haber realizado jamás papeleos, gestiones, llevado el control del dinero, trámites en el banco, demandando, también, ayuda en el caso del fallecimiento del esposo.

Conviene resaltar una serie de **actividades limitantes** llamadas así porque las personas mayores tienen más dificultades para realizarlas y que son las relacionadas con

.- cuidado de la casa (17 %)
.- lavar la ropa (11 %)
.- comprar (8%)
.- movilidad y desplazamiento (10 % dificultad para subir un escalón)
.- utilización de medios de transporte. (13 % no pueden subir al Bus. Metro, etc)

El **quedarse solo de noche y ducharse o bañarse** supone, también, grandes dificultades para los mayores que conscientes de su vulnerabilidad temen encontrarse solos por resbalar en la bañera o pedir ayuda en las horas nocturnas.

POBLACIÓN MAYOR DEPENDIENTE EN EL AÑO 2010. (HIPÓTESIS.)

Están todos de acuerdo en que las previsiones demográficas, tanto a nivel mundial como nacional, auguran un envejecimiento progresivo de la población con un crecimiento más intenso en los mayores de 80 años, pero existen opiniones encontradas respecto a si este incremento de la expectativa de vida es a costa de tiempo de vida activa y saludable o bien a costa de un aumento del tiempo, en el que aparecen y se padecen enfermedades crónicas que generan incapacidad y dependencia.

Estos distintos posicionamientos quedan reflejados en estas dos teorías:

- Pandemia de las enfermedades crónicas. (Kramer 1980)
- Compresión de la morbilidad.((Fries 1980)

Pandemia de las enfermedades crónicas.

Esta teoría mantiene que el descenso de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida provoca y, de hecho, lo está haciendo una pandemia de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes y como consecuencia estaría provocando un aumento de la proporción de quienes las padecen.

Compresión de la morbilidad.

Se resalta, en esta teoría, que no solo se ganan años a la vida sino que, también, se retrasa la edad en la que aparecen las enfermedades crónicas, de modo que estas se concentrarían en los últimos años de vida.

En un estudio Delphi, realizado recientemente en España por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad, el grupo consultado se manifestaba, respecto a los avances esperados en la prevención y el tratamiento del cáncer (94 ´7 % de acuerdo), con un gran consenso, y se manifestaba con mayores discrepancias en cuanto a la evolución y el tratamiento de las enfermedades degenerativas como el Alzheimer, Parkinson u osteoporosis que afectan en mayor medida a las personas de más edad.

La Encuesta Nacional de salud (ENS) y el Centro de Investigaciones Sociológicas (CSIC) llegan a la conclusión de que la dependencia en los últimos años ha sido creciente.

La esperanza de vida con discapacidad ha aumentado más rápidamente que la esperanza de vida en salud.

No hay ninguna duda de que habrán diferencias entre las generaciones actuales y las futuras porque los factores que son considerados de mayor riesgo para provocar dependencia como el analfabetismo y los bajos niveles de instrucción disminuirán entre los futuros mayores.

Por lo expuesto podemos deducir que las tres posibles situaciones de la dependencia en el futuro serán estas:

1ª.- Alta. La dependencia sería creciente y lo haría a un ritmo similar al actual, hasta el año 2010.

2ª.- Media. La dependencia permanecería constante, y las generaciones futuras que lleguen a la vejez tendrán riesgos similares a los que sufren las generaciones actuales.

3ª.- Baja. Dependencia decreciente con un ritmo similar al de crecimiento pero inverso.

ESCENARIO DE LA DEPENDENCIA EN EL 2010

Combinando mortalidad y dependencia tendríamos:

Dependencia	Mortalidad	
Decreciente	Constante 1.724.694 (22´5 %)	Decreciente 1.871. 807 (23 ´3 %)
Constante	1.940. 758 (25´3 %)	2.098. 465 (26´2 %)
Creciente	2.177.786 (28´5 %)	2.352. 797 (29´4 %)

En el año 2010 en España habrá una población dependiente que se situará entre 1.724.624 y 2.352.797 personas mayores dependientes en función de cual sea el comportamiento futuro de la mortalidad y la dependencia.. Ello supondrá que en dicha fecha entre un 22´5 y un 29´4 % de la población mayor se encontrará en una situación de dependencia.

Se ha de destacar que en cualquiera de los supuestos, la población mayor dependiente en el año 2010 será mayor que la actual.

Incluso en el **más favorable de los escenarios** con una dependencia que reduce su incidencia en todas las edades y una supervivencia que permaneciera constante en los niveles actuales, sin añadir años a las edades avanzadas, la población mayor dependiente aumentaría en números absolutos, aunque disminuiría su peso relativo debido al aumento del número total de la población mayor.

Y en el caso de que nos encontremos **en el escenario esperado por los expertos**, en aquel en el que se ha avanzado frente a la muerte, pero no se ha producido ni un descenso ni un retraso de la dependencia, continuaría la tendencia creciente que se ha producido hasta la fecha y la población mayor dependiente, prácticamente, duplicará la actual.

En **un escenario similar al presente** en el que tanto la dependencia como la mortalidad mantuvieran las pautas de incidencia actuales tendríamos:

Dependientes leves (es decir los que necesitan de una ayuda semanal)

Superarían el 1.000.000 de habitantes
650.000 una ayuda diaria
275.000 una ayuda de tres o más horas diarias.

Incluso aunque la dependencia descendiese y la mortalidad no mejorase el volumen de población dependiente aumentaría en todos y cada uno de los niveles de gravedad.

En el escenario más preocupante con una dependencia creciente y una mortalidad decreciente, tendríamos:

- **Dependencia leve** alcanzará a unos cuatrocientos mil mayores más que en la actualidad.

- **Dependencia moderada** (necesidades de ayuda diaria) más de 200.000

- **Dependencia grave**, 330.000, lo que supondría un aumento de 100.000 en corto tiempo.

Perfil de los Mayores dependientes en el 2010.

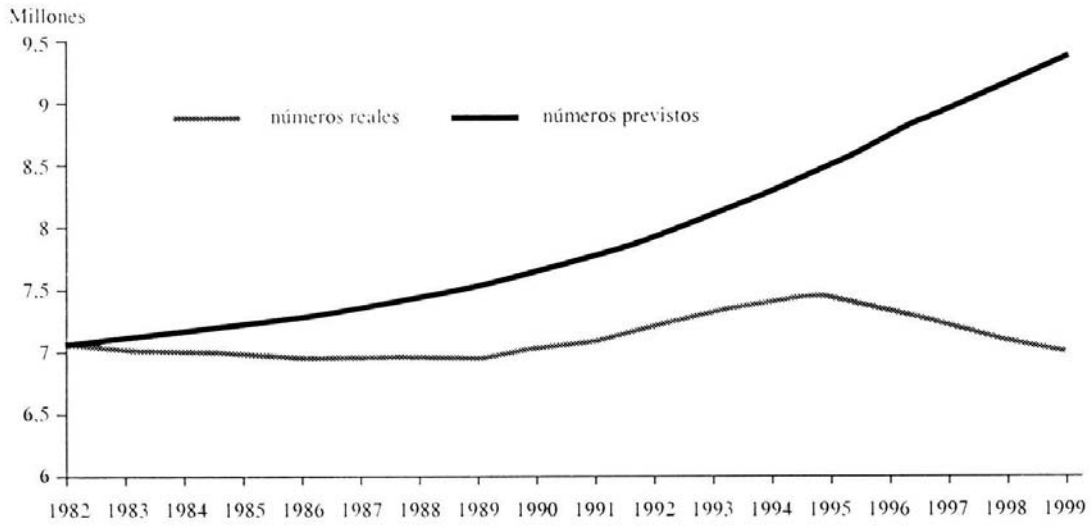
Aunque es difícil saber con seguridad cuales serán las características de las personas mayores en un futuro cercano, si podemos llegar a una aproximación teniendo en cuenta las variables que se pueden producir en cuanto a mortalidad y dependencia.

En 1997 de cada 100 dependientes muy graves, setenta eran mujeres. Durante el siglo pasado la esperanza de vida para las mujeres creció más que la de los hombres debido a la reducción de la mortalidad femenina y se espera que, todavía, sea mayor la supervivencia femenina que la masculina en el 2010 y, por lo tanto, serán ellas las más afectadas por la discapacidad y la dependencia.

Entre los dependientes graves que normalmente son los de más edad son las viudas las que forman el mayor número y esta situación se agravará.

Debemos resaltar que las discapacidades asociadas con el envejecimiento y la aparición de las enfermedades crónicas pueden prevenirse o retrasarse, como así ha sucedido en los últimos 20 años en EE.UU. Reino Unido y Suecia en donde se ha producido una importante disminución de los índices de discapacidades específicas de la edad.

La gráfica siguiente muestra la disminución real de las discapacidades de los americanos mayores entre 1982 y 1999 comparada con los números previstos si los índices de discapacidad se hubieran mantenido estables durante ese período de tiempo.



Número total de personas mayores en los EE.UU.
1982: 26,9; 1994: 33,1; 1999: 35,3 (millones)

La línea negra de la gráfica son los números previstos y la más clara los reales lo que demuestra la importancia de adoptar políticas tendentes a prevenir y/o retrasar las enfermedades que conducen a la discapacidad.

Factores riesgo de dependencia.

- Edad. Síntomas depresivos. Caídas
- Exceso de peso o adelgazamiento.
- Mala auto – percepción de la salud.
- Vida sedentaria y de escasas relaciones
- Menos status socio económico.
- Menos años de escolarización.

CAUSAS DE LA DEPENDENCIA:

Causas de las deficiencias en España en mayores de 65 años.

- 67´2 % Enfermedad común
- 21´5 % Procesos degenerativos derivados de la edad.

Enfermedades causantes de dependencia en los ancianos.

- 35 % Osteoartritis
- 50 % ACVA, Alteraciones visuales. Cardiopatías. Demencia
- 15 % Enfer. Vascular periférica. Enfer. Pulmonares. Depresión. Alteraciones auditivas. Diabetes etc.

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFICIENCIAS

ALTERACIONES MOTORAS.

Articulares (Reumatismos)
Óseas (fracturas).
Musculares (Atrofia por inmovilismo)
De la motilidad (neurológicas).

ALTERACIONES COGNITIVAS.

Demencia.
Depresión.

ALTERACIONES SENSORIALES.

Disminución de la visión
Disminución de la audición.

La osteoartrosis es la enfermedad reumática que con mayor frecuencia causa deficiencia, especialmente cuando afecta a manos, caderas o rodillas.

Dentro de las fracturas es la de la cadera la que produce mayores secuelas.

El inmovilismo se puede producir en muy diferentes circunstancias y de muy diferentes formas: no hacer ejercicio físico, no salir de casa, por reposos o encamamientos prolongados o innecesarios etc.

El accidente cerebro vascular (ACV) es el más importante problema neurológico que produce deficiencias en la motilidad, seguido por la enfermedad de Parkinson.

PREVENCIÓN DE LAS DEPENDENCIAS.

La prevención de las dependencias puede ser una realidad si se fomentan una serie de medidas que van desde la potenciación de hábitos de vida saludables, prevención de patologías crónicas con tendencia a la incapacidad y actuación precoz y enérgica sobre la incapacidad una vez producida para que no se convierta en irreversible.

Las medidas para evitar la incapacidad pueden clasificarse como prevención primaria cuando se actúa sobre una población sana no incapacitada, secundaria cuando se trabaja sobre la enfermedad en situación preclínica o sobre factores de riesgo de desarrollarla y finalmente terciaria si se limitan las consecuencias de la incapacidad.

PREVENCIÓN PRIMARA DE LAS DEFICIENCIAS

Este nivel de prevención trata de que no aparezca la enfermedad, la deficiencia o la dependencia, es decir, intenta que su incidencia sea menor.

Actuar sobre los factores de riesgo es la mejor forma de prevención primaria.

Aunque en las personas mayores estos factores de riesgo han venido existiendo desde tiempo atrás, todavía es posible y conveniente actuar para disminuir la incidencia de las enfermedades causantes de dependencia por las causas citadas.

Algunos ejemplos significativos son los siguientes.

- **Disminuir el número de fracturas.** La mayoría de las caderas rotas son por simples caídas que pueden prevenirse en gran parte con programas adecuados: concienciación, disminución de barreras arquitectónicas, evitar ciertos fármacos etc.

Por tener los huesos frágiles y osteoporóticos, son frecuentes las fracturas por lo que tratar la osteoporosis y evitar las caídas son las medidas más importante que se puede tomar contra esa terrible consecuencia

- **Hipertensión arterial.** Es posible disminuir la incidencia de los accidentes cerebro vasculares con un mejor control de la hipertensión arterial.

La embolia cerebral de origen cardíaco, habitualmente por fibrilación auricular, es posible reducirla anticoagulando a los que la padecen, lo que no se hace en una gran cantidad de casos, especialmente si los pacientes son muy ancianos. por un infundado temor en los anticoagulantes.

Medidas preventivas que se han mostrado eficaces en las personas mayores previniendo la aparición de deficiencias son las siguientes:

El ejercicio físico es la medida preventiva aislada más importante que se conoce en las personas mayores. Su práctica regular prolonga durante algunos años la vida y hace que ésta sea más independiente y con menos deficiencias. Ya no es noticia publicar que programas de ejercicio consiguen aumentar la masa muscular en personas nonagenarias.

Si algún medicamento fuera capaz de aportar la mitad de los beneficios que se han descrito en el ejercicio físico, sería objeto de importante fama y reconocimiento mundial.

La no práctica de ejercicio físico se ha llegado a comparar en riesgo al tabaco o a la hipertensión arterial no controlada.

Dieta equilibrada. Evitar la obesidad.

Suprimir el consumo de tabaco.

Moderar el consumo de alcohol.

Revisión de la visión y audición.

Revisiones dentales.

Vacunaciones (Gripe antitetánica y antineumocócica)

Control del consumo de medicamentos

Prevención de todo tipo de accidentes.(Fracturas)

PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LAS DEFICIENCIAS.

La enfermedad, deficiencia o dependencia ya ha aparecido, pero aún no se ha manifestado claramente por lo que se debe hacer una detección precoz y así intentar acortar su duración, lo que repercutiría en una disminución de su prevalencia.

Si se tiene en cuenta que los síntomas y signos de muchos problemas de salud se manifiestan en las personas mayores de forma poco llamativa, y que además es frecuente atribuirlos a la edad se entenderá la importancia de este nivel de prevención porque si no se hace así producirá precozmente una deficiencia física y / o mental.

Es conveniente, por tanto, medición periódica de la función física y mental.

Los controles más recomendados a las personas mayores son:

- Análisis de sangre (Glucemia, Colesterolemia etc.)
- Hipertensión arterial
- Cáncer de mama
- Cáncer de próstata.
- Incontinencia de orina.
- Agudeza visual (maculopatías)
- Hipoacusia.
- Polifarmacia.

Un aspecto muy interesante es la detección precoz de problemas causantes de deficiencias en los llamados **ancianos frágiles o de alto riesgo** en los que se sabe que son especiales candidatos a padecerlas, incluso en situaciones aparentemente no peligrosas.

Es necesario detectarles, saber donde están y actuar de forma preventiva en cada caso y priorizando según el número y tipo de fragilidad:

CAUSAS DE FRAGILIDAD O DE ALTO RIESGO.

Mayores de 80 años.
Vivir solo
Viudez menor de un año
Cambio de domicilio hace menos de un año
Patología crónica que causa incapacidad funcional por:

Ictus con secuelas
Infarto de miocardio o Insuficiencia cardiaca hace menos de 6 meses
Enfermedad de Parkinson.
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
Patología osteoarticular degenerativa.
Caídas
Déficit visual severo
Hipoacusia severa.

Enfermedad terminal por:

Neoplasia avanzada.
Demencia severa

Otras con pronostico vital menor de 6 meses.

Toma de más de tres fármacos con efectos secundarios importantes.
Prescripción en el último mes de: antihipertensivos, antidiabéticos o sedantes.
Ingreso hospitalario en los últimos 12 meses.
Necesidad de atención sanitaria en el domicilio una vez al mes.
Incapacidad funcional por otras causas.
Deterioro cognitivo.
Situación económica precaria.

PREVENCIÓN TERCIARIA DE LAS DEFICIENCIAS.

La enfermedad, deficiencia o dependencia ya han surgido pero aún es mucho lo que se puede hacer para evitar o minimizar sus secuelas.

De llevar a cabo o no una intervención eficaz, dependerá en gran medida el futuro y la independencia de la persona e indirectamente, de su familia y de su repercusión en la sociedad. Algunos ejemplos muy significativos y desgraciadamente frecuentes de que las cosas son, en este aspecto, muy mejorables son los siguientes:

-**Deterioros cognitivos** etiquetados inadecuadamente como demencias (hasta el 50 %) con todo lo que ello supone a la hora de tomar decisiones terapéuticas o asistenciales. Con frecuencia son depresiones o cuadros confusionales que suelen remitir con una adecuado estudio o tratamiento.

- **Atrofias musculares y anquilosis articulares** que llevan a la gran dependencia, por falta de movilidad precoz durante la fase aguda de la enfermedad o como consecuencia de una inexistente rehabilitación posterior.

-**Accidente cerebral vascular** con secuelas funcionales y con grandes dificultades para poder hacer rehabilitación.

- **Fracturas de cadera** intervenidas quirúrgicamente de forma correcta que producen deficiencias permanentes por dificultades insalvables para su recuperación funcional posquirúrgica.

- **Déficit sensoriales** importantes por cataratas no intervenidas quirúrgicamente, o sorderas no estudiadas o no tratadas por el alto coste de las prótesis auditivas.

- **Incontinencias urinarias** una de las principales causas de ingreso en residencias, y cuyo manejo sintomático cuesta al Insalud decenas de millones de euros. Muchas de ellas no han sido estudiadas y algunas se podrían curar.

Por lo expuesto podemos afirmar que:

La atención primaria de salud es clave, desde la prevención a la rehabilitación, pasando por el tratamiento precoz y continuado.

La atención geriátrica no especializada necesita más apoyo y comprensión cuando se ocupa de los más ancianos o deficientes y deben tener la posibilidad de interconsultar para problemas complejos, de apoyos en las ubicaciones y seguimiento de altas etc.

La atención geriátrica especializada en cualquiera de los niveles posibles (domicilio, hospital, residencia etc) puede ser etiquetada de cualquier cosa menos de un lujo. Sus

profesionales (médicos, enfermeros/as, fisioterapeutas etc), que son expertos en todo lo relativo a la salud y enfermedad de los ancianos, se dedican solo a ello y es indudable que su aportación tiene que ser necesariamente significativa.

Así lo atestigua la bibliografía y la evidencia científica. Su apoyo sistemático a la atención primaria, a la especializada y a los servicios sociales, no es otra cosa que la consecuencia de su forma natural de entender la asistencia.

CONCLUSIONES

1ª.- La atención primaria de salud es clave, desde la prevención a la rehabilitación, pasando por el tratamiento precoz y continuado.

2ª.- La atención geriátrica especializada necesaria en todos los niveles debe ser realizada por equipos multidisciplinares que incluya la asistencia psicológica.

3ª.- Pedimos una Ley de ámbito Estatal sobre dependencia que sea de carácter universal y que establezca instrumentos de cobertura para todas las situaciones de dependencia así como las **adecuadas inversiones para prevenir la misma evitando sus consecuencias**

3.- Valoración de la dependencia. Niveles

Ponente: ***José Colldefors Valcárcel****, Presidente de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas*
Presidente: ***Luis Ángel de la Viuda Pereda****, Periodista y Presidente de SERFUSIÓN*
Vicepresidenta: ***Concepción Cristellys de la Torre***, Presidenta de la Hermandad de *Jubilados de los Ministerios de Comercio, Economía y Hacienda*
Secretario: ***José Comitre Bello****, Secretario General de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas*
Vocal: ***Luis Baltasar Cerezal****, Tesorero de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas*
Experto: ***Sergio Ariño,*** *Unidad de Geriatría del Hospital de Granollers*

> *"La esencia de una buena calidad asistencial en geriatría depende del manejo experto de las necesidades médicas, funcionales, psicológicas y sociales de los pacientes ancianos y sus cuidadores"*

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como objetivo aportar elementos de reflexión sobre la valoración dela dependencia y sus niveles.

El paciente anciano se caracteriza por la alta frecuencia de la morbilidad, las presentaciones atípicas de la enfermedad, la lenta respuesta al tratamiento y la necesidad de soporte social. Estas características, junto con el envejecimiento progresivo de la población, abogan por especialidades médicas específicas y respaldan el desarrollo de una atención especializada.

Ya I. L. Nascher publica en el New York Medical Journal en 1909 el artículo: "Geriatrics", en el que solicitaba una medicina distinta a la tradicional para los pacientes ancianos. Pero hasta1943 no se inicia realmente la práctica geriátrica, al asumir Marjorie Warren, supervisora del West Middlessex Hospital en Islevort, Reino Unido, el gran cambio de actitud ante los pacientes ancianos que ocupaban las salas de "crónicos", demostrando que una CORRECTA VALORACIÓN de estos enfermos y unas terapéuticas rehabilitadoras activas conseguían recuperaciones impensables, culminándose el proceso en 1948 con la creación oficial por el National Healt Service de la especialidad de GERIATRÍA.

España se suma a la inquietud por los problemas del mayor-anciano, incorporándose al concepto moderno gerontológico en el que se define la gerontología como ciencia que estudia los fenómenos de envejecimiento. En 1948 un numeroso grupo de prestigiosos profesionales (Hernando, Marañón, Grande Covián, etc.) fundan la Sociedad Española de Gerontología, dando paso a que en 1978 se reconozca la geriatría como especialidad médica.

Puede definirse la Geriatría como "la rama de la medicina general concerniente con los aspectos clínicos, preventivos, rehabilitadores y sociales de la enfermedad en el anciano", siendo su objetivo principal: "el restaurar, en una persona enferma y discapacitada, un nivel de máxima autonomía y, siempre que sea posible, retornarla a una vida independiente en su domicilio"

El alcance del objetivo señalado requerirá un sistema asistencial, a todos los niveles, que atienda las múltiples alteraciones y los problemas médico-sociales de los ancianos, que de

forma aguda o subaguda presentan como rasgos comunes la pérdida de su independencia física o social. Obligará a la organización de una atención prolongada a los ancianos que lo necesiten, movilizando, para ello, los recursos necesarios tanto para la atención y cuidados como para la investigación, docencia y formación continuada de especialistas geriátricos y personal colaborador y auxiliar que se requiere.

I.- MARCO DE REFERENCIA. EL SESGO SANITARIO.

Se quiere reconocer, de entrada, una limitación potencial en el análisis de la valoración de la dependencia fruto del sesgo profesional sanitario.

Es habitual que la dependencia surja de una deficiencia en un órgano o un sistema provocado por la presencia de enfermedad (congénita, traumática, inflamatoria, infecciosa, degenerativa...) y que esta deficiencia a su vez conduzca a la discapacidad del mismo.

Uno de los métodos más comunes de medir resultados asistenciales en un sentido amplio se consigue valorando la capacidad de las personas para realizar tareas de la vida diaria. Las mediciones sobre discapacidad tienen más sentido para la vida de un individuo que los parámetros bioquímicos.

Solemos utilizar el termino dependencia cuando la discapacidad se prolonga en el tiempo, se cronifica (La Encuesta Nacional sobre Discapacidades, Deficiencia y estado de Salud la sitúa en un mínimo de un año), de forma suficiente como para requerir intervenciones más duraderas y habitualmente con la participación de terceras personas.

Dada la frecuente "asociación entre dependencia y enfermedad", es habitual que los profesionales sanitarios estén familiarizados con el problema de la discapacidad y de la dependencia y que de alguna manera revindiquen cierto protagonismo en el proceso de valoración. Por lo tanto podemos decir que es un sesgo lícito y legítimo.

Es importante matizar los términos de independencia y autonomía antes de profundizar en la valoración de la dependencia; para ello podemos utilizar las definiciones de Rodríguez Cabrero y Pilar Rodríguez aparecidas en el libro Protección Social de la Dependencia y que delimitan claramente un concepto y otro.

Según Rodríguez Cabrero una persona es socialmente dependiente cuando *"como consecuencia de limitaciones severas de orden físico o mental requiere la ayuda de otra persona para realizar actos vitales de la vida cotidiana".*

La definición de Pilar Rodríguez sobre el concepto de autonomía es particularmente útil ya que dependencia y autonomía son términos que frecuentemente se utilizan de manera indistinta aunque errónea. Autonomía se interpreta como "La perdida de la independencia es esencialmente funcional y no debe de confundirse con la perdida de autonomía de una persona, lo cual hace referencia a la defensa de la dignidad y libertad de una persona". Es decir la autonomía se refiere a la protección de la capacidad de decisión de una persona sobre su vida y si deviene en discapacitado mental a la obligada protección de sus derechos fundamentales de libertad y dignidad. (Pilar Rodríguez)

Desde este marco conceptual los autores citados anteriormente entienden que la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población, no siendo patrimonio exclusivo de los ancianos. Sin embargo, los fenómenos sociológicos derivados del envejecimiento poblacional están dando una nueva dimensión al problema tanto cuantitativa ("epidemia gris") como cualitativamente ("gray power"), al coincidir un intenso proceso de

envejecimiento y aumento de la esperanza de vida con cambios en la estructura social de la familia y de la población cuidadora.

El campo de estudio de la dependencia se centra mayoritariamente en la discapacidad para el autocuidado y la necesidad de ayuda prolongada de una tercera persona. En este sentido recogemos las definiciones de diversos autores.

Según A. Bowling las definiciones operativas de capacidad funcional se concentran en las actividades de la vida diaria, que a su vez se subdividen en actividades de autocuidado y domésticas.

En la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías de la OMS de 1980 se contempla la discapacidad del cuidado personal como "restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano".

Igualmente en la nueva clasificación CIDDM-2 de la OMS de 1997 se sustituye la expresión discapacidad por la de actividades. Bajo esta nueva denominación se estudian las actividades de la vida diaria y sus posibilidades de ejecución: asearse, vestirse, comer, beber y el cuidado del propio bienestar. Ellas, en definitiva, son las que nos permiten identificar la dependencia .

El Consejo de Europa la define como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana".

"La dependencia es un estado en que se encuentran las persona que por razones ligadas a la falta o la perdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria".

Quizás conviene matizar las diferencias entre discapacidad y dependencia. En la primera se entiende en ocasiones toda limitación grave que afecte o se espere que vaya a afectar durante más de un año (la dimensión cronológica es necesaria como se ha dicho anteriormente) a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia.

Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas. Sin embargo, en las escalas de valoración de dependencia si la discapacidad se supera con una ayuda técnica los resultados no equivalen a dependencia.

II.- VALORACIÓN GERIÁTRICA

Se denomina valoración geriátrica (VG) el proceso estructurado de valoración global, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales que el paciente anciano presenta; durante este proceso se registran los recursos y posibilidades de la persona, se valora la necesidad de servicios y, finalmente, se elabora un plan de cuidados progresivo, continuado y coordinado dirigido a satisfacer las necesidades del paciente y de sus cuidadores. Constituye la forma más razonable de acercarse al viejo desde cualquier ámbito de la salud y es esencial para su óptimo cuidado desde enfermería.

Se ha definido a la valoración geriátrica como –"LA PIEDRA ANGULAR" en la práctica de la geriatría, dando respuesta a la alta prevalencia en el mayor-anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que escapan a la tradicional valoración clínica biomédica.

Los múltiples, complejos e interrelacionados problemas del anciano demandan una aproximación "biopsicosocial" que combine la evaluación clínica clásica con la valoración de las restantes esferas que integran el individuo. De esta forma, un cuerpo de evidencias, cada vez más importante, muestra que la mayoría de las necesidades no satisfechas del anciano, como son la institucionalización inapropiada, los diagnósticos médicos y de enfermería incompletos, la pobre coordinación de servicios comunitarios, la sobreprescripción de fármacos y la infrautilización de rehabilitación, puedan ser mejoradas a través de programas de V.G.

En palabras de Laurence Rubinstein la valoración geriátrica supone la "exposición de un iceberg de incapacidad no reconocida". Es la búsqueda sistemática, la detección y valoración adecuada que pueden llevar al anciano a la incapacidad. Esos desconocidos síntomas no solo serán clínicos, sino que estarán relacionados con la funcionalidad, con la mente y con la vida social y económica del paciente anciano,

El señalado Rubinstein, pionero de la valoración geriátrica exhaustiva en EEUU, postula como beneficios potenciales de ella; el screening o la detección de condiciones tratables, la precisión diagnóstica, la confección de un plan terapéutico racional, el garantizar el uso apropiado de recursos para poder determinar la ubicación optima, poder documentar cambios en el tiempo y la mejoría de los pacientes en función psíquica, física y social.

III.- VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

La valoración del anciano se efectúa en un proceso multidisciplinar de valoración y dinámico en el tiempo. Se pretende descubrir, describir, e incluso explicar, los problemas de la población anciana, dando paso a una evaluación de recursos, capacidades de las personas y posibilidades de los servicios. Culminará la V.G. con la elaboración de un plan de cuidados individualizado para intervenir en los problemas de la persona.

Las características que ha de reunir la V.G. son: cuádruple (clínica, funcional, mental y social), dinámica y comprehensiva (término inglés aceptado en España y que recoge los términos de integridad y exhaustividad). Debe ser una evaluación multidisciplinaria que se realiza en colaboración con profesionales de las distintas disciplinas, dando respuesta al descubrimiento del estado global y detallado del anciano, haciendo posible la descripción de ello e, incluso, razonando los datos conseguidos.

Las citadas condiciones de la valoración la convierten en INTEGRAL, ya que la complejidad del ser humano, y aún más del anciano, obligan a la observación detallada, al estudio meticuloso y a la comparación cualitativa y cuantitativa de numerosos factores que la han de realizar, a lo largo de un continuo proceso, cualificados especialistas.

Esta valoración integral (V.G.I.) tiene que ser dinámica, ya que el anciano, día a día, se verá afectado por nuevas patologías que, en forma de cascada, influirán en sus condiciones de vida personales y sociales. Se le exige a la valoración que los datos obtenidos se expresen con claridad en términos no solo comprensibles para el médico o médicos geriatras que hayan intervenido en la evaluación, sino también para los enfermeros y resto de especialistas e incluso para cualquier otra persona que pueda recoger los análisis y resultados con posterioridad; la adecuada utilización de escalas de medida facilitará la objetividad y dará lugar a un lenguaje común entre los distintos profesionales, que contarán con datos fiables, válidos y sensibles al recoger las variaciones que se vayan produciendo.

Los principales propósitos de la valoración serían:

A) Investigación de enfermedad tratable.

B) Diagnóstico cuidadoso, tanto médico como de problemas funcionales, psicológicos y sociales.
C) Plan terapéutico racional.
D) Asegurar el uso apropiado de servicios.
E) Documentación de los cambios en el tiempo.

La mejoría de la precisión del diagnóstico debe de incidir en la investigación sistemática de los problemas tratables no establecidos, en vez de responder a las molestias específicas.

En el plan terapéutico se deben considerar las pautas inadecuadas y enfermedades yatrogénicas (producidas por la medicación) además de su costo.

En cuanto al uso apropiado de los servicios de salud, es, en esencia, el paso a la acción de una decisión tomada por los usuarios, de la cual esperan obtener un beneficio para su salud o bienestar.

La V.G.I. ha de adaptarse al sujeto y entorno para que sea realmente útil. La exhaustividad de la valoración y su relevancia es producto de las necesidades del paciente y de la pericia del clínico. Ha de ser aplicable tanto en la fase aguda como en la fase crónica de la enfermedad, pudiéndose realizar tanto en el domicilio del paciente como en la consulta externa, en el hospital, en la residencia de ancianos, en la unidad de rehabilitación o en la sala de psiquiatría.

Habitualmente el proceso se inicia a través de la consulta de un profesional sanitario de otro nivel asistencial. En el primer contacto es importante contar con la presencia de algún familiar o con el cuidador principal si es que existe.

La valoración multidisciplinar requiere la participación de un núcleo central o "Core" de profesionales que implica a la disciplina de medicina, enfermedad y trabajo social. Desde la primera entrevista o contacto con el paciente se detectará la necesidad de otros técnicos (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, neuropsicólogos, logopedas, dietéticos, etc).

La relación que se establece entre las necesidades de salud y la utilización de los servicios será una consecuencia importante de la V.G.I. Lo importante es saber la fuerza o naturaleza de la relación dosis-respuesta, siendo la gravedad del diagnóstico de la salud el que marque preferentemente y, desde un principio, la utilización de recursos sanitarios o residenciales, independientemente de otras consideraciones sociales o económicas.

La valoración geriátrica integral, se apoya en distintos instrumentos de valoración (escalas) ya sean multidimensionales o unidimensionales, genéricos o específicos. Este apogeo de la utilización de instrumentos de medición presenta una serie de limitaciones y de ventajas.

Es función del clínico mantener un equilibrio armónico entre instrumentos de medición y la valoración geriátrica. Estas herramientas de medición nunca deben de sustituir el proceso de valoración, al contrario han de estar incorporadas y deben ser complementarias a nuestras valoraciones.

La utilización de escalas (valoraciones estandarizadas o medición formal) se diferencia del juicio clínico (valoraciones no estandarizadas) por la especificidad y uniformidad que ofrece al proceso de valoración. Sin embargo los clínicos argumentan que la mera pasación de escalas limita, deshumaniza y sobresimplifica, el proceso en si mismo de la valoración.

Como dice la Organización Mundial de la Salud (OMS) los instrumentos utilizados en la valoración del estado funcional indican las limitaciones en la realización o de la capacidad, pero no explican la causa (etiología) de lo observado. Una historia clínica completa y una

exploración física, acompañada de exploraciones complementarias (tests bioquímicos, radiológicos, microbiológicos...) son necesarias para determinar que es lo que esta alterado. Contrariamente, el diagnóstico aislado da poca información sobre la capacidad de independencia del individuo.

En la VGI, como se apuntaba inicialmente, el objetivo de la valoración debe de influenciar *la elección* del instrumento de valoración y la estrategia general de valoración. Este propósito está íntimamente relacionado con las características del sujeto, las circunstancias de la enfermedad y el entorno donde se ha de realizar la valoración.

No importa lo detallado de una valoración, al final, un juicio clínico es necesario para interpretar la información. Como decía el médico francés Ch. Archard la medicina es: "Primero ciencia, después arte; Juicio, siempre".

IV.- COMPONENTES BÁSICOS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

El paciente-anciano debe ser analizado en todos los dominios o esferas del individuo: la valoración física, que abarca los aspectos clínicos tradicionales, pero considerados DESDE UNA PERSPECTIVA GERIÁTICA (contemplando las implicaciones clínicas del envejecimiento), la valoración psicológica, que comprende las esferas cognoscitiva y afectiva del individuo, y, por último, la valoración de los aspectos sociales, económicos y ambientales. La integración de estas esferas, tal como se representa en la figura 1,

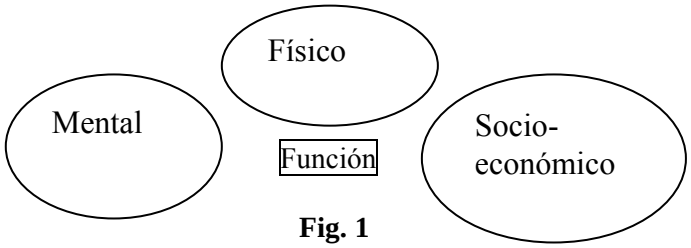


Fig. 1

dará como resultado la SITUACIÓN FUNCIONAL DEL INDIVIDUO, concepto interpretado como erróneo por muchos autores; el término funcional no engloba las dimensiones física, psíquica y social, es una dimensión propia en sí mismo que expresa su capacidad de vivir independientemente en el medio pese a sus limitaciones físicas, psicológicas o socio-ambientales, y que debe ser evaluada igualmente. Estos aspectos van a ser comunes a toda valoración, con independencia del nivel asistencial donde esta se realice y de los objetivos establecidos. Dentro de cada esfera del individuo los distintos elementos a considerar se indican a continuación, pero siempre abrirán o permitirán realizar una lista de problemas o diagnósticos de enfermería.

4.1.- Aspectos a valorar en el proceso de V.G.I.

- Salud física

- Enfermedades previas y utilización de servicios sanitarios.
- Valoración de síntomas y signos físicos por sistemas.
- Interrogatorio sistemático sobre síndromes geriátricos
- Dieta y estado de nutrición
- Consumo de fármacos (tipo y número)
- Indicadores de la gravedad de la enfermedad.
- Autopercepción de salud o incapacidad.

- *Estado funcional*
- Actividades básicas de la vida diaria.
- Actividades instrumentales de la vida diaria.
- Movilidad
- Utilización de ayudas (andadores, bastones, etc.)

- *Percepción y comunicación*
- Visión y Audición. Utilización correcta de gafas, audífonos, etc.
- Lenguaje

- *Salud psicológica*
- Función cognicitiva
- Función afectiva (depresión, ansiedad, etc.)
- Conducta.

- *Situación socio-económica-ambiental*
- ¿Con quién vive?. Relaciones sociales (personas, asociaciones, clubs, etc)
- Accesibilidad a familiares, amigos, profesionales de su vida de trabajo, voluntarios.
- Necesidades de cuidado social; sobrecarga del cuidador.
- Utilización de servicios sociales (ayuda a domicilio, centros de día, teléfono ...)
- Seguridad y confortabilidad de la vivienda. Situación medios de transporte, barreras arquitectónicas, adaptaciones...
- Ingresos económicos. Gastos comprometidos. Posibilidad de apoyo familiar.
- Creencias religiosas; costumbres; diversiones.

4.2.- Entrevista con el paciente

Aunque el aforismo de Sir Willian Osler "Escucha al paciente, el te dará el diagnóstico", (Marañón decía que la herramienta más valiosa del médico era el taburete) es tan cierto en el anciano como en el joven, existen factores que hacen que la recogida de datos en el paciente mayor presente algunos cambios y sea más difícil y laboriosa. Debemos conocer estas circunstancias y sus potenciales soluciones como un aspecto más a destacar en la V.G.I.

El anciano se muestra, con frecuencia, asustado e incomodo en la entrevista. La actitud del médico debe ser amistosa a la vez que respetuosa. Hay que evitar interrogatorios exhaustivos y prolongados; las entrevistas deben ser cortas, y pueden ser necesarias dos o más sesiones. Los familiares, de estar presentes, no deben interrumpir, y menos contradecir, lo que dice el paciente, lo que hará necesario, a veces, hablar a solas con las familias o cuidadores.

El geriatra hablará lentamente, con tono cordial y profundo, mirando al paciente a los ojos y completando su tono amistoso con algún contacto físico que sacie "el hambre de tacto" del anciano. Las preguntas sencillas, una a una, esperando tranquilamente las respuestas que serán las que el entrevistado quiera y no las que el médico espere o fuerce. Es muy frecuente que en la conversación se trate al mayor como a un niño e incluso como un menor tonto e incapaz: ello es un grave error, ya que puede conseguirse con esa actitud la desconexión del paciente.

A menudo el anciano no confiesa que presenta un determinado problema ni solicita, por tanto, ayuda para solucionarlo. Puede ser a causa del temor o de la creencia, muy frecuente, de que son consecuencia de sus muchos años y carecen de solución e incluso por vergüenza. La habilidad del médico es detectarlo e ir corrigiendo con naturalidad el aislamiento del individuo mayor.

Hay que ser consciente que la familia o el cuidador pueden ocultar, disminuir o, incluso, falsear datos importantes.

En definitiva, el punto de partida de V.G.I es la entrevista y ella será la que marque el plan de actuación y relacione al anciano con el médico, creando un conocimiento y afecto que permitirá la necesaria exactitud diagnóstica.

4.3.- Factores a estudiar.

a) CLINICOS

La valoración clínica permite cualificar y cuantificar patologías sintomáticas, identificar aquellas que sean desconocidas, evaluar como afectan a la función y planificar la intervención terapéutica más adecuada. La evaluación de la enfermedad biológica en el anciano siempre es un reto, incluso para los especialistas más experimentados, debido a las peculiaridades de su presentación y su evolución.

Reviste especial importancia la valoración de los denominados síndromes geriátricos, que son aquellos que por su prevalencia e influencia sobre la salud se consideran típicos del anciano. Los principales son la inmovilidad, el estreñimiento, el insomnio, las caídas y la polifarmacia. También es importante la exploración de los órganos de los sentidos, ya que las alteraciones son muy frecuentes y tienden a considerarse, erróneamente, como una consecuencia normal del envejecimiento.

Un concepto potencialmente útil, que debería desarrollarse, es el CE o "cociente de edad", en que la edad psicológica podría ser determinada para cada sistema orgánico principal, en contraste con la edad real, y sopesado de acuerdo a la importancia relativa de cada sistema orgánico en la determinación de la esperanza de la vida.

Los instrumentos existentes para la medida de la salud física tienden a ser demasiado específicos de la enfermedad o bien del sistema orgánico, por lo que no proporcionan un factor común para la comparación de pacientes con diferentes diagnósticos.

Otros parámetros que podrían medirse y mantienen una cuantitativa relación con la salud física real son: uso de los servicios médicos, actividades diarias restringidas, cantidad de diagnósticos específicos, y autovaloraciones del nivel de dolor, malestar y salud general.

En definitiva, en esta área, NO EXISTE UNA ESCALA RAZONABLEMENTE BUENA de salud física global, toda vez que la terminología usada por The Sepúlveda Veterans Administratión Médical Center en clasificarlos en diagnósticos mayores o menores, es simple y confusa, no apartando datos esenciales a la VGI.

b) VALORACIÓN FUNCIONAL

La función se ha definido como la capacidad de un individuo para adaptarse a los problemas de todos los días (aquellas actividades que le son requeridas por su entorno inmediato y su participación como individuo dentro de la sociedad), a pesar de sufrir una incapacidad física, mental o social. Es por lo tanto un fenómeno complejo que está influenciado por multitud de factores, tal como se esquematiza en la figura 2.

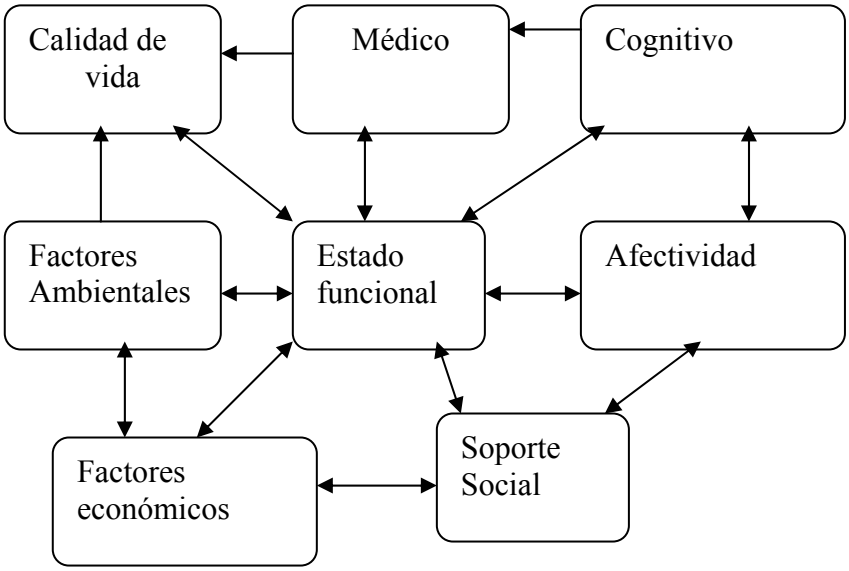


Figura 2

El término funcional debería reservarse para la dimensión de realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y siempre será un importante componente de la VGI (puede obligar a que se considere la dimensión funcional como espacio propio e independiente que se acople finalmente al resto de factores). La información sobre la función de un individuo es esencial para establecer un diagnóstico, un pronóstico y un juicio crítico, en los que se basarán las decisiones sobre el tratamiento y los cuidados geriátricos.

Las actividades de la vida diaria cuya ejecución se van a evaluar se pueden clasificar en

1. Actividades básicas propias del autocuidado, como, por ejemplo, alimentarse, asearse, vestirse, continencia de esfínteres, bañarse, andar (A B V D).
2. Actividades instrumentales de la vida diaria. Indican la capacidad que tiene un sujeto para llevar una vida independiente en la comunidad : tareas del hogar, compras, manejo de la medicación y de los asuntos económicos (A I V D).
3. Actividades avanzadas de la vida diaria. Son marcadores de actos más complejos y en gran parte volicionales, como, por ejemplo, empleo, tareas en tiempo libre, contactos sociales, ejercicio, etc. (A A V D).

Lógicamente la enfermedad y la función están íntimamente relacionados, siendo aquella el origen de limitaciones que se reflejarán en deficiencias (pérdida o anormalidad de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica), discapacidad (alteración de la función para las actividades de la vida diaria) o minusvalías (incapacidad para mantener su rol normal de acuerdo con su sexo, edad y factores sociales o culturales).

Cuando se evalúa la función de un anciano se analiza, por una parte, la acción y, por otra, la posible necesidad de ayuda para realizarla. Dicha evaluación puede hacerse directamente (presenciando su ejecución) o de forma indirecta a través de la opinión del anciano o de sus familiares o cuidadores.

Dependiendo de la clase de apoyo humano que precise el paciente, se le clasificará en dependiente o independiente para la ejecución de la tarea en cuestión.

En el área funcional se emplean escalas que serán tanto más eficaces cuanto más sencillas y fáciles de usar sean y menor tiempo exijan para su cumplimiento.

Cada día se consideran más necesarias las unidades geriátricas de valoración como un nivel asistencial del servicio de Geriatría, en las cuales se realice la valoración integral, en régimen de hospitalización de los ancianos que en ella se integran. Las unidades de valoración geriátrica integral pueden y deben de estar presentes en recursos de internamiento como ambulatorios, para acercar esta tecnología a los usuarios.

Entre las herramientas de valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria más frecuentes contamos con: Escala de la Cruz Roja, Índice de Katz, Índice de Barthel, índice de Lawton, Functional Independence Measure e Instrumentos de la familia RAI Resident Assessment Instrument.

La realidad es que hoy en día no se dispone de un sistema de medición universal, homologado y único sino que existen múltiples criterios para definir los niveles de dependencia. Este anhelo de obtener una herramienta universal y homologada es una búsqueda que motiva a numerosos investigadores, habiéndose realizado esfuerzos meritorios aunque todavía lejos de conseguir tal realidad. A pesar de la bondad de una herramienta única existen muchas consideraciones prácticas de tipo cultural, de los propios sistemas sanitarios, de necesidades percibidas diferentes, de los sistemas económicos etc. que impiden la implementación de normas internacionales.

Los niveles de dependencia por ejemplo son arbitrarios y diversos. Tenemos varias definiciones para catalogar el nivel de dependencia en una actividad concreta de la vida diaria. Esta va desde independiente, a ayuda parcial o hasta ayuda total; en otras escalas de independiente, versus dependiente o con matices que permiten graduar el nivel de dependencia más "finamente" (independencia completa, independencia modificada, vigilancia o preparación, ayuda o contacto mínimo, ayuda moderada, ayuda máxima o ayuda total).

A esta gradación habitualmente se le ha otorgado unos valores numéricos que permiten agregar las puntuaciones en una puntuación (un score) final que a su vez delimita diferentes categorías (niveles de dependencia). Metodológicamente existen limitaciones importantes puesto que transformamos variables categóricas u ordinales en numéricas intentando facilitar la comprensión del nivel de dependencia.

La encuesta sobre discapacidades deficiencias y estado de salud define la severidad de la discapacidad como el grado de dificultad que tiene la persona para realizar una determinada actividad sin ayuda (si no la recibe) o con ayuda (en el caso que la reciba):

Moderada: se considera que una persona presenta una discapacidad moderada si realiza la actividad sin dificultad alguna debido a que recibe ayuda o la realiza con un grado de dificultad moderada.

Severa: se considera que una persona tiene una discapacidad severa si realiza la actividad con gran dificultad.

Total: se considera que una persona tiene discapacidad total si no puede realizar la actividad.

Problemas clínicos y científicos que plantean los instrumentos de valoración funcional

Las escalas presentan limitaciones en su aplicación y en la evaluación de los resultados, señalándose como más importantes las siguientes:

- No se recogen los deseos personales del paciente.

- La suma de las puntuaciones o la letra (en el índice Katz) es una expresión que carece en sí de valor ponderativo con respecto al estado del paciente en el cometido particular que puede interesar.
- El tiempo entre una valoración y otra –la siguiente- no está marcado y por lo tanto los resultados para medir la mejora o pérdida global o parcial no queda expresado por el factor tiempo.
- El equipo de valoración descubre, identifica, describe e incluso diagnostica, pero los resultados serán difícilmente trasladados al paciente, familia o cuidadores, ya que el número o letra resultante es escasamente explicativa.
- Se carece de contrastación suficiente con la población general.
- Hay factores etnográficos, sociales, económicos, familiares, etc. difícilmente recogidos en la puntuación de los índices.
- Es necesario recoger informáticamente los resultados y conclusiones funcionales.

c) VALORACIÓN MENTAL

La presencia de una alteración mental es siempre signo de enfermedad ya que el envejecimiento normal sólo puede justificar modificaciones mínimas que no producen incapacidad.

La valoración del estado mental incluye la medida del funcionamiento cognoscitivo y afectivo. Entre los ancianos existe una gran prevalencia de disminución de la capacidad intelectual y de estados depresivos, siendo proporcional , muchas veces, a enfermedades físicas agudas o crónicas. La pérdida sensitiva puede también producir síntomas de afectación mental y muchos fármacos autoprescritos y prescritos pueden afectar la función mental.

El funcionamiento mental puede valorarse de varias maneras, incluidos los exámenes del estado mental no estructurados, las entrevistas estructuradas y semiestructuradas que permiten una graduación, cuestionarios, pruebas psicológicas.

Para evaluar el funcionamiento cognoscitivo se ha de poder cualificar la posibilidad de orientación (tiempo, lugar y personas), así como el pensamiento abstracto y la resolución de problemas. Entre las pruebas más útiles está la de “mano-cara”, en donde se estudia la capacidad del individuo para reconocer simultáneamente estímulos táctiles en la mejilla y en la palma, y es útil para distinguir los pacientes psicóticos de los que presentan lesión cerebral.

La prueba de grupo (set test) es una prueba fácil utilizada para identificar la presencia y el nivel de demencia senil: el paciente ha de enumerar la mayor cantidad posible de ejemplo de animales, frutas, colores y países. La puntuación de normalidad ha de rebasar las 15 respuestas, siendo diagnóstico de deterioro cognitivo el menor número.

Más complicada resulta la valoración afectiva ya que la depresión, síntoma referente, es muy difícil de apreciar y más de cuantificar. Las escalas de depresión se basan principalmente en la presencia de indicadores somáticos de un estado de humor deprimido, pero dichos síntomas pueden estar relacionados con una mala salud física o ser consecuencia del carácter o personalidad del paciente.

Las elecciones en la escala se refieren a contestaciones en donde se ha de elegir “algún tiempo”, “mayor parte del tiempo” o “nunca”.

Entre los tipos de test se señalan: aquellos que distinguen entre función alterada o normal, otros que detectan la aparición de deterioro y finalmente los más completos que miden las áreas mentales afectadas y las valoran cuantitativamente.

d) VALORACIÓN SOCIAL.

Esta valoración pretende plasmar la relación existente entre el anciano y el medio social en que se desenvuelve, estableciendo la vía para que los recursos sociales se utilicen de forma adecuada.

Es difícil su ejecución ya que debe de permitirnos la evaluación de las relaciones y actividades que el paciente anciano tiene con su entorno expresando el bienestar subjetivo personal (felicidad, satisfacción vital, adaptación, etc.), la calidad de apoyo social y familiar, la actividad desarrollada por el individuo y la posibilidad de mantener relaciones interpersonales satisfactorias.

Como instrumentos de medida se señalan los siguientes:

1) Valoración informal.

Se manejan los datos conocidos de forma no sistematizada. Poco eficaz.

2) Valoración sistemática.

Según Kane y Kane se divide la función social en tres apartados:

- Relaciones, actividades sociales y recursos.
- Bienestar y adaptación personal en el medio.
- Entorno social.

Es importante indicar el problema que se encontrará el evaluador para encontrar un informador fiable (habitualmente el cuidador informal del anciano), debiendo considerarse cuidadosamente las limitaciones del autoinforme proporcionado por el propio anciano, al poder estar condicionado por problemas de memoria y por situaciones tanto de protección de su intimidad como de exageración de los hechos. Otro problema importante es la elección del tiempo en el que se va a realizar la medición (un día, una semana, un mes, etc.) que estará condicionado por el tipo de estudio a realizar. También en la valoración social hay que enfrentarse a hipótesis que pueden ocurrir en el tiempo, basándonos en situaciones posibles más que reales.

3) Medición de interacciones sociales y recursos.

Aquí se recogen las escales que miden la salud familiar (APGAR social, Smilkstein 1978) que recogen los datos del paciente a preguntas claras y concretas sobre su adaptación familiar, asociación a efecto, posibilidad de compartir los actos diarios, etc., y la escala de disfunción social (SDRS) en la cual se evalúan 21 items sobre una escala de seis puntos, siendo las preguntas de carácter objetivo-subjetivo (autoestima, sistema interpersonal, contactos sociales con la familia, amigos y comunidad, inseguridad económica, etc.).

En esta valoración la escala más usada (OARS) para el anciano es la de recursos sociales y su carácter multidimensional (clínico, investigador y analista de programa) la hace muy útil en residencias geriátricas, permitiendo la evaluación del anciano a largo plazo.

4) Mediciones de bienestar subjetivo.

El bienestar subjetivo es un concepto difícil de definir, estando en relación con la satisfacción vital por la situación en que se encuentra el sujeto, la autoestima personal y el rol que desarrolla en la sociedad, pudiéndose relacionar con la salud, los factores económicos, el estado mental y los niveles de actividad. Estos test son difíciles de valorar cuando cambia la población estudiada. El otro factor a medir, la adaptación social , requiere una postura activa del anciano ante la vida y la medición de estos parámetro se basa en la valoración de los signos que se han considerado de buena adaptación:

- Conocimientos de los derechos que tienen personalmente.
- Niveles de actividad.
- Satisfacción vital
- Conciencia de percibir unos ingresos adecuados.
- Seguridad ambiental.
- Actitud personal ante la comunidad en la que viven.

Como escalas más utilizadas se señala la que mide el Índice de satisfacción (LSI) que con las respuestas a 22 preguntas se analizan cinco áreas de satisfacción vital y la escala de Filadelfia (Lawton 1972) en donde en un cuestionario autorrellenable de 22 preguntas se identifican los siguientes factores : actitud hacia el propio envejecimiento, agitación, insatisfacción, aceptación de la situación personal, optimismo y tranquilidad.

5) Adaptación al entorno.

Es evidente que el medio social en que nos desarrollamos establece una serie de condicionantes a los que debe adaptarse el individuo. El anciano tiene menos posibilidades para adaptarse al medio cuando aparece incapacidad y enfermedad, y la planificación del emplazamiento del anciano va a estar condicionada por la incapacidad funcional y psíquica que presente, así como por factores sociales, muchas de las escalas diseñadas para medir la adecuación que existe entre el individuo y el medio en el que vive se han establecido para valorar la calidad de las residencias.

6) Metodología hospitalaria.

Como ejemplo práctico del método a desarrollar en una valoración se indica el llevado a cabo en el Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Getafe.

Se comienza con una entrevista sencilla que realiza el personal sanitario con el fin de que el trabajador social, al iniciar el contacto con la familia, cuente con todos los elementos de juicio disponibles, conociendo el objetivo planteado por el clínico.

El trabajador social realizará las siguientes actividades:

- Ingreso del paciente. Tendrá en cuenta el desajuste familiar y emocional que los primeros días afectará al paciente con las incertidumbre que le produce la enfermedad.
- Diagnóstico inicial. La valoración de la enfermedad causa del ingreso, la posible evolución.
- Datos de identificación...
- Entrevista al anciano y a la familia.

- Información médica que recibirá el trabajador social de la situación inicial y que se irá complicando en el futuro con una relación constante médico-trabajador social.
- Información de la enfermería sobre la actitud del paciente y familiares durante las 24 horas del día.
- Sesiones interdisciplinarias. Puesta en común del equipo
- Posible alta hospitalaria con las implicaciones personales, familiares, sociales, económicas que ello suponga.

V.-CONSIDERACIONES EN EL PROCESO DE VALORACION DE NECESIDADES DEL USUARIO SOCIOSANITARIO

Una vez enmarcada y definida la dependencia es conveniente realizar el mismo ejercicio con el individuo objeto de la valoración. A continuación se citan algunas reflexiones sobre el individuo anciano discapacitado como usuario sociosanitario.

Otra vez partimos de una situación compleja. La confusión reinante sobre el término sociosanitario ha sido una constante a lo largo de los últimos diez años en nuestro país. Sin embargo pese a la dificultad sobre su definición, el modelo asistencial ha ido cobrando mayor protagonismo entre las políticas de atención de las diferentes comunidades autónomas, convirtiéndose en una fórmula alternativa al modelo clásico de atención geriátrica sectorizada y proporcionando igualmente una modalidad de asistencia integral al cada día más numeroso colectivo de personas ancianas, enfermos crónicos y pacientes terminales.

La complejidad de los términos sanitario y social, probablemente responde, no a las ideas abstractas que cada uno de ellos entraña, sino a la dificultad existente en desarrollar políticas gubernamentales interdepartamentales entre ministerios o consejerías sanitarias y sociales.

Una vez hecha esta salvedad y trasladados al terreno de la práctica clínica diaria, el término sociosanitario carece de ese confusionismo abstracto. La geriatría es claramente una forma de atención sociosanitaria al compartir los principios filosóficos de esta, entre ellos la atención global, integral o multidimensional y continuada. Por lo que partiendo de esta premisa el proceso de valoración de los usuarios sociosanitarios poco dista del abordaje del paciente geriátrico.

En este campo de estudio del proceso asistencial y las etapas del ”geriatric process”, es donde se ha constituido la tecnología geriátrica. Y donde se han desarrollado instrumentos complementarios (nunca sustitutorios) de valoración geriátrica integral, concretamente orientados a la fase de recogida de datos y planificación de cuidados. Dentro del amplio espectro de instrumentos de valoración hay que hacer especial mención a la familia de instrumentos RAI que a diferencia del resto contempla la multidimensionalidad y el carácter dinámico. Cada herramienta debe ser utilizada en el contexto apropiado para ganar efectividad; es por ello que debemos escoger con criterio entre herramientas genéricas o específicas de enfermedad y entre herramientas multidimensionales o unidimensionales. La respuesta sobre la elección vendrá determinada por el contexto. No será lo mismo realizar una valoración global en un primer contacto sanitario en un servicio de urgencias, que una valoración exhaustiva previa a un ingreso en una unidad de cuidados de larga estancia.

Uno de los riesgos conocidos por todos los profesionales habituados a la utilización de instrumentos de valoración es el riesgo que se corre al subordinar el juicio clínico a la mera pasación de escalas y someter el contacto clínico-paciente a la frívola tarea de cumplimentación exclusiva de registros, con orientación meramente administrativa.

Los instrumentos de valoración deben encajar con los requisitos de complementariedad y subordinación a la relación clínico-paciente, multidimensionalidad, carácter dinámico y además polivalencia. De esta manera siguiendo una sistemática estructurada y exhaustiva podremos avanzar en la difícil tarea de la evaluación de necesidades en nuestros usuarios sociosanitarios.

VI.- CONCLUSIONES

La primera consideración que surge cuando estudiamos la valoración de la dependencia como proceso, en la población anciana, es la disociación que induce el termino. La dependencia hace referencia a la dimensión funcional, es decir disgrega entre la valoración multidimensional (física, funcional, psíquica y social) y la valoración unidimensional (funcional). Caer en este análisis reduccionista es un peligro potencial.

Por esto es fundamental considerar detenidamente el escenario en el que se va a realizar la valoración de la dependencia. ¿Ha de tratarse desde una óptica social o desde una perspectiva sociosanitaria (geriátrica y multidimensional)?.

La valoración multidimensional es una facultad inherente al proceso de valoración geriátrico y por tanto es indivisible. No podemos contemplar al individuo anciano solo desde una perspectiva. Nuestro abordaje lleva implícita la valoración basada en la concepción holística (bio-psico-social) de la persona mayor. Es por todo ello que la valoración de la dependencia debe tratarse como un eslabón más del proceso asistencial sociosanitario del individuo.

Como queda reflejado en algunas experiencias, incluso solventando problemas de estandarización del método de valoración, siguen surgiendo problemas de equidad. Esta reflexión centra principalmente el tema de la valoración pero hay que resaltar que tan importante es el como evaluamos y que evaluamos (instrumentos, proceso...) como el para que evaluamos y a quién.

Hoy el debate se centra en la política social de atención a la dependencia, por lo tanto este es un debate amplio no exclusivo del colectivo de personas ancianas. La definición de dependencia desde el marco social se centra fundamentalmente en la dimensión funcional del individuo y dentro de esta la funcionalidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria (reconociendo las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria y concentrándose particularmente en el ámbito de las actividades básicas). Este es un abordaje excesivamente reduccionista para ser aplicado en el colectivo de personas ancianas enfermas.

La valoración exclusiva de esta dimensión, de la capacidad de autocuidado, puede quedar distante de la realidad del individuo anciano enfermo. Es por ello que el mensaje que debemos lanzar es la necesidad de una visión compartida, integral, social y sanitaria(sociosanitaria), multidisciplinar ajustada a los diferentes grupos de edad y probablemente por colectivos más o menos homogéneos (ancianos, enfermos crónicos, paliativos, salud mental, drogodependencias...) : desde este ángulo podremos iniciar procesos de valoración integrales y multidisciplinares.

El acompañamiento en esta labor ha de ser realizado por profesionales multidisciplinares, expertos en valoración integral, que nos acercaran a esta meta de una manera más objetiva ecuánime y precisa.

4.- El envejecimiento activo

Ponente: ***Carmen Marco Marco****, Presidenta de la Federación de ONG de Mayores de la C. A. Región de Murcia -FOMCARM*
Presidente: ***Jesús Sánchez Martos****, Catedrático y Periodista*
Vicepresidente: ***Fernando Berenguer Sendra****, Presidente de SUPPO-ONCE*
Secretario: ***Fulgencio Ruiz de Laencina****, Tesorero de la Asociación Cultural de Mayores y Jubilados Salcillo*
Vocal: ***Josefa Conesa Alonso****, Presidenta de la Confederación Regional de Viudas de la C. A. de Murcia*
Experto: ***Rocío Fernández Ballesteros,*** *Catedrática de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, asesora del IMSERSO*

"*Desde que nacemos, envejecemos: Envejecer es vivir y vivir es envejecer"*

Rocío Fernández-Ballesteros

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, se ha relacionado la vejez con la enfermedad, la dependencia y la jubilación. Las políticas y los programas vinculados a este paradigma solo reflejan parte de la realidad. Junto con la vejez que lleva consigo dependencia, existe también una vejez activa que quiere y puede participar, al mismo tiempo que seguir contribuyendo al desarrollo humano, social y económico.

En los países en vía de desarrollo, muchas personas mayores, continúan trabajando en el mercado de trabajo y en el sector del trabajo informal. En los desarrollados van siendo piezas clave y no remuneradas en el trabajo doméstico, cuidado de nietos/as (en Estados Unidos, cada vez son más los niños que consideran la casa de sus abuelos como su propio hogar) e incluso también en la ayuda a las personas enfermas. Con esta contribución, se permite a los miembros más jóvenes de la familia poder incorporarse al trabajo laboral remunerado.

El hombre tiene el derecho y el deber de vivir su vida hasta el final, con la mayor dignidad del mundo y no puede ser de otra manera.

Ha llegado el momento de considerar a las Personas Mayores, no como "clases pasivas", sino como participantes activas de **una sociedad que integre el Envejecimiento** y que considere a dichas personas, contribuyentes activos y beneficiarios del desarrollo.

Este planteamiento, incluye el reconocimiento de las contribuciones de las Personas Mayores tanto de las que están enfermas, son frágiles y vulnerables y la defensa de sus derechos de asistencia y seguridad, junto con los derechos de aquellos que pueden y quieren permanecer siendo activos en la sociedad.. Este último aspecto no solo es importante por el derecho inherente a la persona de cualquier edad, sino por cuanto la promoción del envejecimiento activo, actuará en la prevención de la discapacidad y de la dependencia. Así se pone de relieve en la investigación actual y así está siendo proclamado por la Organización Mundial de la Salud y por Naciones Unidas.

A principios de este siglo XXI, el envejecimiento de la población, plantea muchos interrogantes, tanto a la sociedad de la que formamos parte, como a sus responsables políticos:

¿Cómo podemos **ayudar** a las personas para que sigan siendo independientes y activas a lo largo del proceso de envejecimiento ?.....

¿Cómo podemos **reforzar** las políticas de promoción y prevención de la salud para llegar a Mayores "saludablemente"?.....

¿Cómo **repartir** de forma equilibrada o adecuada el cuidado de las personas que necesiten asistencia a medida que envejecen, entre **la familia y el estado** ?...

¿Cómo **reconocer y apoyar** el importante papel que las Personas Mayores desempeñan cuidando y en muchos casos sosteniendo su entorno familiar ?....

¿Cómo y en qué medida **las Personas Mayores influyen en el PIB nacional?....**

¿Cómo podemos las ONGs, los Gobiernos y la Sociedad en general**, mejorar la calidad de vida** de las Personas Mayores y **de un modo especial la de las Dependientes?**

Los progresos de nuestra civilización han propiciado que la población activa se reduzca, aumentando la inactiva. Esto puede plantear un grave problema social respecto a los contratos, seguros, salarios y por supuesto, un aumento del número de las pensiones.

"La edad de jubilación en España, se encuentra en los 65 años. Actualmente, a esta edad, el nivel de eficiencia intelectual es muy elevado y la riqueza personal muy grande. En general, hasta los 80 años aproximadamente, en una persona sana, no aparece ningún declive de esta actividad" (Dr. Antonio García García "Envejecimiento y Cerebro")

"La edad cronológica, no es un indicador exacto de los cambios que acompañan el envejecimiento" (Peggy Edwards, asesora de Health Canad).

Son muchas las variaciones entre personas de la misma edad. "Envejecer es un largo proceso de extraordinaria variabilidad interpersonal: podría decirse que existen tantas formas de envejecer como número de habitantes, en un determinado contexto de referencia." (R. Fernández Ballestero). Promulgar políticas sociales basadas únicamente en la edad cronológica puede ser discriminatorio y hasta contraproducente para un país.

"El envejecimiento de la poblaciones es, ante todo y sobre todo, una historia del éxito de las políticas de salud pública, así como del desarrollo social y económico". (Gro Harlem Brundtland. Directora General de la OMS, 1999) .

Todas estas teorías que acabamos de exponer, son un triunfo y a la vez un desafío. No consiste en **"añadir mas años a la vida, sino más vida a los años".** Desde este punto de vista, el envejecimiento no es nunca una tragedia. Una población que envejece, puede proporcionar otras ventajas a la economía global. Las naciones en las que está disminuyendo la población en edad de trabajar, podrán utilizar trabajadores de edad experimentados, con lo que su índice económico, no disminuirá.

Por lo tanto, el progreso científico y económico mundial, debería de garantizar un envejecimiento ***activo y de calidad***

¿QUÉ SE ENTIENDE POR ENVEJECIMIENTO ACTIVO ?

La **Organización Mundial de la Salud** define el **envejecimiento activo** a nivel poblacional, como "el proceso que se produce a lo largo del curso de la existencia y que lleva consigo la optimización del bienestar físico, social y mental, con el fin de extender las expectativas de salud, la participación y la seguridad y, con ello, la calidad de vida en la vejez". ("Envejecimiento y Ciclo Vital", documento aportado por la OMS a la II Asamblea Mundial de Envejecimiento).

En esta II Asamblea, convocada por Naciones Unidas y celebrada en Madrid del 8 al 12 de Abril de 2002, a la que acudieron 160 países, se destacó, como punto clave, la incorporación del Envejecimiento a las estrategias de desarrollo y lucha contra la pobreza, así como el compromiso de lograr **un envejecimiento activo**, con la aplicación de medidas para abordar las consecuencias de dicho envejecimiento, considerándose esencial la colaboración de las Organizaciones No Gubernamentales y el sector privado.

Este término de **envejecimiento activo** fue adoptado por la OMS a finales de los años 90, con la intención de transmitir "*un mensaje más completo que el de envejecimiento saludable"* y reconocer los factores que, junto a la salud, afectan de una manera importante al proceso del envejecimiento de las personas y de las poblaciones. En otras palabras, la seguridad y la participación. Se basa, en el reconocimiento de los derechos humanos de las Personas Mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de **independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los deseos personales.**

Sustituye la planificación estratégica sobre los Mayores, basada en las "necesidades", por la basada en "los derechos"a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de su ciclo vital, haciendo más hincapié a medida que envejecen.

De esta manera, se respalda la responsabilidad para ejercer su participación tanto en el proceso político, como en todos los aspectos socioculturales y económicos de la vida comunitaria.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El envejecimiento activo se aplica tanto a las personas individualmente, como a los grupos de población. Es un camino a recorrer, cuya meta final está en conseguir que cada ser, realice su potencial de bienestar físico, social e intelectual, a lo largo de toda su vida y por lo tanto, pueda participar en la sociedad, de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades. En otras palabras, el envejecimiento activo lleva consigo la concepción de que:

1º el desarrollo humano y la participación duran, mientras dura la vida.

2º Entre los derechos de los individuos está el de permanecer activos, lo que implica que la jubilación es un derecho individual, pero no debe ser una exigencia social.

Tanto Naciones Unidas como la Organización mundial de la Salud establecen que el envejecimiento activo, se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las Personas Mayores y en los principios fundamentales de **independencia, participación, asistencia, realización y dignidad** .

Pero a niveles individuales..¿ Cuales son las características con las que puede definirse el envejecimiento activo?...Los autores que lo investigan los resumen en :

a) **Buena salud e independencia funcional.**
b) **Buen funcionamiento mental y físico.**
c) **Un alto compromiso con la vida.**

Para conseguir estos fines y hacer del envejecimiento una experiencia positiva, tenemos que analizar algunos conceptos de la vida diaria que son fundamentales para los Mayores:

a) **La autonomía** o capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones personal acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias.

b) **La independencia** como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria.

c) **La calidad de vida** sería la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema de valores en que se vive. En gran medida va determinada por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia.

d) **La esperanza de vida saludable** se utiliza como sinónimo de esperanza de vida libre de discapacidades.

Con estos conceptos, se puede medir el grado de dificultad que tiene una persona mayor para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

El proyecto de Iniciativa internacional *" Global Ageing Iniciative "* que está tratando de probarse en 16 países, condiciona **el envejecer bien** a cinco ingredientes :

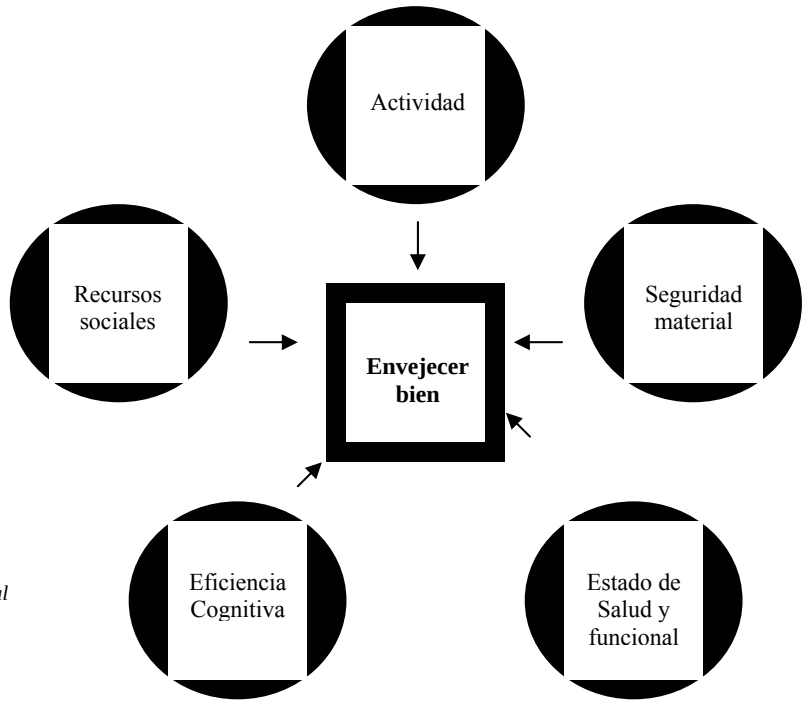
a) actividad
b) recursos sociales
c) seguridad material
d) eficacia cognitiva
e) estado de salud y funcional

Fernández Ballesteros en su libro "Envejecimiento Satisfactorio", establece dos tipos de factores determinantes del envejecimiento activo: **distales** y **proximales**, dividiendo cada uno de ellos en personales y sociales:

Factores Distales: Genética, Biología, Sexo, Nutrición, Proceso de Socialización, Hábitos (personales) y Educación, Posición Familiar, Apoyo Social, Ambiente Físico, Sistema de Protección (sociales).

Factores Proximales: Estilos comportamentales, Capacidades intelectuale Control y autoeficacia, Habilidades de afrontamiento, Conducta prosocial (personales) y Apoyo social / familia, Pensión –renta, Disponibilidad de formación, Ambiente Adecuado, Servicios sociales y de salud (sociales).

Así, envejecer con éxito o de forma competente, no es cuestión de azar. Hay que fomentar el tener una buena salud, llevar una vida física y mental activa y estar muy comprometido con la vida.



Modelo de Global Ageing Initiative

DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El **envejecimiento activo depende de una diversidad de influencias o "determinantes" que rodean a las personas, las familias y las naciones.**

En el documento de la OMS "*Envejecimiento Activo: Un marco político"*, los resume así:

Determinantes

**Económicos:* Son tres los conceptos que tienen un efecto especialmente significativos sobre el envejecimiento activo : los ingresos, el trabajo y la protección social.

*Sociales: El apoyo social, las oportunidades para el aprendizaje continuo, la paz y la protección contra la violencia y el abuso, son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la participación y la seguridad delas personas que envejecen.

Personales*: Los determinantes **personales y conductuales son los que influyen desde el propio individuo y son tanto genéticos, como psicológicos. Los primeros – habilidades intelectuales, inteligencia nata para manejar positivamente su propio estilo de vida etc.- no hay duda que son importantes, pero los segundos, pueden ser re-entrenados o modificados por medio de "Programas de Acción" y convertirse en nuevos estilos de vida que el individuo libremente, adopta.

**Conductuales*: La participación activa del individuo en el propio autocuidado, es importante en todas las etapas del ciclo vital. Uno de los mitos sobre el envejecimiento, gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable. Es todo lo contrario: implicarse en una actividad física adecuada, adoptar una alimentación sana, no fumar, el consumo prudente del alcohol y de los

medicamentos en el proceso de la vejez, la realización de actividades mentales, pueden evitar la discapacidad y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la propia calidad de vida.

**Entorno físico*: Un entorno físico que tenga en cuenta a las personas mayores, puede establecer la diferencia entre su independencia y su dependencia. Las que viven en un entorno inseguro o con múltiples barreras físicas, salen menos de sus casas y por lo tanto, son mas propensas al aislamiento y a la depresión por tener más problemas de movilidad.

La Sanidad y los Servicios Sociales adecuados, no cabe ninguna duda que son grandes determinantes del envejecimiento satisfactorio y positivo. "*con independencia de las obligaciones familiares" (Art. 50 de la Constitución Española).*

También existen unos determinantes transversales importantes:

La Cultura: Es un factor clave porque influye sobre todos los demás determinantes del Envejecimiento Activo. Es importante que ya desde la escolaridad, se forme en estos temas a niños y adolescentes, para que las nuevas generaciones envejezcan mucho mejor, adoptando a lo largo de los años, el estilo de vida adecuado.

Las políticas y programas que se instauren necesitan respetar las culturas y tradiciones de los pueblos, así como los valores universales que trascienden la cultura, como son los valores éticos y los derechos humanos.

El Sexo: Es como una "lente" a través de la que se puede considerar la idoneidad de las distintas opciones de las políticas instauradas y cómo afectarán al bienestar tanto de los hombres como de las mujeres.

¿ Cómo están funcionando estos factores en España ?

España es uno de los países de la Unión Europea que invierte una parte inferior de su PIB, en gastos de protección social con un 21,6%, bastante lejos de la media comunitaria (27,7%) y de Suecia, Dinamarca o Francia que gastan casi una de cada tres unidades monetarias de PIB en gastos de protección social. Al estar dentro de la U.E. tiene que cumplir los Principios del Pacto de Estabilidad que ha fijado metas concretas para alcanzar el objetivo del equilibrio presupuestario, con un margen cada vez mayor. A ese horizonte que se plantea de estabilidad y prosperidad, no hay que olvidar que han contribuido los ahora Mayores.

Contamos con un sistema de pensiones contributivo y no contributivo. Sin embargo, las pensiones bajas son muy bajas y las altas no muy altas (si comparamos con el salario mínimo interprofesional). Se requiere un régimen de pensiones flexible que permita que los mayores que lo deseen y física y mentalmente estén preparados, puedan seguir trabajando remuneradamente.

Al concentrarse la atención sólo en el trabajo del "mercado de trabajo formal", se tiende a ignorar la valiosa contribución de las Personas Mayores en trabajos del "sector informal" y en las actividades de voluntariado. Puesto que vivimos en una sociedad mercantilizada, requerimos que, al menos de manera informal, se tenga en cuenta "monetariamente", la contribución de las personas mayores a la renta nacional (o (o PIB).

Parece que se va a llevar o se está llevando a cabo una investigación para contabilizar esta contribución: *" Proyecto de RFB sobre Envejecimiento activo"*. La investigación sola no es suficiente. Es necesario que se estudie y se actualice esta aportación porque los datos obtenidos serán muy importantes para que la sociedad tenga cada vez más en cuenta, política, económica

y socialmente, a ese porcentaje de mayores que cada año va en aumento y que hasta ahora, han sido considerados como "pasivos". (Eva García Blanco)

En este siglo XXI, el envejecimiento a nivel mundial, impondrá mayores exigencias económicas y sociales para las naciones. La Organización Mundial de la Salud sostiene, que los países podrán afrontar el envejecimiento, si los gobiernos, las Organizaciones Internacionales y la Sociedad Civil, promulgan políticas y programas de **envejecimiento activo que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad.**

Hasta ahora, contamos con un apoyo familiar extraordinario porque estos lazos familiares son amplios y las generaciones actuales de personas mayores, generalmente, han tenido una familia extensa. Sin embargo, esta situación está cambiando y tenemos unos "clichés" en torno a las personas mayores que parecen actuar negativamente sobre las políticas de acción del envejecimiento activo. Nada mas claro que examinar qué escasísima atención han tenido hasta la fecha, la promoción de la salud del Mayor, su participación activa y la implicación de estos en todas las áreas del país.

Desde esta Ponencia, queremos abordar algunos de estos interrogantes que plantea el Envejecimiento y al igual que se hace desde el Documento de la OMS *"Envejecimiento Activo : un marco político "*, queremos hacer nuestra esta llamada, dirigida tanto a los poderes públicos, como al sector privado: a la sociedad en general. Fundamentalmente a todas aquellas personas o entidades que son responsables de formular dichas políticas y programas sobre el **Envejecimiento, tanto a nivel regional, nacional o comunitario.**

Pero esta llamada de atención estaría incompleta sin contar con la actuación de sus protagonistas: las Personas Mayores. También ellas, desde su situación personal, desde su entorno, pero principalmente **desde su actitud**, pueden conseguir que la vejez sea una etapa más completa del desarrollo de su ciclo vital o por el contrario, una etapa de declive y déficit. Se trata de que los Mayores, asuman el sentido trascendente de toda vida humana y por lo tanto, de la propia, demostrando con su conducta que pueden alcanzar cotas muy altas en los diversos campos tecnológicos, familiares, sociales o económicos para los que se encuentren preparados. Que **pueden** y **deben** tener proyectos, aunque cierto declive biológico, sea innegable.

"Es verdad que los años estropean la piel, pero es la deserción del propio ideal, la que arruga el alma. Aunque el deterioro físico tenga muchas secuelas negativas, con esas mismas limitaciones, pero acompañadas de ideales y de amor, los resultados han sido fantásticos" (Contribution of theelderly to the sense of life". Gloria Mª Tomás)

A lo largo de la Historia de la Humanidad, para algunos autores, el concepto de Vejez, ha sido signo de enfermedad y deterioro. Para otros sin embargo, la Vejez ha sido la etapa de más conocimientos, de más sabiduría.

Está claro que se puede hacer mucho para envejecer bien. En la mayoría de los casos, no es una cuestión de azar. **Una visión positiva de la vejez**, significa un reconocimiento de la autoridad, de la sabiduría, de la dignidad y de toda una vida de experiencia de los Mayores. Sin embargo, en sociedades contemporáneas, con demasiada frecuencia, se obvia este sistema de valores, y las personas mayores aparecen a menudo como un drenaje de la economía y un estorbo para la sociedad. ¿La causa?.... las mayores necesidades de servicios sanitarios y de apoyo.

Con cierta frecuencia encontramos en los Diarios Nacionales noticias distorsionadas:
"Los mayores de 65 años, originan la mitad del gasto del Sistema Nacional de Salud"
(El País 8 – 4 – 2002)

Lo cierto es, que datos disponibles, indican cada vez más, que la vejez en sí misma no está asociada con el aumento de los gastos sanitarios. Lo costoso es la discapacidad y la mala salud. A medida que se pongan en marcha instrumentos contra esa "fragilidad," instrumentos que pueden ser sociales, culturales, sanitarios, etc. las personas envejecerán con un mejor estado de salud y de bienestar y el gasto médico disminuirá.

Pero hay más, mucho más…La investigación de los últimos veinte años, pone de manifiesto que la discapacidad, en el envejecimiento frágil, se puede prevenir. Esto es indudable, si a todo lo largo del ciclo de la vida, se trata de promover el desarrollo físico y mental de la persona: que cada individuo alcance sus máximas posibilidades…Entonces se lograría que no llegara o se retrasara el umbral de la discapacidad. Por lo tanto, la promoción del envejecimiento activo influirá, necesariamente, en una disminución de las personas mayores dependientes.

La conclusión es, **que se puede lograr luchar con la dependencia tratando de prevenirla.** Es lo que proponemos desde esta Ponencia. Así, al mismo tiempo, lograremos una disminución del gasto público correspondiente al costo social y sanitario de cada uno de los individuos que hayan seguido siendo activos.

Está comprobado que este **envejecimiento activo**, puede reducir el riesgo de la enfermedad de Alzheimer, incluso retrasarla (*JAMA "Participation in Cognitively Stimulating Activities and Risk of Incident Alzheimer" 2002 ; 287 : 742 – 748)*

También en "El Mundo" de fecha 23-2-2002, en un articulo de Ángela Soto se afirma que el riesgo de padecer esta patología neurodegenerativa, puede reducirse a la mitad, modificando ciertos hábitos de vida : junto con las vitaminas, mucha lectura , los juegos de Mesa y las actividades mentales son fundamentales contra el Alzheimer.

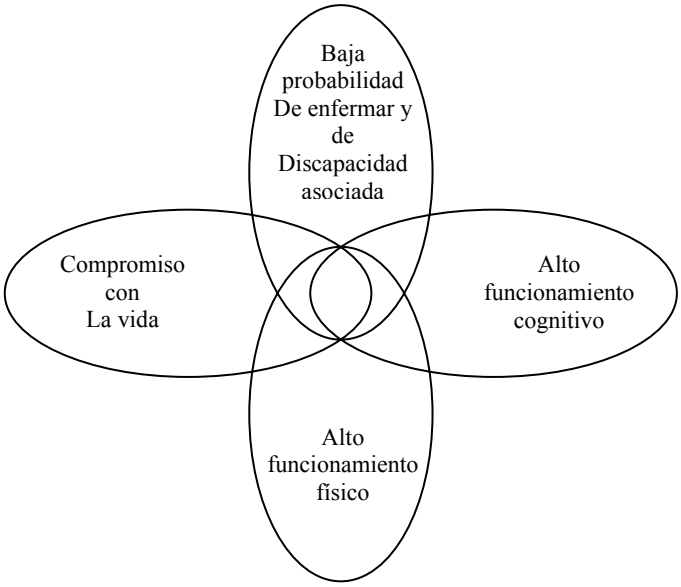
Las personas mayores, como el resto de los seres humanos. no son un grupo homogéneo y esta diversidad, tiende a aumentar con la edad.

Según Fernández Ballesteros en *"Envejecimiento Satisfactorio",* los autores modernos, han pretendido reducir esta enorme diversidad del envejecer, a tres formas o categorías: **envejecimiento patológico, normal o con éxito**.

Cuantitativamente, la primera de ellas, causa de discapacidad en muchos casos, es la menos numerosa. Los cambios experimentados a lo largo del S. XX en esperanza de vida, ponen de relieve que la enfermedad y las discapacidades asociadas, se pueden prevenir y por lo tanto reducir considerablemente.

El envejecimiento "normal"sin graves patologías, es aquel que coincide con los parámetros correspondientes al funcionamiento biológico, psicológico y social de unas estadísticas, pero es un concepto un tanto abstracto, ya que el conjunto de parámetros llamados "normales", no es probable que se den en ningún individuo.

El envejecimiento con éxito, activo o satisfactorio se puede definir como aquel que tiene una baja probabilidad de enfermar y de discapacidad asociada, un alto conocimiento cognitivo, un alto funcionamiento físico y funcional y un alto compromiso con la vida y con la sociedad.



Componentes del Envejecimiento con éxito (basado en el modelo de Rowe y Kahn, rectificado por Fernández Ballesteros)

Una vejez sana, puede y debe convertirse en una vejez activa, con imágenes que respondan a la realidad de personas mayores como individuos **atractivos**, **diversos** y **creativos**, que hacen aportaciones vitales a la sociedad. Es necesario que esta teoría se ponga totalmente en práctica, en este siglo en el que ya van teniendo un protagonismo importante las Personas Mayores.

En recientes estudios del Dr. Antonio García García ("Envejecimiento y Cerebro" *Encaenia 2002*) sitúa los límites de la vida de los ahora nacidos en los 85-100 años. El cerebro, como el músculo, si no se utiliza se atrofia, pero no debemos olvidar que la potencialidad del aprendizaje se conserva con la edad y que la actividad intelectual es fundamental para mantener joven el cerebro.

No deben preocuparnos las arrugas del rostro, sino las del cerebro. Estas, no las refleja el espejo, pero las percibe nuestra familia, nuestros amigos, nuestro entorno.
Estas "arrugas" metafóricas del cerebro, precoces en la persona inactiva , tardan en presentarse en la activa, acuciada por la curiosidad de estar al día, preocupada por sus semejantes e integrada en la sociedad.

La actividad física también es positiva para el cerebro, "*incrementa la fabricación de factores neutróficos y facilita la supervivencia neuronal"* mejorando la salud mental. La capacidad para estar físicamente activo se puede resumir en una frase: "Mueve el corazón por tu salud". Es el slogan del "Abrazo Mundial", caminata intergeneracional organizada por la OMS en pro del Envejecimiento Activo.

Los contactos sociales, son importantes en esta etapa de la vida. El peor enemigo de las Personas Mayores es la soledad, ya que ésta, aumenta considerablemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura.

La Confederación Española de ONGs de Mayores – CEOMA – para prevenir estos riesgos está impartiendo en toda España programas importantes: **" Madurez Vital"**o cómo

planificar la Jubilación, **"Curso de Comunicación y Formación de Líderes", "Cursos de Ordenadores", "Formación de Voluntarios para asistencia domiciliaria", etc.**

En la mayoría de las sociedades, los hombres mayores, suelen tener menos redes de apoyo, amigos, reuniones etc. que las mujeres. De un millón de personas que viven solas en España, dos de cada diez son mujeres mientras que seis de cada cien son hombres. (Datos del IMSERSO 2002)

En esta distinta forma de envejecer de hombres y mujeres, habría que considerar que aunque las mujeres tengan más problemas funcionales durante la vejez, debido a su distinta biología, en lo que se refiere a la personalidad y al envejecimiento psicológico, las mujeres envejecen más activamente que los hombres.

El término **"vida mental activa",** como vemos, siempre hace referencia a una participación continua de los Mayores, en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas de su entorno y más ampliamente, de su país.

Deseamos ampliar la esperanza de vida saludable y de calidad para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo las enfermas, con discapacidades o que necesiten asistencia en sus propios hogares, ya que **todas pueden seguir contribuyendo activamente, dentro de sus posibilidades, bien en su entorno familiar, con sus amigos o más ampliamente con las comunidades y naciones.**

El Papa León XIII tenía 80 años cuando convocó el Concilio Vaticano II y 82 cuando escribió su Encíclica *"Rerum Novarum"*.

Menéndez Pidal decía que *"no hay joven que no pueda morir mañana ni viejo que no pueda durar unos años más"*.

"No puede ser la vejez tiempo de jubilación ni para la mejora personal ni en lo referente a la ayuda a los demás "*(Gloria Mª Tomás y Garrido " Aportación de los ancianos al sentido de la vida")*

En el proceso de envejecimiento se debe buscar, como diría Julián Marías, *"el lado soleado de la vida, de manera que sea fecundo y estimulante, residir en él"*.

Es preciso redescubrir el **valor humano, el sentido y el significado de la edad avanzada y lo que pueden aportar a la sociedad, las Personas Mayores.**

Por lo tanto, si queremos tener una idea clara de lo que es el **envejecimiento activo**, éste será posible, si las políticas y los programas que promueven las relaciones entre la salud mental y social sean tan importantes, como los que mejoren la salud física, económica y de integración de los Mayores, en una **"sociedad para todas las edades".**

POLÍTICAS SOBRE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El envejecimiento de la población es un fenómeno global, que requiere medidas internacionales, nacionales, regionales y locales.

En un mundo cada vez más intercomunicado, el hecho de no afrontar de manera racional y en cualquier parte del mundo, los imperativos demográficos y los rápidos cambios de las pautas de la enfermedad, tendrá consecuencias socioeconómicas y políticas globales.

"En última instancia, un enfoque colectivo del envejecimiento y de las personas mayores, condicionará la forma en que nosotros, nuestros hijos y nuestros nietos, experimentaremos la vida en los años posteriores" (OMS "Envejecimiento Activo: un marco político").

El marco político adecuado para el envejecimiento activo, se guía por los *Principios de las Naciones Unidas para las Personas Mayores*:

a) Independencia
b) Participación
c) Asistencia
d) Realización de los propios deseos
e) Dignidad

Las decisiones se tienen que basar en comprender **cómo influyen los determinantes del envejecimiento activo** sobre la manera en que envejecen las personas y las poblaciones.

También requiere la acción sobre tres pilares básicos :

La Salud: Cuando los factores de riesgo (tanto ambientales como conductuales) de las enfermedades crónicas y el declive funcional se mantienen en niveles bajos y los factores protectores son elevados, las personas disfrutan de más años y más calidad de vida.

La Participación: Las Personas Mayores seguirán haciendo una contribución productiva a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar, junto con su total participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, de acuerdo con sus derechos humanos.

La Seguridad: Las políticas y los programas abordarán las necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física de los Mayores, garantizando su protección, su dignidad y su asistencia en el caso de que ya no puedan valerse por sí mismas. Se apoyarán a las familias y a las comunidades en sus esfuerzos por cuidar de sus seres queridos de más edad.

PROPUESTAS POLITICAS FUNDAMENTALES

1. <u>SALUD</u>

1.1 Prevenir y reducir la discapacidad, enfermedades crónicas y mortalidad prematura

2. <u>PARTICIPACIÓN</u>

2.1 Proporcionar oportunidades de educación y aprendizaje, durante todo el ciclo vital.

2.2 Reconocer y permitir la participación activa de las personas en las actividades de desarrollo económico, el trabajo formal e informal y las actividades de voluntariado a medida que envejecen, de acuerdo con sus necesidades, preferencias y capacidades individuales.

2.3 Alentar a las personas a participar plenamente en la vida de la comunidad familiar a medida que envejecen.

3. SEGURIDAD

3.1 Asegurar la protección, la seguridad y la dignidad, de las Personas Mayores, abordando los derechos y las necesidades de seguridad social, financiera y física.

3.2 Reducir las desigualdades en los derechos de seguridad y en las necesidades de las mujeres mayores.

La Organización Mundial de la Salud sugiere que **podemos permitirnos envejecer**, si los países, las regiones y las Organizaciones Internacionales, promulgan políticas y programas de **envejecimiento activo** que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad. **Ha llegado el momento de planificar y actuar**. En todos los países, pero sobre todo en los de en vía de desarrollo, las medidas para ayudar a que las personas mayores sigan sanas y económicamente activas son, más que un lujo, una auténtica necesidad.

Con el lanzamiento del **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento del año 2002,** marca un punto de partida en la toma de conciencia de los desafíos y los triunfos de un mundo que envejece. Cada vez se pedirá más a los Estados Miembros, a las Organizaciones no Gubernamentales, a las Instituciones Académicas y al Sector Privado, para que desarrollen soluciones que tengan en cuenta este desafío.

Para fomentar el movimiento del **envejecimiento activo**, todas las partes interesadas, tendrán que clarificar y popularizar el término de "envejecimiento activo", a través del diálogo, la discusión y el debate en el mundo político, el sector de la Educación, los foros públicos y los medios de comunicación como la radio, la prensa y los programas de televisión.

La OMS se ha comprometido a trabajar en colaboración con otras Organizaciones intergubernamentales, las ONG y el Sector Académico para el desarrollo de un marco global de investigación sobre el Envejecimiento.

Serán políticas que deben tener por fundamento, las necesidades reales, preferencias y actitudes de las Personas Mayores teniendo presente el Ciclo Vital de cada uno y reconociendo la influencia de las anteriores experiencias vitales, no pongan en peligro las necesidades de los futuros ciudadanos mayores.

CONCLUSIONES

1.- El envejecimiento activo es, necesariamente, un bien para las personas,para los gobiernos y para la sociedad.

2.- El envejecimiento activo se puede promocionar a lo largo del ciclo vital y durante el proceso del envejecimiento. Existen múltiples investigaciones que atestiguan que se puede promocionar la salud y todos los temas que se tratan en esta Ponencia, evitando, en cierta medida, ciertos tipos de discapacidad, al menos retrasarla, reduciendo un número importante de enfermedades.

3.- Promocionar el envejecimiento activo es altamente rentable no solo a nivel personal, sino para los poderes públicos y para toda la sociedad. Se requiere un cálculo de lo que ello implica, tanto en la contribución al desarrollo económico como en el ahorro de gastos sanitarios y sociales.

4.- Es importante convencer a los gobiernos de las naciones, de que las Personas Mayores han pasado de ser "clases pasivas", al concepto más prístino y genuino de "clase activa".

5.- La solvencia política de los Mayores, en términos de participación electoral y fidelidad del voto, va a implicar un mayor interés general por todos los asuntos relacionados con la vejez.

6.- Una Ley de la Dependencia debe contemplar el aspecto más importante de cara al futuro: la Prevención de la Dependencia y la Promoción del Envejecimiento Activo.

Valladolid 20 de Octubre de 2003

BIBLIOGRAFIA

1. "Envejecer en España". IMSERSO. Edita: Ministerio de Trabajo y A. Sociales

2. "Envejecer Bien" Prof. Rocío Fernández-Ballesteros. Universidad A.de Madrid

3. "Envejecimiento Activo: Un Marco Político" Documento OMS 2002

3. "II Asamblea Mundial del Envejecimiento "Madrid. Abril 2002

4. "Salud y Envejecimiento: Un Documento para el Debate" OMS y Health Canadá 2002

5. "El Envejecimiento Activo: De los Hechos a la Acción" OMS 2002

6. "Envejecimiento Satisfactorio" Prof. Rocío Fernández-Ballesteros Universidad A.Madrid

7. "Jama" Vol.287 Nº 6 February 13, 2002

8. "El Mundo" Sábado 23 -2-2002

9. "Aportación de los Ancianos al Sentido de la Vida " Gloria Mª Tomás y Garrido

10. "Envejecimiento y Cerebro" Dr. Antonio García Blanco

11. Enmienda de Doña Eva García Blanco. Presidenta de la Hermandad de Pensionistas de Administración Local

12. Enmienda de Don José de las Heras. CEOMA

5.- Aspectos sociales y familiares de la dependencia. Los cuidadores. Aspectos intergeneracionales

Ponente: ***Carmen de Alvear****, Secretaria General de CEOMA*
Presidente: ***Rafael Termes Carreró****, Académico*
*Vicepresidenta:****Elvira López Martín****, Presidenta de la Confederación de Federaciones y Asociaciones de Canarias*
Secretario: ***Francisco Viver Bondía****, Vocal de la Junta Nacional de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas*
Vocal: ***Carlos Lázaro Corthay****, Vocal de la Junta Nacional de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas*
Experta: ***Dolors Colom,*** *Directora de la Revista AGATHOS*

INTRODUCCIÓN.

Según datos del INE, las personas Mayores en España, de más de 50 años, son el 32% de la población. La esperanza de vida se sitúa en torno a los 83 años para las mujeres y en 75 para los hombres. Para el Observatorio de la calidad de Vida, en el 2005 las mujeres podrán llegar a cumplir 96 años y los hombres 88.

El envejecimiento de la población que supone un enorme progreso en el desarrollo de los pueblos del mundo, presenta un importante reto en las políticas y sistemas públicos de bienestar social, para permitir que las personas Mayores puedan seguir participando en la sociedad y tener unos servicios asequibles, ajustados a sus necesidades.

Los derechos que forman los pilares básicos de la protección social son, entre otros, el acceso a unos cuidados de salud y socio sanitarios que garanticen la autonomía personal y la calidad de vida.

El Libro Blanco de la Gent Gran y la **Dependencia**, de la Consellería de Bienestar Social de la Generalitat de Catalunya, indica que este fenómeno no ha sido estudiado en profundidad, confirmando la necesidad de desarrollar un conjunto de medidas políticas intersectoriales, destinadas a prevenir las consecuencias de la **dependencia**.

La cuestión es: **¿cómo repartir de forma equilibrada el cuidado entre la familia y el Estado de las personas que necesitan asistencia a medida que envejecen?. ¿Cómo incentivar las relaciones intergeneracionales que favorezcan la participación plena, en una sociedad para todas las edades…?**

La **Dependencia** no es un problema nuevo; siempre ha habido personas dependientes, pero en la actualidad se ha convertido en un problema social importante por sus dimensiones, que hay que abordar en profundidad, porque sin duda tendrá además implicaciones en la definición de políticas sociales.

Cuantitativamente está creciendo la población de personas Mayores, pero también es verdad que cualitativamente, esta población, desde un punto de vista económico, cultural y de salud, ha mejorado notablemente, lo que hará que aumente su calidad de vida.

Los últimos informes publicados, indican que el nivel de **dependencia** tiende a disminuir aumentando el nivel de Mayores autónomos.

El nivel de **dependencia** en Estados Unidos, entre 1982 y 1994, demuestra una caída a un ritmo decreciente del 1,3% y en los países europeos, a partir de un estudio de Jacobzone del año 1999, la caída se sitúa en el 0,075%, ligeramente inferior.

No hay ninguna duda de que **las personas que mantienen un estilo de vida saludable, ejercicio físico, actividad intelectual, etc., tienen menos riesgo de ser personas dependientes.**

Hay que poner en marcha programas de prevención sobre los factores de riesgo, para evitar tratar el envejecimiento como una enfermedad. La OMS ha definido la asistencia de larga duración como "el sistema de actividades desarrolladas por cuidadores informales, **familia**, amigos, vecinos o profesionales, para garantizar que una persona que no puede valerse por sí misma, pueda llevar una vida con la mayor calidad posible, según sus gustos personales y con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización y dignidad humana". **Por tanto, la asistencia de larga duración incluye ambos sistemas de apoyo: informal y formal.** El sistema formal puede incluir una amplia oferta de servicios comunitarios, salud pública, atención primaria, asistencia domiciliaria, servicios de rehabilitación y cuidados paliativos, así como asistencia institucional en residencias y centros asistidos.

PRIMERA APROXIMACIÓN.

Las personas Mayores quieren ser atendidas en su domicilio y dan a la **Familia** un papel central. La encuesta que ha hecho la Generalitat de Catalunya para el Libro Blanco de las Personas Mayores sobre dónde prefieren vivir, ha dado los siguientes resultados:

- Siempre en su casa: 78,6%.
- Con sus hijos y otros familiares: 14%.
- Volver al lugar de origen familiar: 1,4%.
- En una residencia: 2,5%.
- En una urbanización sólo con personas Mayores: 0,6%.

Hoy, según el mismo estudio, vivir en su propia casa es uno de los valores más significativos entre las personas de edad. Incluso, en caso de necesitar ayuda de una tercera persona, o de servicios sociales formales, desean recibirlos sin tener que abandonar su hogar.

El volumen de cobertura que ofrece a las personas Mayores el soporte informal de las familias, se sitúa entre el 65 y 88%, enormemente significativo para está "empresa" que no factura. No obstante, las previsiones de falta de relevo generacional, la incorporación masiva de mujeres al trabajo, la población de Mayores que viven solos constituyen un elemento clave para las políticas sociales, que tendrán que tener en cuenta de una manera especial a los cuidadores informales.

Esto nos lleva a la consideración de que la **Familia**, en sus variadas formas, sigue siendo el grupo básico para la calidad de vida de la sociedad.

Los Mayores son **Familia** y quieren seguir siendo **Familia**. Si queremos responder a las expectativas de las personas de edad, tendremos que devolver a la **familia** el papel que le corresponde. Muchas de las personas ancianas con necesidad de asistencia, prefieren ser cuidadas en su casa.

La **familia** sigue siendo la responsable en el cuidado y atención de los Mayores que necesitan ayuda. El Plan Gerontológico de 1993, nació para abordar un diagnóstico sobre las necesidades del sector y poder planificar las nuevas políticas de atención a los Mayores y a sus

Familias. No obstante, **España sigue estando todavía muy lejos de homologarse a los países más avanzados en políticas sociales. El desarrollo normativo que permita a los cuidadores beneficiarse de una protección social específica, es todavía incipiente.**

La responsabilidad del cuidado de las personas mayores dependientes, sigue resolviéndose en el plano individual de la intimidad familiar y a costa, casi siempre, del sacrificio y renuncia de las mujeres generalmente con escaso poder adquisitivo, empleo a tiempo parcial, con dedicación a las tareas domesticas y con problemas de salud, que se agravan con las depresiones que arrastran al sentirse abandonadas, e impotentes para ayudar, como quisieran, a sus seres queridos.

El reto que tiene España para ponerse al nivel de los países más avanzados, es el de incrementar los recursos de los servicios sociales, para dar cobertura a las personas dependientes, de cualquier edad, ayudando a resolver los problemas de las familias.

La **Familia** sigue siendo imprescindible a la hora de diseñar las políticas sociales. La intervención social con respecto a los Mayores, debe ir mucho más allá que la sola atención a colectivos en riesgo. Para atender a los Mayores, hay que desarrollar una política de apoyo a la **Familia**, que les permita mantener su independencia. El bienestar de los Mayores pasa por el bienestar de los jóvenes. Hay mayores que dependen de los hijos y muchos hijos que dependen de sus padres Mayores. Por eso, es imprescindible una política familiar, que facilite a los jóvenes su independencia (política de vivienda, de empleo, etc.).

EXPECTATIVAS.

Resulta urgente poner en marcha programas y prestaciones de atención a las personas con **dependencia**, a través de los sistemas públicos de protección social; para el Foro Mundial de ONG sobre el Envejecimiento, "los Gobiernos y la sociedad civil deben proporcionar el aprovechamiento del recurso social que suponen las personas Mayores, para el desarrollo de su país, en tareas de solidaridad intergeneracional, y con otras personas Mayores".

Como decíamos antes, las **familias**, que juegan un papel tradicional de soporte y ayuda a los Mayores tienen hoy graves dificultades para cumplir con la atención adecuada; no olvidemos el cambio importante que ha supuesto la incorporación de la mujer al mercado laboral, cuando ellas precisamente, eran las que asumían la responsabilidad del cuidado de la **familia**, ante situaciones de enfermedad, discapacidad, o **dependencia**.

Es imprescindible una política de protección social a la **Familia**, que asegure una jubilación con ingresos suficientes, para mantener una existencia segura y digna.

En el informe realizado por la Fundación Salud y Sociedad, tres cuartas partes de expertos, comparten el pronóstico negativo para el futuro, del mantenimiento de la financiación pública y cobertura gratuita y completa de las necesidades básicas de las personas Mayores; ésta afirmación se compensa con la **necesidad de que se introduzca una fórmula de retribución con cargo a los fondos públicos para las personas que tengan a su cuidado ancianos con problemas de dependencia**. Lo que nadie duda es que tendrá que haber una autentica solidaridad intergeneracional.

El Foro Mundial del Envejecimiento, en su declaración final dice: "los poderes públicos deben de proveer recursos adecuados de atención a las **familias**, de manera que el soporte **familiar** sea un suplemento y no el reemplazo de los servicios públicos".

Los gobiernos han de asumir la responsabilidad de conseguir el equilibrio entre autocuidados, sistemas de soporte informal que ofrecen las Familias y cuidados

profesionales. No es justo el desamparo en que se encuentran muchas personas con Mayores dependientes. La atención de larga duración, debe contemplar un amplio abanico de servicios comunitarios, sociales y de salud, estableciéndose unas prioridades para los Mayores que sufren una situación de **dependencia**.

Hay que iniciar un proceso de consulta desde una perspectiva intergeneracional, imprescindible para conocer lo que piensan los Mayores y la experiencia de las **Familias** con personas a su cargo. Sólo así se conocerán sus necesidades, dificultades y expectativas. Hay que facilitar a los Mayores los medios necesarios para que vivan en el lugar elegido por ellos. **Las nuevas tecnologías, por ejemplo, pueden ser de gran ayuda para los Mayores en general, para los Mayores dependientes y para sus Familias.**

Para una mejor calidad de vida hay que facilitar a las personas de edad que viven en las grandes ciudades, el acercamiento a la naturaleza.

POLÍTICAS SOCIALES.

La atención a los Mayores dependientes, debe entenderse desde una política integradora.

"La educación para la salud debe contemplar específicamente a las personas Mayores y a los cuidadores **familiares** y profesionales encargados de su atención", (Foro de ONG).

La atención a los enfermos de Alzheimer, o a los que hayan perdido sus facultades por algún otro motivo, debe enfocarse desde un gran respeto a la dignidad de la persona.

La participación de las Familias y de los Mayores es necesaria para promover iniciativas que estimulen un voluntariado vocacional competente y eficaz.

La discapacidad de los Mayores, que les convierte en personas dependientes, puede prevenirse o retrasarse. Los cuidadores deben influir en las personas a su cargo, procurándoles un estilo de vida positivo; dialogando con ellos, con una atención personalizada, donde la ternura y el afecto son muy importantes. **El cambio de actitud con los ancianos es fundamental. Hay que respetar su dignidad y valorar su independencia.**

Un estudio de la OMS, Organización Mundial de la Salud, incide en que, a medida que la población envejece, uno de los mayores retos de la política sanitaria es encontrar el camino para que cada persona cuide su salud y sepa, en caso de necesidad, solicitar ayuda por los cauces que considere oportunos.

LOS CUIDADORES.

Los cuidadores informales, que son sujetos activos en relación a los problemas de la **dependencia**, tienen derecho a recibir ayuda de los órganos competentes, que les informarán sobre la situación y evolución de la persona a su cargo, así como de qué forma acceder a los servicios de asistencia. Las sociedades avanzadas deben disponer de:

- Asistencia sanitaria y social a domicilio.
- Programas de ayuda de las Asociaciones de Mayores.
- Dispositivos básicos, como alarma, tele asistencia, etc.…
- Centros de día, para que los responsables de los Mayores puedan cumplir con su trabajo profesional.
- Residencias para el ingreso temporal de los Mayores dependientes, de manera que sus cuidadores, puedan disfrutar de unas vacaciones.

- Ayudas económicas para adaptar la vivienda y para cubrir los costes de la asistencia.

Los servicios de asistencia doméstica y comunitaria para ayudar a los cuidadores informales, tienen que estar disponibles para todos, no sólo para los que puedan pagarlos.

CUIDADORES PROFESIONALES.

Los cuidadores profesionales necesitan preparación y práctica, pero sobre todo, verdadera vocación. El trato con las personas Mayores exige una especial sensibilidad y paciencia. Hay que huir de paternalismos humillantes. Hay que potenciar su independencia, aunque sea pequeña y aunque esté en situación de fragilidad. Los profesionales que están en relación con las **Familias**, deben sugerirles que fomenten la autoestima y la autonomía de los Mayores a su cargo.

Los principios básicos de asistencia a la vejez deben estar presentes en la formación de todos los estudiantes de medicina, enfermería, trabajadores sanitarios etc...

Los profesionales deben tratar de conseguir que las diferentes orientaciones que recibe la **Familia**, o el enfermo, coincidan en el fondo y en la forma, y que todas las acciones estén coordinadas. Los cuidadores profesionales deben favorecer el entendimiento entre los diferentes miembros de un servicio, que nunca deben competir ni enfrentarse, para integrarse como un todo en el núcleo **familiar**.

Los profesionales de las distintas disciplinas deben actuar "en equipo" para mejorar los problemas de las personas a las que atienden.

Desde los servicios de atención, siempre se ha subrayado la importancia de la **Familia** como ayuda eficaz para el bienestar de los enfermos, pero puede ocurrir que no se pueda contar con la **Familia** y que sea necesario acudir a recursos externos. En estos casos, el equipo deberá analizar la situación real, respetando la decisión de la **Familia**, que se ve incapaz de continuar atendiendo al enfermo. Resulta evidente que la intervención varía dependiendo del grado de colaboración de la **Familia** que, en determinadas ocasiones, podría perjudicar la salud del enfermo.

El objetivo de la intervención de los profesionales, en estos casos, es conseguir mejorar la atención a la persona, por eso, el tratamiento se debe hacer con una perfecta colaboración.

Habrá que analizar qué posibilidades tienen las personas responsables para atender al enfermo, estableciendo una diferencia entre las posibilidades emocionales y de otro género, como materiales, etc.; **hay que tener tacto para establecer la comunicación necesaria que permita el entendimiento entre las Familia, el enfermo, el equipo que le trata y el resto de los agentes externos.**

Las diferentes patologías que se presentan a los equipos de salud, obligan a reflexionar sobre situaciones socio sanitarias, que conllevan diferentes actuaciones de los profesionales hacia la **Familia**:

En todos los casos, es necesario:

- Conocer el nivel de conocimiento que tiene el enfermo y la **Familia**, del diagnóstico y pronóstico de su enfermedad.
- Tratar las pérdidas que la enfermedad tiene a medio y largo plazo.

- Garantizar el máximo soporte del equipo que trata al enfermo y facilitar su acceso a los servicios complementarios.
- Facilitar elementos de seguridad a los cuidadores. A menudo éstos son los que menos ayuda reciben de los profesionales y del resto de la **Familia**, exigiéndoles más de lo que pueden.
- Ayudar al enfermo y a su **Familia** a intelectualizar el proceso de la enfermedad y su deterioro.
- No trivializar la importancia que tiene la enfermedad.
- Dar ocasión para que las personas expresen sus temores.
- Sensibilizar a las personas del entorno del enfermo, para que colaboren, sin sobrecargar a las personas cuidadoras, puesto que de su colaboración dependerá evitar el internamiento.
- Fomentar actividades sanas para el enfermo y los cuidadores: deporte, paseos, etc...
- Estudiar las condiciones de la vivienda y valorar, si el incremento de la **dependencia** puede significar un obstáculo en las barreras arquitectónicas.

Ante las personas con enfermedades terminales, la responsabilidad de los cuidadores será:

- Confortarles en el último momento de su vida, acercándonos a sus sentimientos.
- Ayudarles en el momento preciso, sin engañarles sobre su situación.
- Facilitar el soporte espiritual de la religión que la persona demande.
- Capacitar a los **familiares** del enfermo para soportar la tensión, ayudándoles a compartir el presente.

Hay que tener en cuenta que, en España el 25% de los cuidadores informales son la pareja matrimonial de la persona con **dependencia**, generalmente en una edad avanzada, y en el 83% son mujeres con necesidad de ayuda.

Según el Libro Blanco de la Generalitat de Catalunya, el 75% de la atención de los cuidadores **familiares** lo hacen de forma permanente, lo que supone "un importante nivel de desgaste personal y de salud". Las consecuencias para el cuidador informal son:

- El 64% ha tenido que reducir su tiempo de ocio.
- El 51,2% se encuentra cansado.
- El 48,4% no puede tener vacaciones.
- El 39,4% no tiene tiempo para visitar a sus amigos.
- El 32,1% tiene depresiones.
- El 28,7% tiene la salud deteriorada.
- El 26,9% no puede trabajar fuera de casa.
- El 23% no tiene tiempo para cuidarse.

En esta situación, el servicio a domicilio contribuye de manera importante a descargar de sus tareas al cuidador informal.

FACTORES DE CAMBIO.

La inmigración a nuestro país de personas de otros continentes, especialmente de Hispanoamérica, está ayudando de manera muy importante al mantenimiento de los servicios informales, por su disponibilidad para trabajar en el domicilio **familiar**. Las personas Mayores

prefieren, en todo caso, contar con estas ayudas personalizadas más que con los servicios profesionales.

Hoy en día es normal contemplar paseando por la calle o en los parques de las ciudades, personas Mayores acompañadas de jóvenes sudamericanos que les ofrecen con delicadeza su brazo.

Por eso, **la llegada de los inmigrantes a nuestro país ha sido providencial para la mejor atención de los Mayores dependientes.**

EPÍLOGO.

A pesar del esfuerzo que se ha hecho en los últimos años, continuamos a la cola de los países Europeos en las políticas para afrontar los problemas derivados de la **dependencia**, con servicios muy escasos de atención domiciliaria.

En un interesante estudio sobre "Envejecimiento y Protección Social de la **dependencia**, veinte años de Historia y una mirada hacia el Futuro", se formulan algunas propuestas sobre la promoción de políticas sociales intergeneracionales del desarrollo de la solidaridad pública, como única vía posible para mantener la solidaridad **familiar**, la prevención de la **dependencia** y la participación de las personas Mayores en los procesos que les afectan.

Estas y otras iniciativas, dicen sus tutores, "se deberán desarrollar en el mercado en un sistema de protección social a la **dependencia**, cuya implantación constituye una de las decisiones políticas de mayor importancia para los próximos años".

El lema "Envejecer en casa" no puede quedarse en un discurso vacío de contenido. Tiene que ir acompañado del esfuerzo de todas las administraciones públicas y de la propia sociedad, para dar una respuesta eficaz a las necesidades que los Mayores dependientes y sus **familias**, están padeciendo.

CONCLUSIONES

1. Las Personas Mayores desean vivir en familia y, en caso de necesidad, recibir ayuda de terceras personas en su propia casa. Por ello, es necesario que la **Ley de Protección Social a las personas dependientes**, se contemple desde una perspectiva más amplia de **Protección a la Familia**, que les permita mantener su independencia.

2. Teniendo en cuenta que hay **mayores que dependen de los hijos y muchos hijos que dependen de sus padres mayores**, es necesario un desarrollo normativo que permita que estas familias se beneficien de una protección social específica, que dé **cobertura a las personas dependientes de cualquier edad.**

   La Ley debe prever una **retribución con cargo al erario público** para las personas que asuman la responsabilidad del cuidado de mayores, ó de jóvenes ante situaciones de dependencia.

3. **Los cuidadores** de las personas dependientes **tienen derecho a recibir información sobre el estado de las personas a su cargo.** Los servicios de asistencia doméstica deben estar a disposición de todas las personas dependientes y de sus familias, prestándoles una atención personalizada.

4. **Para corregir el abandono en que se encuentran las personas con mayores dependientes,** que en el 83% son mujeres, **es imprescindible arbitrar fórmulas alternativas eficaces** que les ayuden a paliar su situación: residencias para el ingreso temporal de los dependientes, centros de día, adecuación de la vivienda, alarmas y asistencia sanitaria y social a domicilio.

5. **El problema de la Dependencia es un problema que afecta a toda la sociedad,** por eso **es importante analizarlo desde una perspectiva intergeneracional,** para la promoción de políticas sociales de desarrollo de la solidaridad pública. Es imprescindible la **implantación de un sistema de protección social a la dependencia.**

6. Necesidad de adaptar los servicios de protección a la dependencia y el apoyo a familias cuidadoras en el Medio Rural, no solo a la mujer cuidadora sino también a la familia cuidadora.

7. En cuanto a la mujer que abandona el Mercado Laboral para cuidar a sus Mayores:
   - Que siga cotizando a la Seguridad Social.
   - Que la ayuda sea digna.
   - Que cuando quiera incorporarse a su puesto de trabajo no se le sancione denegándole su incorporación inmediata al mismo o rebajándole su nivel profesional.

   Y por supuesto, tener en cuenta a las mujeres que nunca se incorporaron al Mercado Laboral porque siempre tuvieron a alguien a quien cuidar.

8. Necesidad de fomentar la investigación por familiares y/o voluntarios.
   Las Administraciones Públicas deben fomentar este tipo estudios a través de las propias Organizaciones de Mayores, Científicas o Fundaciones.

9. Se encarece la educación en los valores transcendentes, generosidad en contraposición de egoísmos.
   Hay necesidad urgente de estructurar la formación de cuidadores atendiendo al mismo tiempo las necesidades desde las posibilidades reales.
   Entendemos al voluntariado como componente imprescindible en la atención a las personas dependientes.

BIBLIOGRAFÍA.

- Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002 de Naciones Unidas.
- Foro Mundial de ONG sobre el Envejecimiento: declaración final y recomendaciones.
- Envejecimiento Activo: Un Marco Político. Organización Mundial de la Salud.
- Intervención de Mercado sobre las personas Mayores en España. Publicación Júbilo y Comunicación.
- Envejecimiento y Protección Social de la Dependencia en España, 20 años de Historia y una Mirada hacia el Futuro. Teresa Sancho y Pilar Rodríguez.
- VII Jornadas de Estudio de ISDABE de la Asociación de Profesores Universitarios Jubilados, sobre la Cultura de la Paz.
- Ponencias y Trabajos de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas, 1999 -2003.
- La Intervención Multidisciplinar de los Equipos de Salud y su Influencia en Corresponsabilidad Familiar y Social. Artículo revisado de Dolors Colom.

- Libro Blanco de la Gent Gran amb Dependencia, de la Generalitat de Catalunya.

6.- Provisión de Servicios a Personas Dependientes

Ponente: ***Javier García Pérez****, Director General de Edad Dorada – Mensajeros de la Paz*
Presidente: ***Padre Ángel García Rodríguez****, Presidente – Fundador de Edad Dorada - Mensajeros de la Paz*
Vicepresidente: ***Juan Manuel Mellado Rojas****, Presidente de "Los Mayores" (Valencia)*
Secretaria: ***Eva María Carreira Vaquero****, Jefa de Proyectos de Edad Dorada - Mensajeros de la Paz*
Vocal: ***Antonio Rodríguez Pena****, Vicepresidente de Edad Dorada - Mensajeros de la Paz*
Experto: ***Dr. J. Manuel Martínez Gómez,*** *Geriatra*

INTRODUCCIÓN

La atención a la dependencia de personas mayores se está configurando como una de las necesidades sociales emergentes más característica del tiempo histórico que nos está tocando vivir. La combinación de factores demográficos y sociosanitarios está produciendo un notable aumento en el número de dependientes, entendiendo por "dependientes" aquellas personas que presentan una pérdida más o menos importante de su autonomía funcional y necesitan de la ayuda de otras para poder desenvolverse en su vida diaria. Evidencia que coincide además con otras realidades como son el envejecimiento de la población, el cambio en el modelo de familia y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo.

No es difícil pues imaginar las nuevas necesidades de provisión de servicios que plantea este incremento en el número de dependientes.

Por todo ello, el problema de la dependencia de nuestros mayores se plantea como uno de los primeros retos al que han de enfrentarse las políticas públicas y privadas en nuestro país.

En este sentido, resulta especialmente urgente diseñar y poner en marcha programas y prestaciones de atención a las personas con dependencia, a través de los sistemas públicos y privados de protección social.

Es decir, la dependencia de terceros motivada por vejez o por discapacidad debe generar derechos de atención que, a su vez, supongan el desarrollo de nuevos servicios. Y es aquí donde corresponde a los poderes públicos - en estrecha colaboración con otros agentes sociales como asociaciones, fundaciones, empresas privadas especializadas , etc., que es donde nosotros nos situamos - la provisión de los recursos financieros, técnicos y humanos, precisos para la prestación de los servicios pertinentes de atención a las dependencias.

Pero aún hay que ir más lejos. Para afrontar con garantías de éxito el problema de la dependencia de nuestros mayores resulta claramente fundamental una Ley sobre Dependencia de ámbito estatal. Esta ley debería definir con nitidez el marco de actuación de la iniciativa pública y privada, tanto en el ámbito de los instrumentos de previsión como en el del diseño de recursos y prestación de servicios, siempre dentro del concepto de un derecho del ciudadano.

1. Situación Actual de los cuidados a Mayores dependientes:

En España, un *26,6%*. de las personas mayores de 65 años pueden considerarse dependientes leves, moderados y graves. Los individuos de mayor edad son los que tienen

mayores problemas de dependencia: una inmensa mayoría de sujetos dependientes moderados y severos tiene más de 80 años.

Más del 80% de las personas mayores dependientes solo reciben ayuda del apoyo informal. *La* familia, por tanto, constituye actualmente el principal agente proveedor de cuidados de larga duración, siendo especialmente importante el papel que en este sentido desempeñan las mujeres de mediana edad (hijas y nueras).

Además de la familia existen otros dos agentes que intervienen en la atención domiciliaria, aunque su importancia relativa es mucho menor.

Según los últimos datos del IMSERSO, los 139.384, usuarios de la atención domiciliaria pública, que mayoritariamente aparece acompañada también del apoyo informal, representan únicamente el 4.7% de todas las personas mayores dependientes no institucionalizadas. Concretamente, el Servicio de Ayuda a Domicilio da cobertura únicamente al 2.07% de la población mayor de 65 años, porcentaje que se sitúa muy por debajo de las ratios europeas.

Por otro lado, las más de 250.000 personas que contratan atención domiciliaria privada complementándola o no con apoyo informal, representan algo más del 12%.

En cuanto a la atención residencial, aproximadamente un 3% de todas las personas mayores de 65 años está ingresada en una residencia pública o privada. No obstante, en el caso de las personas de más de 85 años, este porcentaje es cuatro veces superior.

Actualmente, existe un déficit de 121.417. plazas de atención residencial , ya que según la recomendación mundial de la salud, serían necesarias 5 plazas por cada 100 mayores de 65 años, o sea, 336.978, de las que actualmente se dispone , según el "Informe IMSERSO 2002" de 215.561. Además, sería necesario reconvertir 110.000 plazas de las que ya existen. De hecho, la ratio actual de plazas residenciales por habitante no ha conseguido llegar a las 3,5% por cada 100 habitantes mayores de 65 que recomendaba el Plan Gerontológico nacional, cuando la media de la OCDE es de 5´1 y la de la Unión Europa es todavía superior.

Asimismo, la oferta privada representa casi el 75% del total de plazas disponibles, aunque cerca del 20% de las mismas son concertadas con el sector público.

El resto de recursos públicos disponibles – los centros de día, la tele-asistencia, las estancias temporales en residencias – apenas tienen significación estadística y las carencias son todavía más graves cuando se trata de personas dependientes menores de 65 años pues la red de atención se halla acusadamente menos desarrollada que la de los mayores.

En términos económicos, agregando el gasto realizado por la Administración y el sector privado, el volumen total de recursos que España destina actualmente a proporcionar cuidados de larga duración supera ligeramente el medio billón de pesetas, lo que viene a representar el 0.6% del PIB.

Dichas cifras resultan del equilibrio de unos cuidados de larga duración basados fundamentalmente en la notable capacidad de la familia para procurar el grueso de la asistencia.

Sin embargo, esta situación puede verse sustancialmente alterada en el futuro como consecuencia de tres importantes fenómenos: el aumento del envejecimiento demográfico, la población inmigrante y los cambios en las estructuras familiares.

2. Viabilidad futura del actual modelo de cuidado a mayores dependientes:

La razón que explica la urgente necesidad de provisión de nuevos servicios de atención a las dependencias es la inviabilidad del actual modelo de atención a nuestros mayores, como consecuencia del envejecimiento demográfico y la transformación de las estructuras familiares:

- Envejecimiento de la población

Este envejecimiento motivado por el aumento de la esperanza de vida y la baja natalidad, se resume en el hecho de que en 1960 las personas mayores de 65 años supusieran el 8´2% de la población y en el 2000 el 16%.

Esta realidad se agudiza cuando le añadimos que el denominado "envejecimiento del envejecimiento" (es decir, las personas mayores de 80 años) se ha duplicado durante los últimos 20 años y volverá a duplicarse en el 2010 situándose en prácticamente el 5% del total de la población.

Avanzamos pues hacia una sociedad donde se acentúa la inversión de la pirámide de edad y donde el número de personas dependientes será cada vez mayor.

Sin embargo, un mayor envejecimiento poblacional no tiene por qué suponer necesariamente un aumento simétrico del número de personas mayores dependientes, pues la edad de los individuos no es el único factor que determina la aparición de problemas de dependencia. Así, además de la edad, las trayectorias vitales de las personas (su estilo de vida, las condiciones laborales,..) ejercen una influencia decisiva sobre la probabilidad que éstas tienen de acabar perteneciendo al colectivo de ancianos dependientes.

Por ello, en la medida en que las condiciones de vida previas a la vejez de las nuevas generaciones de ancianos sean mejores que las de sus predecesores, el porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia será incluso menor que el actual.

No obstante, no es fácil ser optimistas. Aún suponiendo que las tasas de dependencia puedan ser menores que las que se registran hoy, nuestras previsiones indican que el número total de ancianos dependientes va a aumentar en los próximos años, pues dichas reducciones de las tasas de dependencia no serán lo suficientemente grandes como para poder compensar el efecto provocado por el aumento esperado en el número total de personas mayores de 65.

De este modo, aunque las generaciones de edad intermedia seguirán siendo más numerosas hasta el umbral del año 2020, la presión por arriba seguirá aumentando. A partir de ese umbral, como consecuencia de la reducción del tamaño de esas generaciones de potenciales cuidadores y del aumento de los mayores y de los octogenarios, el modelo actual de atención a mayores dependientes se hará insostenible. Y ante ello la provisión de recursos de atención a las dependencias se presenta consecuentemente como una de las necesidades más urgentes de los tiempos en que vivimos.

- Incorporación de la mujer al mercado de trabajo

Las transformaciones en las estructuras familiares constituyen otra fuente de tensión sobre la viabilidad futura del actual modelo de cuidados de larga duración. El principal cambio que se avecina es el relativo a la situación laboral de las nuevas cohortes de mujeres de mediana edad.

Hasta ahora la asistencia a mayores era proporcionada a menudo de forma natural por los miembros de la familia. Actualmente, en España quienes cuidan y prestan ayuda a nuestros mayores dependientes son mayoritariamente mujeres. El intervalo de edad del cuidador se sitúa entre los 45 y los 69 años y su edad media es de 52. Las tres cuartas partes de estas cuidadoras no desarrollan actividad laboral alguna y en muchos casos tampoco les sería posible compatibilizar una tarea laboral fuera del hogar con el cuidado de sus familiares dependientes.

Sin embargo, esta forma de solidaridad familiar se está haciendo cada vez menos factible. Así, a diferencia de las actuales mujeres cuidadoras, que en su mayoría abandonaron el mercado de trabajo al contraer matrimonio, las nuevas generaciones de mujeres han protagonizado una auténtica transición laboral: no solo tienen menos hijos sino que cuando los tienen, que es más tarde, la mayoría de ellas no abandonan el mercado de trabajo. Este cambio de comportamiento, cuyo origen hay que buscarlo en el aumento del bienestar material y los mayores niveles educativos, ha comportado la generalización de un modelo de familia en el que resultan fundamentales las aportaciones económicas de ambos miembros de la pareja.

Resulta así evidente que el actual sistema de apoyo informal a las personas dependientes supone un grave obstáculo para la plena incorporación de la mujer al mundo del trabajo. Es sí como este sistema de apoyo informal se plantea a medio y largo plazo como un modelo insostenible en el tiempo.

Es poco probable que en el futuro la familia española pueda permitirse o desear dar una respuesta tan intensa como actualmente ofrecen las mujeres de mediana edad.

Ante esta nueva realidad en los próximos años las nuevas familias empezarán a demandar la expansión de los servicios formales (atención domiciliaria, centros de día,..) conscientes de que éstos son la única vía efectiva de lograr compaginar la actividad laboral y los cuidados requeridos por los ancianos.

.

RECURSOS
(ámbito familiar y comunitario)

1. APOYO EN EL DOMICILIO HABITUAL

1.1. Ayuda en domicilio:

Se ofrece apoyo, mediante personal especializado, para realizar actividades personales como el aseo, la alimentación, movilizaciones dentro y fuera de la vivienda, supervisión de la medicación, colaboración en las tareas domésticas, atención, seguimiento y supervisión social, apoyo técnico y adecuación de la vivienda y en algunos casos consideramos importante prestar especial atención y apoyo y/o formación a los cuidadores familiares.

1.2. Teleasistencia:

Consiste en un dispositivo personal (pulsera, collar...) que le mantiene comunicado las 24 horas del día con un centro de atención, de manera que ante cualquier eventualidad puede ser atendido. Este dispositivo juega un papel primordial de carácter preventivo, ya que con ello podemos controlar gran cantidad de variables que son significativas antes de un caso de emergencia.

1.3 Ayudas técnicas y adaptación del domicilio:

Cuando uno de los problemas principales para realizar las actividades cotidianas es debido a un problema de movilidad, memoria, visión, etc. se intenta facilitar ciertos recursos de uso personal, como bastones, andadores, camas articuladas o eliminar barreras arquitectónicas que dificulten los desplazamientos, como pueden ser las rampas, asideros, etc. Hay que tener especialmente en cuenta los aseos , pues tiene que estar adaptados a su necesidades y demandas, siendo amplios y con espacio suficiente para poderse manejar cómodamente.

1.4 Alojamientos compartidos:

El programa de acercamiento intergeneracional consiste en compartir el tiempo y la vivienda de la persona mayor con un universitario , siempre respetando las premisas de establecer un buen diálogo y un mutuo respeto.

De esta forma, el mayor se sentirá más acompañado, se intercambiaran vivencias, realizaran actividades en común...

2. APOYO A LAS FAMILIAS DE PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER U OTRAS DEMENCIAS.

2.1 ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER

Estas asociaciones, promovidas por familiares y amigos de los enfermos, tienen como principal objetivo asesorar y ofrecer servicios para que la convivencia resulte un poco más fácil, a través de la información, formación y atención a los familiares.

Este servicio tiene que contar con personal especializado en esta área y supone un coste de alrededor de 18.000 euros anuales por enfermo.

2.2 APOYO Y ASESORAMIENTO A FAMILIAS

El cuidado de las personas con demencia puede generar en las familias múltiples dudas sobre las atenciones que están necesitan y sobre el modo de compaginar la vida familiar, laboral y social con la asistencia al enfermo.

Los Programas de Apoyo y Asesoramiento a Familias pretende ayudar a resolver estas situaciones y ofrecen a través de las asociaciones información, apoyo psicológico, integración en grupos que comparten las mismas inquietudes, enseñan habilidades para resolver problemas y colaboran con las familias en el cuidado del enfermo en su propio domicilio.

2.3 PROGRAMA DE RESPIRO FAMILIAR

Con ello, se pretende dar una atención especializada durante el día a las personas con demencia que no pueden acceder a ningún servicio de estancias diurnas.

Este servicio se dedica a trabajar con el enfermo para ayudarle a mantener sus capacidades cognitivas, físicas y sociales el mayor tiempo posible.

2.4.SERVICIO TELEFÓNICO DE INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Es un recurso telefónico gratuito (900123654) atendido por personal especializado que resolverá cualquier duda y asesorará cualquier duda que pueda surgir respecto ala enfermedad de alzheimer: síntomas, recursos, evolución, trámites para acceder a recursos o prestaciones..etc.

3. ATENCIÓN DE CARECTER TEMPORAL O DIURNA, EN CENTROS DE PERSONAS MAYORES

3.1.ESTANCIAS TEMPORALES

Este recurso pretende dar respuesta entre otros a las siguientes situaciones:

- Necesidad de los cuidadores habituales de ausentarse por un tiempo por enfermedad, viajes, etc.
- Recuperación tras intervenciones quirúrgicas, enfermedades o accidentes.
- Realización de obras en su domicilio.

Durante el tiempo de duración de la estancia temporal se atienden todas sus necesidades teniendo los mismos derechos y deberes que el resto de residentes.

Algunas entidades privadas, como el centro asistencial San Juan de Dios de Palencia, amplían este servicio a las modalidades de estancia de fin de semana y estancias nocturnas.

3.2.SERVICIO DE ESTANCIA DIURNA

Si por la situación física o psíquica del mayor éste necesita ser atendido durante el día por profesionales especializados que le ayuden a mejorar y/o mantener su capacidad para realizar las actividades cotidianas y desenvolverse de forma autónoma, puede acudir a cualquiera de los centros de día de su provincia, con servicio de estancia diurnas.

En este servicio se ofrece atención a todas las necesidades sociales y sanitarias de la persona mayor, teniendo en cuenta además a la familia y en especial al responsable directo de su cuidado, a quien se presta apoyo y asesoramiento. Además. A los cuidadores formales e informales deberían indicarle recursos de control de estrés, relajación e higiene mental para mejorar la asistencia a la persona mayor incapacitada.

4. ATENCIÓN RESIDENCIAL

4.1 CENTROS RESIDENCIALES

Las plazas residenciales son una respuesta a las necesidades del mayor tanto si tiene limitaciones en su capacidad para realizar actividades esenciales (aseo, vestido, alimentación) como si otras situaciones de tipo personal, familiar o social le impiden seguir viviendo en su domicilio.

En una residencia el mayor recibirá durante las 24 horas del día, por tiempo indefinido, la atención que precise para fomentar y mejorar su bienestar a nivel físico y emocional, pudiendo seguir en contacto con su familia, amigos,..

También es importante la aplicación de programas y protocolos específicos de intervención asistencial especializados, que permitan evaluar la calidad de los servicios y el resultado en los residentes.

Las plazas pueden estar ubicadas tanto en residencias públicas como privadas y en función de las condiciones de las personas a quienes pueden ser para:

- Personas mayores válidas (autónomas en la vida diaria).
- Personas mayores asistidas (limitadas en autonomía personal y que precisan ayuda de terceras personas).
- Personas mayores psicogeriátricas (trastornos de conducta).

Conclusiones y Objetivos de la provisión de servicios a personas dependientes:

Ante toda la problemática expuesta, el grado de atención actual a las dependencias desde la esfera pública y privadas en el caso de España se presentan, como así hemos visto, claramente insuficientes, muy especialmente en el caso de las administraciones públicas. No hemos de olvidar, que la atención geriátrica es un derecho básico al que hoy en día, a pesar del artículo 50 de nuestra Constitución, no tienen acceso la mayoría de las personas mayores que la necesitan. Ante ello resulta imprescindible trabajar en el aumento y mejora de los recursos necesarios para atender dignamente las necesidades de dependencia de nuestros mayores.

En este sentido, para esta planificación de recursos propondríamos:

1.Tecnología.

Completando los recursos expuestos en teleasistencia y ayuda a domicilio, y pensando en cubrir vacíos que hoy existen como en las zonas rurales, costeras u otras con connotaciones especiales, debemos hacer especial hincapié en la atención personalizada a los mayores en su domicilio, la cuál debería juntar dos factores: cuidado y cariño. La clave de esta ayuda para la persona es que la ayuda sea de manera constante, y para eso debemos de apoyarnos en los recursos y avances tecnológicos, como el que nos proporciona internet, cuyo buen uso facilita formación e información a través de la red, recurso tan necesario de cara a los cuidadores.

Como novedad en este sector, podríamos presentar algo mucho más fácil, cómodo y sencillo, como es el uso de la imagen en la comunicación, porquen nuestro reto es trabajar desde lo personal, y no hay nada que te permita una comunicación tan rica y gratificante como ver la cara de tu interlocutor, sea cuidador, familiar o conocido. Este aspecto alcanza su grado máximo de importancia cuando se trata de cubrir la dependencia psicoafectiva, que tiene rasgos y necesidades muy diferentes a la dependencia física.

Desde una imagen directa, se pueden cubrir diferentes áreas:

- La vigilancia y control
- El cuidado del mayor en todas sus vertientes
- Paliar la soledad y la necesidad psicoafectiva
- Proporcionar mayor riqueza en la comunicación
- Apoyo y formación a los cuidadores familiares.

2. La financiación.

Una cuestión que nos preocupa a los profesionales de este sector es el tema de la financiación para todos estos recursos que se están comentando.

Nosotros, pensamos que es fácil decir que todo lo tiene que asumir el estado, pero si reflexionamos tenemos que tener en cuenta dos entes igual de importantes: el público y el privado y que además deben tener en cuenta un aspecto tan importante como las características de los beneficiarios, para definir recursos y forma o grado de financiación de los mismos.

Desde el público, se puede trabajar una mayor cobertura en atención domiciliaria, teleasistencia y servicios de salud como puede ser la telemedicina desde los hospitales, centros, etc... pero esto entra en conjunción con el interés que pueden demostrar las compañías aseguradoras en un seguro de dependencia, (que deberíamos de ir pensando en tener, ya que es igual de importante que el seguro de vida, que ya nadie se cuestiona hoy en día ...). Pero también los grandes bancos deberían de pensar en trabajar en paralelo para ofrecer una cobertura a la dependencia como medio para cubrir planes de pensiones. Incluso los mayores debemos dar un cambio de mentalidad y empezar a disfrutar de la idea que nuestras propiedades y bienes no son para nuestros herederos, sino para nosotros, y los debemos de dedicar a satisfacer nuestros cuidados y carencias, y aún con más motivo si somos dependientes.

Por tanto, grupos de bancos, compañías constructoras, grupos inmobiliarios, etc...ya se dedican a este sector, e incluso algunos de nosotros ya nos constituimos como grupos empresariales para poder hacerlo, como es el caso de FIAPAS, que está montando un complejo residencial en Santander.

No es cuestión de que la administración no quiera ayudar a los mayores, sino que a lo mejor no ha dado con los mecanismos para hacerlo, y nosotros debemos de ayudarles a encontrar vías de solución.

Tanto el Ministerio de Sanidad y Consumo, como el Ministerio de Economía y Hacienda y el Ministerio de Trabajos y Asuntos sociales, deberían estar casados junto con las administraciones públicas, administraciones locales y con las autonómicas. Pero este, es un asunto complejo y así lo entendemos, y a su vez, también ellos tienen que entender que cada vez queramos una mayor calidad en la prestación y atención de servicios.

3. La atención Residencial.

En caso de recursos para la atención de mayores con cierta autonomía, debería restringirse a casos muy concretos, ya que es un recurso tedioso costoso, y en su lugar se pueden potenciar otras alternativas mucho más integradoras y normalizadas como pueden ser las viviendas comunitarias y compartidas, los apartamentos tutelados, el acogimiento de familias sustitutas y el desarrollo de programas preventivos, educativos y rehabilitadores.

4. Solidaridad.

La independencia económica que las mujeres han alcanzado gracias a su incorporación en el terreno laboral, y que ha llevado a cambios en la estructura familiar que redunda directamente en el cuidado de nuestros mayores, como ya hemos comentado antes, y la atención profesionalizada a los mayores, que sin duda es un importante yacimiento de empleo y, por tanto, redundará en un mayor bienestar de la comunidad en general, no es óbice para potenciar la educación a todos los miembros de la familia, como unidad de solidaridad y demandar la atención que se necesita a diferentes fuentes, que pueden ser los cuidadores informales, la familia, o los amigos, unos buenos amigos. Así, podemos empezar recibir de nuestro propio entorno personal lo que les exigimos a las administraciones, con lo cual buena parte de nuestra necesidad psicoafectiva se vería cubierta sin necesitar un voluntariado especial para ello.

7.- El gasto público y privado en atención a la dependencia. Financiación Presente y futura

Ponente: ***Mario Cugat****, Vicepresidente de Federació d'Asociacions de Gent Gran de Catalunya - FATEC*
Presidente: ***Higinio Raventós Negre****, Presidente de Edad y Vida*
Vicepresidenta: ***Pilar Vicente Gracia****, Presidenta de FASIMA*
Secretario: ***Miquel Sánchez i López****, Presidente del Área de Imagen y Comunicación de Federació d'Asociacions de Gent Gran de Catalunya - FATEC*
Vocal: ***Artur Sans****, Presidente de Relaciones Internacionales de la Federació d'Asociacions de Gent Gran de Catalunya - FATEC*
Experto: ***Guillem López Casanovas y David Casado****, catedráticos de Economía, de la Univ. Pompeu y Fabra de Barcelona*

INTRODUCCIÓN

De todos es sabido que en el próximo futuro, la cantidad de personas mayores de 65 años y en consecuencia la de personas mayores dependientes, va a aumentar de forma sensible, tanto en porcentaje, como en valor absoluto.

Al mismo tiempo el actual esquema social de atención a la dependencia también va a variar notablemente, sobre todo, por cuanto la capacidad de las familias para atender a sus mayores va a disminuir de forma considerable, debido, principalmente, al cambio de rol de la mujer y la creciente exigencia social de encontrar solución al margen del entorno familiar, todo lo cual va a presionar al sector público especialmente y, por derivación, al sector privado, a resolver estas necesidades de atención.

La sociedad actual está ya concienciada sobre estas necesidades, por cuanto muchos ciudadanos están sufriendo dependencias y todos conocen sus consecuencias y por tanto está presta a colaborar, por lo que el problema va a residir, no en buscar esta aceptación de la sociedad, sino en instrumentalizar y financiar la resolución de estas necesidades.

En el marco del actual Estado del Bienestar, la sociedad española y europea exigen encontrar salida a diversidad de necesidades, entre las cuales la atención a la dependencia, las pensiones y la atención sanitaria universal tienen preeminencia.

Actualmente, la atención a la dependencia se fundamenta en el esfuerzo personal e íntimo de la familia, básicamente cónyuges, hijas y nueras, que con verdadero desprendimiento, atienden a sus mayores y demás discapacitados, apoyándose con servicios externos que se pueden encontrar en el sector privado, todavía no muy desarrollado, y en todo caso a su cargo y en un sector público, cuya cobertura es actualmente muy baja.

Como consecuencia de ello, el coste de la atención a la dependencia, básicamente, corre a cargo de los particulares y la Administración Pública, vía Autonomías, que ya tienen transferidas las competencias sanitarias y los Entes Locales, que se ocupan fundamentalmente de la Atención Primaria, apenas cubren la cuarta parte de las necesidades.

El actual marco normativo es irreal, por cuanto la dependencia no está recogida como tal, sino que únicamente existe la figura de la Invalidez en sus diferentes grados y aún únicamente para trabajadores en activo, que, una vez jubilados, dejan de ser atendidos por esta figura, pasando al sistema sanitario general.

Además, los servicios que el sector público presta son de tipo sanitario, no contemplando la atención socio-sanitaria y la estrictamente social, que únicamente cubren en parte los Ayuntamientos.

Falta, pues, el marco jurídico idóneo, fijar el reglamento de prestaciones y la forma de atenderlas y definir el medio de financiarlas. En este sentido es de vital importancia la pronta aprobación, con el máximo consenso, de una Ley de Atención a la Dependencia, bien estructurada, realista y eficiente, que defina los campos de actuación de los tres sectores intervinientes: la familia, la administración pública y el sector privado.

GASTO ACTUAL EN DEPENDENCIA

En estos momentos, la asistencia sanitaria supone el 7,5% del PIB, correspondiendo el 77% (5,6% PIB) al sector privado y el 23% (1,9% PIB) al sector público. El 3% del PIB se dedica a la atención de los mayores de 65 años, lo que corresponde, aprox, a algo menos del 50% del gasto total sanitario.

La edad influye fuertemente en el uso de este gasto. Se puede considerar que el peso específico del gasto, es decir, la importancia relativa del mismo, para cada cohorte de edad es el siguiente:

Uso sanitario: de 0 a 4 años = 1 de 55 a 64 = 3 de 65 a 74 = 4,5 mayor de 75 = 6	**Atención primaria**: 10 a 14 años = 1 mayor 60 = 2

Fuente: López y Casado

El gasto sanitario público medio, para las diferentes cohortes de edad es:

Para edades entre 3,5 y 44 años:		721,-	Euros/año
“ “ “	65 y 74 “ :	2.885,-	“ “
	mayores de 75 “ :	4.325,-	“ “

Fuente: López y Casado

Es de destacar, que la mayor parte de estos costes, se producen en el inmediato período pre-mortem.

Pero de este total, el sector público aporta únicamente el 27,1%, quedando el 72,9% restante, a cargo de los particulares, en pagos al sector privado para recibir atención domiciliaria, centros de día y residencias.

Pero a estos costes reconocidos, hay que añadir el gasto familiar que se deriva de los cuidados informales prestados por los miembros de la familia, por no poder ocupar un empleo o por la pérdida de éste en todo o en parte, más el coste en pérdida de tiempos de ocio, desgaste o deterioro de la salud del cuidador, etc., etc, que por su naturaleza no son cuantificables, pero sin duda, en conjunto, fuertemente elevados.

El gasto privado incluye las aportaciones que realizan las personas que ocupan una plaza residencial financiada públicamente. El volumen total de recursos que suponen estas aportaciones para el sector público no es despreciable, pues le permiten recuperar entre un 30% y un 40% de lo que se gasta en pagar a las residencias financiadas.

En los datos señalados no queda incluido el gasto farmacéutico, del que cabe señalar que, para los mayores de 60 años, es 10 veces superior al promedio de jóvenes y adultos.

Cuadro I

COSTE TOTAL ESTIMADO DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN ESPAÑA. 1998

Detalle	Millones de Euros	%
Coste público	**871,-**	**27,1**
Atención Domiciliaria	281,-	8,7
Centros de Día	11,-	0,3
Residencias	579,-	18,1
Coste privado	**2.346,-**	**72,9**
Atención Domiciliaria	281,-	8,7
Centros de Día	11,-	0,3
Residencias	579,-	18,1
Coste Total	***3.217,-***	***100,-***

Fuente: Guillem López-Casasnovas i David Casado

Las cifras contenidas en el cuadro 1 nos permiten tener una idea del volumen total de recursos que nuestro país destinaba en 1998 a proporcionar atención a las personas mayores dependientes. Esta cantidad, que se acercaba casi al medio billón de las antiguas pesetas, representaba aproximadamente el 0.6% del PIB español de aquel año. Este porcentaje era similar al registrado en el resto de países mediterráneos, pero se situaba bastante por debajo de la tendencia registrada en el conjunto de la Unión Europea (European Policy Commitee, 2001). Lógicamente, como ya hemos señalado anteriormente, esta situación se explica por la mayor importancia relativa que el cuidado informal sigue teniendo en nuestro país. Por otro lado, respecto al esfuerzo relativo que realizaban el sector público y los individuos, se constata que el grueso del gasto en atención formal se financiaba privadamente (unas 2/3 partes). Finalmente, pese a la expansión que registró a finales de los 90 la financiación pública y privada tanto de la atención domiciliaria como de los centros de día, más del 60% del gasto total correspondía a residencias geriátricas.

DATOS SOBRE LA PRESTACIÓN ACTUAL EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN –CLD-

En cuanto a las personas dependientes, del total de "institucionalizados", es decir, las personas que están ingresadas en Residencias, el sector privado atiende al 61% y la Administración pública, mediante centros propios o concertados, cubre el restante 39%.

Cuadro 2

TIPO DE AYUDA QUE RECIBEN LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN EL HOGAR. 1998

Solo Ayuda Informal (familiar)	**83,1%**
Ayuda Informal + Atención Domiciliaria privada	**7,3%**
Solo Atención Domiciliaria privada	**4,9%**
Ayuda Informal + Servicio de Ayuda a Domicilio	**3,7%**
Sólo Servicio de Ayuda a Domicilio	**1,-%**

Fuente: Encuesta soledad personas mayores (CIS1998) . Elaboración: López y Casado.

Cuadro 3

CIFRAS DE PERSONAS ATENDIDAS EN EL HOGAR.1998

Total personas mayores dependientes	**2,150.000**
Sólo Ayuda Informal (familiar)	1,780.000
Ayuda informal + Servicio de Ayuda a Domicilio	100.000
Ayuda Informal + Atención Domiciliaria privada	260.000

Fuente: Imserso 2001

Hay que destacar, con datos del Imserso, que de 315.000 dependientes moderados, únicamente tenían plaza en Centros de Día, en 1999, 7.103 personas, que representan aprox. el 2%.

Cuadro 4

NÚMERO DE MAYORES CON PLAZA EN RESIDENCIAS.1999

Total Personas con plaza en Residencia	**143.810**
Plazas de gestión directa pública	37.782
Plazas públicas concertadas	18.870
Plazas privadas	87.157

Fuente: Imserso 1998 y 2001

En España, hacía finales de los años 90, existían unos 2.300.000 ancianos dependientes La inmensa mayoría de estas personas, un 94%, seguía viviendo en sus hogares, mientras el 6% restante había sido ingresado en una residencia pública (2.5%) o privada (3.5%). Entre las personas que seguían viviendo en la comunidad, en un 83% de los casos los cuidados informales constituían la única fuente de ayuda recibida, mientras el 17% restante, combinada o no con ayuda informal, utilizaba atención domiciliaria pública (5%) o privada (12%)[1]. Por todo lo anterior, a la hora de valorar las cifras de gasto en atención formal a la dependencia, conviene no

[1] Habría que añadir, no obstante, aquellas personas que utilizaban centros de día. A este respecto, según un estudio del Imserso ("Las personas mayores en España. 2000"), en el año 1999 había en nuestro país un total de 7.103 plazas en centros de día. Esta exigua cantidad de plazas, en un 60% privadas, constituye un claro reflejo de que este tipo de centros constituyen un recurso asistencial cuyo desarrollo no ha hecho más que empezar en España.

olvidar que probablemente sólo constituyan la "punta del iceberg" del coste de atender a nuestros mayores dependientes.

Porque la distribución actual de los medios para atender a los dependientes: 1º La Familia, 2º el Sector privado y 3º la Administración pública, va a quedar cuestionada en el futuro, por la presión que supondrá la sustitución del actual esquema de ayuda apoyado en la familia, por otro en el que ésta ya no podrá atender como hasta el presente a sus mayores, al incrementarse la participación de la mujer en el mundo laboral, por lo que la sociedad deberá encontrar medios y dinero para asumir esta nueva situación. Añadiendo a ello el aumento previsible de mayores y por tanto de mayores dependientes que se espera.

Es de destacar que actualmente la prestación de servicios gratuitos a dependientes a cargo de los diversos sectores públicos: Administración del Estado, Autonomías y Entes locales, se concentra en aquellas personas dependientes que, por insuficiencia de recursos o por soledad no evitable, se encuentran en manifiesta pobreza, sin capacidad alguna de reacción propia. Por tanto, en general, el resto de dependientes deben resolverse con cargo a su bolsillo o con la ayuda de sus familiares, física o económicamente.

EVOLUCIÓN PREVISIBLE DE LA DEPENDENCIA

La evolución de la demanda futura en atención a la dependencia es compleja, por cuanto van a influir diversidad de factores no siempre cuantificables. Los modelos de prospección que se han aplicado por diversos estudiosos no consiguen llegar a conclusiones ciertas y convergentes, por lo que será un cuadro a verificar y observar sistemáticamente, a medida que se vayan desarrollando los acontecimientos.

Por ejemplo, el nivel cultural y el económico. Está demostrado que a mayor culturización, mayor exigencia de servicios externos al ámbito familiar. En muchos casos, las personas de bajo nivel formativo, o que viven en soledad, no conocen las disponibilidades actuales de ayuda y por tanto no las demandan. Así pues, a medida que el nivel educativo de los mayores y de sus familias , así como el grado de conocimiento de las posibilidades existentes vaya aumentando, la presión y la demanda para recibirlos aumentará. Y lo mismo puede decirse en cuanto al nivel económico y social.

El cuadro 5 refleja el estado actual de la atención familiar a los dependientes y que, lógicamente, va a cambiar en los próximos años.

Cuadro 5

DISTRIBUCIÓN FAMILIAR DE LA AYUDA A SUS DEPENDIENTES

Familiar que atiende a sus dependientes	**%**
Hijos e hijas	57
Hijos e hijas + yernos y nueras	62
Cónyuges	26
Otros familiares	10

Es evidente que este 62% de hijos y sus cónyuges que actualmente ayudan a los suyos, va a ir disminuyendo, sobre todo por el incremento de la incorporación de la mujer al mundo

laboral y también por el aumento del los niveles culturales y económicos de estos descendientes, que al alcanzarlos, prefieren adjudicar a los servicios exteriores las ayudas que necesitan.

Otro factor va a ser la soledad. El aumento de las familias monoparentales o en las que la pareja ve marcharse de casa a los hijos y que en determinado momento pueden quedar viudos, acompañado de un mayor nivel de ingresos, vía trabajo o mejores pensiones, hará que estas personas solas, al entrar en dependencia, demanden ayuda externa pública o privada, incluso con niveles de dependencia moderados. Y de la misma forma reaccionarán sus hijos, caso de tenerlos, que preferirán desvincularse de la ayuda personal, contratándola fuera.

El alargamiento de la esperanza de vida que se ha producido y que continuará, no significa necesariamente que también se alargue el momento del inicio de la dependencia. A día de hoy, en general, el inicio de la falta de salud es el mismo que anteriormente y habrá que esperar tiempo para que los avances médicos y farmacológicos lo demoren y el período final de dependencia se reduzca. Lo cual significa un aumento de gasto por cuanto el tiempo con cuidados sanitarios y socio-sanitarios es mayor

Al mismo tiempo las mayores posibilidades actuales de sobrevivir a enfermedades como el infarto, el ictus cerebral, la diabetes e incluso el cáncer, dejan, para luego de la crisis, un período de supervivencia ligado a los cuidados sanitarios y a la farmacología, que no se producían cuando estas enfermedades eran generalmente mortales.

Otro factor puede ser la inmigración. La influencia de la cantidad de estos nuevos ciudadanos, los cuales, previsiblemente, en su infancia y juventud no han gozado de los cuidados sanitarios convenientes ni de la alimentación adecuada, puede producir que, a partir del año 2035, aprox. éstas personas presenten un grado de morbilidad alto, al llegar a edades elevadas.

Finalmente han aparecido pandemias como el sida, el actual síndrome agudo de insuficiencia respiratoria y otras que, previsiblemente, pueden irse produciendo, que aumentarán los gastos sanitarios y los problemas de dependencia derivados de dichas enfermedades.

Pero hay factores positivos. Hoy en día, el mayor cuidado personal de la salud que se ha tenido últimamente, el control de la diabetes, de la presión arterial, del colesterol, las mejoras en la dieta, la disminución del tabaquismo, el control de la obesidad, la extensión del deporte o del ejercicio físico, el menor cansancio que hoy supone el trabajo manual, la extensión de la atención primaria y las revisiones médicas periódicas, las mejoras en farmacología y en todo tipo de tratamientos médicos y quirúrgicos, etc, etc, producen ahora y se incrementará, un superior estado de salud general, que permitirá un alargamiento de la vida sana en individuos que quizá no entrarán nunca en fases de dependencia, aumentando la mortalidad por consunción, sin haber padecido nunca enfermedades de importancia.

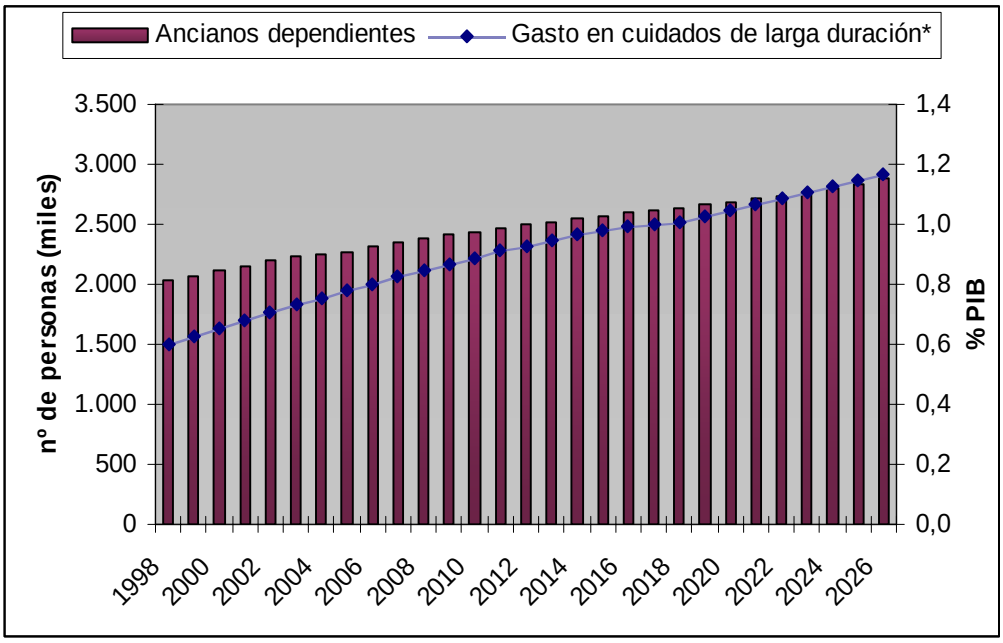
Actualmente existen muchos estudios realizados que entienden que puede producirse un descenso anual del 1% de la dependencia y sus modelos de evaluación del futuro, basados en los datos anteriores así lo contemplan. Si esto se cumple, de una total aproximado de 2,000.000 de dependientes no “institucionalizados” actual, pasaríamos a 2,200.000 en el año 2025. Por el contrario si no se cumple esta previsión de baja en la morbilidad de un 1% anual, entonces el número de dependientes en 2025 pasaría a ser de 3,000.000.

De todo lo expuesto hasta ahora, puede verse, pues, que tal como decíamos al principio, la valoración de la evolución del número de personas afectadas por dependencia y como consecuencia de ello, la valoración de los costes futuros es de difícil predicción, y únicamente pueden hacerse estimaciones bien fundamentadas pero en ningún caso ciertas, lo que exige que todos los planes de previsión del futuro deban estar en constante estudio y revisión

ESTIMACIÓN DEL COSTE FUTURO

Una valoración exacta del coste futuro de los CLD no es fácil. Intervienen multitud de factores, entre los que destacamos la evolución demográfica, el mantenimiento o la reducción de la morbilidad, los avances científicos en salud, los cambios en la estructura familiar, la influencia de previsibles pandemias, etc. etc. Pero sobre todo es necesario que la sociedad opte por un modelo de atención a la dependencia determinado. De ello se deducirá el gasto que cubrirá el sector público y lo que quedará a cargo del dependiente consumidor. Por tanto únicamente es posible prever, aproximadamente, la incidencia que tendrá el coste total sobre el PIB de cada momento. A ello se refiere el gráfico I.

Gráfico I



Así pues, resulta sencillo pronosticar para los próximos años un aumento en el volumen de recursos destinados en nuestro país a la atención de personas mayores dependientes. Más complicado, lógicamente, resulta prever la magnitud exacta de dicho incremento: la evolución de los factores que acabarán determinando la cuantía futura del gasto en servicios formales, que van desde el número de ancianos dependientes al comportamiento laboral de las potenciales cuidadoras, pasando por el coste unitario de los distintos servicios (atención domiciliaria, centros de día, residencia...), está sujeta a un grado de incertidumbre notable. Por ello, tal como han sugerido Casado y López (2001), a lo más que puede aspirase es a realizar proyecciones que simulen la evolución del gasto total si los factores antes mencionados se comportaran de un determinado modo. A este respecto, extraído del trabajo de estos dos autores, el gráfico 1 contiene uno de los posibles escenarios de evolución del gasto futuro en atención a la dependencia para nuestro país; según este escenario, que no es el más extremo del conjunto de simulaciones realizadas por Casado y López, el gasto en atención a la dependencia doblaría su participación en el PIB desde ahora hasta el 2026.

A título simplemente orientativo, diremos que en Alemania, donde la atención ya es completa y universal, Comas-Herrera y Wittenberg (Eds), nos dicen que las previsiones de gasto en dependencia, en % del PIB alemán son:

Año 2000 = 1,24%PIB Año 2030 = 2,37% PIB Año 2050 = 3,32%PIB

PROPUESTAS PARA LA FINANCIACIÓN DE LOS COSTES FUTUROS

Todo lo anteriormente expuesto debe ser financiado por lo que procede hacer unas propuestas, en la medida de lo posible, razonablemente realistas y posibilistas. Podría decirse que los procedimientos de financiación se reducen a tres, a saber:

1- Asunción de los costes futuros directamente con cargo a los actuales presupuestos generales del Estado, a través del gasto sanitario.

2- Adjudicar la financiación a los ciudadanos, buscando en el mercado la satisfacción de sus necesidades, por medio de un seguro privado de dependencia.

3- Crear un nuevo impuesto universal y finalista, que el Estado recaude a través del IRPF o una contribución obligatoria a la Seguridad Social, siendo la gestión de las prestaciones realizada por las Comunidades Autónomas o Autoridades locales.

Tal como se ha dicho, el coste actual de los cuidados de larga duración -CLD- supera el medio billón de pesetas, 3.217 millones de euros. En estos momentos el gasto total sanitario ha llegado al límite posible, en el marco de los actuales presupuestos generales. Solamente con una nueva distribución de las diferentes partidas de gasto sería posible adjudicar más dinero a los CLD, lo que en realidad significaría desnudar un santo para vestir a otro.

El principal motivo para modificar nuestro actual modelo de financiación de la atención a la dependencia es que ignora la naturaleza de riesgo inherente a la incapacidad funcion0al y, por tanto, impide que nos beneficiemos de las ventajas que se derivarían de un enfoque asegurador. En efecto, puesto que todos estamos expuestos al riesgo de convertirnos en dependientes en una edad avanzada, un ciudadano racional desearía tener una cobertura aseguradora. En otras palabras, no podemos confiar en nuestra pensión, o en nuestros ahorros, para resolver la dependencia porque el coste resultaría excesivo. Así, mientras que todos necesitaremos de una pensión para nuestra jubilación, no todos incurriremos en gastos por atención a la dependencia. Estamos, por tanto, ante un problema de seguro y no de ahorro.

Además, la tendencia actual de la sociedad es la de reducir el déficit público y, si posible, eliminarlo definitivamente como fuente de financiación. En esta línea irán, sin duda, los planteamientos presupuestarios de los países de la Unión Europea. Al mismo tiempo, sobre todo en los países desarrollados, se está produciendo una dinámica de reducción de impuestos, que los ciudadanos demandan y que puede resultar positivo para el desarrollo económico de los países.

Por tanto no es posible pensar que, sin más, los costes futuros en CLD puedan absorberse, instalando una cobertura universal de los mismos enmarcada en la actual Sanidad pública.

Una posibilidad es el seguro privado de dependencia, en virtud del cual el ciudadano contrata, a su cargo, la prestación futura de los servicios de asistencia en cada momento necesarios. El mercado privado sería, pues, el encargado de esta cobertura por sus propios medios materiales.

Para evaluar la viabilidad de este sistema, es bueno observar las experiencias existentes. La de mayor importancia es la de Estados Unidos, donde este seguro lleva tiempo implantado. El resultado no ha sido bueno, básicamente por tres razones.

Este seguro es poco atractivo para el joven y para el maduro en plenas facultades, los cuales esperan a encontrarse en situación de necesidad para plantearse la suscripción al seguro. Como consecuencia los afiliados son, en general, gente mayor, en la mayoría de los casos en

situación incipiente de necesidad, por lo que, al ser el número de suscriptores proporcionalmente bajo, los costes son elevados y sólo asumibles por personas o familias acomodadas. Esta baja afiliación obliga a las compañías aseguradoras a enormes gastos de promoción y publicidad, los que unidos a los costes administrativos, hacen que se dedique casi el 50% de la prima para cubrirlos y, tal como hemos dicho, éstas acaban siendo altas.

En consecuencia actualmente están cubiertos por estas pólizas no más del 1% de los costes de atención a la dependencia y entre el 10 y el 20% de las personas mayores. Sólo una fuerte extensión del número de afiliados a este sistema de seguros bajaría los costes, para lo cual se necesitaría una gran concienciación social de su necesidad, lo que actualmente no se da.

Además, muchos ciudadanos entienden que ya está cubierta esta asistencia a la dependencia, a través de los seguros sociales, básicamente el Medicare y el Medicaid, lo cual no es cierto, pues solamente cubren una pequeña parte y en determinadas circunstancias. Este fenómeno a buen seguro también se daría aquí, en cuanto a la Seguridad Social se refiere.

Otro supuesto es la creación de un nuevo impuesto universal y finalista, dedicado a cubrir las necesidades de dependencia. Para empezar, cabe entender que, bien explicado, sería aceptado por la ciudadanía, condición fundamental para que sea interiorizado como una necesidad perentoria y por tanto asumible, ya que garantizaría una cobertura que todos pueden necesitar en su momento.

Sin embargo para que este seguro fuera factible económicamente y su gravamen no resultara oneroso para el ciudadano, debería cubrir unos "paquetes básicos" de prestaciones, suficientes pero no extensivos, a partir de los cuales, su ampliación o complemento correría a cargo del usuario. También cabría pensar en la figura del copago, al objeto, sobre todo, de controlar los posibles abusos en la demanda de prestaciones.

La forma de instrumentalizar el impuesto podría ser, dado su carácter universalista, a través del IRPF o a través de las cotizaciones sociales. Dado que los ciudadanos pueden estar o no en activo laboral, ser pensionistas, amas de casa a dedicación completa, estar en regímenes de afiliación especiales de baja cotización o simplemente, por la razón que sea, no estar afiliados a la seguridad social, se crearía discriminación y no sería realmente universalista, cuando la voluntad es que lo sea en su prestación. Por tanto parece más lógico aplicarlo en el IRPF, en función de la renta.

Aunque ésta parecería la fórmula más perfecta, no se puede descartar, a corto o medio plazo, por razones prácticas, una segunda forma de financiación a través de contribuciones obligatorias a la Seguridad Social.

INSTRUMENTACIÓN DE UN PROGRAMA UNIVERSAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Si como entendemos más racional y solidario, la financiación futura de una cobertura general de atención a la dependencia, se basa en un impuesto universal y finalista sobre el IRPF, dado que la sanidad ya está transferida a las Comunidades Autónomas, las cuales también tienen diversos servicios de asistencia socio-sanitaria y los Ayuntamientos tienen Unidades de atención primaria y social, lo lógico es que sean las Administraciones Autonómicas las que, en el marco de la corresponsabilidad fiscal, recauden, en el tramo autonómico del IRPF, el citado impuesto especial y, incluso, establezcan su cuantía, variable en cada una de acuerdo con sus propias necesidades.

De esta forma cada territorio pagará y prestará según decida y al ser un Ente más cercano al ciudadano y buen conocedor de su territorio y sus necesidades, la prestación será más eficiente.

La instrumentación de la asistencia también debe estudiarse. La sanidad pública podría asumir realizar la prestación con cargo al citado impuesto. Pero ello significa crear una infraestructura compleja en su burocracia y en sus medios materiales y de personal, con fuertes inversiones en inmuebles y medios operativos y con una estructura administrativa muy onerosa y compleja.

Otra solución podría ser el "cheque", es decir, la prestación en metálico y no en especie como en el caso anterior. Para ello la administración sanitaria debería crear la figura y la consecuente organización inspectora para decidir quien, cuanto tiempo y que necesidades reales tiene, para establecer el importe del "cheque".

Pero las prestaciones correrían, en medios materiales, a cargo del sector privado, el cual cubriría todas las necesidades a cambio del "cheque" y eventualmente con un copago si fuera necesario. Esto tendría la ventaja de incrementar la calidad del servicio prestado, ya que el usuario decidiría a quien contratar, a cambiarlo si no le satisfacía y sobre todo sería más fácil ofrecer, no un paquete estandarizado, sino unos servicios muy ajustados a las necesidades reales del dependiente y capaces de ser cambiados o ampliados con suma rapidez y eficacia.

Sería también importante que la "entrada" del dependiente en el sistema fuera única, en un solo sistema organizador de toda su vida de dependiente, de forma que sus sucesivas necesidades, los cambios en éstas, etc. estuvieran dirigidos por un mismo gestor.

Finalmente el organismo inspector arriba mencionado debería, también, velar por la calidad y seriedad en la prestación de los servicios de todos los Proveedores.

CONCLUSIONES

1- Se estima que, en la actualidad, hay en España alrededor de 2,300.000 personas dependientes. Cabe destacar que, hoy por hoy, la atención a la dependencia no dispone de un marco jurídico idóneo. Debe, por tanto, fijarse la reglamentación de las prestaciones a la dependencia y la forma de atenderla. Y además, definir el modo de financiar estos servicios.

2- La estimación de los costes de la dependencia, aunque imprecisa, se sitúa, ahora, en alrededor de 3.217 millones de euros (0,6% del PIB). Estas estimaciones no incluyen los costes asociados al consumo de fármacos ni el gasto familiar implícito en la atención informal.

3- El sector público aporta alrededor del 27% de los recursos para la atención "formal" a la dependencia. El resto de recursos son aportados por los propios dependientes y/o sus familias. Cabe destacar, en este sentido, que el 83% de los servicios recibidos por los dependientes son de tipo informal.

4- Se espera que, en cuanto a las estimaciones de evolución futura de los costes de la dependencia éstos sufrirán un gran incremento en los próximos 25 años, doblando el % PIB que representen. Las estimaciones vienen condicionadas por multitud de factores, a saber:

   a- El previsible incremento de personas mayores y por tanto de dependientes.
   b- La evolución de la morbilidad, que puede mantenerse o disminuir.

c- Los progresos médicos y farmacológicos en la resolución de las enfermedades.
d- La influencia de la inmigración, de las actuales y previsibles pandemias, de la mayor o menor exigencia social, etc.
e- De los cambios de conductas familiares con el previsible aumento de la participación laboral de la mujer

5- Existen sólidas razones para apostar por el desarrollo de un Seguro Social de Dependencia como nueva fórmula para abordar más satisfactoriamente la financiación de la atención a las personas dependientes. Este SSD debería definir un nivel de cobertura básico, del que podría beneficiarse toda la población, y que podría ser completado –voluntariamente- mediante aseguramiento privado complementario o a través del pago directo a proveedores estrictamente privados. Tanto las CC.AA como las CC.LL, que ya hoy son las que ostentan competencias en esta materia, deberían constituir la piedra angular del nuevo SSD: no sólo en lo tocante a la financiación, sino también respecto a la gestión de las prestaciones (selección de beneficiarios, tipo de prestaciones –probablemente cheques/servicio-, etc.). Corresponsabilidad fiscal y consorciación autonómica-local, por tanto, deberían constituir el eje del nuevo SSD. El gobierno central, tanto a través del desarrollo de un marco legislativo general como mediante un impulso financiero inicial, puede resultar crucial a la hora de coadyuvar el proceso

6- En la futura Ley de Atención a la Dependencia, debe quedar explicitado, con toda claridad, que esta prestación es un derecho subjetivo del ciudadano.

BIBLIOGRAFIA

Campbell, J.C. e Ikegami, N. (2000): "Long-term Care Insurance comes to Japan". Health Affairs; 19(3): 26-39.

Casado, D. (2001): "Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades". *Gaceta Sanitaria* 15 (2): 154-163.

Casado, D. (2002): "Envejecimiento y cuidados de larga duración: política social y financiación". En: *La evolución demográfica: Impacto en el sistema económico y social.* Federación de Cajas de Ahorros Vasco-Navarras: Vitoria, 2002.

Casado, D. y López Casasnovas, G. *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro.*Colección de Estudios Sociales nº 6. Barcelona: Fundación "La Caixa", 2001.

Geraedts, M. et al. (2000): "Germany's Long-Term Care Insurance: Putting a Social Insurance Model into Practice". The Milbank Quarterly, 78(3):375-401.

La Parra, D. (2001): "Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales". *Gaceta Sanitaria* 15 (6): 498-505.

Maravall, H (1999): "La coordinación sociosanitaria: necesaria y posible". *Revista de Administración Sanitaria*, 3 (11): 393-404.

Rodríguez Cabrero, G. (Coord.). *La protección social de la dependencia.* Madrid: Imserso, 1999.

Las personas dependientes en España: Análisis de la evolución futura de los costes asistenciales. *Centre de Reçerca en Economía i Salut (CRES). Universitat Pompeu Fabra.*
Estudio de EDAT & VIDA

Comas-Herrera y Wittenberg (Eds.): “European Study of Long-Term Care Expenditure” *PSSRU Discussion Paper 1840. Londres: LSE, 2003.*

8.- Modelo y metodología de cuidados. Normas generales

Ponente: ***Modesto Chato de los Bueys****, Presidente de Universidad de Tercera Edad de Cantabria - UNATE*
Presidente: ***Esteban Pérez Almeida****, Geriatra, Director del Programa "Los Decanos"*
Vicepresidente: ***Miguel Bordejé Antón****, Periodista, Presidente de CEATE*
Secretario: ***José Luis Méler y Ugarte****, Doctor Ingeniero Industrial*
Vocal: ***Rafael Cámara de la Cámara****, Miembro de la Comisión Sociosanitaria de CEOMA*
Experto: ***Antonio Peñafiel,*** *Presidente Asoc. Madrileña de Enfermería Geriatra*

SOBRE LO SOCIOSANITARIO

Quizás, convendría empezar por definir el concepto de Atención Sociosanitaria. A nivel internacional no encontramos un término similar. La palabra procede del modelo catalán, y hoy se ha incorporado a todos los foros sanitarios, sociales y políticos donde se hable de personas mayores.

Lo que más se acerca al término es lo que los anglosajones denominan Long term care (Cuidados de larga duración), donde convergen dos tipos de cuidados: Los sociales (centrados en las actividades de la vida diaria) y los sanitarios (más dirigidos a las enfermedades).

Dicho de otra manera, la atención sociosanitaria consiste en la cobertura de las necesidades de una persona que no puede cuidarse por sí mismo y que precisa cuidados de forma prolongada.

ANTECEDENTES

En la actualidad, en nuestro país nos encontramos con un 15,6% de personas mayores de 65 años (6.196.497 personas), de las que un millón y medio son incapacitados y de ellos 650.000 tienen más de 80 años.

Nos enfrentamos a una etapa creciente de necesidades de atención a personal geriátrico con patología diversa y variada, con enfermedades crónicas con alta dependencia y supervivencia, enfermos terminales, trastornos cognitivos, que se encuentran necesitados de distintos recursos asistenciales (residencias, hospitales, atención primaria, salud mental, etc.).

El principal apoyo social de las personas mayores en nuestro país es aún la familia. Esto, al menos, es lo que se desprende de un prestigioso estudio coordinado por el catedrático de la Universidad de Alcalá, D. Gregorio Rodríguez Cabrero: "El 78,7% de los dependiente reciben ayuda familiar que se incrementa al 82,2% si esa persona sufre alguna carencia física o psíquica grave. Los servicios sociales desarrollan un papel muy secundarios en comparación con la ayuda familiar (2,2% para el conjunto de la población afectada y sólo un 1,7% para la grave). El salario de las más de dos millones de cuidadoras (80% mujeres) sería de tres billones anuales".

Por otro lado es recomendable analizar la situación de algunos ingresados en hospitales de agudos: Sabemos que en estos centros, en donde no se han puesto en marcha otros recursos dentro y fuera de ellos para atender a esta población, contamos con estas cifras (muy extendidas) de pacientes que requieren servicios diferentes a los que oferta el hospital:

- 15% convalecientes.

- 10% terminales.
- 5% crónicos de larga estancia.
- 45% mayores de 65 años.

PROPUESTA DE MODELO

Hasta el momento hemos visto que la persona, objeto de nuestra atención, presenta unas peculiaridades complejas, heterogéneas y cambiantes en el tiempo, de modo que el modelo asistencia estrictamente sanitario o el estrictamente social no responde a sus necesidades.

Por tanto, necesitamos un giro conceptual que cambie el enfoque de curar por el de cuidar, centrado en la valoración integral del usuario, abordaje interdisciplinar y trabajo en equipo, dando prioridad a la calidad de vida, considerando los beneficios de la rehabilitación adaptado a la discapacidad, contemplando el control de síntomas y donde el foco de atención sea la persona y su familia.

Los mayores con enfermedades crónicas, enfermedades terminales, con alteraciones de las funciones mentales requieren un sistema de recursos en un contexto sectorizado, con permeabilidad, servicios flexibles, con instrumentos de conexión claramente planificados (estructura, procesos, resultados), bien ubicados, bien definidas las indicaciones funcionales (estancias medias, resultados, etc.) y con un sistema de financiación adecuado que considere la complejidad clínica y el consumo de recursos del cliente.

Esta población necesita un modelo asistencial global (atenciones en todos los ámbitos), sectorizado (sistemas integrales conectados), permeables (clientes profesionales conectados), gradual (corto, medio, largo).

Para crear un sistema de atención geriátrica integral, eficiente y eficaz es imprescindible que exista un equipo interdisciplinar, con gran dedicación a la atención y con capacidad de intervención en todos los elementos del sistema. Su ubicación es opcional y depende de la historia individual en cada sector (P. Horrocks, 1990).

Existen experiencias contrastadas del uso de las denominadas enfermeras de conexión para asegurar esa coordinación y uso óptimo de los recursos del sistema.

En cuanto a los tipos de cuidados que se deben ofertar en el modelo son:

- Cuidados de prevención primaria: Basados en el fomento de la salud y desenvolvimiento personal. El Plan Gerontológico Nacional de 1992, en uno de sus objetivos, hace referencia a "Promover la salud y prevención primaria de la enfermedad".

- Cuidados de prevención secundaria: Parten de la detección precoz de los problemas de salud y de la pérdida de autonomía. Otro de los objetivos del Plan Gerontológico dice "Propiciar la prevención secundaria, asistencial y rehabilitado de la enfermedad".

- Cuidados de prevención terciaria: Este tipo de cuidados se aplican cuando el problema está instaurado en periodo de resolución o camina hacia la cronicidad o el estado terminal. Se aplican cuidados encaminados a la repercusión, cuidados paliativos, etc.

- Cuidados integrales: Es el tipo de cuidados propios del equipo interdisciplinar y considera toda la realidad física, psíquica, social y funcional que afecta al usuario.

- Cuidados progresivos: Son los cuidados rehabilitadores por excelencia. Van desde la dependencia hasta el nivel de autonomía que permita al usuario y sus potencialidades.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Todo SERVICIO y MODELO DE ATENCIÓN necesita tener referencias cualitativas y cuantitativas sobre las personas a las que atiende. En los hospitales de agudos, donde tiene importancia la tecnología en cuanto a costes y utilización de la misma, donde el énfasis está puesto en el diagnóstico, se utilizan los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), que clasifica a los pacientes en función de su diagnóstico principal, procedimiento médico, presencia de comorbilidad, edad. (Usa la estancia media para estimar el coste).

En los centros que despliegan cuidados de media – larga duración (CMLD) la complejidad del necesitado, en cuanto a la presencia de problemas en diversas áreas, hace que los GRDs no sean tan útiles y se utilicen Sistemas de Clasificación de pacientes por analogía de necesidades.

En los Estados Unidos, en octubre de 1988, se constituye un equipo de trabajo compuesto por 18 grupos formados por geriatras, psicogeriatras, enfermeras, trabajadores sociales, dietistas, gestores, etc. A este equipo se le encargó desarrollar un plan uniforme de valoración de residentes en Nursing Homes (algo parecido a las residencias y centros sociosanitarios españoles). El resultado de este grupo fue el desarrollo del Resident Assesment Instrument (RAI) (2).

El RAI es un instrumento de valoración multidimensional de residentes, diseñado para su aplicación en centros de cuidados de larga duración y con la finalidad de mejorar la planificación de cuidados. Además de esto el RAI contiene la información necesaria para clasificar a los pacientes en función del requerimiento de atenciones, sistema denominado Resources Utilisation Groups, versión III (-RUG III-). Estos esquemas se están utilizando cada vez más en todos los países (3).

El RUG III utiliza para agrupar a los residentes / pacientes diversas variables del RAI, como el estado cognitivo, emocional, función física, diagnósticos, signos y síntomas. A la vez incorpora la recogida de información sobre servicios de atención directa suministrados (soporte ABVD, cuidados de enfermería, terapias suministradas, prescripción de tratamientos y procedimientos médicos).

El RUG III, a partir de esta información, clasifica a los paciente en función de su perfil funcional y de los cuidados suministrados. El perfil funcional físico se mide a través de un índice de ABVD que considera diversas actividades, como movilidad en la cama, vestirse, comer, etc. El rango va de 4 (máxima autonomía) a 18 (máxima dependencia).

El sistema clasifica en 44 agrupaciones, resumidas en 7 categorías mayores clínico – asistenciales con isoconsumo de recursos distintos, medido en consumo de tiempo personal.

Las categorías son las siguientes:

1. Rehabilitación especial: Administración de terapias (logopedia, terapia ocupacional, fisioterapia) a partir de una intensidad mínima de 45 minutos semanales.

2. Tres categorías definidas a partir de una combinación de dependencia funcional media a elevada y la presencia de componentes clínicos y procedimientos médicos y de

enfermería que derivan un unos perfiles de componente sanitaria importante: Servicios extensivos, cuidados especiales y complejidad clínica.

3. Tres categorías de menor complejidad sanitaria que clasifican a los pacientes en función del deterioro cognitivo o funcional físico, pero con un bajo índice de cuidados sanitarios: Deterioro cognitivo, problemas de comportamiento y funciones físicas reducidas.

Este instrumento nos permite monitorizar el estado cognitivo del paciente a través de la recogida de variables como la memoria, toma de decisiones, autonomía para comer. Esta escala denominada Cognitive Performance Scale (Escala de Capacidad Cognitiva CPS). Esta escala va de 0 (buena capacidad cognitiva) a 6 (deterioro cognitivo muy intenso) (3).

En conclusión el sistema RUG III nos es útil para conocer la casuística de los centros de cuidados de media y larga duración, útil para la gestión de cuidados (permite estimar plantillas y el coste en función del consumo de recursos), permite comparar y definir la tipología de usuarios de los diferentes servicios.

PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE SOCIOSANITARIO

Tomando como referencia el mapa de procesos mínimos necesarios para la atención sociosanitaria, PODEMOS DEFINIR LOS PROCESOS MÍNIMOS SOBRE LOS QUE SE SUSTENTA EL MODELO DE CUIDADOS AL NECESITADO DE ATENCIONES SOCIOSANITARIAS.

1. Proceso de Valoración de Necesidades: El Residente Assesment Instrumente (RAI) incorpora información vital para la gestión y planificación de cuidados de la persona que precisa cuidados de larga duración. Es un medio valioso interdisciplinar que proporciona los datos necesarios para conseguir tales fines. Un asesoramiento de este tipo nos permite la gestión de casos y, por tanto, la asignación adecuada de recursos.

2. Proceso de Atención y Asistencia: Del proceso anterior se derivan una serie de servicios que pretenden satisfacer las necesidades y problemas detectados en el requiriente, generando una amplia cartera de servicios que van desde lo hostelero a lo sociosanitario; a saber: atención a procesos clínicos, promoción y prevención de la enfermedad, fisioterapia, terapia ocupacional, alimentación, etc.

3. Proceso de Atención a la Dependencia: Las intervenciones del equipo de asistencia interdisciplinar irán encaminadas a conseguir el mayor grado de autonomía del usuario, con planes de intervención realistas y buscando, en última instancia, la mejora en la calidad de vida del cliente.

4. Proceso de Atención a la Agonía, Exitus y Duelo: Con frecuencia el equipo se enfrenta a vivir los últimos días del usuario; se debe contemplar en cualquier plan de intervención los cuidados a la persona que va a morir.

5. Gestión del Conocimiento: El equipo asistencial, evidentemente, es necesario e ineludible disponga de personal profundamente capacitado y preparado para desarrollar una atención altamente cualificada en conocimientos, actitudes, habilidades y responsabilidad. En este sentido debemos asegurarnos de que el personal cuidador de atención directa adquiera los conocimientos, actitudes y habilidades necesarios para dar una atención de calidad.

El conocimiento se puede gestionar a través de:

- Formación.
- Intercambio de experiencias de buena práctica (Benchmarking).
- Investigación: adquirir nuevos conocimientos.
- Documentación: almacenar el conocimiento para prestar con calidad los servicios que demandan los necesitados.

6. Gestión de la Calidad: Es necesario estructurar criterios, procesos de control y resultados de calidad que se desarrollen en los servicios sociosanitarios. El modelo de Excelencia Europeo (EFQM) es un instrumento magnífico de auto evaluación de cualquier empresa: el análisis periódico de las actuaciones y conductas permitirá ver los resultados e introducir elementos de mejora que nos lleven a una dinámica continuada de mejora y calidad total.

7. Proceso de Gestión de Riesgos: Con frecuencia el equipo de cuidados se enfrenta a solucionar conflictos en contextos sociosanitarios que requieren la toma de decisiones inmediatas por riesgo de la integridad de la salud e incluso la vida del paciente:

   - Fugas de pacientes con deterioro cognitivo, no incapacitados.
   - Peleas por problemas de convivencia.
   - Contenciones de usuarios agitados, etc.

METODOLOGÍA TRABAJO EN CENTROS DE CUIDADOS DE MEDIA Y LARGA DURACIÓN

EL PLAN INTEGRAL DE CUIDADOS DEL ANCIANO

La planificación de cuidados forma parte de un proceso sistemático y organizado, encaminado hacia el logro de objetivos, por el cual el equipo multidisciplinar decide el plan de actuación de una persona determinada. Podemos hablar de dos tipos de planes de cuidados: En uno se contemplan las actividades generales ante un problema determinado y en otro se activan los cuidados en un paciente en función de sus necesidades en un momento determinado.

El proceso de atención a las personas mayores en los centros de cuidados de media y larga duración consta de una serie de fases que conducen de forma paulatina al plan de intervención individual:

1. Historial clínico: La entrevista, la observación y la exploración física permiten la recogida de datos subjetivos (referido por el paciente) y objetivos (aquellos que se pueden medir, observar, etc.). Cuando hablamos de cuidados, resulta útil usar modelos para ordenar la información, vinculados al nivel de necesidades de ese paciente para realizar las actividades de la vida diaria. Podemos usar el modelo de Virginia Henderson, de las 14 necesidades básicas. En esta fase, el equipo interdisciplinar puede utilizar el cuestionario del RAI para aglutinar la información recogida por los diferentes profesionales.

   Imaginemos a un paciente que presenta los siguientes datos en la valoración:

   - Oxigenación: Pide ayuda para expulsar secreciones, secreciones copiosas a través de traqueostomía.
   - Comer y beber normalmente: No tiene apetito desde hace dos semanas. El médico sugiere la presencia de una depresión. Ha perdido 4 kg. desde la última visita, 6 kg. por debajo de su peso.

- Eliminar los residuos corporales: “No me da tiempo a llegar al servicio, estoy muy torpe y me lo hago por el camino”. Presenta hipotonía muscular en miembros inferiores, marcha dificultosa, precisa andador. Ha estado tres días con sonda y puede haber perdido tono en esfínteres urinarios.
- Moverse y mantener una postura.
- Evitar riesgos del entorno y evitar lesionar a otros: la familia dice “Se pasa el día caminando de un sitio a otro, tropieza y se cae con frecuencia”. Desorientación T-E, alucinaciones, vagabundeo.

- Después de recoger los datos obtenidos a través de la historia clínica y la exploración médica, y consiguiente estudio físico, se llega a estudios complementarios añadidos al diagnóstico, así como al intento de conseguir la etiología o posible causa del proceso.

Una vez realizado el mencionado estudio clínico y obtenido el diagnóstico se establecen una serie de objetivos terapéuticos y se elabora el plan de cuidados. Debemos tener en cuenta que en esta fase hay que considerar:

- Que nos podemos encontrar con una serie de problemas que seguramente no podremos tratar a la vez, debiendo conceder preferencia a los más urgentes o principales.
- Una determinación de actividades:
  Bien un tratamiento causal o etiológica del problema,
  o un tratamiento sintomático del mismo.

Ejecución del plan: Puesta en marcha las actividades del plan cuidados, controlando el grado del cumplimiento de objetivos propuesto y, fundamentalmente, vigilando el estado del paciente, el seguimiento de la evaluación del mismo con las medidas adoptadas.

ASPECTOS DE LOS CUIDADOS FAMILIARES

Hasta el momento hemos presentado lo que podríamos definir como **cuidados formales** de las personas mayores en centros de larga y media duración. No podemos obviar, sin embargo, que un porcentaje más que considerable de los mayores dependientes españoles (entre el 10 y 15% de los mayores de 65 años presentan un grado de dependencia importante según el IMSERSO) recibe ayuda y cuidados de carácter informal procedentes del entorno familiar (72%). Esta realidad está en consonancia con las expectativas de los mayores con necesidades asistenciales. Éstos prefieren, además de seguir residiendo en su hogar (78,6%) ser atendidos por sus familias (petición que no siempre es o puede ser satisfecha). Por ello se impone la necesidad de devolver a la familia el papel que tradicionalmente ha tenido y conseguir un equilibrio entre los cuidados profesionales y los cuidados informales que ofrece el entorno familiar.

Puestos a definir la figura del cuidador las siguientes notas nos aportan una idea más que aproximada a estas personas (“Las personas mayores en España. Informe 2000. IMSERSO-CSIC):

- Un 17% de la población ayuda habitualmente a personas de edad necesitadas.
- La gran mayoría de estos cuidadores informales son mujeres de entre 45-65 años (83%), siendo la media de edad 52 años. Un 20% supera los 65 años.
- El 90 % de los cuidadores lo hacen por obligación moral; un 42% confiesa que “no les queda más remedio”.
- Una parte sustancial de los cuidadores comparte el domicilio con la persona cuidada (60%). En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral

remunerada del cuidador (80%). Los cuidadores suelen ser personas de bajo nivel de estudios, normalmente autoclasificados como «amas de casa» (50%), y de un origen social modesto.

- La mayoría de los cuidadores presta ayuda diaria a su familiar mayor (85%). Gran parte de ellos (60%) no recibe ayuda en esta labor de otras personas. De hecho, la rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja (20%).
- Una parte de ellos (17%) comparte la labor del cuidado con otros roles familiares, como cuidar a los hijos.

Proporcionar esta ayuda es una buena forma de que los mayores sientan que sus necesidades físicas, sociales y afectivas queden cubiertas. Pero ello implica una dedicación del cuidador en tiempo y energía importantes, así como una serie de tareas que pueden no ser cómodas ni agradables, si bien la experiencia del cuidador varía en función de la causa y el grado de dependencia que presente el familiar mayor. Si bien es cierto que hablamos de una experiencia digna y merecedora de reconocimiento social e institucional, no menos cierto es que en muchas ocasiones es una tarea solitaria e ingrata bajo la cual subyacen situaciones desfavorables que van a conducir a que el cuidador presente alteraciones físicas, mentales, afectivas, que se vea afectada su situación familiar o sociolaboral. De hecho, el cuidado de personas mayores dependientes ha sido identificado como uno de los acontecimientos normativos que más estrés puede producir en la vida de una familia y de cada uno de sus miembros. Es lo que se ha dado en denominar **"Síndrome del cuidador".** Debido a que las vidas de los cuidadores giran en torno a la satisfacción de las necesidades de su familiar mayor, muchos suele dejar sus propias vidas en un segundo plano, de ahí la afirmación de que debemos "cuidar del cuidador". Entre los factores desencadenantes de dicho síndrome caben destacar:

- Escasa información sobre los problemas de salud del familiar.
- Situaciones de soledad y falta de apoyo por parte de otros miembros de la familia.
- En ocasiones el cuidador solicita menos ayuda a los servicios sanitarios de lo que cabría esperar.
- Se desatiende a sí misma: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto vital
- Etc.

De este modo, se impone la necesidad de:

1. Diseñar programas de asistencia integral paciente-cuidador donde, además de proporcionarles información y formación, se les brinde ayuda complementaria que les permita compatibilizar su vida familiar, laboral, social, ... con la dedicación al cuidado del familiar mayor dependiente.

2. Pocas personas están realmente preparadas para afrontar las responsabilidades y dificultades asociadas a la situación de cuidar a una persona mayor dependiente. Por esta razón, es recomendable que, si las circunstancias lo permiten, las personas que van a cuidar a un familiar mayor elaboren un plan de acción que les ayuden a tener claras las metas del cuidado y la forma en que van a llegar hasta ellas.

¿Qué posibilidades de ayuda existen para los cuidadores?

En los últimos años se ha ido trasladando parte de la responsabilidad del cuidado de los mayores, que antes estaba circunscrita a la familia más próxima y que en numerosas ocasiones se ve desbordada, hacia el estado/sociedad.

Por ello, no es de extrañar que la población en general, y los que tienen asumidas tareas de cuidados en particular, deseen que las administraciones tomen medidas concretas para ayudar a quienes cuidan de personas mayores en su propia familia. Entre las mismas destacan:

- Dotarles de recursos y habilidades para manejar la situación de dependencia física o mental a través de información, formación y programas de educación sanitaria.
- Recursos sociales comunitarios: entre ellos, centros de día para, entre otras, compatibilizar la vida familiar y laboral, programas de ayuda a domicilio, teleasistencia,...
- Apoyo a los cuidadores mediante programas de voluntariado o asistencia privada concertada.
- Grupos de ayuda y asociaciones de familiares de enfermos desarrollados en torno a patologías incapacitantes, como el Alzheimer, donde reciban asesoramiento, información y apoyo emocional.
- Programas de respiro o descanso del cuidador que faciliten el ingreso temporal del paciente en una residencia y permitan que los cuidadores tengan periodos de descanso o vacaciones.
- Apoyo económico o "salario mensual". Por otra parte, la seguridad de una asistencia informal (familiar) en el final de la vida debería de estar de alguna forma prevista, financiada, o bonificada fiscalmente.

Para concluir, el desafío futuro de los cuidados para los ahora adultos, debería obligar a una mejor integración y coordinación de los servicios formales y de la ayuda informal para subsanar ese déficit. Esta asociación permitiría además apreciar mejor los esfuerzos públicos por el cuidado a los mayores, animar a la dotación adecuada de esos servicios sociales, y por otra parte, los gestores públicos conocerían y valorarían mejor los esfuerzos que familiares, amigos y vecinos hacen por los mayores.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1. **Necesitamos un sistema de información común en el que se contemple la valoración de la dependencia como clave para la gestión de casos y la asignación de recursos sociosanitarios:** En nuestro país se estima que existen un millón y medio de mayores dependientes, sin contar los 189.000 que viven en residencias. Estimación de INE, 1988, IMSERSO 1995, Encuesta Nacional de la Salud, 1995.

   La Comisión de Desarrollo Social preparatoria para la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, en su estrategia internacional de Acción sobre Envejecimiento, 2002 (Nueva York, 10-14 Diciembre 2001) propone en la cuestión 6: "Las personas de edad y las incapacidades, propone como objetivo: Mantenimiento de una capacidad funcional máxima durante toda la vida y proteger a las personas de edad con incapacidades".
   La cartera de servicios de la enfermería de forma tradicional lleva la atención a la incapacidad como elemento indispensable en la mejora de la calidad de vida de estos necesitados.

2. **La enfermera como conectora de recursos:** Necesitamos elementos físicos de conexión, que desde una perspectiva global nos acerquen a la ya casi dejada de lado por utópica coordinación sociosanitaria.

3. **La enfermería como disciplina científica centrada en los cuidados:** El beneficio principal que recibe el usuario sociosanitario es el cuidado de media y larga duración. El equipo sanitario posee los conocimientos científicos para aportar en la asistencia,

docencia, gestión e investigación la mejor aplicación para la satisfacción de los servicios sociosanitarios de personas mayores

4. **Es necesario diseñar programas de prevención:** El tipo de paciente sociosanitario, con mucha frecuencia, es un ciudadano con riesgo de sufrir enfermedades e incapacitación. Es por ello, que la Enfermería de primaria y la del resto de niveles asistenciales deben hacer un esfuerzo por potenciar junto con otros profesionales la prevención primaria y secundaria a través de implementar programas de revitalización y aumento de la salud, detección precoz de pacientes de riesgo de sufrir dependencia y problemas de salud, planes de intervención preventivos interdisciplinares encaminados a poner barreras para evitar la incapacidad y la dependencia.

5. **El modelo debe contemplar y garantizar un tratamiento digno y ético al mayor:** La negligencia, el abuso, el maltrato en el mayor sabemos, por estudios de otros países y experiencia propia, que existe y que, desde luego, serían la antítesis de la atención de calidad, además de constituirse como un delito. Es responsabilidad de los profesionales no dejar pasar este tipo de comportamientos, "mirar para otro lado" no debe ser la actitud habitual. En la cuestión 3 de las recomendaciones del comité preparatorio de la Asamblea Mundial del Envejecimiento aparece el objetivo 1, que dice: "Eliminación de todas las formas de abusos contra las personas de edad". Entre las medidas encaminadas al cumplimiento de este objetivo se propone la "Capacitación de los profesionales". Esta medida, desde luego, es una fórmula contrastada de prevención del maltrato.

6. **El modelo debe asegurar un buen morir:** La edad de nuestros mayores y las patologías terminales que padecen algunos de ellos hace que en los servicios sociosanitarios se consideren los cuidados paliativos, los cuidados en la agonía, la muerte y el duelo como parte de un proceso para el que los profesionales del sector deben estar preparados. El nihilismo nunca es un buen compañero de este tema, pues ignora la existencia de sufrimiento, dolor, etc. Este modelo que persigue un recorrido lo más humano y digno posible al final de la vida debe estar definido con estándares mínimos, pasados por el filtro de los principio bioéticos.

7. **El modelo debe asegurar la competencia profesional:** Las instituciones, organismos, etc. de servicios sociosanitarios cuenta con un personal adiestrado que necesita ser preparado para administrar un buen servicio de conocimientos. Los cuidados prolongados necesitan de una formación específica para ofrecer una correcta asistencia. Los intercambios de conocimientos con otros servicios (en busca de la mejor práctica), la preparación profesional (donde se aglutina el conocimiento necesario para el cuidado), la investigación (como elemento de generación de conocimiento nuevo), las nuevas tecnologías (intranet, internet, etc.) son todos instrumentos que facilitan la gestión de este activo.

   Es importante incidir en la capacitación de los profesionales de la salud que atienden a los mayores; esto se manifiesta en la cuestión 4, de la estrategia internacional de Acción sobre Envejecimiento, 2002, en la que en el objetivo 1 manifiesta: "Mejorar la información y la capacitación de los profesionales y paraprofesionales sanitarios y sociales sobre las necesidades de las personas mayores".

   En la actualidad, en el Ministerio de Sanidad, se está trabajando en el desarrollo de la especialidad de Equipos Gerontológico, como vía para formar personal especializado en la atención a este sector poblacional.

8. **El modelo debe asegurar una adecuada gestión de la calidad:** Necesitamos definir el grado de calidad de los servicios que atienden a nuestros mayores en cuanto a

estructura, procesos y resultados para asegurar un trato de calidad en esta fase final de la vida.

9. Es necesario diseñar programas de formación e información para los cuidadores familiares que, a su vez, les proporcione ayudas complementarias a sus ingresos y que les permitan compatibilizar sus vidas familiar, laboral y social... con la dedicación y cuidado del familiar mayor dependiente.

10. Conclusión final: En este camino sucinto por los cuidados prolongados, conviene recordar los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad (Resolución 46/91, el 16 de diciembre de 2001).

- Independencia.
- Participación.
- Cuidados.
- Autorrealización.

Cualquier modelo de cuidados a las personas mayores debe respetar estos cuatro principios fundamentales.

9.- Calidad. Acreditación de centros y servicios. Formación

Ponente: ***Francisco de la Marinas Alférez****, Presidente de la Federación de Organizaciones de Mayores de la Comunidad Valenciana - FOMCOVA*
Presidente: ***José Lladró Dolz****, Empresario*
Vicepresidenta: ***Eva García Blanco****, Vicepresidenta de la Hermandad de Pensionistas de la Administración Local, Madrid*
Secretario: ***Manuel Hernández Martínez****, de la Asociación de Pensionistas de la Administración Pública de la Comunidad Valenciana - PAPCOVA*
Vocal: ***Ramón Selelles Mauri****, de la Asociación de Pensionistas de la Administración Pública de la Comunidad Valenciana – PAPCOVA*
Experto: ***Dr. Antonio A. Burgueño****, Experto en Gestión Sanitaria y Sociosanitaria, Ex Coordinador Asistencial de las Residencias Públicas de la Comunidad de Madrid*

INTRODUCCIÓN

Retos sociales y políticos

Los políticos y la sociedad a la que representan tienen por delante muchos retos, en cuanto a la atención sociosanitaria a la dependencia se refiere, tales como:

1 La convergencia social y sanitaria efectiva, integrando ambos frentes para una respuesta común.
2 Ordenarla/ regularla
3 La protección de la Dependencia, ya sea pública, privada o mixta, propiciando el aseguramiento de esa contingencia si procede
4 Establecer unos mínimos de garantía de calidad y promover/ estimular la mejora continuada

Referentes clave para calidad de los cuidados

La persona objeto de atención debe ser el principal determinante del sistema sociosanitario y de sus procesos. El sistema de información sociosanitario debe centrarse en el estatus funcional, físico, mental, y psicosocial, y en las necesidades de cuidados para la autonomía y bienestar, de esa persona objeto de atención[1,2,3].

Los cuidados prolongados, como producto de la atención sociosanitaria[1], es el otro, y nos ofrecen referencias internacionales sobre:
1 Modelos asistenciales y
2 Metodología técnico-asistencial

Entendemos los cuidados prolongados como los, cuidados que sobrepasan los límites de tiempo convencionales, y que son necesarios para personas dependientes, convalecientes, con problemas crónicos, o en fase terminal.

DETERMINANTES DE LA CALIDAD

En cuanto a calidad se refiere, los determinantes[4] son:

- las leyes de mercado con *equilibrio entre oferta y demanda como base,*
- la legislación/ regulación que exista sobre el tema, y
- El conocimiento/ capacidad de los profesionales.

Mercado

El mercado y sus leyes de competencia son un fuerte estimulo de mejora para las organizaciones de cuidados, siempre que estén sumidas en un afán de lucro, o que se vean obligadas a competir. Las leyes de mercado pueden ser sanas pero deben evitarse otros desequilibrios. Básicamente, el equilibrio se basa en:

1 *Equilibrio entre la oferta y la demanda*
2 *Ausencia de monopolios de provisión*
3 *Clara separación de competencias y responsabilidades entre financiadores y proveedores*

Legislación

Debe establecer los requisitos para adquirir licencia de actividad en el sector (cuidados a la dependencia), así como el control de calidad rutinario (inspecciones), la trasparencia de la información sobre calidad, y los estímulos de mejora**.**

La normativa debe contemplar también los requisitos de personal desde el punto de vista cualitativo (tipo de profesionales) y cuantitativo (ratios), si bien la concreción sobre las áreas de capacitación específica deben ser objeto de desarrollos añadidos, pues junto a la formación continuada serán elementos determinantes especiales de la mejora de la calidad.

Capacidad Profesional

La capacidad profesional se reconoce internacionalmente como uno de los determinantes de los resultados, y muy especialmente de los resultados técnico-asistenciales de calidad.

En España, se puede afirmar que existe un gran vacío normativo-regulador sobre la formación profesional adecuada para los cuidados prolongados a la dependencia, así como para algunos de los puestos claves de las organizaciones que los provee. Podemos apreciar distintos modelos de diseño de organizaciones y plantillas de esos centros y servicios, y existen porque todos ellos son válidos en principios, lo que no quiere decir que sean adecuados.

Aún tratándose de disciplinas de presencia universal en cualquier centro o servicio de cuidados, tales como la medicina y la enfermería, es necesario definir un perfil de formación postgrado y experiencia para que su ejercicio en el ámbito de los cuidados prolongados sea adecuado. Otras disciplinas están incluso excluidas de algunas organizaciones, con lo que es difícil discutir que perfil de formación específica deben tener. Así de incierta es la realidad española, y ese será el punto de partida para definir algo, pero de forma ineludible, si queremos tener impacto en la calidad.

Existen muy pocas iniciativas concretas de normalización. En España, todas las Comunidades han formulado normas generales sobre servicios sociales que establecen algunas referencias[5,6,7], pero no han cubierto bien, *y de forma específica para el sector de cuidados prolongados o sociosanitario*, la necesidad de regular el tema de "capacidad profesional".

El hábitat como determinante de la calidad de vida

Las personas mayores, -cuando no tienen un coeficiente significativo de dependencia-, donde mejor viven es en su casa de siempre, por lo que las ayudas que necesiten deben orientarse para poder prestarlas en su propia vivienda. Cualquier cambio en su hábitat, se traduce, de inmediato, en un trauma lo suficientemente importante para que la persona afectada, posiblemente no le quede tiempo para recuperarse.

En épocas pretéritas, las personas mayores, dependientes o no, eran cuidadas, atendidas y mimadas, en su propia casa, por los hijos o familiares más allegados, lo que suponía una continuidad en el goce o satisfacción de los medios materiales de que disponían, y de la vivienda que habían ocupado durante casi toda su vida.

Cuando el sistema de vida ha cambiado, por unas u otras razones, surge el verdadero problema, que afecta a la familia principalmente, pero que en una sociedad solidaria tiene la obligación de solucionar, para evitar que sufran las personas mayores los efectos negativos, por un desplazamiento de hábitat no deseado.

1.- Vivir en su propia vivienda

Ha de hacerse el máximo esfuerzo para mantener a las personas mayores en su propia casa. La calidad de vida se puede proporcionar con una vigilancia estrecha de los medios que las instituciones pueden proporcionar por los medios siguientes:

- Ayudas a personas dependientes a su cargo
- Servicio de Ayuda a domicilio
- Centros de día,
- Teleasistencia
- Teléfono del Mayor

2.- Viviendas tuteladas

Cuando la dependencia de las personas mayores no permite ser atendidas en su propia vivienda, se ha de desarrollar una política de construcción de grupos de viviendas tuteladas, en donde se pueda proporcionar un domicilio independiente, pero unos equipos multidisciplinares de médicos especializados, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, cuidadores, limpiadoras, etc, han de atender diariamente las necesidades de los ocupantes.

3.- Zonas residenciales para mayores

La construcción, en zona semicéntrica o bien comunicada, de complejos urbanos, -bungalows o viviendas reducidas-, con comedor, dos dormitorios, baño y cocina, para ofertarlas a las personas mayores, en régimen de alquiler vitalicio, sería de suma utilidad. La promoción podría ser por una empresa pública, sociedad mixta, o incluso, incentivando a las Empresas Privadas, puesto que el usuario podría pagar el servicio.

Dichos complejos urbanos deberían estar dotados de medios suficientes para prestar a la personas mayor el máximo de servicios posibles y, al menos los siguientes:

a).- Asistenciales

* Servicio sanitario permanente
* Servicio de Asistente Social
* Servicio de Psicólogo

b).- Vitales

* Servicio de comidas, en restaurante o a domicilio
* Servicio de lavandería y planchado
* Servicio de peluquería

c).- Culturales y recreativos.

* Servicio de Cafetería y salón de juegos y tertulias
* Servicio de Organización de actos culturales
* Servicio de Organización de Viajes individuales o colectivos incentivados.

Este sistema de vida, permite compaginar a atención necesaria a las personas mayores, preservando su independencia en la convivencia.

4.- Residencias

Como última posibilidad, queda la típica residencia, indispensable para las personas mayores, que son dependientes en el más amplio sentido de la palabra, en donde se prestan los servicios completos de vivienda, alimentación, aseo, culturales y recreativos, etc, que precisa de un control de calidad permanente.

APROXIMACIÓN A LA CALIDAD, DESDE EL PUNTO DE VISTA NORMATIVO

Cuando nos referimos a servicios complejos como son los sociosanitarios debemos preocuparnos por la calidad percibida, pero también por la técnico-asistencial. La satisfacción de la persona objeto de atención (calidad percibida) se puede evaluar con relativa sencillez (encuestas de satisfacción), pero la persona solo puede opinar sobre aspectos no técnicos (trato, cocina, ambiente, etc).

La calidad técnico-asistencial debe ser una preocupación pública, de los responsables máximos de los servicios[4]*. Las personas objeto de atención no tienen que preocuparse de medirla, sino que deben recibir la seguridad de que los poderes velan por ella, y por los mecanismos que estimulan su mejora continua. Por tanto, las aproximaciones a esa vertiente de la calidad son las que deben ser objeto de regulación y, por tanto, formar parte de una norma o ley que regule la asistencia a la "dependencia".*

Control de calidad.- Sistema de información técnico-asistencial

Desde el punto de vista de contenidos de una norma o ley, uno debe hacer el ejercicio de plasmar lo más básico y esencial, como base para garantizar una calidad de forma transparente.

Una ley sobre dependencia debe establecer una bases universales para controlar la calidad de los servicios, y promover la entrada de estímulos a la mejora, y penalizaciones a la baja calidad.

En el contexto de una ley que puede concretar todo lo esencial de dicha asistencia, el control de calidad debe basarse en la información universal que genere esa asistencia, esos cuidados. Un **sistema de información**[1,2,3], que será objeto de otra ponencia, pero que aquí debe ser mencionado como clave para ese pretendido control sistemático de la calidad.

El sistema de información será la base para calcular unos indicadores de calidad que permitan un control técnico de la calidad asistencial.

Contamos con un ejemplo paradigmático del uso sistemático de indicadores de calidad, basados en un sistema de información obligado por ley. Es el caso de Estados Unidos, donde se vienen calculando indicadores desde hace mas de un lustro, de cada centro de cuidados prolongados del país, y se publican para conocimiento de todos. A continuación podemos ver la lista de 30 indicadores en los que se basa el control de calidad obligatorio establecido en Estados unidos por norma federal.

Indicadores, validados internacionalmente para el control de calidad de la Calidad Técnico-Asistencial Sociosanitaria (cuidados prolongados)	
1. Prevalencia de alguna lesión. 2. Prevalencia de caídas. 3. Prevalencia de comportamiento problemático hacia otras personas. 4. Prevalencia de síntomas de depresión. 5. Prevalencia de depresión sin tratamiento. 6. Uso de 9+ medicaciones programadas. 7. Incidencia de discapacidad cognitiva. 8. Prevalencia de incontinencia urinaria/ fecal. 9. Prevalencia de incontinencia ocasional/ frecuente urinaria/ fecal sin programa de continencia. 10. Prevalencia de catéteres. 11. Prevalencia de estreñimiento. 12. Prevalencia de infecciones de las vías urinarias. 13. Prevalencia de uso de antibióticos/ anti-infecciosos. 14. Prevalencia de pérdida de peso. 15. Prevalencia de alimentación por sonda. 16. Prevalencia de deshidratación. 17. Prevalencia de personas en ayuno. 18. Incidencia de AVD de última pérdida.	19. Incidencia de contracturas. 20. Inexistencia de fomento de habilidades y ejercicios para personas con déficit de movilidad. 21. Prevalencia de uso de antipsicóticos, sin existir psicosis ni condiciones asociadas a ella. 22. Prevalencia de dosis diaria de antipsicóticos superior a las directrices del inspector. 23. Prevalencia de uso de ansiolíticos/ hipnóticos. 24. Prevalencia de uso de hipnóticos programados o 2+ veces en la última semana. 25. Prevalencia de uso de alguna benzodiazepina de larga duración. 26. Prevalencia de restricciones físicas diarias. 27. Prevalencia de poca o ninguna actividad. 28. Falta de medidas correctoras en casos de problemas sensitivos o de comunicación. 29. Prevalencia de úlceras por presión de estados 1-4. 30. Diabetes insulino-dependiente sin cuidados de pies.

Está inventado, y se trata de querer usarlos e implementar el sistema de información base para su cálculo rutinario. Existe un importante e interesante ejemplo de desarrollo y puesta en común internacional que debe ser tenido en cuenta en nuestro país (InterRAI) [8,9]. El sistema de información base toma como CMD al instrumento de valoración multidimensional integrada RAI[2,3] (Resident Assessment Instrument).

Como en cualquier otra aproximación a la gestión de la calidad, si hacemos control de calidad[10] lo haremos para fundamentar en una realidad conocida actual, nuestros objetivos de mejora, es decir, la mejora continua es siempre el fin.

Una vez establecida la obligatoriedad de realizar un control de calidad por parte de los poderes públicos, y que dicho control se basa en información estándar, que debe tener todo centro o servicio a la dependencia, cabe decir que es recomendable que los mismos poderes incentiven la mejora continua a través del mecanismo que considere. Por la trasparencia del proceso y su evidenciada validez para estimular la mejora en escenarios de equilibrio de oferta y demanda, y leyes de mercado saludables, nosotros queremos proponer que se establezcan, en una ley sobre de dependencia, las bases para que se implante en España un **sistema de acreditación de centros y servicios**, que genere confianza en la sociedad. Ver más adelante.

APROXIMACIÓN A LA CALIDAD DESDE PROCESOS DE ACREDITACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS

Concepto y filosofía universal de la acreditación

"La acreditación es un proceso formal por medio del cual un cuerpo reconocido, generalmente una organización no gubernamental (ONG), valora y reconoce que una organización cumple con unos estándares, públicos, aplicables, y preestablecidos".

Sirva esa definición sencilla, dada por la USAID[11], como punto de partida para hablar de un fenómeno que se irá implantando en todos los países avanzados.

La Acreditación debe ser un componente vital dentro del marco general de garantía de la calidad

Los estándares de acreditación generalmente se consideran óptimos y factibles, y han sido diseñados para fomentar la mejora continuada de las organizaciones acreditadas[12].

La decisión acerca de la acreditación de una organización especifica se toma después de una evaluación local y periódica realizada por un equipo de profesionales, y típicamente se lleva a cabo cada dos o tres años. La acreditación es a menudo un proceso voluntario en el cual las organizaciones deciden participar, en vez de ser uno exigido por la ley y los reglamentos.

En todas las iniciativas conocidas se apunta que el fin último es la mejora de la calidad y la satisfacción del usuario.

Cada país o región amolda a sus valores sociales y del sistema sociosanitario la definición más conveniente de acreditación

En los sistemas más maduros, se ha venido imponiendo el enfoque en el cual se ubica al usuario como el centro y la razón de ser de los sistemas asistenciales y de los procesos de acreditación[13].

Modelos y Sistemas de acreditación

Podemos hablar de 3 grandes modelos diferentes de acreditación, vigentes en los países de nuestro entorno socioeconómico, o en el nuestro.

- El modelo de acreditación de planes de calidad (EFQM e ISO)
- El modelo de normas específicas para la organización de residencias (AENOR)
- El modelo anglosajón de acreditación (con la JCAHO como principal referencia)

El modelo EFQM[14,15], básicamente se emplea para la evaluación de las organizaciones, bien por personal interno o externo, llegando a conocer cual es su estado respecto al ideal de Excelencia así como las oportunidades de mejora. Ello ha hecho que en nuestro medio se den iniciativas de acreditación de calidad sobre ésa base, aunque no sea un sistema de acreditación convencional, como otros que veremos más adelante, en el apartado correspondiente.

ISO 9000: Es una normativa desarrollada por la ISO (International Standard Organization) para el aseguramiento de los sistemas de calidad de las organizaciones

El segundo se basa en unas normas básicas de organización y funcionamiento de las residencias (norma UNE: 158.000) confeccionadas por AENOR (Agencia Española de Normalización), que deben ser cumplidas para recibir esa acreditación.

Algunas características fundamentales (modelo anglosajón)
Voluntaria criterios profesionales evaluación profesional (enfoque multiprofesional) externa / entidad creíble temporal transparente imagen pública / prestigio incentivadora de la mejora continua de la calidad

El modelo anglosajón es el más evolucionado de todos, desde el punto de vista de la especificidad para centros y servicios de salud y sociosanitarios, y desde el punto de vista de poner al usuario en el centro del sistema y del proceso. Los 2 primeros miran más a las organizaciones.

Contenidos de un Instrumento de Acreditación de Centros SocioSanitarios *(modelo anglosajón - JCAHO)*	
Derechos de residentes y Ética de Organización	**Continuidad de los Cuidados**
Valoración de los Residentes	**Mejorar la Actuación de la Organización**
Educación de los Residentes	**Gestión del Entorno de los Cuidados**
Liderazgo	**Gestión de la Información**
Gestión de los Recursos Humanos	**Gestión de la Información**

Escenarios para la acreditación

Para la acreditación es necesario un escenario que le sea propicio y estimulante, es decir que cumpla los siguientes criterios:

1 Que existan leyes de mercado en el ámbito.

1 Un sector bien diferenciado y centros normalizados y basados en un conocimiento específico.
   1. *Sector que cumpla con lo que le es específico de forma adecuada*
   2. *Profesionales capacitados y preocupados por su imagen y prestigio*

2 Sector regulado en lo básico (garantías mínimas), dejando un margen de libertad de actuación que sea el que "se trabaje" la acreditación. La excelencia no se puede regular pero sí se puede pretender.

3 Sociedad educada en acreditación, sensibilizada y preocupada por el servicio.

en el contexto español podemos decir que no se cumplen, en sentido estricto, todas esas características, existiendo grandes diferencias territoriales

Escenarios para la acreditación (algunos ejemplos ilustrativos)	
CATALUÑA **(escenario favorable)** Separación de financiación y provisión Aumento de equilibrio entre oferta pública y privada Las entidades públicas tienen gestión privada Autonomía de gestión Aumento del equilibrio oferta/ demanda Más legislación y requerimientos reguladores Sector SocioSanitario definido y consolidado	MADRID **(escenario desfavorable)** Provisión pública directa de gran dimensión Desequilibrio entre la oferta y la demanda *Previsión a corto medio plazo* *Políticas de equilibrio oferta / demanda* *Aumento progresivo de la oferta privada* *Preocupación por la garantía de la calidad*
EE. UU. **(escenario idóneo)**	
Provisión casi exclusivamente privada Seguro estatal financiador, no-proveedor Equilibrio oferta y demanda Legislación de gran calado - garantía de calidad Sistemas racionalizados de financiación (basados en el case-mix) Gran sensibilidad social, de políticos, y legisladores Diversidad de centros especiales cubren la demanda SocioSanitaria	

FORMACIÓN

Ya hemos dicho que el tipo de profesional necesario para cada tipo de centro o servicio debe ser algo regulado por la normativa de autorización de actividad, así como su número. Por el contrario *la cualificación* es algo puede escapar a ese tipo de regulaciones, salvo raras excepciones.

Aquí, el asesor técnico de esta ponencia propone unas áreas de conocimiento, técnicas, métodos y habilidades, que deben ser dominadas por los profesionales del sector, sobre la base de las necesidades asistenciales de la población objeto de atención[1,2,3], la organización de los cuidados prolongados, la propia experiencia, y el conocimiento de modelos asistenciales de países de referencia. **Requisitos** mínimos de conocimientos recomendados:

A.- para todas las disciplinas:

1. Metodología de los cuidados prolongados:

    1 Valoración multidimensional integrada
    2 Planificación de los cuidados

2. Los principales problemas o necesidades de las personas mayores dependientes que reciben cuidados diarios:

-0 Delirio -1 Pérdida cognitiva/ demencia *-2 Función visual -3 Comunicación* -4 Potencial funcional AVD/ de rehabilitación -5 Incontinencia urinaria y catéter interno *-6 Bienestar psicosocial -7 Estado de ánimo* -8 Dolor crónico	-9 Problema de conducta -10 Actividades *-11 Caídas -12 Estado nutricional* -13 Sondas de alimentación -14 *Cuidados dentales* -15 Deshidratación/ Mantenimiento de líquidos -16 Uso de drogas psicotropas -*17 Úlceras por presión* -18 *Restricciones físicas*

3. Cuidados Paliativos

B.- Para los médicos:

1 Rehabilitación.- Fisioterapia, Terapia Ocupacional y logopedia
2 Gerontopsiquiatría
3 Medicina Preventiva
4 Geriatría y Gerontología

Sin que deban ser especialista en ello, es fundamental que los médicos de estos centros o servicio tengan una formación específica en esas disciplinas, con el fin de que puedan afrontar la problemática de la población objeto de atención con eficacia.
La rehabilitación es fundamental por la importancia que tiene la autonomía funcional, tanto física, como mental o psicosocial, en estas personas, como clave de todo objetivo asistencial.

Las enfermedades mentales crónicas cada vez son más prevalentes en las personas mayores, lo que obliga a los médicos de referencia a que dominen básicamente la psiquiatría.

Respecto de la medicina preventiva, las personas dependientes, mayores en su mayoría, necesitan un enfoque adecuado, por parte de su médico, para evitar la aparición o realizar un diagnóstico precoz, de algunas enfermedades más frecuentes en esa fase de la vida, tales como:

1 Desnutrición
2 Consumo de tabaco
3 Hipertensión
4 Cáncer de Piel, pulmón, mama, cuello uterino, colorectal, etc.
5 Diabetes
6 Hiperlipemia
7 Infecciones, como gripe, tétanos, neumonía, etc

La media de edad de las personas objeto de atención, personas dependientes, es lo suficientemente elevada como para que sea necesario que los médicos de referencia directa estén formados en geriatría y gerontología.

C.- Para Gerocultores Generales.

Cabe mención destacada, el personal de atención directa, que se constituyen en las manos y los ojos de las organizaciones de cuidados, y por tanto de la enfermería, médicos y terapeutas. En España está representado por personal de distinta cualificación, según se trate de uno u otro centro o servicio, privado o público, lo que tiene un fuerte impacto en la calidad de los cuidados.

Acreditación de la cualificación y la formación

En la filosofía de ésta ponencia subyace siempre el especial interés por propiciar la calidad, más allá de lo que debe obligar la ley, y con ese enfoque considera que los sistemas de acreditación deben ser tan generales como para que miren también los aspectos de cualificación y formación del personal de los centros y servicios. Muy concretamente para el ámbito de las residencias AENOR ha formulado una norma sobre cualificación y formación del personal, que está ya disponible[16]. A nivel internacional se está produciendo un movimiento sobre este aspecto concreto también, que tiene ya desarrollados estándares[17]. El asesor técnico de esta ponencia ha iniciado un trabajo de revisión y propuestas para ordenar las distintas profesiones y dedicaciones en el sector[18], en lo que debe seguirse abundando de forma más general, al igual que diseñó la carrera profesional de los médicos de las residencias públicas de la Comunidad de Madrid[19], aún vigente. Alguna muestra de interés general se ha dado por ordenar en el sector[20], pero han sido iniciativas aún pobres por sus resultados.

CONCLUSIONES

Que el sector de asistencia, cuidados prolongados, a personas dependientes es un sector altamente sensible tiene poca discusión. Hablamos de cuidados a personas muy vulnerables, que pueden ser objeto de todo tipo de abuso, maltrato, fraude, o abandono, aún con todas la medidas preventivas aplicadas. ***Una Ley sobre Dependencia debe establecer las bases para garantizar la calidad de los cuidados***. Es fundamental que se trate de un sector altamente vigilado por las instancias públicas competentes en la materia, y dentro de ese enfoque, es fundamental que se ejerza un control de calidad, a través de indicadores transparentes.

Pero además de controlar la calidad, debe estimularla, incidiendo sobre los elementos del mercado que la propician, haciendo que se creen los escenarios equilibrados necesarios.

Contenidos sobre calidad y sus determinantes o estimulantes, propuestos para una Ley de Protección de la Dependencia
□ıPapel de la administración pública en la financiación y provisión de los cuidados □□Regulación del mercado de provisión □□Control de calidad □□Procedimientos de acreditación validados □□Ordenación profesional

Debe establecer, dicha ley, los requisitos mínimos sobre personal, tanto cualitativa como cuantitativamente, dejando margen para que exista una acreditación profesional y de su formación continuada.

Una agencia independiente, sin afán de lucro, constituida por organizaciones de técnicos y profesionales del sector, con métodos y procesos de acreditación transparentes, puede recibir el respaldo de los poderes públicos, a través de un estatus que le permita beneficiar a los centros que consiguen acreditación y dar confianza a la sociedad. Es decir, que una norma puede decir como tiene que estar constituida y funcionar una agencia de acreditación para que reciba la validación pública, sin interferir en su independencia.

propuesta de debate sobre el modelo-procedimiento de acreditación

Los agentes del ámbito, usuarios, Administraciones Públicas, profesionales, y proveedores, deben encontrarse y definir el **modelo de acreditación** que se quiere para nuestra sociedad.

Preguntas para un debate sobre un proceso de acreditación
¿Cuál es la filosofía que queremos promover con el proceso de acreditación y cual orientará el desarrollo de la calidad en las organizaciones? ¿Es necesaria la reglamentación gubernamental del sistema de acreditación? Si existe una legislación, ¿se debe reglamentar la acreditación como un proceso obligatorio, o se adopta solamente un esquema donde la legislación reglamente algunos puntos básicos del proceso? ¿Deben ser los Requisitos Esenciales un paso obligatorio para la Acreditación o por el contrario se adopta la posición de un proceso independiente y coexistente? ¿Qué entiende la sociedad por Acreditación y cuáles son los valores que tendrá implícitos? ¿Cuáles deben ser la Misión, Visión y Valores de una Agencia de Acreditación y del proceso de acreditación? ¿Cómo debe ser constituida la Agencia de Acreditación? ¿Estará solamente representado el sector prestatario? ¿Tendrá participación del gobierno? ¿Cuál será el papel de las Empresas proveedoras? ¿Cuál será el papel de los usuarios? ¿Cómo se financiará esa Agencia y el proceso en sí? ¿Quiénes deben ser los clientes del proceso de acreditación? ¿Debe ser un proceso gradual o por el contrario, habrá que iniciarlo con todos los prestadores al mismo tiempo? ¿Cómo se relacionan los estándares con la filosofía adoptada? ¿Cómo se administrará la información? ¿Será un proceso confidencial? ¿Cómo afectará la libertad de la información y procedimientos legales (tutelas), a esa confidencialidad?

Referencias

1. Burgueño, AA. (2002) Cuidados Prolongados: Continuidad de los Cuidados. Claves y Retos. Revista Agathos - Atención sociosanitaria y bienestar *2002: 3; 34-42*
2. Carrillo E, Burgueño AA.- (1994) *Conjuntos Mínimos de Datos uniformes en centros de media y larga estancia*. Todo Hospital, Atención Sociosanitaria (monografía); 106(mayo):35-43.
3. Calvo, L., Gómez, J.R., Gómez, I., Mateo, R., Rubio, M.J. (1999) *Conjunto mínimo básico de datos sociosanitarios.* Revista de Administración Sanitaria, Vol. 3 nº 11: 471-483.
4. Hawes, C. (1997-1998) *Assuring quality in long-term care: do we need a law?.* Generations (winter); 21 (4): 5-63.
5. Generalitat de Cataluña. Decreto 284/ 1996
6. Gobierno de Canarias. Decreto 63/ 2000 de 25 de Abril.
7. G. de las Illes Balears. Decreto 123/ 2001 de 19 de Octubre.
8. InterRAI.-http://nt8380.hrca.harvard.edu/Default.htm
9. http://www.interrai-uk.org/
10. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). Control de Calidad Asistencial 1991;6: 60-64.
11. Rooney, Anne; VanOsterberg, Paul. Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad. Licencia, Acreditación y Certificación: *enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud*. El Proyecto de Garantía de la Calidad. USAID. 1999.
12. The Intertational Society for Quality in Health Care. *International Standards and Accreditation for Health Care*. Feasibility Paper - Final. December 1997.
13. Joint Commission on Acreditation of Health Care Organization. http://www.jcaho.org/
14. European Fundation for Quality Management. Club Gestión de Calidad. Modelo EFQM de Excelencia 1999 Sector Público y Organizaciones de Voluntariado.
15. Arcelay Salazar A, Hernández Sánchez L, Inclán Iribar G, Bacigalupe Artacho M, Letona Aramburu J, González Llinares R. Proceso de autoevaluación de los centros sanitarios de Osakidetza mediante el Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total. Rev Calidad Asistencial 1988: 13:414-418.
16. AENOR (2001). Norma UNE:*158.004 sobre gestión de servicios en las residencias de mayores*. Cualificación del Personal, Formación.
17. Joint Commission International.- http://www.jcrinc.com/international.asp?durki=530. Estándares sobre Cualificación y Formación del Personal.
18. Burgueño Torijano, AA. *(2002). Ordenación Profesional en el Ámbito SocioSanitario.- Estándares de desempeño, conocimientos, y técnicas necesarios para Directores de centros y Servicios SocioSanitarios. Agathos 2002: 2; 34-41*
19. Comisión Técnica SRBS (1998) *Documento de Carrera profesional Médica en Residencias del Servicio Regional de Bienestar Social* (SRBS) de Madrid.
20. Gonzalo, E. Val, A. Flo, AM. Moragas, R. Sánchez, R. de Martí, J. (2000) V Jornadas de Derecho y Obligaciones legales de la Residencias Geriátricas. *Regulación del Personal*

10.- La Protección Jurídica a los mayores dependientes[1]

Autores: ***Marisa Viñes Millet****, Presidenta de Abuelos en Marcha – ABUMAR*
Antonio Martínez Maroto*, Jurista Gerontólogo*
Presidente: ***Rafael Pineda Soria****, Jefe de Área del Plan Gerontológico del IMSERSO*
Vicepresidente: ***Eduardo García Sánchez****, Presidente de la Federación de Asociaciones de Mayores de Andalucía - FAMAN*
Secretaria: ***María Luisa Olivar****, Ex-Presidenta de FEAMPSE*
Vocal: ***Lola San Antonio****, Presidenta de la Confederación de Federaciones y Asociaciones de Viudas "HISPANIA"-CONFAV*

1.- INTRODUCCIÓN.

2.-LA PROTECCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN LA LEGISLACIÓN DE CARÁCTER GENERAL.-

2.1.-La protección jurídica desde el código civil
2.2.-La protección jurídica desde el código penal
2.3.-La protección económica

3.-LA PROTECCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO.

3.1.- Referencia a la Constitución Española
3.2.- Ley General de Sanidad
3.3.-Ley General de Seguridad Social
3.4.- LA DEPENDENCIA
- **Situación actual**
- **Modelos europeos**
- **Posibles alternativas**

4.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1.-INTRODUCCIÓN.-

La defensa y la protección jurídica de las personas mayores no deja de ser en la actualidad una cuestión de enorme trascendencia, ya que cada vez está más clara la idea de que sin el pleno ejercicio de los derechos, la persona mayor se encuentra profundamente perjudicada. Conviene recordar a toda la sociedad que la persona mayor es persona, con independencia de su edad y que el respeto a su dignidad personal exige que se le garantice el ejercicio de todos sus derechos y ello con independencia de que se trate de una persona mayor con capacidad de autogobierno o con dependencia psíquica o funcional. Esta cuestión es importante cuantitativamente, dado que afecta a muchas personas, pero también cualitativamente ya que afecta a muy diversos campos jurídicos y muy deferentes tipos o categorías jurídicas. Conviene recordar que no es igual la vulneración de un derecho fundamental que la de otro tipo de derecho de inferior categoría.

[1] El presente capítulo/ponencia guarda similitud con el publicado por el mismo autor (Antonio M. Maroto) en "La atención socisanitaria en España, perspectiva gerontológica y otros aspectos" Informe del Defensor del Pueblo. Madrid 2000. Publicación del Defensor del Pueblo.

En el contexto de la presente ponencia nos vamos a referir a aquellos temas jurídicos que afectan a los mayores que padecen algún tipo de dependencia, ya que es éste el lema general del Congreso y éste es sin lugar a duda uno de los espacios jurídicos más dignos de vigilancia ya que la fragilidad de los mayores con dependencia es un excelente caldo de cultivo para la vulnerabilidad de sus derechos. Téngase en cuenta que en muchas ocasiones, la fragilidad está motivada por la falta de autonomía personal y esto crea una indefensión de hecho en las personas que la padecen, indefensión que puede ser aprovechada para la privación o merma del ejercicio activo de sus derechos personales. El tema requiere por tanto el esfuerzo de todos y especialmente de las Administraciones Públicas que deben estar vigilantes en la defensa y protección de estas personas.

La ponencia se desarrollará con el siguiente esquema:

1.-Introducción
2.-La protección de las personas mayores en la legislación de carácter general.
3.-El ámbito socio-sanitario y la protección de las personas mayores.
4.-Conclusión y Propuestas.

Es necesario empezar reconociendo que los cambios sociológicos del colectivo han propiciado junto con un cambio de imagen, una mayor presencia de los mayores en las esferas de poder y en los órganos de decisión de la sociedad, y todo ello ha traído, junto con el consabido aumento de los mayores dependientes, una mayor atención al tema legislativo y de ahí una mejora en algunas áreas legales que se mencionarán más adelante. **No reconocer esta mejora general no sería justo, sobre todo si lanzamos la mirada hacia atrás**. Pero dejar de mirar al cúmulo de cuestiones pendientes de abordar o a aquellas otras manifiestamente mejorables, también sería de una enorme miopía, sobre todo en un congreso como el presente, que tiene entre sus objetivos el de mostrar los déficits existentes y trabajar para conseguir superarlos.

Esta ponencia plantea, en primer lugar, un abordaje de las carencias más significativas y de las lagunas más importantes en los temas jurídicos de carácter general. Y en segundo lugar, analizará temas jurídicos concretos, menos conocidos, que afectan al desarrollo personal de cada uno y de cuyo ejercicio correcto y adecuado se puede derivar un gran beneficio para la calidad de vida de las personas mayores dependientes.

Si determinadas cuestiones de carácter general no se subsanan, difícilmente la atención a la persona mayor va a estar suficientemente salvaguardada, ni se van a poder reclamar como injustas o ilegales aquellas situaciones que realmente lo sean, ni existirá la información ni los caminos adecuados, ni en definitiva la conciencia general de supuestos denunciables, que algunas situaciones pueden tener.[2]

La presente introducción termina remarcando la capital importancia que la salvaguarda de los derechos de todos, ejercidos por las personas mayores, merecen. La dignidad de la persona es una, en calidad y cantidad, a lo largo de toda la vida y de ahí dimanan una serie de derechos y obligaciones que son inherentes a la persona, sea cual sea su edad, y que se deben ejercer sin merma alguna, salvo sentencia judicial en contrario. La defensa y la protección de los mayores dependientes en el ejercicio de estos derechos va a marcar el grado de madurez de una sociedad. Las personas mayores son las primeras interesadas en el respeto a esos derechos, deben velar por ellos, y deben ejercer todas las acciones legales posibles en orden a su defensa.

[2] Atención sociosanitaria en España: perspectiva generontológica y otros aspectos conexos. Defensor del Pueblo. Madrid 2000

2.- LA PROTECCIÓN JURÍDICA A LAS PERSONAS MAYORES EN LA LEGISLACIÓN DE CARÁCTER GENERAL.-

2.1.-La protección jurídica desde el Código Civil.-

Con independencia de que haya quien piense que nuestro código civil es suficientemente claro y determinante en el ámbito de los derechos personales, hay que reconocer que tiene problemas pendientes de resolución y que las sucesivas reformas han ido abordando total o parcialmente esos problemas, sin haber conseguido superarlos. En relación con los que afectan a las personas mayores señalamos los siguientes:

2.1.1.- El principal problema de la legislación civil, que también afecta a otros campos jurídicos ha sido el de **legislar de espaldas al colectivo de personas mayores**. Hay instituciones jurídicas que nacieron con el código civil, a finales del siglo XIX, con otras realidades sociales, y que tienen dificultades para ser aplicadas en otros contextos sociológicos. Siguen ahí con igual filosofía jurídica que en el siglo XIX. Bástenos recordar el tema de la incapacitación, que desde la época romana, y aún antes, se creó pensando en las personas con déficits psíquicos, más concretamente con problemas psiquiátricos y que tantos siglos después sigue intacta, cuando un análisis somero de la realidad social, detecta desfases importantes ya que el gran colectivo al que se le está aplicando esta institución, es al de las personas mayores con algún tipo de demencia.

Muy por encima de cualquier otro grupo social, se va a aplicar a ellos fundamentalmente. Y bien, ¿quién ha contado con los mayores en las últimas reformas del Código Civil, y de la Ley de Enjuiciamiento Civil? Pero no sólo no se ha contado con los mayores, es que son muy pocos los que cuando hay reformas piensan que también eso es aplicable a las personas mayores.

Así las cosas, sucede lo que sucede. Que todo se deja a la interpretación de los jueces, en un país como el nuestro, donde la jurisprudencia no tiene un valor vinculante, ni siquiera significativo, sino meramente referencial. Por lo tanto el primer hándicat en la legislación civil, que nos aparece a la hora de aplicar determinadas instituciones jurídicas es que, aún siendo de aplicación muy directa para los mayores, éstas no nacieron con esa perspectiva (lógicamente, porque cuando fueron aprobadas, no había personas mayores, o había muy pocas, la gente moría muy pronto) y siguen asimilando reformas sin cambiar su sentido finalista.

2.1.2.-Los institutos jurídicos de **incapacitación y tutela tienen una relevancia importantísima** para las personas mayores dependientes. No hay que olvidar que gran parte de la dependencia viene motivada por la carencia de capacidad de autogobierno, y no sólo por la falta de autonomía funcional, lo cual da pie directamente a la posibilidad de incapacitación.

Incapacitación.- A pesar de la fuerte incidencia y de las reformas habidas en los últimos años, siguen existiendo problemas graves con el procedimiento de incapacitación. Es lento, exige un juicio contradictorio, lo que hace que muchos familiares lo rechacen. Se puede entender la repulsa que causa a una hija, el hecho de que para incapacitar a su madre tenga que "denunciarla" y convertirse en parte contraria en un juicio. Los expertos saben bien que esto se hace para una mejor protección de los derechos de la personas, pero no deja de ser sorprendente. Debería haber una diligencia superior en la resolución de estos temas y un juicio de otras características y desarrollar mejor, determinadas situaciones de hecho, como la figura de la guarda de hecho, para recurrir a la incapacitación sólo en casos extremos.

Las instituciones tutelares.- La tutela ha sido recientemente retocada con la nueva ley de Enjuiciamiento Civil y ha unido la designación de tutor al juicio de incapacitación, lo cual es una gran logro. Pero sigue siendo una institución muy farragosa en su articulado, que permanece

sin tener en cuenta a las personas mayores. Por la vía de hecho y la prudencia y ponderación de los jueces y abogados se va consiguiendo una aplicación racional de la misma.

La curateta, no obstante ser una institución muy apropiada para la protección de muchas personas mayores que empiezan a demenciarse, no se aplica, salvo raras excepciones, porque exige un trabajo más especializado en los juzgados. Es más fácil nombrar un tutor para todo, que un tutor para aquello que es necesario, dejando el ejercicio de algunos derechos en manos de las personas parcialmente incapacitadas.

La guarda de hecho que es otra forma de tutorizar a una personar mayor apenas tiene dos artículos en el código civil y debería ser de utilización más generalizada, dando garantías al guardador y no dejándole en una situación absolutamente desprotegida.

Cuestiones de tanta importancia como la autotutela siguen sin regularse de manera directa (se permite indirectamente a través del testamento vital). Está regulada en el código de familia catalán y a pesar de las reformas no se ha incorporado al código civil estatal.

Los contratos atípicos, suscritos por las personas mayores con la finalidad conseguir una renta o servicio vitalicio a cambio de un bien inmueble o de un capital es otro ejemplo claro de lo dicho al comienzo de este apartado. Este tipo de contratos nació con otro fin y para otro tipo de contrato, pero se ha ido adaptando a la realidad presente de hecho, pero no de derecho, ya que el articulado del código civil no se ha cambiado en modo alguno. El más típico de los contrato atípicos, salvando la posible contradicción "in terminis", es el de vivienda pensión. Con este contrato la persona mayor cede un bien inmueble , casi siempre su vivienda de toda la vida, a una entidad capitalizadora que proporciona una pensión vitalicia a quien cedió la vivienda. La persona mayor contratante, aparte de recibir las cantidades acordadas mes a mes, no tiene derecho a nada más. Se convierte en un contrato leonino. Contratos de esta naturaleza podrían tener una regulación más adecuada si se pensase en la protección de los intereses de las personas mayores.

El derecho de alimentos es otra cuestión que necesita reforma apropiada. Surgió para la protección de los menores, aunque como derecho reversible tiene aplicación a las personas mayores, pero salvo esa referencia, su filosofía jurídica está impregnada de un marcado carácter descendente. Se trata de defender los derechos de los hijos o de los nietos que no tienen quien les dé sustento, alojamiento, educación etc... pero no se piensa en el mayor desprotegido o semiabandonado por la familia que reclama este derecho.

El internamiento en un centro ha sido nueva y recientemente reformado por el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y aunque sigue sin haber resuelto la totalidad de los problemas existentes en este tipo de internamiento, es necesario reconocer que ha supuesto en avance muy importante, digno de tenerse en cuenta. Sigue, no obstante, pensando prioritariamente en el internamiento de los enfermos mentales y no en las personas afectadas por una demencia. Cuestiones como la situación del patrimonio de los internos siguen sin resolverse, o la necesidad de una ley que regula el ejercicio de derechos personales en los centros.

Se podría hablar de otras muchas situaciones, mejorables, pero la limitación del tiempo, nos lleva en primer lugar a presuponer, creo que acertadamente, que se conocen estos derechos y en segundo lugar a enumerarlos y poco más.

2.2.-La protección jurídica desde el Código Penal.-

El vigente código penal, aprobado por la Ley Orgánica 10/1995 no considera la vejez en sí misma como circunstancia especial que va a matizar las acciones punibles. Sólo la tiene en cuenta de manera indirecta en algunas faltas o delitos que veremos en su momento.

Las dos cuestiones más importantes en esta área jurídica son las siguientes:

2.2.1.- El maltrato a la persona mayor. Sólo recientemente a partir del art. 153 se habla de maltrato en el código penal y es preciso resaltar que entra en el código penal como consecuencia del maltrato de género, pero también es cierto que el artículo contiene la palabra ascendiente "El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre.....su ascendiente...será castigado....."

A través de este artículo y de forma indirecta está considerado el maltrato a las personas mayores. Primero fue el maltrato a los menores, después el maltrato de género y ahora el maltrato a los mayores, pero este último enfoque no ha sido aún asimilado a nivel legislativo. Incluso en los Planes contra la violencia doméstica el maltrato a las personas mayores no se tiene en cuenta. Sobre este tema es necesario decir que se ha avanzado en cierta manera, pero también y porque afecta muy directamente a las personas dependientes, que este asunto es de tal importancia que merecería un tratamiento específico y no una simple palabra "ascendiente" bastante poco precisa (no es igual un abuelo que un padre y ambos son ascendientes) para liquidar una cuestión de tanta trascendencia y que seguramente va a tener una significación más relevante en las próximas décadas.

El maltrato supone, a priori una de las formas más directamente cercenantes de los derechos de la personas y su comisión vulnera radicalmente la dignidad de la persona humana. Se puede definir como : "Acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tienen como víctima a la persona mayor, que se infieren de manera reiterada y que se propician normalmente dentro de un ambiente familiar o de relación de cuidados". [3]

Conviene hacer mención a los diferentes tipos de maltrato. Existen al menos tres tipos de maltrato, físico, psíquico y económico

Indudablemente en un tiempo no lejano será preciso retomar estos temas y darles el tratamiento que merecen, así como medidas especiales de apoyo a las personas mayores maltratadas y apoyo, sobre todo educacional a los posibles maltratadores o aquellos que estén en riesgo de perpetrar malos tratos por el estrés que produce en ocasiones las excesivas responsabilidades o cargas de trabajo, para que eviten el maltrato.

2.2.2.- El abandono de personas mayores. Debería el código penal mencionar el hecho del abandono de personas dependientes y tipificar este hecho de acuerdo a la importancia que tiene. Esto debería hacerse directamente y que no hubiera que recurrir a otros artículos para que indirectamente se pudieran imputar este tipo de acciones y omisiones. Las personas mayores dependientes son personas de extrema fragilidad y con nula capacidad de autodefensa, cuestión que es aprovechada para privarles de derechos fundamentales que les son propios e inalienables.

2.2.3.- Conviene por último advertir que las personas mayores dependientes se encuentran referenciadas en todos los artículos en los que se habla de incapaces y en los delitos y faltas relativos a derechos y deberes familiares. No obstante, difícilmente encontraremos una referencia expresa y directa, lo que innegablemente no ayuda en la protección jurídica de estas personas.

[3] Definición de Antonio M Maroto en el libro de su autoría titulado Temas jurídicos y enfermedad de Alhzeimer y otras demencias. AFAL. Madrid. 2002.

2.3.- Los derechos económicos

El derecho económico fundamental para las personas mayores lo constituye la pensión. Es ésta la principal causa de preocupación para los mayores, incluso por encima de las cuestiones de salud.

La regulación de las pensiones y el establecimiento de sus cuantías es cuestión fuertemente controlada por comisiones decisorias formadas por todos los agentes sociales, y se reconoce el enorme esfuerzo que los gobiernos de la democracia han hecho para que tengan carácter universal y para que sus cuantías sean cada vez más dignas. No obstante lo anterior existe la necesidad de seguir presionando para que al menos los pensiones más bajas, especialmente las pensiones no contributivas y las de viudedad lleguen al salario mínimo interprofesional.

Especial consideración requiere el hecho de que coincidan las pensiones de menor poder adquisitivo con las personas de mayor edad en donde se produce una mayor incidencia de casos de dependencia. Este hecho estaría exigiendo la puesta en marcha de la pensión por dependencia.

3.- LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO.-

3.1.-Referencia a la Constitución española.

La situación de la población dependiente en España ha evolucionado notablemente tanto cuantitativa como cualitativamente y a problemas complejos se exigen soluciones también complejas. Se habla, así pues, de la consideración de muchos problemas desde al menos una doble vertiente social y sanitaria, que debe ser tenida en cuenta conjuntamente a la hora de la resolución de los problemas. Y esta realidad no es lógicamente ajena al mundo del derecho positivo, al mundo de la norma, y desde ese aspecto es desde donde la vamos a analizar.

El art. l49 de nuestra Carta Magna da la competencia de los servicios sociales a las Comunidades Autónomas, las cuales los desarrollarán a través de sus respectivos Estatutos de Autonomía. Pero compete al Estado regular todas aquellas condiciones que ayuden a mantener la igualdad entre todos los españoles. El art. 149.1.16 confiere al Estado la potestad coordinadora en el área de la sanidad, lo que a priori podría resultar altamente positivo para la cuestión que nos ocupa, sino fuera porque esta facultad coordinadora no está tan clara en la asistencia social o servicios sociales, de ahí que esta facultad coordinadora y el principio de cooperación (cooperación voluntaria entre posiciones de igualdad de los diversos entes públicos) pueda quedar reducida a la nada, con independencia de las funciones y competencias que tienen atribuidas las Conferencias Sectoriales de acuerdo a la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

La coordinación socio-sanitaria se encuentra con una dualidad de funciones y una dualidad de atribución de competencia[4]

Siguiendo con el tema competencial, el Estado tendría competencias de regulación básica y régimen económico y las Comunidades Autónomas de desarrollo normativo y de gestión de servicios. Esta dualidad de atribución de competencias se produce formalmente

[4] Para profundizar más en el tema competencial puede verse el Informe del Defensor del Pueblo “LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑ: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Publicaciones del Defensor del Pueblo. 2000. Madrid.

atendiendo a las fuentes de financiación. El sistema jurídico derivado de la Constitución no ayuda a la hora de hacer una formulación coherente de la atención sociosanitaria, quedando otra vez perjudicadas las personas mayores dependientes.

Es preciso, por último, reseñar que las Corporaciones Locales también tienen competencias propias y competencias atribuidas por las Comunidades Autónomas en los temas de atención sociosanitaria, lo que dificulta aún más la coordinación de todos los entes competentes.

3.2.- Ley General de Sanidad.-

Los artículos 43 y 49 de la Constitución reconocen el derecho a la salud. La necesidad de desarrollar los mandatos constitucionales a través de leyes fundamentales propició en su momento la publicación de la Ley General de Sanidad, ley 14/1986 de 25 de abril, que es el principal eslabón de una serie de reformas posteriores.

Como características más importantes de la ley se deben resaltar la atribución a las Comunidades Autónomas de la competencia en materia de Sanidad, la reserva de funciones generales en materia de sanidad para el Estado y la participación ciudadana en la organización y gestión sanitaria a través de los Consejos de Salud de Área.

Dentro del contenido de esta ley y teniendo en cuenta la perspectiva de la persona mayor y la dependencia conviene resaltar algunos aspectos, no sin antes apuntar que el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es muy alto en España, solamente un 10% tiene una opinión negativa del mismo.

3.2.1.- El respeto a determinados derechos fundamentales. El artículo 10 de la ley vuelve a hablar de algunos derechos fundamentales y exige su cumplimiento, como son el derecho a tener en cuenta la dignidad humana, el derecho a la intimidad personal y a la confidencialidad y a la no discriminación por edad.

3.2.2.-.Derecho a la protección general de la salud. El art. 1 es especialmente claro y dice textualmente: " La presente ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el art. 43 y concordantes de la Constitución." Y deja posteriormente muy claro que todos los españoles son titulares de este derecho.

El bien protegible de la salud se extenderá a toda la población española, nos dice el art. 3.2, e igual idea se vuelve a recoger en el art. 4.

Queda claro que estamos hablando de un derecho subjetivo perfectamente referenciado, recogido en el sentido más amplio y sin supuestos excepcionales que den cabida a un cumplimiento a medias o a su incumplimiento total.

De cualquier forma los esfuerzos por una atención mejor y más generalizada a las carencias de "situaciones saludables", en muchas personas mayores, sería racional. A este respecto hay que decir que probablemente los estados críticos de salud estén mejor atendidos que la enfermedad crónica o los procesos terminales. Todos ellos afectan por igual a las personas mayores dependientes.

La protección a la salud desde el punto de vista cuantitativo ha tenido un gran avance que es preciso reconocer. El mandato recogido en el art. 3.2 de la LGS que decía que la asistencia sanitaria se extendería a toda la población española está prácticamente realizado, dado que se pasó del 77% de cobertura en 1977 al actual 97% en Seguridad Social, más otro 2,6 %

por otros sistemas, lo que da prácticamente da un cien por cien. La cobertura en la práctica es total.

3.2.3..-Derecho a la igualdad en el acceso a la prestación de los servicios sanitarios.

Establece la Carta Magna que "Los poderes públicos garantizarán la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español". Las menciones a la igualdad , tanto en el acceso, como en la distribución de los recursos son constantes en la LGS, así como las referidas a la no discriminación por diversas razones, entre las que no debemos olvidar la edad. Aunque el texto no nombra esta circunstancia, una interpretación lógica del art. 10 no deja lugar a dudas.

En cuanto a la igualdad de los ciudadanos en el acceso a los servicios sanitarios es cierto que existe en el plano teórico, pero no tanto a nivel práctico. De ahí que podamos apreciar desigualdades más o menos manifiestas. Así la no utilización de determinadas tecnologías, la falta de respeto al principio de autonomía personal, la dificultad para el ingreso y la permanencia en unidades especiales de vigilancia intensiva, la dificultad para el acceso a la recepción de órganos para trasplante, la preterización en determinadas cirugías, no deja lugar a dudas.

En relación con lo anterior hay que tener en cuenta los modelos de gestión de servicios sanitarios, en donde entran, fundaciones, empresas públicas, consorcios, sociedades autogestionadas, etcétera, que pueden hacer peligrar mucho más este irrenunciable principio de igualdad en el acceso a la sanidad.

3.2.4.-Derecho a atención sanitaria integral y coordinada.- (abordaje integral y coordinado)

Tiene el presente derecho una aplicación muy directa a las personas mayores dependientes. Parte de esta atención integral y coordinada está estipulada en el art. 18.2 en donde se habla de un conjunto de acciones curativas integradas, incluidas aquellas que tienden a la prevención de la salud. Insiste asimismo el art. 46.b cuando dice textualmente que una característica primordial del sistema de salud nacional es "la organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, como de la curación y rehabilitación".

Conviene precisar aquí las carencias relativas a servicios de hospitalización a domicilio, y la atención en la última etapa de la vida, donde la coordinación de diferentes recursos es absolutamente determinante.

3.2.5.-Derecho a la información y al consentimiento informado. El derecho a la información, sobre todo en temas relacionados con la salud, ha experimentado un fuerte avance en los últimos años. Anteriormente a esta última etapa era el médico el controlador de todo tipo de información y difícilmente la proporcionaba al paciente, que sumiso se ponía en sus manos con respeto y veneración filial. Hoy en día esto ha cambiado y es el paciente, persona mayor en este caso, quien es dueño de todo lo que se sabe sobre su enfermedad y que obligatoriamente se le ha ido proporcionando por el médico. A pesar de ello, una información comprensible y específica es difícil de conseguir. Supone por tanto la vulneración de un derecho personal del paciente.

El derecho a la información es el derecho personal, no genérico, más vulnerado y a mi entender más digno de respeto. La información es un proceso que requiere una técnica y una metodología especiales. Está directamente relacionado con el consentimiento informado y es el primer paso del mismo. Para obtener el consentimiento informado es necesario partir de una

buena información., procesarla, y formular una decisión sobre aquello de lo que hemos sido informados. El consentimiento informado no es sino el reconocimiento del principio de autonomía personal que todo ser humano tiene. El consentimiento informado propicia que la persona sea el agente directo de todo lo que tiene que ver con su vida. Así ante cualquier decisión importante que deba tomarse en relación con la salud o la prevención de la enfermedad o cualquier otra cuestión de más amplio espectro es preciso contar con la voluntad de la persona implicada en ese tema, para lo cual es preceptivo informar bien y esperar a que se facilite la decisión adoptada.

En esta cuestión los avances de los últimos tiempos constituyen un verdadero logro, pero también es cierto que no todo está conseguido y que es necesario insistir más en esto para llegar a un verdadero ejercicio normalizado de este derecho. La vulneración de este derecho tiene una incidencia mucho mayor entre las personas mayores y sobre todo los mayores dependientes que no pueden tomar sus propias decisiones.

3.2.6.- Derecho a la confidencialidad y a la intimidad personal.-

Todos los usuarios de las administraciones públicas sanitarias tienen derecho a la confidencialidad de toda la información facilitada en relación con su enfermedad o consulta. Asimismo existe el derecho a la intimidad personal y a la propia imagen de las personas, derivado del desarrollo constitucional y plasmado en una ley de 5 de mayo de 1982. Estos derechos relacionados con la esfera más íntima de nuestra persona, aunque cada vez son más conocidos, no siempre son respetados, antes al contrario hay vulneración de los mismos con relativa facilidad. No siempre se cumple el secreto profesional y el quebranto de este derecho lleva a la divulgación de datos personales, sociales y estados de salud que se conocen sólo por razón de nuestra profesión y que deberían estar siempre celosamente custodiados.

La confidencialidad y la intimidad personal son derechos que todavía hay que seguir reivindicándolos constantemente porque no son de fácil cumplimiento y su vulneración es relativamente frecuente.

3.3.-Ley general de Seguridad Social .-

La ley general de Seguridad Social determina a lo largo de su articulado diferentes tipos de protección a los ciudadanos, entre los que indudablemente hay situaciones de dependencia.

Se regula el sistema general de pensiones y el sistema de pensiones por invalidez. Y aún reconociendo que se ha avanzado bastante, sobre todo en los tramos más desfavorecidos, nos parece adecuado decir que los logros siguen siendo insuficientes como para hacer frente a las situaciones de dependencia; de ahí la necesidad de exigir que de alguna forma empiece, como se ha hecho en otros países, la puesta en marcha de una pensión complementaria que vendría a paliar los gastos que la atención a la dependencia conlleva.

La protección a las personas dependientes en el sistema de Seguridad Social se limita a situaciones muy concretas y carece de un abordaje coherente y coordinado. Por ello se necesita un replanteamiento que aborde con seriedad los problemas derivados de la dependencia.

Los contenidos protectores del actual sistema, que tienen especial incidencia en lo específico de la dependencia podemos resumirlos brevemente así:

Medidas económicas a favor de personas dependientes:

Pensión de gran invalidez en su modalidad contributiva

Complemento a la pensión de invalidez, dentro de las no contributivas.

Existen otra serie de medidas no económicas o dinerarias:

Servicios sociales generales
Atención en centros

Se favorecen, asimismo, determinadas situaciones con respecto al cuidador informal o a la posibilidad de adquisición de servicios:

Prestación por gran invalidez (50% va destinado al cuidador)
Pensión que se devenga en favor de hijos y hermanos de pensionista de jubilación o de invalidez
Asignación por hijo minusválido a cargo.

Estas asignaciones monetarias o no monetarias vienen a reafirmar aún más las características de una acción manifiestamente insuficiente y poco coherente, que lógicamente no es significativa ni soluciona un problema de la importancia actual de la dependencia. Especial hincapié tenemos que hacer en la cuestión de la incoherencia, por no decir injusticia ya que la desigualdad de trato es manifiestamente ostensible, en un tema como el de la dependencia. Así con todo y ser la dependencia una cuestión grave a cualquier edad de la vida, hay que pensar que lo es mucho mayor en la edad más avanzada y ahí es donde las posibilidades del apoyo informal son menores también, dado que las estructuras familiares son lógicamente menos sólidas cuando no inexistentes. Pues bien, como si de una relación inversa de valores se tratara, la protección existe en la etapa de actividad laboral y no se tiene en cuenta en la jubilación.

La pensión que se devenga en la situación de dependencia que surge mientras se está en actividad laboral tiene en cuenta la situación en la que queda el trabajador y la necesidad de una tercera persona que deberá prestarle ayuda para las actividades de la vida diaria y de ahí la pensión de gran invalidez con un complemento especial para la tercera persona que ayuda al dependiente. Esto mismo en la etapa de inactividad laboral (jubilación) no da derecho a nada. Esta situación no deja de ser sorprendente e injusta. De ahí la exigencia de una revisión en profundidad, que sea capaz de analizar técnicamente estas cuestiones. La pensión de jubilación o de viudedad tiene su significado y su razón técnica de ser, pero no tiene nada que ver con la dependencia y el coste que ella genera para el afectado y su familia, por lo que la dependencia tiene que ser considerada como una contingencia más, totalmente protegible, con independencia, y esto es lo que se pide, de la etapa de la vida en la que sobrevenga.

Se puede afirmar sin miedo a equivocarse que la cobertura que da el sistema de seguridad social actual al tema de la dependencia es muy poco significativo y que no se hizo pensando en la dependencia, por lo que es inevitable un abordaje rápido, coherente y total de esta contingencia.

Si miramos, por otro lado, las medidas complementarias, tales como la ayuda a domicilio y el nivel cobertura de los servicios sociales, nos daremos cuenta de que estamos todavía a bastante distancia de la mayor parte de los países de nuestro entorno comunitario.

Conocido ya cual es el trato que desde la Seguridad Social y desde otros estamentos públicos se da al tema de la dependencia, cabría en principio hacer la siguientes recomendación para paliar las cargas que de la misma se derivan:

1.- Conceder una pensión complementaria o aumento de la cuantía de la pensión existente, desde el momento en que un tribunal “ad hoc” determine algún grado de dependencia.-

2.-Instaurar un sistema de cheque servicio por el que el usuario accede a los servicios públicos o privados de acuerdo a determinadas normas preestablecidas. Son en definitiva una subvención al consumo que hace crecer la demanda de servicios y que mejora la oferta. Incentiva asimismo el empleo, dentro de lo que se denomina nuevos yacimientos de empleo y fomenta el sector de la

llamada economía social, fundamentalmente cooperativas. Este tipo de cheques se facilita a la persona mayor dependiente de acuerdo a unos baremos y con él se accede al mercado de la prestación

3.4.- La dependencia.

Quizás, se puede decir, un espacio diferenciado para la dependencia no tendría mucho sentido , pero creo que sí, dado que el Congreso tiene ese título y que además es el problema más importante pendiente de resolución. Lógicamente está aquí también porque aunque es fundamentalmente un problema político, necesita una ley para su implantación y desarrollo.

Hemos visto en el apartado anterior lo poco que contiene la seguridad social en este tema. Recopilaremos algo de lo dicho y haremos unas propuestas para la pronta aprobación esta ley.

3.4.1.- Situación actual.-

La protección de la dependencia en el sistema español de la Seguridad Social no tiene, volvemos a repetir, un abordaje coherente o coordinado, sino disperso y mínimo. Así la mayor parte de las situaciones de dependencia carecen de una mínima cobertura en el sistema, y cuando la tienen, la cuantía es realmente reducida. Procede por lo tanto un replanteamiento de la cuestión. De la cobertura en el sistema de seguro privado podemos afirmar que es tan incipiente que casi no se puede tener en cuenta.

Dicho lo anterior también es justo señalar que los países más avanzados llevan hablando de este tema ocho años (excepto USA). Por lo tanto se trata de un problema de siempre, agravado por diversas causas, en la actualidad, pero al que se le empiezan a buscar soluciones a mediados de la década de los noventa.

Ya hemos visto las medidas económicas vigentes, entre las que se encuentran la pensión de gran invalidez en su modalidad contributiva y el complemento a la pensión de invalidez, dentro de las no contributivas. Existen otra serie de medidas no económicas como los servicios sociales generales y la atención en centros.

Conviene resaltar otro aspecto en relación con la situación actual de la dependencia y es el hecho de que aunque se ha empezado tarde a hablar del tema, son ya varios los años en los que se está trabajando muy intensamente y parece oportuno señalar que ya es momento de no pensar más en el modelo a seguir o en la forma de hacerlo y sí es momento de poner en marcha algo que rompa el fuego, porque la necesidad social empieza a ser importante y muy digna de tenerse en cuenta.

3.4.2.- Modelos europeos.-

Soluciones al problema de la dependencia en algunos países de nuestro entorno europeo.

1.- Modelo nórdico o escandinavo.- Muy sintéticamente el modelo nórdico en el que se incardinan Noruega, Suecia, Finlandia, Dinamarca y Holanda, tiene como característica principal, que tiene carácter universal y se presta prioritariamente desde el sector público y financiado por la vía de impuestos. Los servicios son gestionados mayoritariamente por la Administración local, excepto en Holanda que se gestiona a través de organizaciones sin fin de lucro.

2.- Modelo del Reino Unido,- No deja de ser una variante del anterior. Es parecido al nórdico, porque también es universal, pero con mayor protagonismo del Estado. Tiene mayor

importancia el sistema de cuidados sanitarios de larga duración. Los servicios se prestan desde las Administraciones locales.

3.-Modelos continentales de Seguridad Social.- Son modelos basados en la Seguridad Social, tipo Bismarck, en donde la dependencia aparece como una contingencia más, y se atiende si se suscribe. No tiene carácter universal. Son ayudas económicas que se dan para que las familias procuren los cuidados necesarios. Coexiste con el seguro privado, y cada uno puede optar por uno o por otro, dentro de un sistema de desarrollo bastante complejo, que supera lo pretendido en este espacio.

Dentro de este sistema están Alemania, Austria y Luxemburgo.
En estos países la dependencia se financia a través de cotizaciones de trabajadores y empresarios.

4.-Modelo francés.- Se puso en marcha en 1997 y nace de una ley de Servicios Sociales, en la que se conceden unos derechos en base a unas necesidades y teniendo en cuenta los recursos propios. Es un sistema ecléctico y de difícil aplicación. Está teniendo problemas.

5.- Modelo USA.- En este sistema se atiende la dependencia solamente desde el seguro privado. Es por lo tanto una solución que queda muy afuera de nuestro común pensamiento. Hay que decir que son los únicos que llevan hablando de esta necesidad veinticinco años.

6.- Modelos híbridos.- El modelo japonés es muy interesante en este sentido, ya que su originalidad está en que tiene una financiación mixta muy peculiar. El 50% proviene de cotizaciones y el otro 50% de impuestos. Pero las cotizaciones las pagan los mayores de 40 años, por aquello de que están más cerca de la dependencia y/o porque son ellos los que más se benefician del seguro ya que constituirían el grupo prioritario de posibles cuidadores y así se ven ligeramente liberados con este seguro.

El modelo más estudiado o tenido en cuenta y al que se mira con mayores deseos de imitación es lógicamente el implantado en Alemania, bien es verdad que con algunos matices y adaptaciones previas.

3.4.3.- Posibles alternativas.-

El número de personas mayores en España supera ya los siete millones de personas. Más del 16% de la población. Y el 25 por ciento de ese 16% es dependiente. Esto nos da la magnitud del problema. Los número por sí solos resaltan la importancia del tema.

Las posibles alternativas se señalan a continuación:

1.- Una legislación específica dentro del marco de la Seguridad Social. Se propiciaría una cobertura dentro de la Seguridad Social creando un derecho subjetivo que daría respuesta a esta contingencia derivada de la pérdida de autonomía personal. Garantizaría la homogeneidad, crearía un marco legal de referencia y definiría la dependencia.

2.- Una ley dentro del marco de los Servicios Sociales. Sería paralela a la ley francesa y se enmarcaría como una continuación de la Ley de Pensiones no contributivas. La dependencia la gestionarían las Comunidades Autónomas. El impacto económico sería más limitado, no incrementaría ningún tipo o cuotas de la Seguridad Social, sino que se haría vía impuestos y muchos ciudadanos quedarían fuera de su cobertura por tener rentas elevadas.

3.- Plan de atención a la dependencia. Sería de carácter universal, modelo nórdico, se financiaría por impuestos y se haría formalizando convenios con las Comunidades Autónomas

y con las Administraciones locales que también pondrían aportaciones dinerarias. Tiene el inconveniente de pedir un nuevo esfuerzo a la Administración local y Autonómica y tendría un control de seguimiento más dificultoso.

Podrían existir sistema mixtos en los que se combinan los tres ya reseñados. De cualquier modo es tal la necesidad planteada que cualquiera podría ser válido con tal de que su implantación fuera por la vía de urgencia.

Dentro de estas alternativas, parece más viable o más oportuna, aquella que contempla la dependencia dentro de una ley que garantice un derecho subjetivo del ciudadano a percibir una prestación económica, fijando al mismo tiempo, entre otras cosas, el grado de cobertura y el acceso a la misma.

5.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.-

Examinados algunos temas jurídicos, de forma muy elemental, que tienen relación con la dependencia y tratando de concretar en algunas conclusiones lo expresado en esta comunicación, se concluye del siguiente modo:

1. En base a la dignidad que toda persona tiene, y que nos atribuye a los españoles la constitución vigente, hay que reafirmarse en que la persona es tal con independencia de su estado psicofísico y tiene unos derechos que le son inherentes, son derechos personales que acompañan a la persona durante toda su vida y de cuyo ejercicio no puede ser privado.

2. Los avances en este sentido han sido importantes y es preciso reconocerlos, pero no existe aún un reconocimiento general y generalizado de los mismos. Se tiende a unir deterioro cognitivo y funcional con menoscabo del ejercicio o la posesión de esos derechos y eso no es así. La privación del ejercicio de derechos sólo la puede establecer el juez por sentencia y de acuerdo a unas causas objetivables.

3. Para evitar algunos de los males que subyacen en los textos legales sería necesaria la presencia de personas mayores o expertos en temas de mayores en los foros de debate, indirectamente en comisiones parlamentarias y en todo tipo de grupos de influencia para que las normas no perdieran la perspectiva gerontológica.

4. Hay temas puntuales sobre los que convendría hacer reformas: Incapacitación, tutela, internamientos involuntarios, derecho de alimentos, contratos atípicos, maltrato a mayores etc…etc… entre otros. Se debería establecer organizadamente un frente común para tratar de ir adaptando las normas a la realidad social y concretamente a la situación de las personas mayores que tienen que atenerse al cumplimiento de esas normas.

5. Hay que prestar atención especial a los temas jurídicos derivados de relaciones sociosanitarias, por la capital importancia que están teniendo.

6. Por último, el tema de la dependencia es sin duda el eje clave y primordial de la política social con los mayores. Con independencia de otros contenidos, tiene también un contenido legal, que no podemos obviar y que es necesario considerar como objetivo fundamental para su puesta en marcha en el momento que exista la voluntad política de hacerlo.

11.- La protección de la dependencia en la Unión Europea. MODELOS

Ponente: ***Francisco Sanabria Celis,*** *Presidente de Asociación de Profesores Universitarios Retirados - ASPUR*
Presidente: ***Antonio Jiménez Blanco****, Presidente Consejo Asesor CEOMA*
Vicepresidente: ***Rafael Sánchez-Plaza****, Presidente de la Confederación Nacional de Jubilados, Retirados y Pensionistas de España*
Secretario: ***Alfredo Arévalo****, Vicesecretario de la Asociación de Profesores Universitarios Retirados - ASPUR*
Vocal: ***Alberto Aizpun****, Vicepresidente de la Asociación de Profesores Universitarios Retirados - ASPUR*
Experto: ***Josep María Viá****, Director General de Edad y Vida, Barcelona*

INDICE

1. La protección social de la dependencia en la U.E.; España: La pata coja de la Seguridad Social.
2. Las revoluciones inteligentes de la humanidad: Una visión económica de los cuidados de la salud.
3. ”Modelos “ de Protección social de la dependencia en la U.E.: Iniciativas pública y privada.
4. Distintos “modelos”. Tradiciones, culturas y experiencias. El caso alemán Austria. Francia. Luxemburgo. Países Bajos. Reino Unido. Países Nórdicos.
5. “Flashes” de los sistemas europeos de cuidados de larga duración. Necesidad de una metodología.

1.- LA PROTECCION SOCIAL DE LA DEPENDENCIA EN LA U.E

La protección social de la dependencia en la U.E.; España. La pata coja de la Seguridad Social.

La Seguridad Social española tiene un agujero negro. Sus redes de protección dejan fuera a 2,4 millones de ciudadanos (ancianos, jóvenes, niños o enfermos crónicos) que por sus minusvalías físicas o psíquicas requieren cuidados constantes en su vida diaria y de ellos, un millón sufren una dependencia total o severa. Una tarea que ahora se ve obligada la familia a asumir, sobre todo las mujeres, porque los servicios sociales (ayudas a domicilio, centros de día o residencias) apenas llegan a medio millón de afectados. Los agentes sociales deben debatir la puesta en marcha de un sistema de protección para esas personas, desde el sector público y privado o también desde un sistema mixto. Se trata de una carencia del Estado de Bienestar que entendemos debe empezar por la creación de una Ley cuya gestión debiera iniciarse con un Pacto de Estado, con presencia de la sociedad civil, aprovechando las experiencias de otros países de Europa que han sido adelantados en esta protección social. Es una competencia que deben compartir, el Estado, las CCAA y ayuntamientos. El problema afecta a un grupo poblacional significativo. Se trata, como decimos, de 2.414.971 personas de las que entre 900.000 y un millón seiscientas mil (1.600.000) sufren una dependencia total o severa. De ellas sólo 492.546 disponen de asistencia en residencias o atención domiciliaria con personal especializado, es decir, apenas el 21,7 % del total de afectados.

Cerca de 1.700.000 personas atienden de manera informal a alguna persona dependiente; el 77% son familiares y el número de cuidadores está en torno a los 700.000; lo hacen dedicando a esta tarea más de 40 horas semanales. La insuficiencia de servicios sociales hace que esta tarea recaiga en la familia, fundamentalmente en las mujeres.

2.- LAS REVOLUCIONES INTELIGENTES DE LA HUMANIDAD. UNA VISIÓN ECONÓMICA DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD.

Si en los años 90 la revolución de la informática propulsó la primera década de la nueva economía, la segunda década, ya en el siglo XXI puede venir marcada por la revolución en los cuidados de la salud; es decir, la producción de bienes y servicios para atender a las necesidades de la salud pueden constituir la nueva locomotora de la economía.

En Estados Unidos, este sector es responsable del crecimiento del PIB hasta un 30%, constituyendo cerca del 45% de los nuevos empleos creados.

En España, según nuestras estadísticas, constituye también un yacimiento de empleo. Se han estimado en 110.000 los puestos de trabajo directos para estos servicios sociales que se pueden crear ateniendo solo a la dependencia, lo que supondría un ahorro importante en prestaciones de paro además de más ingresos en cuotas e impuestos. Al mismo tiempo, la atención personalizada permitirá acceder al mercado laboral con las ventajas correspondientes a una parte de los familiares que ahora asumen esa tarea. Sería también una faceta más de solución al incremento laboral femenino, que la propia U.E. nos incita a mejorar en porcentaje.

Hasta ahora, los partidos políticos, los agentes sociales y la propia CEOE discuten el modelo económico así como la participación pública y privada. Si España en el 2050 será el país más longevo del mundo, el tema de la dependencia que afecta a todos, jóvenes y viejos, no puede quedar fuera del marco de la sociedad civil en forma alguna. España sigue siendo el país de la Unión Europea que menos gasta en protección social. Mientras el gasto medio en la U.E. por habitante es de 5.600 euros, aquí es de 2.700.

Algún partido político ha hecho estimaciones del coste de la protección social a la dependencia. El mismo presidente actual de la comisión del Pacto de Toledo, Jesús Merino, estima que para las 500.000 personas que tienen un alto nivel de dependencia tendría un coste anual de 1.800 millones de euros. ¿ Cómo se financiará ese gasto? Hoy, resulta ser ya uno de los temas más espinosos. Es probable que los fondos provengan de una vía fiscal compartida con cotizaciones a las que habría que añadir la aportación de las comunidades autónomas.

Lo que, sin duda alguna, hay que evitar, es que por politizarse este problema se eliminen soluciones ya experimentadas en otros países, como la utilización de modelos mixtos públicos y privados. Creemos en la necesidad de la presencia del sector privado, el de las aseguradoras, siempre que la Ley pendiente regule también cuestiones que el sector asegurador excluye como las minusvalías de nacimiento, por difícil que sea el riesgo a prever.

3.- “MODELOS” DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA EN LA U.E.: INICIATIVAS PÚBLICA Y PRIVADAS

Los modelos vigentes en los países de la Unión tienen estructuras distintas de protección. Se han aprobado o están en curso de aprobación medidas de reconocimiento del derecho a la protección a la dependencia en Alemania, Austria, Francia, Bélgica, Reino Unido, Holanda, Luxemburgo y en los países nórdicos.

Los sistemas que llegan a todo el colectivo afectado, con carácter de derecho universal son los de Alemania, que ha regulado la atención a los dependientes; los nórdicos que disponen de servicios sociales muy desarrollados; Holanda de situación similar y Luxemburgo que tiene una prestación especial a la dependencia.

El Reino Unido dispone de un programa de atención a los mayores, con una prestación de cuidados de larga duración, similar a la dependencia.

En Francia se trata de un "voucher" de ayuda económica destinada a esas personas y a la atención que requieren.

Por razones de eficacia, intentaremos presentar de forma sintética, cómo es la protección social de la dependencia en los distintos países de la U.E., sin estimar ninguno de ellos como tal "modelo" aunque destacando de los distintos sistemas lo que es más prominente de cada uno de ellos y el tipo de participación: pública, privada o mixta.

Dedicaremos más atención al que consideramos más perfeccionado, como es Alemania.

4.- DISTINTOS "MODELOS. TRADICIONES, CULTURA Y EXPERIENCIAS. EL CASO ALEMÁN

Comenzando con **Alemania** , constatamos que el estado de bienestar alemán, centrado en el seguro social llegó después de distintas iniciativas probadas a establecer el actual **Programa de Seguro de Cuidados de Larga Duración (PSCLD)** que lleva funcionando en Alemania desde 1995. Fueron motivos políticos distintos los que llevaron a su promulgación. Hasta ese momento, la cobertura de los gastos derivados de los cuidados de larga duración no era un derecho social en Alemania, pues la legislación hacia una clara distinción entre **"curación"** y **"cuidados"**. Es decir, que mientras se reconocía una amplia gama de derechos para la "curación" por medio del seguro sanitario, vinculado a un sistema de prestaciones médicas muy desarrollado, los "cuidados" en el sentido de atención de larga duración no médica, tanto en residencias como en el propio domicilio quedaban excluidos. Hasta ese momento, las personas necesitadas de cuidados de larga duración tenían que pagar por todos los servicios no reconocidos como de tipo médico, a la vez que tenían que estar cubiertas por el seguro sanitario.

En el caso de no poder pagar los cuidados, tenían que solicitar ayuda social, lo que requería la evaluación de los recursos económicos del solicitante, lo que significaba considerar los ingresos personales del solicitante ,sus ahorros, la posesión de bienes (con exclusión del propio hogar) los ingresos del cónyuge, de los hijos adultos o de los progenitores, en su caso.

En Alemania, junto con los costes de desempleo, los debidos a los cuidados de larga duración han sido razón principal del gran aumento de los gastos sociales en aquel país. Sólo en 1991, más de los 77,4 billones de dólares gastados en asistencia social se dedicó a los pacientes con necesidad de cuidados de larga duración. Dependían de ayudas sociales un 80% de las personas necesitadas de cuidados en clínicas residenciales. Llegaban al 100% en los territorios antes pertenecientes a la antigua RDA, siendo el coste medio mensual de una cama de 2.407 dólares y aunque la aportación de la asistencia social cubría ese coste, al peticionario le quedaba una muy pequeña cantidad para sus gastos personales.

La situación en el área de los cuidados domiciliarios era análoga, aunque menos drástica, siendo menor el número de personas que recurrían a la asistencia social para hacerlos frente.

Al mismo tiempo se ha ido desarrollando de forma progresiva una red de instalaciones para la atención en instituciones. En la actualidad el 6,5% de la población con 65 años o más está en residencias para personas mayores, en clínicas que ofrecen tanto alojamiento vigilado como asistencia clínica; las tres cuartas partes de las personas atendidas de esta forma tienen más de 75 años. Más del 50% del total de las 680.000 plazas existentes están destinadas a cuidados clínicos y alrededor del 45% de ellas son habitaciones individuales.

En cuanto a su gestión, más de la mitad están gestionadas por organizaciones sin ánimo de lucro, el 30% por empresas y hasta hace poco, las instituciones públicas, generalmente los municipios se encargaban del resto, es decir un 20% aproximadamente; ni que decir tiene, que la mayoría de estas instituciones tenían lista de espera.

El desarrollo del sector de cuidados en el domicilio se aceleró a finales de los años setenta , por iniciativas políticas públicas, especialmente en el ámbito municipal. Los ayuntamientos se esforzaron en establecer en todo el país una red de **"centros de asistencia social" ("Sozialstationen")** que prestaban cuidados médicos y sociales, así como ayuda domiciliaria; Cada centro cubría una población de 50.000 personas aproximadamente.

¿Cómo se cubrían los costes de la atención en residencias clínicas así como los de la atención domiciliaria de los centros de asistencia social ? Por medio de cuatro fuentes distintas:

-Seguro sanitario (en las cuestiones de tipo médico)

-Subsidios públicos (principalmente para inversiones y a veces para sueldos)

-Pago privado (frecuentemente sustituido por la asistencia social)

-Financiación adicional aportada por los propios proveedores de servicios sin ánimo de lucro.

Los municipios consiguieron crear una red importante de centros sociales aunque la tarea de gestionar estos centros se contrataba a entidades sin ánimo de lucro, miembros de alguna de las importantes entidades de voluntariado de Alemania.

La tarea ingente de los servicios de carácter domiciliario superó los recursos de los centros y por ello se proporcionó la oportunidad de introducirse en este campo a proveedores comerciales que progresaron hasta conseguir el 50% del mercado aproximadamente. Los municipios mientras tanto gestionaban por sí mismos solo la cuarta parte de estos centros.

Finalmente, en las dos últimas décadas, todos los partidos políticos compartieron la meta común de establecer una cobertura para la necesidad de cuidados, tanto en lo que respecta a la oferta de servicios como en cuanto a dar alguna garantía de derechos básicos para acceder a los Servicios. Las razones para la reforma eran múltiples:

Si se disponía de un alto nivel de seguridad social en cuanto a sanidad y pensiones, los cuidados de larga duración amenazaban a los ciudadanos medios con el empobrecimiento al llegar a la última etapa de su vida. Por otro lado, existía una gran preocupación creciente en cuanto a la carga que supone esta cuestión para las familias y en especial para las mujeres, cuidadoras informales, y el "vació de cuidados" que el aumento del empleo femenino podría suponer. A ello, había que añadir la gran preocupación que los municipios y los "länder" alemanes tenían que soportar en cuanto a los costes de financiación del sistema de cuidados basado en la asistencia social.

Tras las amplias soluciones políticas que se propusieron, resultó elegido un **modelo de seguro público en línea con la tradición general del sistema de bienestar alemán.**

De la misma forma que los demás seguros sociales existentes en Alemania su funcionamiento se basa en lo que podríamos denominar "pagos sobre la marcha". No hay acumulación de fondos. Los gastos se cubren con las contribuciones del momento. Se autorizó a las compañías de seguros sanitarios regulados por el estado, a que abrieran un departamento especial dedicado a los seguros para cuidados, funcionando todos bajo las mismas condiciones.

El Programa de seguro para cuidados de larga duración que denominaremos PSCLD nació en 1995 como una rama independiente del sistema de seguridad social y como un seguro privado y obligatorio.

Todos los seguros de salud legales tienen un fondo para el seguro de cuidados de larga duración. El principio básico es que cualquiera que esté cubierto por los fondos del seguro nacional de salud está automáticamente cubierto por el seguro de cuidados de larga duración.

Desde el 1 de Enero de 1995 los que tengan un seguro sanitario privado con cobertura hospitalaria necesitan disponer del seguro privado de cuidados bajo el principio de que "el seguro de cuidados es la continuación del seguro sanitario".

¿Cómo se financia este nuevo seguro ? Bajo el principio tradicional de solidaridad. Los costes se financian por medio de las contribuciones de sus miembros ,dependiendo el importe de estas contribuciones de los ingresos de cada uno. La escala de ingresos es la misma que la de los fondos del sistema de salud. Los umbrales de ingresos son los mismos que los de los fondos del seguro sanitario. Desde el 2002, y en toda Alemania es de 3.375 euros. Desde el 1 de Enero de 1995 , la contribución en toda Alemania era del 1% ; desde que los servicios de cuidados domiciliarios estuvieron disponibles el 1 de Julio de 1996,la tasa de contribución subió al 1,7% de los ingresos brutos.

Las contribuciones se pagan de la misma forma que las del sistema del seguro nacional de salud: El empleador retiene la contribución para el sistema de cuidados, del sueldo o salario y lo transfiere al fondo del seguro de salud en cuestión. En cuanto a los pensionistas, su fondo de pensiones paga la mitad de la contribución.

¿Cuándo el sistema de seguro de cuidados considera que se tiene derecho a recibirlos ?

Se tiene derecho a recibir este tipo de prestación, cuando en los últimos seis meses se ha necesitado una ayuda considerable para llevar a cabo las actividades normales de la vida diaria.

Estas actividades diarias se dividen en cuatro grupos:

1. Higiene personal : lavarse, ducharse, bañarse, peinarse, afeitarse, etc.

2. Comidas : prepararlas o tomarlas.

3. Movilidad : levantarse por sí sólo e ir a la cama, vestirse, pasear, estar de pie, subir escaleras, salir de casa y regresar por sí sólo.

4. Labores domésticas: Comprar, cocinar, limpiar , cambiar la ropa y hacer la colada, encender la calefacción.

Requisitos necesarios para conseguir una ampliación de la ayuda

Expertos del departamento médico de los fondos del sistema de salud (MDK) son los que establecen si se necesitan cuidados y a qué nivel. Para ello, examinan a la persona en cuestión en su propio domicilio. Para la categoría 1 el tiempo dedicado cada DIA al cuidado propio y al mantenimiento de la casa debe ser de por lo menos 90 minutos, de los cuales 46 minutos deben ser gastados en cuidados básicos.

El tiempo de ayuda depende de la categoría en la que se le clasifique.

1. **Personas de categoría I:** Necesita por lo menos 90 minutos de ayuda, y al menos una vez al día con dos o más actividades relativas a la higiene personal, la comida o la movilidad y además necesita ayuda varias veces a la semana para el mantenimiento de la casa.

2. **Personas de categoría II:** Necesita por lo menos tres horas de ayuda, necesita ayuda para la higiene personal, para la comida o movilidad al menos tres veces al día a horas distintas además de varias veces por semana para el mantenimiento de la casa.

3. **Personas de categoría III:** Requieren por lo menos ,cinco horas de ayuda, necesitan ayuda el DIA y la noche, para higiene personal, para comer o moverse, además de varias veces a la semana para el mantenimiento del hogar.

Cuidado externo o interno

La ayuda proporcionada por el sistema de cuidados depende de la categoría en que esté la persona clasificada y también de si estos cuidados han de darse en el propio hogar o en institución.

Hay dos principios básicos: “Prevención y rehabilitación antes de la provisión de cuidados” y “Cuidados en el hogar antes de los cuidados en institución” . Al contrario de lo que ocurre con el sistema de salud, el seguro de cuidados es un seguro parcial (“ Teilkaskoversicherung”) :

Los pagos cubren parcialmente los costes reales. Hay un límite legal para el gasto de cada persona (“cost cap”).

El seguro de cuidados paga principalmente los servicios que exigen defectos físicos perfectamente definidos.

Cuidados en el hogar

El importe de la ayuda doméstica depende de la categoría en la que se le haya clasificado (ver el cuadro siguiente). El sistema de seguro de cuidados permite elegir entre recibir los servicios (con cuidados proporcionados por uno de los asociados contractuales del fondo de seguros sanitarios) y recibir una ayuda financiera (usada por la misma persona para conseguir la ayuda necesaria; es decir, a través de miembros de la familia). Existe también la posibilidad de conseguir una combinación de ambos medios.

Ayuda para cuidados en el hogar	Categoría I	Categoría II	Categoría III
Por cuidados	384	921	1.432
En casos extremos hasta			1.918
Miembros de la familia y otras personas no asalariadas	205	410	665

Octubre de 2002

Otras ayudas proporcionadas por el seguro de cuidados son:

*Equipo especial , como por ejemplo, camas especiales

*Concesiones para modificaciones del hogar, hasta 2.257 euros por adaptación, sujetas a la contribución proporcional de la persona, si no dispone de otras fuentes de financiación.

*Entrenamiento gratuito de los miembros de la familia y voluntarios

Sustituciones por vacación de los cuidadores

Las personas que son cuidadas por miembros de la familia, por ejemplo, pueden contar con cuidadores durante el periodo de vacaciones de hasta cuatro semanas por año (hasta 1.432 euros por año de calendario). Pueden contar también con la misma cantidad para cuidados diarios y a corto plazo.

Seguridad social para cuidadores

Los cuidadores que no empleen más de 30 horas a la semana están cubiertos por el seguro nacional de salud. Sus contribuciones son pagadas por el seguro de cuidadores. Su importe depende de la categoría de ayuda de la persona cuidada. Se considera cuidador a cualquier persona que no siendo un profesional, cuida de una persona por lo menos durante 14 horas a la semana . Además el cuidador está cubierto también por un seguro de accidentes durante sus actividades como tal.

El cuidado institucional

Si se necesita cuidado institucional, el seguro de cuidados de larga duración ,paga por el cuidado básico y el médico. Para pacientes con ayuda de categoría I paga 1.023 euros
" " " " " " II " 1.279 euros
" " " " " " III " 1.432 euros

En casos extremos ,existen ayudas excepcionales de 1.688 Euros por mes.

En la actualidad hay negociaciones para sustituir las escalas de pagos ya fijadas y para establecer una revisión del pago de los cuidadores .

Información adicional sobre Alemania. Cifras.

* En la actualidad, la cuarta parte de la población alemana tiene 60 años o más.

* En Diciembre de 1999, 2,02 millones de alemanes necesitaban cuidados . El ministerio alemán de la Salud estima que para el 2010 habrá que añadir a este número 340.000 personas más.

* En 1999 el 80% de las personas que necesitaban cuidados tenían 65 años o más.

* Las cifras del Ministerio alemán de Salud confirman que:

Sólo el 4% de los mayores entre 60 y 80 necesitan cuidados.

Después de los 80, el número de personas que necesitan cuidados asciende al 32%.

Parece ser que después de los 80, los hombres tienen un riesgo menor de necesitar cuidados.

Por otro lado, las mujeres de más de 90 tienen una probabilidad de necesitar cuidados del 65 %,mientras que para los hombres de la misma edad esta probabilidad es de sólo un 42 %.

* Desde el punto de vista del empleo más de 625.000 personas trabajan directamente en el sector de cuidados (184.000 en cuidados de día y 441.000 en instituciones) lo que constituye una parte importante del mercado de trabajo.

* Con la idea original de ofrecer únicamente un medio de aliviar a la familia de los cuidados que requiere un enfermo de Alzheimer, el **"Acta complementaria de cuidados" o Plegeleistungs Ergängzungsgesetz, PflEG**) e puso en práctica el 1 de Enero del pasado año 2002 .Constituye un sistema mixto por el que los pacientes reciben hasta 460 euros por cuidados adicionales a estos enfermos.

* Entre 1999 y 2002, sólo, la proporción de residentes geronto-psiquiátricos ascendió del 47% al 60%.

Finalmente añadiremos que una tercera parte de la ayuda social en Alemania se dedica a cuidados de larga duración y que la atención que Alemania dedica dentro de Europa a los problemas de los mayores queda bien definido por la presencia de 24 miembros de Alemania en el conjunto de los 222 que constituyen el "European Economic and Social Committee" (ESC) de la Unión Europea.

AUSTRIA

El sistema austriaco de protección social para las personas necesitadas de cuidados

Características generales

El sistema austriaco de seguridad social se caracteriza por un conservador estado de bienestar, cuyo motor principal es un sistema de seguro social obligatorio, estrechamente vinculado al empleo.

Otro elemento, enormemente importante, que ha influido en el desarrollo del sistema de protección social en Austria ,es el principio de subsidiaridad, derivado de los modelos del bienestar social católico, reflejado sobre todo en el importante papel de la ética familiar y del apoyo mutuo de las familias.

El agente más importante en la seguridad social austriaca es el seguro social autorregulado que cubre los riesgos sociales de las personas empleadas, respecto a accidentes laborales, pensiones de vejez así como tratamientos o atenciones sanitarias curativas. En algunos casos cubren a sus familiares. La financiación queda cubierta por las contribuciones que hacen al seguro social las personas empleadas. Aunque las entidades aseguradoras tienen un cierto ámbito de independencia ,la mayoría de los aspectos del seguro social están definidos por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Sin embargo, la Constitución austriaca estipula que salvo las competencias que quedan cubiertas por el sistema de seguro social, todo lo que se refiere a cuidados sociales corresponden a los gobiernos regionales o provincias federales. Y así durante un largo periodo de tiempo han sido los gobiernos regionales los que han dado forma a las políticas para las personas necesitadas de cuidados :alojamiento en instituciones, cuidados comunitarios, y las prestaciones correspondientes a estas necesidades. Desde los años ochenta se han ido desarrollando políticas para aumentar la amplitud de los servicios de cuidados comunitarios y para buscar formas de financiación adicionales y alternativas en algunos casos para hacer frente a los cuidados de larga duración.

Durante la década de los ochenta, los gastos de bienestar social dedicados al alojamiento en instituciones subieron desde los 200 millones de euros hasta los 500 millones de euros. Mientras que los gastos de otras prestaciones sociales sólo se duplicaban . Los gobiernos regionales estaban impacientes por conseguir pagos adicionales del estado federal . Otro importante grupo de presión lo constituían las personas con discapacidades y dependencias que exigían cuidados de larga duración y trato similar al de los veteranos de guerra. Todo ello dio lugar a la **Ley Federal del subsidio de asistencia. ("Bundesplegegeldgesetz")** de 1º de Julio de 1993. Con ella, las prestaciones económicas para personas en situación de fragilidad y necesitadas de cuidados fueron reguladas de forma completa y general. Según esta ley todas las personas necesitadas de cuidados de larga duración ocupando al menos 50 horas mensuales de cuidados tienen derecho a un subsidio de asistencia . **Esta prestación no depende de la comprobación de los medios económicos del receptor.** Se abona en 7 niveles desde los 145 euros hasta los 1.532 euros al mes. en 12 pagas anuales, según la evaluación médica de la necesidad de los cuidados necesarios de la persona. Si los internos en residencias de ancianos y en residencias asistidas tienen derecho al subsidio de asistencia , el 80% de este subsidio se paga directamente a quien presta el servicio, normalmente el gobierno provincial. La persona con derecho al subsidio de asistencia recibirá como subsidio personal 42 euros al mes.

Dada la división relativamente clara entre salud y curación en el sistema de seguros sociales y entra la atención comunitaria y la residencial, será necesario implantar sistemas correctores de coordinación entre los diferentes sistemas que existen en Austria. Estos métodos de coordinación exigirán la definición de los procedimientos correctos de valoración, a los que los pacientes se enfrentan en diferentes momentos y con diferentes argumentos y objetivos, lo que dificulta la distribución justa y correcta de los escasos recursos entre los pacientes más necesitados.

Finalmente, deberán llevarse a cabo mejoras en el área de atención en instituciones:

Deberán llevarse a cabo unidades asistenciales de tamaño menor.

Las instituciones deberán integrarse mejor en las estructuras comunitarias

Deberán establecerse normas legales para proteger los derechos de los residentes

Deberán desarrollarse políticas de apoyo a los cuidadores informales : vacaciones ,etc.

FRANCIA

La protección social a las personas mayores en Francia y la dependencia

La cuestión del envejecimiento ocupa prioritariamente la atención de los poderes públicos y de los gobernantes locales . Además, el aumento del número de personas mayores en la sociedad que vivimos cada vez más fragmentada puede traducirse en un aumento considerable del riesgo de dependencia. con su impacto negativo en el equilibrio del sistema de protección social. Estos fenómenos, tienen lugar precisamente en un período caracterizado por la aparición de tensiones agudas en la financiación de la protección social en Francia

Hoy, el número de personas mayores de 75 años se aproxima a los 4 millones y pasará a los 6 millones en el 2020. Dentro de 15 años representará el 16 % de la población francesa .

El envejecimiento de la población tendrá especiales consecuencias en lo referente a las personas que están perdiendo autonomía.: se cree que el número de personas mayores dependientes de más de 75 años que en la actualidad es de 700.000 estará en el año 2020 en los alrededores del millón. El riesgo de dependencia psíquica tiende a crecer mucho más deprisa que el riesgo de dependencia física, por la falta de relaciones estables después del período de actividad profesional.

Cuando se trata de medir la dependencia , Francia lo hace basándose en la"parrilla" nacional denominada AGGIR. De los datos de esta " parrilla" , que clasifica a las personas de 1 a 6 en función del grado de dependencia ,se deduce en primer lugar que las personas de 75 años o más son autónomas en su gran mayoría. Cuando son dependientes , incluso en niveles elevados como el GIR 1 y 2 viven en su domicilio más que en establecimientos residenciales.

El dispositivo francés de ayuda a las personas mayores no está financiado únicamente por la seguridad social, sino también por las colectividades locales.

La prestación específica de dependencia

El 24 de Enero de 1997,tras muchos debates a lo largo de los años y multitud de informes se aprobó la ley que venía enmarcada por dos preocupaciones : la necesidad de mejorar la reglamentación existente referente al apoyo a las personas mayores dependientes y la voluntad de controlar el gasto correspondiente . Esta última parte habiendo prevalecido ante la situación especial de la seguridad social en Francia ha convertido una gran ambición en una reforma limitada.

Antes de la adopción de la ley de PSD, las personas mayores dependientes disponían ya de una prestación de ayuda a domicilio o viviendo en un establecimiento residencial. Podían beneficiarse de la asignación compensatoria para tercera persona (ACTP) concedida en función del nivel de discapacidad y de rentas.

Sin embargo esta prestación, objeto de diversas críticas llevó a una gran parte de las instituciones que se encargaban de ayudar a la tercera edad , a pensar que el apoyo a las personas mayores no debería ser un asunto tratado en el marco de la ayuda social sino en el de la seguridad social. La situación de déficit del sistema hizo que al aprobar la ley se decidiera mantener esa ayuda en el campo de la seguridad social.

La ayuda social a la dependencia

La gestión de la prestación específica de la dependencia se confió pues, a los departamentos a quienes se presentó la denominada parrilla AGGIR que deben aplicar para

conseguir una homogeneización de las prácticas correspondientes. Cada evaluación debe hacerse por un equipo pluridisciplinar que deberá proponer el correspondiente plan de ayuda. Se pide al beneficiario que haga la prueba de recurrir a los servicios de ayuda o a contratar a una persona que se encargue de atenderle.

Hay que decir que el carácter estigmatizante de la ayuda social, hace que muchas personas mayores dependientes renuncien a ella.

Esta reforma queda en principio limitada en su alcance, pues tanto a las personas que viven en su domicilio como las ingresadas en establecimientos residenciales ,se puede decir que puede aplicarse lo dicho anteriormente, además de que la puesta en práctica de una PSD en un establecimiento residencial ha comportado problemas específicos especialmente agudos.

En conclusión, parece ser que la puesta en práctica de la PSD está hoy considerada mayoritariamente en Francia como un fracaso. (Jean-Louis Sánchez . Delegado General de las ODAS).

Finalizaremos diciendo sobre la reestructuración de las políticas francesas de ayuda a la tercera edad, incluida la dependencia, que existen fuertes resistencias de carácter cultural y hoy más que nunca es necesario abrir un verdadero debate sobre la situación de los ciudadanos mayores en aquella sociedad, y más globalmente sobre la ética de la acción social.

LUXEMBURGO

El seguro de dependencia en el Gran Ducado de Luxemburgo

La dependencia es considerada un riesgo social al mismo nivel que la enfermedad, el accidente o la vejez, contra el que uno se puede preparar contratando un seguro. Se trata de un seguro obligatorio financiado, entre otras fuentes por una contribución obligatoria.
La financiación del seguro queda garantizada:

-Por una contribución con cargo al presupuesto del Estado (45% de los gastos totales)
-Por una contribución de dependencia fijada en un 1%,quedando la base de la contribución constituida por las rentas profesionales, las rentas del capital, y las rentas del patrimonio.
-Por una contribución especial con cargo al sector de la energía eléctrica.

La ley precisa que la ***necesidad regular e imperiosa .de asistencia*** debe representar un mínimo de tres horas y media por semana ,es decir: **media hora diaria .** Además , la duración del estado de dependencia debe ser previsible para un mínimo de seis meses o ser irreversible.

Los ámbitos de asistencia debe afectar a los campos de la nutrición, de la higiene corporal y de la movilidad. Las formas de la asistencia puede consistir en hacer el acto, o una parte del acto, en vez de la persona, en apoyar y motivar a la persona para ejecutar el acto o enseñarla a hacerlo.

Las prestaciones pueden ser en especie y dinerarias. La ley da prioridad a la prestación en especie sobre la prestación dineraria. La prestación dineraria equivale a la mitad del valor de la prestación en especie que sustituye.. Además las horas de asistencia susceptibles de ser sustituidas por una prestación dineraria son limitadas:

Hasta siete horas de asistencia la persona puede ser sustituida por una prestación dineraria.

Entre siete y catorce horas, sólo la mitad puede ser sustituida por una prestación dineraria.

No es posible la sustitución por encima de catorce horas.

La sustitución de la prestación en especie por la prestación dineraria afecta únicamente a la estancia en domicilio. No es posible en un establecimiento.

La gestión del seguro de dependencia corre a cargo de la Unión de Cajas de Enfermedad.

El equipo multidisciplinar de evaluación se compone de enfermeros, enfermeros psiquiátricos, médicos, fisioterapeutas, ergoterapeutas, psicólogos y asistentes sociales.

La Ley del seguro de dependencia (Memorial A nº48 del 29 de Junio de 1998) recoge con toda precisión la regulación completa de este seguro, que estimamos de gran interés.

PAISES BAJOS

La protección social para las personas mayores dependientes.

Durante las últimas décadas los Países Bajos han desarrollado un amplio y complejo sistema de protección social, que refleja en parte los orígenes históricos y políticos de los que ha surgido.

Cubre tres áreas**: ingresos, cuidados sanitarios y cuidados sociales.**

Se hace una distinción entre tres aspectos del sistema de cuidados:

-la seguridad social (que proporciona apoyo material)
-cuidados/servicios sociales (que proporcionan cuidados comunitarios no médicos)
-cuidados sanitarios (cuidados médicos, comunitarios y de tipo residencial)

La estructura de la seguridad social , totalmente centralizada.

El sistema de cuidados sociales es delegado a las autoridades locales fundamentalmente

El cuidado sanitario tiene una completa legislación que incluye complejos procedimientos de planificación.

En los Países Bajos el control y la responsabilidad se distribuye según una **combinación de elementos de política pública y de iniciativa privada.**

En 1990 se presentó un informe que traba de la política gubernamental sobre las personas mayores para los años 1990-1994. Podría definirse como "la integración de las personas mayores en la comunidad". En 1995, se presentó un nuevo Programa de Acción Integrada .. En este Plan ,en lo que respecta al ámbito del cuidado de las personas mayores podemos citar como partes importantes en relación con el tema que nos ocupa:

-Estímulo de la calidad
-Estímulo y apoyo del cuidado informal
-Refuerzo del cuidado geriátrico y psico-geriátrico

REINO UNIDO

Cuidados domiciliarios y prestaciones

El método habitual de organizar los cuidados domiciliarios en el Reino Unido cosiste en que estos servicios sociales se encuentran claramente diferenciados de los servicios médicos y bajo el control de las autoridades locales.

El reino unido tiene un sistema de cuidados comunitarios plenamente desarrollado, reorganizado en 1968 pero con una larga historia que se remonta al siglo XIX.

En cuanto a las prestaciones siempre ha predominado el presupuesto para cuidados en instituciones ,aunque la mujer esté en primera fila en el caso de cuidados familiares. Por ello, cuando el número de mayores de 65 años ha aumentado, han surgido nuevos problemas, pues si la prestación de cuidados está cambiando, también lo está la familia misma. La mayor longevidad ha hecho que las familias tengan que proporcionar cuidados durante periodos de tiempo mayores, viéndose la capacidad de la familia limitada por los cambios socio-demográficos, como la reducción de tamaño de la unidad familiar, el envejecimiento de los cónyuges cuidadores, el aumento de participación de la mujer en el mundo laboral y el incremento de los divorcios, todo lo cual está haciendo que las familias requieran más apoyos si han de mantener la relación de cuidados.

En cualquier caso el enfoque británico de los cuidados comunitarios ha estado dominado siempre por la perspectiva del proveedor de servicios, más que por la delos usuarios. **Se ha mantenido la idea de que los mayores en situación de fragilidad estaban mejor cuidados en su ambiente familiar y que los prestadores de apoyo debían ser los servicios sociales locales.**

Políticas sociales distintas, (gobierno Thatcher) han hecho que además de descentralizar la administración, se centralizase el control de los recursos.

La Ley del NHS (National Health System) y de cuidados comunitarios (1990) estableció un nuevo marco para los servicios. Desde entonces, las autoridades locales se han hecho cargo de los servicios haciéndose responsables de evaluar las necesidades individuales, de proyectar formas de facilitar cuidados y asegurar que dichos servicios se presten. Así se espera que los departamentos de servicios sociales utilicen al máximo los servicios de empresas privadas y organizaciones de voluntarios, mientras que las autoridades locales tienen la obligación de elaborar y dar a conocer los planes para el desarrollo de los servicios comunitarios.

Los recursos proceden de un solo presupuesto unificado en manos de las autoridades locales. No obstante, expertos en el tema opinan que es necesario un nuevo planteamiento de los cuidados comunitarios para las personas mayores; sobre todo un reconocimiento del **papel vital que puede jugar el cuidado social en prevención del fracaso de la familia, así como en la mejoría de la calidad de vida de los mayores y de sus cuidadores familiares,** lo que sin duda significa una ampliación sustancial en las ayudas para cuidadores domiciliarios.

Por otro lado, resulta esencial borrar los aspectos discriminatorios en la práctica de los cuidados domiciliarios. Estos, deben ser distribuidos de acuerdo con unos principios claros tales como los derechos de acceso y el derecho de los usuarios y cuidadores a tomar parte en las decisiones que tienen que ver con sus cuidados. Por lo tanto, proveedores y gestores tienen que estar preparadores para dar poder a usuarios y cuidadores. Además, en cuanto al sistema del Reino Unido creemos que se tiene que abordar la financiación de los cuidados de larga duración

como lo ha hecho Alemania, sin olvidar las normas de calidad obligatorias para proveedores de cuidados en domicilios o instituciones (A.Walker).

PAISES NORDICOS

La protección social a los mayores

Es bien sabido que los países escandinavos representan uno de los tipos que más se distingue entre los regímenes del estado de bienestar, caracterizado por una regulación más activa del mercado por parte del Estado que en otros países occidentales así como por una definición más amplia de la política de bienestar, con una implicación mayor y más directa que en otros Estados. Los servicios son bastante más generosos y predominantemente públicos, tanto en financiación como en prestaciones. Otros estados de bienestar se inclinan más hacia soluciones de tipo privado, a través de organizaciones sin ánimo de lucro o de compañías privadas o se apoyan de forma más marcada en las familias.

El modelo escandinavo, se basa sobre todo en seguros relacionados con el estado del mercado laboral. Como en otros estados del bienestar, los "gastos sociales" (para prestaciones económicas y para servicios sanitarios y sociales) han aumentado considerablemente en las últimas décadas, tanto en volumen como en % del PIB. En Noruega han crecido desde el 10% del PIB en la década de los cincuenta hasta el 29% en 1990. y hasta el 32% en 1992., porcentaje más alto que en Islandia (19%), pero sustancialmente más bajo que en Dinamarca (34%) y que en Finlandia (35%) y Suecia (40%). **Aproximadamente un tercio de los gastos sociales se utiliza en pensiones y servicios para los mayores.** Los mayores se benefician de otros servicios como los sanitarios de atención primaria y hospitalaria. Incluyéndose estos servicios podríamos decir que **el gasto social de los mayores sería aproximadamente la mitad del gasto social.**

Los servicios sanitarios y sociales se financian sobre todo por medio de los impuestos y están integrados en un sistema general. La prestación de los servicios es, tradicionalmente, una responsabilidad de los gobiernos locales, dentro de los límites económicos del estado nacional. Los condados son los responsables de los hospitales y de otros servicios de medicina especializada, mientras que la mayoría de los servicios sanitarios y sociales como el "cuidado de las personas mayores " y los de larga duración. se organizan y prestan a través de los municipios.

En Noruega ,como en casi todos los países modernos, el cuidado de las personas mayores en situación de fragilidad es una combinación entre lo público y lo privado, siendo el sector público claramente dominante en la prestación de servicios, junto con los familiares más próximos. A diferencia de otros países, los organismos públicos no solo financian los servicios, sino que también los prestan.

Las instituciones de cuidados de larga duración para mayores son de dos tipos: hogares residenciales considerados como instituciones sociales y **residencias asistidas**, que son "médicas" que además de una vivienda protegida suministran atenciones y cuidados médicos.

Los residentes de las instituciones han de pagar alrededor de las tres cuartas partes de sus ingresos, mientras que los servicios domiciliarios o son gratuitos o de bajo coste.

E P I L O G O

5.- " FLASHES" DE LOS SISTEMAS EUROPEOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN . NECESIDAD DE UNA METODOLOGÍA.

Dentro del contexto de la U.E., por la existencia de una variedad considerable de instituciones distintas en los Estados miembros de la Unión, como por una gama de diferentes formas de financiación, así como por formas distintas de concebir los derechos de la ciudadanía , las más de las veces bajo influencias políticas distintas no siempre coincidentes ni en la forma ni en el fondo, sobre todo en lo que se entiende por "prestación de servicios sociales" resulta muy difícil hacer comparaciones que nos lleven a definir un modelo para un sistema de cuidados de larga duración.

Por otro lado la multiplicidad y heterogeneidad de datos con enfoques distintos, por las razones ya apuntadas, aumentan la dificultad de tal comparación entre sistemas implantados o en ciernes de ello.

No obstante, los distintos proyectos de investigación realizados con ámbito nacional sobre cuidados para personas mayores en los distintos países de Europa, nos han mostrado los siguientes "flashes", como por ejemplo, que:

El método habitual de organizarse los cuidados domiciliarios en el Reino Unido están claramente diferenciados de los servicios médicos y están bajo el control de las autoridades locales.

En Bélgica, los servicios sociales de cuidados domiciliarios completamente desarrollados, lo hacen sobre una base regional y bajo el control de las autoridades locales y asociaciones de voluntarios sin ánimo de lucro, mientras que la atención sanitaria está centralizada.

Dinamarca y Suecia tienen el sistema de cuidados domiciliarios más desarrollado de la Unión Europea siendo los servicios principales que se prestan, de ayuda doméstica, enfermería de distrito, comidas a domicilio y trabajo social todo coordinado y gestionado por las autoridades locales y financiado a través de los impuestos.

Finlandia cuenta con un sistema de atención domiciliaria muy desarrollado de una gran cobertura. La responsabilidad de la prestación recae en los ayuntamientos que trabajan sujetos a una cierta normativa nacional. La financiación procede de los impuestos generales existiendo además una coordinación operativa entre los cuidados a domicilio y la enfermería a domicilio.

En Francia, los cuidados domiciliarios se han ido transfiriendo a las regiones de forma progresiva bajo el control de las delegaciones locales del gobierno nacional.

Las ayudas domésticas se financian mediante la asistencia social y el seguro de pensión.

En Luxemburgo los servicios a domicilio más importantes son la ayuda doméstica y la enfermería domiciliaria, que además están gestionadas por organizaciones privadas y entidades sin ánimo de lucro.

En los Países Bajos, el grueso de los gastos para servicios sociales es destinado a cuidados en residencias , pero que en la actualidad va en aumento el número de cuidados domiciliarios para sustituir a los anteriores de carácter residencial. Son

financiados (hasta un límite) por un programa de gastos médicos excepcionales con participación privada en el pago de sus costes.

En Austria los cuidados a domicilio se financian y gestionan localmente por las autoridades provinciales , existiendo grandes diferencias entre las distintas provincias.

En Alemania (antigua RFA) las ayudas domésticas están financiadas por la asistencia social, previa evaluación de los recursos económicos de los solicitantes. Se prestan por el sector voluntario con subvenciones públicas.

En Italia, se está en el momento de transición de los cuidados en instituciones a los comunitarios estando los servicios a domicilio a cargo de unidades sanitarias locales financiadas por los fondos regionales.

En España, hasta 1972 no había ninguna política para personas mayores, concentrándose después en las residencias hasta 1979, fecha en la que se crearon servicios sociales de carácter local, incluyendo ayudas a domicilio y centros de DIA, estando los servicios domiciliarios a cargo de las autoridades locales y asociaciones de voluntarios y financiados por los ayuntamientos para personas de ingresos bajos.

En resumen, podríamos finalizar diciendo que sería deseable que en la Unión Europea, la Comisión elaborara un catálogo de" indicadores", los precisos, quizás no más de una veintena , que sobre el tema de la dependencia hicieran posible el más exacto conocimiento de los sistemas sobre dependencia y cuidados de larga duración en los distintos países.

Estos indicadores enviados oficialmente a los distintos países miembros de la Unión solicitando su cooperación, permitirían, utilizando el conocido método denominado "Open method of coordination " la homogenización de los resultados para su mejor comparación. Ello nos daría la auténtica pauta para el establecimiento de un posible modelo europeo.

Este ha sido el proceso empleado por el denominado "Pensions Forum" de la Comisión para el estudio de los sistemas de pensiones en Europa, su sostenibilidad financiera y posibilidades de modernización , en el que hemos tenido la oportunidad de colaborar como miembros de CEOMA y de AGE la" European older people´s platform " exponiendo de forma democrática y constructiva nuestros puntos de vista, "el de los mayores " de cada país, contrastándolos con los emitidos por los correspondientes organismos oficiales de protección social de los distintos países miembros de la Unión.

Madrid Abril de 2003

12.- Legislación y planes de atención a la dependencia en las Comunidades Autónomas españolas

Ponente: ***Conrad Ensenyat i Sacristán****, Presidente de Federació d'Organitzacions Catalanes de Gent Gran - FOCCAG*
Presidente: ***Eloy Ybáñez Bueno****, Embajador de España, Vicepresidente Consejo Asesor de CEOMA*
Vicepresidente: ***Manuel Serrano Herrero****, Vocal Junta de Gobierno Nacional de la Hermandad de Veteranos de las Fuerzas Armadas*
Secretario: ***Josep Muñoz Puerta****, Vicepresidente de la Federació d' Organitzacions Catalans de Gent Gran - FOCAGG*
Vocal: ***Rosa Lunas Masnou****, Vocal Junta Federació d' Organitzacions Catalans de Gent Gran –FOCAGG*
Experto: ***Demetrio Casado****, Director Técnico del Real Patronato sobre la Discapacidad, Madrid*

En esta ponencia nos referiremos a los aspectos relacionados con las Personas Mayores con dependencia y sus implicaciones, teniendo presente que si bien aceptamos que la dependencia no es un fenómeno nuevo, hay que convenir que constituye un problema social nuevo que merece una atención especial. Es un fenómeno que debido a su naturaleza y a su dimensión, puede tener implicaciones prácticas importantes en la definición de políticas sociales que se ven afectadas por la dimensión que está adquiriendo en la actualidad.

Queremos destacar el significado que utilizaremos de los conceptos clave. El Consejo de Europa definió en 1998 la situación de dependencia como: estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana. Existen diversas definiciones en lo que respecta a los Servicios Sociales, (prácticamente una por cada Comunidad Autónoma) siendo una de las más recientes la ley 3/2003 de 10 de abril del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.

En las proyecciones de futuro, al analizar el paralelismo entre envejecimiento y dependencia, se constata que al igual que se incrementa la expectativa de vida, disminuye progresivamente la mortalidad. Cada vez hay más personas mayores y éstas alcanzan edades más avanzadas, con las secuelas de deterioro funcional que suelen ir aparejadas al envejecimiento. Ello nos muestra la necesidad de legislar un conjunto de medidas políticas encaminadas a prevenir su aparición y a efectuar las previsiones necesarias para adaptarse a las consecuencias de la dependencia.

Los gobiernos luchan por mantener los niveles de prestaciones y financiación dando respuesta al creciente número de personas mayores dependientes que no pueden valerse por sí mismas y que cada vez resulta más difícil que estas personas puedan ser atendidas por sus familiares debido al incremento de la cuota de participación de la mujer en el mundo laboral, que tradicionalmente es quien se ocupa de prestar estas atenciones.

La atención a la dependencia debería configurarse como una nueva prestación del sistema de Seguridad Social al igual que se ha realizado en algunos Estados de la Unión Europea, sin embargo este tratamiento presenta una cierta complejidad si consideramos que se trata de prestaciones cuyas competencias fueron en gran medida traspasadas a las Comunidades Autónomas y en consecuencia la responsabilidad básica reside en ellas. No debemos olvidar que

en algunas CCAA, el proceso de descentralización hacia las Corporaciones Locales se halla en un estado avanzado, si bien en la mayoría de ellas se encuentra en un estado embrionario.

En este contexto lo más razonable podría ser articular una fórmula mixta, en la que la que la atención a las personas dependientes fuese compartida entre la Seguridad Social y las CCAA y en la medida de lo posible por las Corporaciones Locales, mediante un Programa de Atención a la Dependencia en el que se establezca un sistema de financiación a través del Estado.

Frente a la aparición del problema de la dependencia, la respuesta de las Administraciones Públicas no se hizo esperar. Así nos encontramos que en el ámbito de la Administración General del Estado entre los años1991 y 1999 se produjeron iniciativas relacionadas directamente con el problema de la dependencia como son:

Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991) Plan Gerontológico Nacional (1992-00), recientemente evaluado. Acuerdo Marco y Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Asuntos Sociales (1993) Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria de las Personas Mayores (INSALUD, 1995), Plan Estratégico del INSALUD (1999), Programa de Atención a las Personas Mayores (INSALUD 1999), Proyecto de Plan de Acción para Personas Mayores (2000-2005), Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (1999-2005)

A nivel Autonómico nos encontramos que a partir del Programa Vida als Anys de Atención Sociosanitària de Cataluña (1986), se han desarrollado otros como son: Programa PALET de la CCAA de Valencia (1995) y Plan de Calidad Asistencial Gerontológico (1998-2003), Plan de Servicios Sociales de Andalucía (1993-1996), Plan de Atención a las Personas Mayores en Aragón (1995), Plan Gerontológico del Principado de Asturias (1997), Plan Integral de las Personas Mayores de Baleares (1998), Plan de Acción Sociosanitaria para el Mayor de Cantabria (1999-2100), Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla- La Mancha (1998-2002), Plan de Atención Sociosanitario de Castilla y León, Programa de Atención Sociosanitaria de Galicia (1997), Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid, Plan Gerontológico de La Rioja (1994), Plan Gerontológico de Navarra (1997-2000), Plan Gerontológico de Euskadi (1994).

La preocupación de los responsables de las políticas públicas en materia Sociosanitaria está centrada en la confluencia de dos necesidades, por un lado están los tratamientos clínicos y por otro lado nos encontramos con el apoyo al ejercicio de las actividades de la vida diaria, cuya coordinación consiste en la integración de recursos y la colaboración activa entre profesionales sanitarios y sociales. Cabe señalar que la interdisciplinariedad ha sido uno de los logros de las comisiones sociosanitarias creadas durante los últimos años.

El Plan Gerontológico Estatal evalúa positivamente los resultados de la integración y coordinación de los servicios sanitarios entre si y con los servicios sociales a través de las experiencias de coordinación sociosanitarias como el Plan Andaluz de Atención Integral de Mayores, el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León, el Programa Vida als Anys de Cataluña, el Plan de Salud de Extremadura, entre otros.

Cabe destacar que el Plan Gerontológico Estatal para Personas Mayores 2000-2005 (5º borrador, de mayo de 2000) contempla en el área 1, la igualdad de oportunidades, estrategias de desarrollo de un sistema integral de atención a las personas en situación de dependencia, mejorando la coordinación con otros planes y promoviendo la inclusión del riesgo de dependencia como contingente de la Seguridad Social. El plan prevé también garantizar la igualdad territorial en el acceso a las prestaciones y servicios

Dentro del grupo de Programas y Planes Sociosanitarios de las CCAA cabe mencionar a aquellos que se caracterizan por crear una red específica de servicios sociosanitarios, que están dirigidos a toda la población con necesidades sociosanitarias, con una orientación dominante en unos casos de tipo sanitario y en otros de tipo social. Sus características más relevantes son:

1. El Programa Vida Als Anys (1986), es la primera iniciativa Sociosanitaria que tiene lugar en España. Surge en el propio Servicio Catalán de Salud y estaba dirigido en principio a colectivos de más de 60 años afectados de gran dependencia, demencias agudas y enfermedades terminales. Se apoya en una red de recursos de tipo sanitario como son los Programas de Atención a Domicilio (PADES) Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias (UFISS), Hospitales de Día de carácter sociosanitario, Hospitales y servicios de Larga Estancia y de Convalecencia.

   El modelo catalán tiene tres retos de futuro. El primero se refiere al pleno desarrollo del modelo. El segundo es el referente a la coordinación de los servicios sanitarios, sociales y sociosanitarios. El tercero es la conversión de la red sociosanitaria en una realidad que dependerá en buena medida del desarrollo e implantación de la atención sociosanitaria en otras CCAA.

2. El Plan de Atención Sociosanitario de Castilla y León se inicia con el decreto 16/1998, de 29 de enero, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Su orientación es predominantemente sanitaria, aunque no exclusiva, puesto que el plan de salud de dicha comunidad se apoya en el Sistema de Acción Social. Su objetivo era crear una Red de asistencia sociosanitaria de recursos ambulatorios, hospitalarios y de Residencias de Media y Larga Estancia. La Ley 5/2003 de 3 de abril, en su Título Cuarto trata de la atención a las personas mayores dependientes. En su capítulo segundo Art. 46 Planificación, determina que corresponde a la Comunidad de Castilla y León la elaboración de Planes y Programas de Actuación para el logro de objetivos comunes en materia sociosanitaria, con la intervención de los Órganos Institucionales de participación.

   El Plan se concreta en programas sobre enfermedades crónicas en fase terminal, enfermedades degenerativas(Alzheimer), patologías asociadas y no asociadas al envejecimiento, patologías psiquiátricas de larga duración y atención temprana de grupos de alto riesgo.

3. El Programa Sociosanitario de Galicia o Programa PASOS, se empieza a implantar en 1998. Depende de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. El Programa pretende orientar los servicios actuales y futuros bajo la lógica de la integración sociosanitaria Trata de establecer una metodología basada en la valoración de la persona dependiente dentro de un plan de cuidados individualizados que se centra en potenciar y dinamizar la atención sociosanitaria desarrollando recursos no institucionales. El Programa PASOS ha establecido un sistema de concertación y acreditación de centros sociosanitarios (media estancia, larga estancia) asistencia sanitaria.

4. El Programa PALET (Programa Especial de Atención Sanitaria a Pacientes Ancianos, Pacientes con Enfermedades de Larga Evolución y a Pacientes en Situación Terminal), es un programa de actuación sanitaria dirigido a los colectivos de personas dependientes. El gobierno de la Comunidad Valenciana estableció un acuerdo para desarrollar y perfeccionar el Programa PALET (Acuerdo del 16 de mayo de 1995 del Gobierno en materia sociosanitaria) El programa es de predominio sanitario ya que la dirección y la gestión dependen del Servicio Valenciano de la Salud y tiene como objetivos la curación y la calidad de vida de las personas dependientes.

5. Plan de Acción Sociosanitarias del Mayor de Cantabria (1999-2005) El programa pretende potenciar los cuidados necesarios para que el Mayor se mantenga en su entorno social en las condiciones más óptimas, al mismo tiempo que extiende sus objetivos a la potenciación de la atención a las personas dependientes, garantizando una atención integral , proponiendo la creación de un Consejo Autonómico del Plan de Atención Sociosanitario (CASYS) así como comisiones Sociosanitarias de Área y un equipo Técnico de Gestores que establezcan la red de servicios sociosanitarios necesarios, dando una especial importancia a los centros sociales, sanitarios y mixtos. La Ley 6/2001 de 20 de Noviembre de Protección a las Personas dependientes tiene por objeto desarrollar el derecho de estas personas, a la protección de su autonomía, libertad y dignidad

6. Programas Sociosanitarios de las Diputaciones Vascas. No existe como tal un programa sociosanitario que abarque a toda la comunidad Autónoma del País Vasco. Lo que existe son tres modelos sociosanitarios pertenecientes a las Diputaciones Forales de Vizcaya, Guipúzcoa y Álava, todos ellos tienen un doble marco regulador (Ley 5/1996 de 18 de Octubre de Servicios Sociales y Ley 8/1997, de 26 de Junio de Ordenación Sanitaria de Euskadi), cuyos objetivos son el logro de la universalización de las prestaciones sanitarias y sociales. El espacio sociosanitario vasco se basa en Acuerdos-Marco de colaboración entre el Servicio Vasco de Salud y los Departamentos de los Servicios Sociales de las Diputaciones Vascas que constituyen el espacio sociosanitario.

Acuerdos existentes: a) Convenio de Cooperación entre el Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Álava de 1993, b) Acuerdo-Marco entre el Servicio Vasco de Salud y la Diputación Foral de Guipúzcoa de 1996, c) Acuerdo- Marco entre el Servicio vasco de Salud y la Diputación Foral de Vizcaya de 1998.

También cabe destacar los Planes de Atención a Personas Mayores, de Andalucía (Ley 6/199), el de Castilla La Mancha para el período 1998-2002, el Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid de 1998 y otros Planes de Sanidad específicos como son los de Canarias (D.37/1997) y el II Plan Andaluz de Salud de 1999.

La preocupación de los responsables de las políticas públicas debe centrarse en aquellos colectivos de personas en las que el envejecimiento irá acompañado de otras características socioeconómicas que pueden conllevar la exclusión social y la necesidad de atenciones específicas. En la situación actual las políticas de protección social de la dependencia o de cuidados de larga duración van quedando bajo la iniciativa de los gobiernos de las Comunidades Autónomas y de la oferta empresarial privada.

A la hora de legislar medidas de atención a las personas discapacitadas, nos encontramos que los gastos imputables a la dependencia constituyen un elemento importante a considerar. Por un lado hay que analizar los costes de los cuidadores formales y por otro el coste de las curas formales de tipo comunitario. (Ayuda domiciliaria, Centros de día, Teleasistencia etc.)

En España nos encontramos ante una situación que difiere de forma sustancial de cómo se distribuyen los recursos económicos y cuales son las prioridades que se contemplan en cada una de las distintas Comunidades Autónomas. La atención a la dependencia debería integrarse dentro del sistema de la Seguridad Social al igual que sucede en otros Estados de la Unión Europea. Sin embargo este tratamiento presenta ciertas dificultades debido a que las prestaciones de servicios sociales y socio-sanitarios son competencias que en gran medida han sido traspasadas a las Comunidades Autónomas.

El Estado debería elaborar una ley de dependencia que regule el marco de financiación y el nivel de cobertura, abordando de forma rigurosa los mecanismos para garantizar unos niveles

de cobertura futuros de la dependencia que no estén sujetos a la disponibilidad local de servicios sociales de cada territorio, ni a la situación socioeconómica de cada persona.

En los próximos años se requerirá una mayor implicación de los sectores público y privado en la provisión de los cuidados de larga duración, siendo necesario elaborar unas leyes que definan claramente las actuaciones operativas de la dependencia. Esta definición debería realizarse en el ámbito de todo el Estado con lo cual se garantizaría un acceso equitativo al conjunto de las prestaciones y debería contemplar niveles diferenciados en función de las coberturas de tipo preventivo o rehabilitador. Sin embargo, estas leyes al tener como objetivo la salvaguarda de los principios de equidad y accesibilidad no deberían suponer un freno a las iniciativas de aquellas CCAA que debido a sus experiencias podrían mejorar su contenido en el futuro.

En España el derecho a la protección social a la dependencia, fue revisado a partir de la década de los años 80, como consecuencia de la aparición de la nueva legislación sobre servicios sociales, si bien la operatividad de estos principios de carácter universalizador no han sido todavía llevados claramente a la práctica.

Los expertos mantienen, dentro de un grado importante de unanimidad, la necesidad de establecer mecanismos explícitos de previsión y regulación legal sobre los contenidos y cobertura de los servicios sanitarios sociales, así como la financiación y de previsión para las Personas Mayores dependientes.

Hoy la ciencia nos dice que la dependencia no es consecuencia de la edad y que es posible disminuir la frecuencia e intensidad y retrasar su aparición. En otros países ya lo están consiguiendo, sin embargo en nuestro país, hay muchos casos de dependencia que no existirían si se hubiesen tomado las medidas legislativas oportunas en su momento. En España estamos por debajo de la media europea, por lo que es necesaria una ley justa universal y equitativa con carácter urgente. Es indispensable abordar de una manera inmediata una integración entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, para garantizar la continuidad de la atención sanitaria y los cuidados de larga duración con el fin de alcanzar la atención integral del ciudadano.

Frente al paciente con enfermedad aguda, que requiere un tratamiento puramente sanitario, o al ciudadano con un problema netamente social, que necesariamente deberá ser atendido por los servicios sociales, existe otro colectivo en el que mayoritariamente se encuentran las personas mayores, que precisa una continuidad entre la atención sanitaria y la social, en el ámbito sociosanitario.

Antes de profundizar en más detalles sobre el tratamiento de la dependencia debemos analizar el entorno y modelos de servicios sociales en los que se sustentan las bases de las políticas legislativas de las personas dependientes y sus familias.

La Constitución Española establece un modelo de Estado democrático, social y autonómico (Art. 1 y 2 CE) que comporta de una parte, un mandato a los poderes públicos para hacer efectivas la libertad, la igualdad y la participación de todos en la vida política, económica, cultural y social, así como a establecer una estructura territorial descentralizada. A partir de estos ejes constitucionales (Art. 147 al 150 CE) se construye el llamado Estado de las autonomías, cuya aplicación del reparto competencial en el campo de los Servicios Sociales supuso la transferencia a las Comunidades Autónomas (CCAA) con carácter de competencia exclusiva de los servicios y asistencias sociales, excepto los procedentes de la Seguridad Social en los que el Estado se reserva la legislación básica y el régimen económico. A partir de este momento todos los estatutos establecen, aunque con distintas denominaciones su competencia exclusiva en asistencia social y servicios sociales, así como la competencia compartida en materia de seguridad social.

Leyes Orgánicas a través de las cuales fueron asumidas por las Comunidades Autónomas, las competencias en materia de Asistencia, Servicios Sociales, Sanidad y Seguridad Social

Comunidad Autónoma	Ley Orgánica
• País Vasco	3 / 1979 de 18 de diciembre
• Cataluña	4 / 1979 de 18 de diciembre
• Galicia	1 / 1981 de 6 de abril
• Andalucía	6 / 1981 de 30 de diciembre
• Asturias	7 / 1981 de 30 de diciembre (mod. por LO; 3 / 1991 de 13 de marzo, 1 / 1994 de 24 de marzo y 1 / 199 de 5 de enero)
• Cantabria	8 / 1981 de 30 de diciembre(mod. por LO; 7 / 1991 de 13 de marzo y 2 / 1994 de 24 marzo)
• La Rioja	3 / 1982 de 9 de junio (mod. por LO; 3 / 1994 de 24 de marzo y 2 / 99 de 7 de enero)
• Murcia	4 / 1982 de 9 de junio(mod. por LO; 1 / 1991 de 13 de marzo y 4 / 1994 de 24 de marzo y 1 / 98 de 15 de junio)
• C. Valenciana	5/ 1982 de 1 de julio (mod. por LO; 4 / 1991 de 13 de marzo y 54 / 1994 de 24 de marzo)
• Aragón	8 / 1982 de 10 de agosto (mod. por LO:6 / 1994 de 24 de marzo)
• Castilla La Mancha	9 / 1982 de 10 de agosto(mod. por LO; 6 / 1991 de 13 de marzo y 7 / 1994 de 24 de marzo y 3 / 97 3 de julio)
• Canarias	10 / 1982 de 10 de agosto
• Navarra	13 de 1982 de 10 de agosto
• Extremadura	1 / 1983 de 25 de febrero(mod. por LO; 5 / 1991 de 13 de marzo, 8 / 1994 de 24 de marzo y 12 / 99 de 6 de marzo)
• Islas Baleares	2 / 1983 de 25 de febrero (mod. por LO; 9 / 1994 de 24 de marzo y 3 / 99 de 8 de enero)
• Madrid	3 / 1993 de 25 de febrero (mod. por LO; 2 / 1991 de13 de marzo, 10 / 1994 de 24 de marzo y 5 / 98 de7 de agosto
• Castilla y León	4 / 1993 de 25 de febrero(mod. por LO; 11 / 1994 de 24 de marzo y 4 / 99 de 8 de enero
• Ceuta	1 / 1995 de 13 de marzo
• Melilla	2 / 1995 de 13 de marzo

El contenido de las competencias traspasadas varía según se trate de Autonomías llamadas de vía rápida o de vía lenta. Después de la reforma que supone la Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, de transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 143 de la Constitución y de la subsiguiente reforma de los Estatutos de Autonomía para asumir dichas competencias, todas las Comunidades Autónomas tienen en sus manos los instrumentos básicos para establecer en su ámbito territorial las políticas y modelos de servicios sociales en las materias cuyas competencias les fueron transferidas. En concreto, se transfieren a las citadas CC.AA. las competencias de ejecución en materia de gestión de las prestaciones y servicios del sistema de Seguridad Social, INSERSO, aunque el estado se reserva la legislación básica y el régimen económico así como la planificación de ámbito estatal. Asimismo, la distribución de competencias varía según las características territoriales de la C.A. (uniprovinciales, pluriprovinciales) y de las entidades locales básicas que tengan reconocidas (islas, comarcas...).

El reparto de las funciones de los servicios sociales entre las administraciones públicas de las distintas comunidades autónomas no se ajusta muchas veces a criterios de descentralización. A menudo se ha optado por la descentralización de la gestión que en realidad

supone una centralización territorial. La distribución competencial en el interior de las CC.AA. entre las administraciones públicas, tienen conferidas las siguientes funciones: Planificación y programación general, Ordenación del sector (Condiciones mínimas servicios, registro, acreditación, inspección de precios, régimen sancionador, etc.), Coordinación del sistema, Asistencia técnica.

Las CCAA emprendieron el camino legislativo mediante la aprobación de leyes de servicios sociales, sin embargo este conjunto de leyes y normas a pesar de sus similitudes estructurales y conceptuales no presentan modelos uniformes sino que se pueden apreciar diferentes planteamientos políticos y técnicos, en donde todas las leyes pretenden establecer un sistema que ponga fin a la compleja y fragmentada legislación existente, que sea un servicio público así como también de responsabilidad pública. No debemos olvidar por tanto, que el desarrollo efectivo del derecho a los servicios sociales, depende en buena parte, de las leyes autonómicas que desarrolle cada una de las comunidades. Es importante destacar que estas leyes suelen dejar la eficacia y la extensión del derecho, en manos del desarrollo reglamentario y de las disponibilidades presupuestarias.

Una de las principales preocupaciones fue el diseño y la estructuración de un sistema organizativo eficaz mediante la simplificación del complejo entramado transferido. En general se optó por la creación de organismos de gestión (Institutos, Servicios, Gerencias, etc.) contempladas en las mismas leyes de servicios sociales o en normas posteriores.

En cuanto a la distribución competencial cabe señalar que la Constitución Española recoge en sus artículos del 147 al 150 el planteamiento básico de cuyo contenido queremos destacar:

a) De acuerdo con el artículo 149 de la CE, el Estado se reserva las siguientes materias y funciones relacionadas con el objeto de nuestra Ponencia:

   "La regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales (Art. 149.1.1º de la CE)

   " Bases y coordinación general de la Sanidad " (Art. 149.1.16º de la CE)

   " La legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas, que sigue el régimen competencial señalado en el articulo 149.1.17 de la CE

b) Que, entre las materias reservadas al Estado, no figura ni la asistencia ni los servicios sociales, por tanto "podrán corresponder a las Comunidades Autónomas en virtud de sus respectivos Estatutos". La competencia sobre materias que no se hayan asumido por las CCAA en sus Estatutos de Autonomía corresponderá al Estado, cuyas normas prevalecerán en caso de conflicto sobre las de las Comunidades Autónomas en todo lo que no esté atribuido a la exclusiva competencia de éstas "(Art. 149.3.).

Las Comisiones mixtas de traspasos, han coincidido en considerar el término constitucional asistencia social como definición que contiene en ella los servicios sociales y en este sentido se han transferido a las Comunidades Autónomas, con carácter de competencia exclusiva, las materias de "servicios y asistencias sociales de la Seguridad Social" con la única excepción que la constituyen la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de que sus servicios puedan ser ejecutados por las Comunidades Autónomas.

El eje central de los Estatutos lo constituyen la determinación sobre las capacidades de las Comunidades Autónomas en aquellos casos en que generalmente solo tienen competencias

compartidas. En materia de Seguridad Social, venía condicionado en primer lugar, por la citada reserva que la Constitución Española establece a favor del Estado en los artículos 149.1.17.º y en segundo lugar, porque las autonomías denominadas de" vía lenta " no podían inicialmente asumir esta materia, teniendo presente que la CE no contempla entre las 22 materias del artículo 148 CE que señalaba el techo competencial iniciado de estas Comunidades Autónomas, excepto aquellas que eran objeto por delegación del Estado mediante ley orgánica (Art. 150.2 CE). Si examinamos el tratamiento de esta materia en los textos estatutarios iniciales, podemos clasificarlos en tres grupos:

- Un primer grupo constituido por el País Vasco, Cataluña, Galicia, Andalucía, Navarra y Valencia que tienen atribuidas competencias en:

  - a) desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado, salvo las normas de régimen económico),
  - b) gestión del régimen económico,
  - c) organización y administración de todos los servicios
  - d) tutela de las instituciones entidades y fundaciones.

- Un segundo grupo constituido por las demás CCAA en cuyos Estatutos no se concretan las funciones que asumirían en esta materia, a excepción de la Región de Murcia (gestión del régimen económico de la seguridad social, Art.13 I. II) Canarias (ejecución de los servicios de la seguridad social Art. 3) Islas Baleares (servicios de la seguridad social y gestión de su régimen económico, Art. 12.5)

- El tercer grupo lo constituye la Comunidad Autónoma de Madrid, en cuyo Estatuto no se mencionaba esta competencia.

Mediante los acuerdos autonómicos de 28 de febrero de1992, se aprobaron por leyes orgánicas las reformas de los Estatutos de las autonomías de vía lenta (Asturias, Cantabria, La Rioja, Región de Murcia, Comunidad Valenciana, Aragón, Castilla la Mancha, Extremadura, Islas Baleares, Comunidad de Madrid, Castilla y León). Esta ampliación les atribuye competencias en materia de asistencia y servicios sociales de la Seguridad Social en dos grados distintos:

a) Competencia exclusiva en asistencia y servicios sociales. En estas últimas leyes orgánicas se mantiene la falta de rigor terminológico y así nos encontramos con la terminología:
Asistencia y bienestar social en Asturias, Cantabria, La Rioja y Extremadura
Bienestar social y servicios sociales en la Región de Murcia
Asistencia, bienestar social y desarrollo comunitario en Aragón
Asistencia social y servicios sociales en Castilla La-Mancha, Castilla y León
Asistencia y beneficencia sociales en las Islas Baleares
Asistencia Social en la Comunidad de Madrid
En el caso de Castilla-La Mancha, se cita como competencia la *promoción de ayuda a determinados colectivos* entre los que figuran los minusválidos

b) Competencia compartida en materia de servicios sociales de la seguridad social:
"Gestión de las prestaciones y servicios sociales del sistema de Seguridad Social IMSERSO" (Debemos dejar constancia que a nivel del Estado no se ha aprobado ninguna ley de servicios sociales, a pesar de haber sido anunciada en más de una ocasión, sin embargo las CCAA si emprendieron rápidamente actuaciones).

Este proceso de establecimiento de modelos de servicios sociales por vía autonómica se inició en 1982 con la aprobación por el Parlamento del País Vasco de la ley 6/1982 de 20 de mayo sobre servicios sociales y terminó diez años más tarde con la aprobación social de Cantabria. Actualmente todas las CC.AA, ya disponen de leyes en esta materia de servicios sociales,

algunas de estas leyes ya han sido modificadas (Madrid, Cataluña, etc.) otras (Galicia y País Vasco) se han renovado iniciando una segunda generación de normas autonómicas en la materia.

Este conjunto de leyes, a pesar de tener similitudes estructurales, que si bien no presentan modelos uniformes, si existe un fondo común de las distintas leyes las cuales recogen los diferentes planteamientos políticos, técnicos y de la realidad de cada comunidad. Todas las leyes responden a planteamientos de leyes marco a excepción de la región de Murcia y la más reciente de Galicia, que tienen un carácter más reglamentarista.

Todas estas leyes pretenden establecer un sistema público de protección social, un régimen público unificado, un sistema de acción social, un servicio público de servicios sociales, un sistema global de acción social, un sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, etc. El objetivo básico se centra en garantizar el derecho a los servicios sociales sin establecer en muchas ocasiones los mecanismos jurídicos y económicos correspondientes. No obstante se hace constar que las personas con derecho a los servicios sociales serán los españoles residentes en la Comunidad Autónoma y los transeúntes, así como los extranjeros, refugiados y apátridas que les corresponda de acuerdo con las normas tratados y convenios internacionales.

Podríamos clasificar las CCAA en dos grandes grupos: uno de carácter reducido, que son aquellas CCAA que solo incluyen las prestaciones generales y ambulatorias (información, orientación, ayuda a domicilio, acogimiento transitorio, animación comunitaria) y otro de carácter más amplio que incluye todos los servicios de uso frecuente y los de carácter residencial para los que resulta aconsejable el contacto del usuario con su familia.

En algunos casos se establece en la propia ley la delimitación territorial estableciendo zonas o sectores de actuación concretando el tipo de equipamiento que los albergará (centros de servicios sociales, centros sociales polivalentes, centros de acción social etc.) A pesar de que algunas leyes consideran que debería alcanzarse la gratuidad de estos servicios, domina el criterio que los usuarios o bien sus familiares deben contribuir económicamente al coste de estos servicios.

Si comparamos los textos legales sobre la discapacidad, se pueden apreciar diferencias notables. La mayoría de las leyes consideran a las personas con discapacidad como un colectivo que precisa de una atención específica a través de los llamados servicios sociales especializados, sin embargo la delimitación de este nivel, varía mucho en las diferentes normas. Mientras algunas leyes no definen el ámbito (Valencia, Asturias) otras se ciñen al objetivo de promocionar la integración social (Cataluña, Canarias), La mayoría de estas leyes supera ampliamente lo que correspondería a un criterio de servicios sociales en sentido estricto al extender su campo de acción a todo el ámbito especificado en el artículo 49 de la CE: prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social (Galicia, Extremadura, Madrid, Castilla y León, Castilla- La Mancha). En muchos casos se refieren a campos fuera del ámbito de los servicios sociales: aspectos educativos y laborales (Navarra, Extremadura, La Rioja, Galicia, Cantabria)

La extensión del concepto de los servicios sociales en el ámbito de la discapacidad, varía de un lugar a otro en función de las legislaciones autonómicas. Si examinamos las referencias legales relacionadas con los servicios sociales para las personas con discapacidad y especialmente las que se hallan en una situación de dependencia, encontramos una tipología de funciones, servicios y programas básicos que difieren entre algunas CCAA.

Funciones :

- Rehabilitación integral (Andalucía, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia).

- Integración social (Andalucía, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra).
- Mejora y calidad de vida (Canarias, Cantabria, Cataluña).
- Mantenimiento en su medio (Cantabria, Extremadura,Murcia, La Rioja, País Vasco).
- Participación en la resolución de sus problemas (Canarias, Cantabria, Cataluña Extremadura)
- Programas conjuntos (Castilla La- Mancha).

Servicios y programas básicos:

- Prestaciones técnicas no sanitarias (País Vasco, Galicia, Murcia)
- Diagnóstico y valoración (Galicia, La Rioja, Murcia)
- Asistencia domiciliaria (La Rioja, Navarra,Murcia)
- Rehabilitación, recuperación (Galicia, Murcia, Extremadura, Canarias)
- Centros de día y centros ocupacionales (La Rioja, Galicia, Madrid)
- Centros residenciales (Extremadura, Galicia, La Rioja, Navarra, Madrid
- Apoyo a las familias, (La Rioja, Murcia)
- Ayudas técnicas (Galicia)
- Prestaciones económicas (La Rioja, Navarra)
- La integración laboral (Murcia,

Las CCAA han desarrollado, con un grado distinto de implantación en cada una de ellas, entre otros los siguientes servicios de apoyo a las personas dependientes que les permite asegurar la permanencia en su domicilio:

Servicio de telealarma y teleasistencia.
Ayuda a domicilio (social).
Asistencia a domicilio (médica.
Servicios de respiro.
Centros de día

Asimismo cabe mencionar los Servicios Residenciales de Acogimiento en Familia, Residencias asistidas, Hospitales de crónicos, Viviendas tuteladas, Viviendas compartidas etc. que están siendo objeto de atención por parte de las CCAA.

PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

- Recomendamos que desde la juventud y edad adulta se incrementen los Servicios de Prevención a la Dependencia.

- Recomendamos que la Dependencia pase a ser protegida por el sistema de la Seguridad Social.

- Recomendamos abordar la integración de la Atención Sanitaria y los Cuidados de Larga Duración, salvaguardando los Principios de Equidad y Accesibilidad, manteniendo la Cohesión y la Calidad de los Servicios Sociosanitarios a través de una Ley de Dependencia

COMUNICACIONES

"LA DEPENDENCIA EN LA UNIÓN EUROPEA"

***D. Vicente Pérez Menayo**, Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales. Representación Permanente de España ante la Unión Europea*

1. ALCANCE DE LA DEPENDENCIA EN LA UE

En la Unión Europea (UE), los sistemas de protección social proporcionan a las personas asistencia médica y cuidados de larga duración apropiados, cuyos costes rebasan a menudo las posibilidades financieras de los beneficiarios y su familia.

En efecto, los sistemas de protección social de los Estados miembros de la UE, cubren los cuidados extra-sanitarios de larga duración ya sea por la vía de la ayuda social, ya sea a través de los servicios sociales locales, o por los regímenes de salud, o incluso mediante el aseguramiento obligatorio. No obstante, la situación en el entorno europeo no es homogénea y las soluciones aportadas por los distintos sistemas de protección social son variables.

Aunque la dependencia no es una situación exclusiva de las personas mayores, es cierto que su incidencia aumenta con la edad. A diferencia de la asistencia sanitaria, la necesidad de prestaciones de dependencia en la UE, prácticamente acaba de reconocerse como un riesgo social importante que los sistemas de protección social deben cubrir.

La Carta de Derechos Fundamentales de la UE (2000) establece: "La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de Seguridad Social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez".

2. EL DEBATE ACTUAL EN LA UNIÓN EUROPEA

El Consejo de la UE reconoce que el debate sobre los cuidados de larga duración en la Unión se encuentra todavía en una fase incipiente, en comparación con el emprendido en otras áreas de la protección social como la inclusión social o las pensiones.

En el marco de la reflexión sobre las medidas necesarias para hacer frente a los desafíos al envejecimiento de la población, el Consejo Europeo de Gotemburgo señaló, en junio de 2001, que "el Consejo, de acuerdo con el método abierto de coordinación basándose en un informe conjunto del Comité de Protección Social y del Comité de Política Económica, debería […] elaborar un informe inicial para el Consejo Europeo de la primavera de 2002 (Barcelona) sobre orientaciones en el ámbito de la asistencia sanitaria y de la atención a los mayores".

En este contexto, la Comisión elabora la Comunicación, "El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera" (COM (2001) 723 final), con el fin de dar respuesta al mandato otorgado por el Consejo Europeo de Gotemburgo. La Comisión Europea señala que los europeos consideran que la existencia de una protección de calidad contra el riesgo de enfermedad y de dependencia es un logro fundamental que ha de protegerse y adaptarse a los retos de nuestro tiempo, en particular el del envejecimiento demográfico.

La Comunicación llega a la conclusión de que los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración en la UE tienen ante sí el reto de alcanzar al mismo tiempo tres objetivos:

- el acceso de todos, independientemente de los ingresos o el patrimonio;
- un alto nivel de calidad de la asistencia;

– la sostenibilidad financiera de los sistemas de asistencia.

Estos tres grandes objetivos fueron aprobados por el Consejo de la UE, en la Presidencia española de la UE 2002, en un primer "Informe inicial sobre la asistencia sanitaria y la atención a las personas mayores" presentado al Consejo Europeo de Barcelona en marzo de 2002 (CONSEJO DE LA UE; doc. 6361/02; 2002).

Frente al creciente número de personas dependientes, los Estados europeos más avanzados en política social han establecido medidas para paliar los problemas derivados de la dependencia. Cada vez hay más EE.MM. de la UE que optan por un reparto más amplio de los riesgos a través de la prestación directa de servicios de asistencia a domicilio o en establecimientos. La responsabilidad de la prestación pública incumbe normalmente a las autoridades locales, a menudo en asociación con organizaciones no lucrativas. El enfoque alternativo al reparto de riesgos es el sistema de seguro.

En efecto, en algunos casos, las necesidades de cuidados de larga duración están cubiertas por los regímenes obligatorios del seguro de enfermedad y recientemente, algunos países han introducido un seguro de dependencia como nueva rama de su sistema de protección social. Ahora bien, existen grandes diferencias históricas en cuanto a la organización, la concepción y la financiación de los sistemas de asistencia de larga duración:

– en 1995, Alemania introduce el seguro de cuidados a las personas dependientes. La innovación del sistema alemán reside en el hecho de que los cuidados a las personas dependientes tienen su propia rama de seguro, dispone de medios propios de financiación y sus prestaciones son más amplias. No se trata, solamente, de un régimen de "cuidados socio-sanitarios" para las personas mayores, sino igualmente para todos los demás grupos de edad, comprendidos los niños y los cónyuges de los cotizantes;

– en 1998, Luxemburgo introduce un seguro de dependencia;

– a finales de 2001, Bélgica ha creado un "Seguro de dependencia flamenco", que es obligatorio para toda persona domiciliada en la región de Flandes;

– a comienzos de 2002, Francia ha instaurado, una prestación específica de dependencia ("Prestación personalizada de autonomía", APA), para responder a las necesidades particulares de las personas mayores;

– en cuanto a los demás EE.MM., las soluciones dadas a este asunto son variables y no pueden tratarse de un modo homogéneo, ya que el concepto de "dependencia" resulta de diferentes tradiciones sociales y se manifiesta en una amplia variedad de facetas.

Conviene recordar que la organización de los sistemas de protección social, sus modalidades de financiación y la oferta de asistencia en función de las necesidades de la población son competencia de los EE.MM. Sin embargo, esa competencia se ejerce cada vez más en un marco general en el que intervienen numerosas políticas comunitarias, lo cual justifica el desarrollo de una cooperación europea.

3. RESPUESTAS POLÍTICAS DE LOS ESTADOS MIEMBROS ANTE LOS RETOS DE LA DEPENDENCIA

En Presidencia española de la UE 2002, el Consejo Europeo de Barcelona invitó a la Comisión y al Consejo a que estudiaran "con mayor detalle las cuestiones de la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera" de los cuidados de larga duración. En respuesta al mandato de la Cumbre de Barcelona, el Comité de Protección Social, en cooperación con el

Comité de Política Económica, presentó un cuestionario a los EE.MM. para recopilar información sobre cómo abordan los tres objetivos establecidos en el informe orientativo inicial. A continuación, se contemplan las principales conclusiones que se derivan del análisis de las respuestas de los EE.MM. al cuestionario citado y propuestas de medidas futuras ("Informe conjunto Comisión-Consejo sobre la asistencia sanitaria y la atención a las personas mayores"; CONSEJO DE LA UE, doc. 6528/03; 2003):

1.ª Existe un rasgo común a todos los EE.MM. de la UE: el contenido y la naturaleza de la asunción por los poderes públicos de los cuidados médico-sociales de larga duración, constituye un tema central.

2.ª Se produce, además, una coincidencia generalizada en la necesidad de la intervención de las administraciones públicas respecto a la dependencia, bajo la forma de la asunción socializada de este "nuevo riesgo".

3.ª Se constata la prioridad del mantenimiento o de la asistencia a domicilio de las personas mayores dependientes, que corresponde no solamente a razones económicas, sino también al deseo de las personas mayores; ahora bien, ante las nuevas realidades sociales de la familia, si se pone a disposición más recursos para los establecimientos de cuidados de larga duración que para la asistencia a domicilio, es probable que más personas opten por dichos establecimientos.

4.ª Está admitido que no es aceptable basarse únicamente en la solidaridad familiar para dar asistencia a las personas incapaces de efectuar solas los actos de la vida cotidiana.

5.ª Se plantea la cuestión del estatuto de las personas, que asumen total o parcialmente la atención a las personas dependientes, singularmente, cuando estos últimos son voluntarios, siendo recurrente la necesidad de protección social y de ayuda a las personas que prestan estos servicios benévolos.

6.ª En el sector de los cuidados hay grandes dificultades y posibilidades en materia de empleo (nuevos "yacimientos"). Las dificultades incluyen los siguientes aspectos: cómo conservar al personal a pesar de las condiciones de trabajo, a veces bastante duras; cómo se puede contratar y formar a nuevo personal en vista del aumento de la demanda que se producirá en las próximas décadas; y cómo puede mejorarse la calidad del trabajo ofreciendo a los trabajadores del sector la posibilidad de desarrollar sus competencias y progresar profesionalmente. Las posibilidades de crecimiento del empleo son evidentes: el sector de los servicios sociales y de sanidad es ya un empleador importante que representó el 9,7% del empleo total en la UE en 2001.

7.ª Ante la aparición de problemas debidos a la descentralización (inadecuada orientación, control desigual, falta de calidad…), se identifican algunas iniciativas de coordinación centralizada para armonizar la asistencia: Reino Unido: National Care Standars Commission; Austria: Acuerdo entre el Gobierno Federal y los Länders que armoniza los cuidados de larga duración; Italia: Ley marco sobre un sistema integrado que garantice niveles homogéneos de prestaciones en todo el territorio.

8.ª Todos los EE.MM. intentan encontrar el mejor equilibrio entre cómo obtener una financiación suficiente para garantizar una asistencia adecuada y de calidad para todos, y cómo ofrecer servicios que presenten una mejor relación coste-eficacia.

9.ª Para los EE.MM. este equilibrio es un reto importante para la gestión global de los sistemas; por consiguiente, es necesario garantizar un proceso decisorio adecuado de concertación entre el sector de la asistencia sanitaria y el sector emergente de los cuidados a las personas dependientes, así como una mejor coordinación de las responsabilidades, tanto geográficas como institucionales, en el ámbito de la prestación de asistencia sanitaria y los servicios de cuidados de larga duración para los mayores.

10.ª La búsqueda del mejor equilibrio plantea también cuestiones en materia de buen gobierno (gouvernance). Debe encontrarse un equilibrio entre la búsqueda de los objetivos de calidad, establecimiento de estándares y contención de los costes, dirigidos a menudo a nivel nacional, y la gestión y prestación de la asistencia, a nivel regional y local.

Para los legisladores y los responsables públicos, la complejidad del nuevo desafío de la atención a las personas dependientes, es innegable.

“HACIA LA RACIONALIZACIÓN DE LAS RESIDENCIAS DE MAYORES”

D. Rafael Gutiérrez-Colomer, *arquitecto.*

EL PANORAMA

Una demanda creciente de dotaciones al servicio de los mayores, debida al aumento de las expectativas de vida del ser humano, está propiciando el aterrizaje (sin paracaídas en muchos casos) de aficionados en el sofisticado y nada fácil mercado de las residencias para mayores, sin una visión global del problema de la asistencia, que permita establecer una política empresarial de inversiones en necesidades que no son uniformes para sus miembros, tan diversos como la sociedad de la que provienen, sin otro punto común que la edad y sus secuelas.

CONFIDENCIA

No quisiera olvidar aquí mi primer contacto con estos problemas en Suecia durante mi juventud, donde pude acceder al estudio del famoso arquitecto Asplund gracias a su viuda, primera persona que me enfrentó a un problema, que ella misma padecía.

Mi deuda se debe hacer extensiva al Ingeniero de Construcción Rune Gaefke, Jefe de Estudios en la Universidad Popular, bajo cuya tutela trabajé como arquitecto en ciernes, con quien pude conocer las ciudades satélites de Farsta y Välingby (vanguardia entonces) y algunos de los planteamientos, que se hacían en relación con este tema.

Supuse que podría importar en España mis nuevos conocimientos, sin haber sopesado las diferencias sociales, económicas, políticas, culturales, geográficas y climáticas.

ADVERTENCIA PARA CAMINANTES

En un error similar estamos cayendo ahora. Aunque contamos con notables excepciones de empresarios, cadenas e instituciones que se han ido especializando en los últimos años, modelo a imitar dentro y fuera de España, debemos recordar que hablamos de predominancias y no de excepciones. Mis disculpas para aquellos que ya están curados de espanto. Insisto en la necesidad de evitar voluntarismos, espontáneos y palos de ciego. A los desinformados me dirijo. Hemos de definir un escenario general en el que encajar todas las piezas del puzzle.

España, por clima, situación geográfica, experiencia y capacidad innovadora, tendrá mucho que aportar en el futuro.

LA SOLUCIÓN CON MAYÚSCULAS NO EXISTE, pero podemos aproximarnos desde los distintos sectores (privado, público o asociativo, con o sin ánimo de lucro) llamados a intervenir responsablemente coordinando los esfuerzos económicos, sociales, políticos y organizativos, que ahora se realizan de forma dispersa e invasiva, con el tino y flexibilidad necesarios, si queremos optimizar los resultados, mediante una política empresarial de actuación, no partidista y consensuada, para alcanzar una intervención progresiva y continuada, que no dependa de los resultados electorales de cada momento.

ALTERNATIVA ACTUAL

La convocatoria de la C.E.O.M.A. es el territorio más identificado con el problema de las dependencias ocasionadas por la edad y menos contaminado por intereses ajenos de cualquier signo, por lo que en su seno podemos hacer prosperar el diálogo y la confrontación para alcanzar acuerdos significativos. Puede brindar también, si quiere ser más operativa,

información y asesoramiento a las partes que lo necesiten y demanden, además de propiciar el intercambio de experiencias mediante los recursos que la tecnología pone a su alcance.

ERROR FRECUENTE

Tras más de treinta años de actividad profesional, he podido comprobar que algunos empresarios esperan de cualquier arquitecto la solución definitiva, ignorando que aprendieron a dar forma edificable a un programa de necesidades previamente definido por la propiedad. Pero no estudiaron cada uno de los edificios posibles. Es el empresario, debidamente asesorado, quien debe decir al profesional lo que quiere. Una cuestión tan obvia se olvida a menudo:
He visto como un promotor neófito confió en un gran profesional. Consiguió un proyecto de indudable belleza arquitectónica, pero inviable económicamente.

En el extremo contrario, un promotor eligió un recién licenciado, que hizo dócilmente cuanto le indicaban. Todos encantados. El único inconveniente fue comprobar, al solicitar la licencia, que el trabajo incumplía las ordenanzas por ignorar el novicio, no sólo la normativa, sino incluso su existencia.

ALGUNOS ARQUETIPOS

Los nórdicos fueron los pioneros en favorecer la reutilización de los grandes pisos, habitados por mayores solos, para el hospedaje de jóvenes. El tipo de acuerdo podía incluir pago, aunque en la mayoría de los casos se trocó ayuda y compañía por alojamiento.

Los grandes chalés, reciclados como vivienda colectiva, fueron otro experimento. El escaso número de beneficiarios y la alta repercusión de la mano de obra para su mantenimiento, hicieron inviable esta solución.

Se ensayó un cierto grado de autogestión tutelada con mejores resultados y ha dado lugar a distintas versiones, una de ellas ha sido incorporada en nuestro país.

La pequeña residencia, diseñada ex novo es posible como negocio familiar, en que pueden trabajar todos sus miembros con algunos externos de apoyo. Los mayores se sienten más felices y en familia, cuando el talante de los anfitriones es el adecuado. No es aplicable la economía de escala, pero se abaratan los costos familiares de dormitorio y alimentación, consiguiéndose el pleno empleo. Debemos armonizar las necesidades colectivas con la intimidad familiar.

En otros casos el mayor duerme en su casa y es cuidado en un espacio denominado centro de día, equiparable a las guarderías infantiles, aunque dotado de profesionales, medios, distribución, actividades y mobiliario específicos. Algunas veces se asiste a domicilio mediante voluntariado o profesionales remunerados. Es aconsejable que el mayor sea capaz de valerse hasta cierto punto por sí mismo.

Aunque no se planteó como exclusiva para mayores, merece la pena mencionar la vivienda-hotel, propuesta sueca para facilitar el acceso de la mujer al trabajo. Los ancianos que las habitan están mejor protegidos, sin más problema que mudarse a un apartamento menor. Dado el sistema de propiedad (la casa es del municipio) el inmovilizado generaba un lento reciclaje de recursos, por lo que se retardaba la producción de viviendas en beneficio de pocos.

Una variante de esta solución ha sido desarrollada en Francia con gran éxito, obviando el problema del inmovilizado mediante la venta. Se trata de edificios de apartamentos donde es posible la visita o la compañía permanente, en el caso de asistidos, que viven en su propia casa. La empresa presta servicios en los bajos, cuya propiedad se reserva.

En España, donde la mayoría de las familias es propietaria de su vivienda, e incluso de otra vacacional, se ampliaría notablemente el espectro de personas con recursos para esta solución.,resolviéndose el problema de las trasmisiones a herederos.

(Un imitador que pretendió trasladarse a la periferia para abaratar la inversión, con la excusa de la tranquilidad, ha tenido dificultades económicas por su escasa aceptación.)

Las soluciones exigen ciertos conocimientos en cuanto al Nº de habitaciones a edificar (limpiar y mantener) en función de la optimización de los recursos humanos (equilibrio entre la rentabilidad y fatiga de la mano de obra) y del servicio de comedor (rentabilidad y calidad de la cocina) por lo que se barajan unos módulos por debajo de los cuales no es aconsejable la inversión.

En la actualidad se ensaya la integración de vivienda joven en la última planta. Sus defensores aluden a la necesidad de evitar el gueto. A las advertencias de choque generacional oponen que cierto grado de conflictividad es positiva (crisis = vida), si no perdemos el control de la situación.

Para aprovechar los recursos existentes podemos admitir durante el día mayores externos. La residencia que admite transeúntes, exige un planteamiento previo para evitar la invasión de los transeúntes en el espacio privado.

LOS PASOS A DAR

- El primer paso será por tanto saber a que sector queremos captar.
- En segundo lugar: ¿Nos dirigimos a válidos, al grupo de los asistidos o a ambos?
- Una vez acotado este segundo aspecto debemos decidir el tamaño.
- En cuarto lugar debemos buscar una ubicación idónea.
- No debemos olvidar que una residencia para mayores es y debe ser una industria, un negocio. No hay residencias gratuitas. Podrá no pagarlas el destinatario, pero siempre hay alguien que paga. Tanto si es el usuario, como si lo hacen las instituciones, ha de realizarse un estudio económico que evite sorpresas.
- El corazón de esta industria es la cocina. Es muy importantes el control de la despensa sin que se produzcan fugas, ni roturas.
- En caso de emplear inmigrantes será conveniente prever alojamiento del servicio con cierta privacidad.
- Las instalaciones de fontanería, climatización y electricidad han de ser especialmente cuidadas, diseñando soluciones para evitar la interrupción del servicio en caso de avería. Lo mismo hemos de decir con respecto a los riesgos de incendio y accidente, o con la accesibilidad. Un dato que se olvida con frecuencia es la diferenciación, para evitar la desorientación, de las plantas y zonas mediante referencias (color, imágenes, materiales, etc.). La cartelería debe tener en cuenta la pérdida de vista e incluso la ceguera. La elección de materiales funcionales con ponderación y conocimiento es una fuente de ahorro.
- Las posibilidad creciente de incluir la domótica (edificios inteligentes) exige el estudio de una empresa especializada
- La modulación, en función del tiempo dedicado a cada habitación, es fundamental. Un trabajador sobre explotado es conflictivo y genera un mal servicio.

No debemos olvidar que, cuando una mayor competencia lleve a la guerra de precios sólo sobrevivirán las residencias que previeron un diseño profesional bien planificado.

Vale la pena pensarlo y optimizar los recursos a través de las oportunidades que la CEOMA nos brinda. Mi agradecimiento por ofrecerme participar en este encuentro.

"ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA. UN RETO DEL SIGLO XXI"

Dr. D. Juan Manuel Martínez Gómez, *Director Nacional Eulen Servicios Sociosanitarios, Geriatra.*

El envejecimiento en España es un fenómeno que a finales del siglo pasado y más concretamente en éste, juega un papel fundamental en los aspectos económicos, sociales y sanitarios que afectan a las necesidades y demandas de los mayores.

El número de personas mayores de 65 años según el INE (Padrón Municipal 2002, de agosto 2003) representan el 17,14% de la población total, lo que asciende a 7.169.437 personas.

Parece ser que en los estudios demográficos que se han hecho de aquí al 2011, no va a crecer significativamente los mayores de 65 años, pero si de forma muy importante los mayores de 75 quienes tendrán más factores de riesgo para presentar algún tipo de dependencia en las actividades de la vida diaria y es en la segunda y tercera década del siglo XXI, donde empezarán a incrementarse de nuevo el número de personas mayores de 65 años, como consecuencia de la entrada en este grupo de población de los nacidos del baby-boom español..

Este envejecimiento del envejecimiento a lo largo de los próximos años incrementará los factores de riesgo para presentar algún tipo de dependencia, aunque también, como consecuencia del desarrollo de la medicina y de la higiene y hábitos de vida el porcentaje de personas dependientes tiende a decrecer en cifras relativas pero no en absolutas. Hoy día el número de personas mayores de 65 años con dependencia leve, moderada o grave varía entre un 1.500.000 y 2.000.000 según los diferentes estudios realizados al respecto y el número de mayores con dependencia grave y moderada entre 800.000 y un 1.000.000. Cuando hablamos de mayores de 80 años los porcentajes casi se duplican.

Los recursos de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, centros de día y residencias dedicadas a personas mayores de 65 años, según la última actualización del informe del IMSERSO 2002 a julio de 2003, son de 104.313, 197.306, 18.639 y 239.761 respectivamente, lo que eleva a un total de 560.019 las personas mayores que reciben alguno de estos recursos. Para conseguir llegar a una cifra teórica de 1.908.934 personas con dependencia leve, moderada o grave se tendría que incrementar en 1.348.915 estos servicios.

El presupuesto sin tener en cuenta la inversión necesaria para prestar estos servicios asciende a 5.960,25 millones de euros, aumentando los mismos en 657.511 usuarios la teleasistencia, 447.943 usuarios la ayuda a domicilio con intensidad de 10 horas /semanales, 124.750 plazas las estancias diurnas y 118.711 plazas de residencias asistidas.

El presupuesto necesario para prestar estos servicios generaría un empleo entre 230.000 y 366.000 puestos de trabajo y descendería a 2.598,76 millones de euros, que corresponden al 44% del presupuesto inicial. Estas disminuciones se deben a que la Administración recaudaría en virtud de la creación de puestos de trabajo, la cotización de la seguridad social derivada del empleo generado y lógicamente, en función de ese empleo disminuirá el presupuesto dedicado al paro, por otra parte también recaudaría el IVA correspondiente a la prestación de dichos servicios, así como la aportación hecha por los nuevos receptores de los mismos.

Este informe se ha modificado con las últimas cifras publicadas por INE de mayores de 65 años, así como también, por la actualización hecha por el Imserso del Informe 2002.

“PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA: EL RETO DE LA MEDICINA GERIÁTRICA”

Dr. D. Leocadio Rodríguez Mañas, *Presidente de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica.*

Tradicionalmente el foco de la atención a los problemas de salud de los ancianos se ha puesto sobre el tratamiento de la dependencia. Se consideraba que el objeto de la geriatría clásica se centraba en aquellos ancianos que ya presentaban incapacidad. En los últimos años este abordaje ha cambiado radicalmente debido a múltiples causas, entre las que cabe destacar las siguientes:

1) Se ha demostrado más allá de toda duda que la dependencia y la incapacidad no son consecuencias inevitables del envejecimiento.

2) Por el contrario, se ha demostrado que la dependencia es consecuencia de factores detectables, prevenibles y tratables.

3) De hecho, las tasas de dependencia están disminuyendo de manera espectacular en los países desarrollados, por lo que el objetivo de una vejez libre de discapacidad se está convirtiendo en una realidad.

4) La mayoría de los ancianos se encuentran libres de incapacidad severa.

5) Mientras que en las personas con incapacidad severa los tratamientos con intención curativa o de mejoría significativa de la autonomía funcional suelen fracasar, los tratamientos realizados en estadíos leves de la incapacidad consiguen revertir o detener el deterioro.

6) El incremento de los costes sanitarios no se deben sustancialmente al envejecimiento sino a la dependencia.

Todas estas razones han llevado a variar el foco desde una atención sanitaria a las personas mayores eminentemente protésica hacia una orientación preventiva, haciendo cada vez más énfasis en los componentes sanitarios y preventivos que en los sociales y custodiales (no más de un 2,5-3% sería subsidiario en España, según datos del estudio Toledo, de lo que se ha venido denominando atención sociosanitaria). A este cambio ha contribuido significativamente un concepto que ha venido a fijar el marco conceptual de actuación preferente de la medicina geriátrica: la fragilidad. Entendida como una situación de especial vulnerabilidad para el desarrollo de deterioro funcional como consecuencia de la disminución de la reserva funcional, ha aportado las bases fisiológicas y fisiopatológicas del proceso de perdida de autonomía funcional, a la vez que se ha mostrado predictora de muerte, deterioro funcional, hospitalización e institucionalización permanente. Ya disponemos por tanto de un instrumento para detectar precozmente a las personas con riesgo de incapacitarse, permitiendo intervenir sobre ellas. Solo falta que podamos aplicarlo desde las estructuras sanitarias adecuadas, de las que tan necesitado está nuestro, por otra parte excelente, Sistema de Salud.

"DESATAR AL ANCIANO Y ENFERMO DE ALZHEIMER"

Dr. D. Antonio Burgueño, *Hospital G.U Gregorio Marañón.*

Concepto de sujeción

Existen 2 grandes tipos de sujeciones aplicadas directamente sobre la persona.

DEFINICIONES
sujeción Física es: *Cualquier método, aplicado a una Persona, que limite su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo.* sujeción Química es: *El uso de drogas psicotropas, sedantes o tranquilizantes, para manejar un problema, para el que existe un tratamiento mejor.*

Dimensión del problema:
Justificación de un "programa" para racionalizar su uso

Se puede afirmar que en España existe un uso excesivo e inadecuado de sujeciones, tanto físicas como químicas, en personas mayores dependientes en general, y personas con Enfermedad de Alzheimer en particular.

El uso de restricciones se opone a los principales objetivos de los cuidados a personas dependientes, es decir, lograr el máximo grado de independencia y calidad de vida, posibles.

una tragedia diaria y silenciosa
mas de 500.000 personas mayores de España, dependientes o enfermas crónicas, son sometidas a algún tipo de sujeción diariamente
hablamos de personas atadas

Las personas sometidas a algún dispositivo de limitación física se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima. El objetivo de eliminar o reducir al mínimo su uso debe ser, por tanto, una clave de la práctica clínica en el sector sociosanitario.

Algunos estudios realizados en centros de cuidados prolongados de España[1, 8] demuestran que entre un 30 y un 60% de los residentes están sometidos a algún dispositivo de limitación física.

Las comparaciones internacionales y otros estudios hablan de un uso excesivo e inadecuado en varios países, pero España se sitúa a la cabeza, pudiendo considerarse una lacra. Ver tabla.

% de uso de restricciones físicas diariamente en centros de cuidados a personas mayores								
	Dinamarca	**Francia**	**Islandia**	**Italia**	**Japón**	**España**	**Suecia**	**EE.UU.**
%	2.2 (0.4)	17.1 (5.8)	8.5 (0.6)	16.6 (2.1)	4.5 (1.5)	39.6 (0.7)	15.2 (3.3)	16.5 (2.4)

Por otro lado, los fármacos psicotrópicos se cuentan entre los agentes prescritos con mayor frecuencia a los residentes de centros de cuidados prolongados[2, 3, 4, 5]. Entre un 35% y un 65% de los residentes reciben medicamentos psicotrópicos.

La razón fundamental que apoya el uso de dispositivos de limitación física es proteger de caídas, sin embargo muchos estudios contradicen a esa idea, demostrando que el riesgo de accidentes y caídas graves aumentan con su uso[6, 7].

La Confederación Española de Organizaciones de Mayores dijo: **Mayores Atados: "El maltrato admitido"**, en un "punto de vista" que editó en octubre de 2002[9].

A partir de ideologías equivocadas, tanto por parte de la sociedad en general, como por parte de los profesionales en particular, nuestros mayores dependientes tienen que ser victimas de medidas que tienen un fuerte impacto sobre ellos.

La mayor parte de las sujeciones aplicadas tienen una alternativa.

Los efectos son demoledores cuando se usan de forma diaria y rutinaria. En el **cuadro** podemos ver los perjuicios documentados de las sujeciones.

Efectos físicos:	Efectos Psicológicos:
1. Úlceras por Presión. 2. Infecciones. 3. Incontinencias (urinaria y fecal). 4. Disminución del apetito. 5. Estreñimiento. 6. Pérdida del tono muscular - Atrofia y debilidad.	7. Miedo / Pánico. 8. Vergüenza 9. Ira. Agresividad. 10. Depresión. 11. Aislamiento Social. 12. Retiro/ Apatía.

Las personas que más riesgo tienen de padecer sujeciones físicas son las dependientes ver **cuadro.** En síntesis, se usan en personas que necesitan mucha ayuda o vigilancia, y personas que son más difíciles de dominar.

Factores de riesgo de ser sometidos a sujeciones físicas:	
1. Demencia. 2. Deterioro funcional físico. 3. Ser mujer. 4. Edad avanzada. 5. Conducta inapropiada.	6. Riesgo de caídas. 7. Uso de medicamentos tranquilizantes. 8. Pobreza. 9. Desarraigo familiar. 10. Necesidad de cuidados médicos instrumentales.

Aspectos éticos y legales

Como cualquier persona, un dependiente o enfermo crónico **tiene derecho a estar libre de sujeciones impuestas por disciplina o conveniencia**, y ese derecho debe estar en los códigos éticos de profesionales e instituciones y debe ser contemplado en las leyes y normas específicas.

Grandes líneas directrices para eliminar esa lacra
Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer

Otros países con un uso excesivo e inadecuado de las sujeciones llevan tiempo aplicando medidas para corregir el problema.

Se sabe que existen tres caminos a seguir, con gran impacto en esa racionalización perseguida, a saber:

- La formación y asesoramiento a las organizaciones
- Las leyes o normas
- La conciencia social

El programa "Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer" quiere promover el uso racional de todo tipo de restricciones, y para ello cuenta con un grupo de expertos capaces de:

- Definir el problema y cuantificarlo
- Educar a los agentes participes e interesados
- Formar a profesionales
- Dar soporte técnico y Asesoramiento a organizaciones
- Investigar sobre el problema
- Acreditar centros y Servicios, así como a organizaciones profesionales

Sobre la base de Información, Estándares Validados, Charlas y Cursos, Conocimientos Especializados, Guías, y Protocolos.

Bibliografía

1. Burgueño, AA. Rodríguez, MP. Ramos, P. *Evaluación del pilotaje de implantación del RAI en las residencias públicas de la comunidad de Madrid*. Agathos (2001); 1: 30-37
2. Fidalgo García, M.L. Molina García, T. Millán Pacheco, F. *Prescripción farmacéutica en residencias de ancianos.- Comparación con ancianos ambulatorios*. Medifam (2001); Vol:11, nº 2: 73-82.
3. Phillips CD, Spry KM, Sloane PD, Hawes C. *Use of Physical Restraints and Psychotropic Medications in Alzheimer Special Care Units in Nursing Homes*. Am J Public Health 2000; 90: 92-96.
4. Sloane PD, Mathew LJ, Scarborough M. *Physical and pharmacological restraint of nursing home residents with dementia.* JAMA 1991; 265: 1278-1282.
5. Ramos, P. *Perfil de prescripción y gasto farmacéutico en centros residenciales*. Tesis del Master de Administración Sanitaria. Escuela Nacional de Sanidad (1995-1997).
6. Tinetti, ME. Liu, WL. Ginter, SF. *Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities*. Ann Intern Med (1992); 116: 369-374.
7. Evans, LK. Strumpf, N. *Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraints*. J Am Geriatr Soc (1989); 37: 65 –74.
8. Ljunggren, G. Phillips, CD. Sgadari; A. *Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries*. Age and Ageing (1997); 26-S2: 43-47.
9. http://www.ceoma.org/noticias/article_2002_puntodevista_6.html

"NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN SOCIAL: LAS NUEVAS RESIDENCIAS DE MAYORES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA"

Dr. D. Joaquín Martínez Gómez, *Director General de Servicios Sociales, Consejería de Bienstar Social, Generalitat Valenciana.*

La evolución de la sociedad, la caída de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, entre otras circunstancias, han dejado atrás viejos conceptos vinculados al estado del bienestar, para dar paso a otros más acordes con las nuevas actitudes sociales y la actual sociedad del bienestar.

Las políticas de bienestar y servicios sociales, que se desarrollaban en función de la demanda, dejan paso a unas nuevas políticas activas, basadas en la planificación y en adelantarse a las futuras necesidades que genere la evolución de la sociedad.

En España existía un déficit histórico en servicios sociales dirigidos a la tercera edad. Durante la década de los ochenta y los primeros años noventa se produjo un considerable incremento de los recursos sociales más tradicionales y comenzaron a desarrollarse servicios de carácter más innovador.

En el caso de la Comunidad Valenciana, el déficit de plazas residenciales que existía en 1995 hizo imprescindible que el Gobierno Valenciano buscara fórmulas que garantizaran el incremento de estos recursos sociales, fórmulas novedosas que no supusieran un incremento en los impuestos de los ciudadanos ni un gravamen excesivo para los presupuestos de la Generalitat.

Con este fundamento, la Generalitat Valenciana puso en marcha en 2001 la renovación profunda del modelo residencial, adoptando una fórmula totalmente novedosa de "gestión social", combinando la titularidad del servicio (que permanece bajo la responsabilidad de la Generalitat), la titularidad gestora (recayendo en las empresas de servicios) y la titularidad efectiva de las plazas (una titularidad de las plazas garantizadas, denominadas "plazas de accesibilidad social").

Con las Nuevas Formas de Gestión, en el año 2005 la Comunidad Valenciana habrá superado las 25.000 plazas residenciales, alcanzando el 3´71% de la población mayor de 65 años.

Lo importante, las personas

El Gobierno Valenciano no puede quedarse al margen de los cambios que la sociedad, la cultura del bienestar y la política, van experimentando. Lo fundamental es cubrir las necesidades totales de la población dependiente, en este caso los mayores, pero con dos parámetros: controlando el crecimiento presupuestario y mejorando constantemente la calidad de los servicios.

Esta es una nueva e innovadora fórmula que, dejando la construcción y gestión de los nuevos centros en manos de los empresarios, nos permite la creación de plazas residenciales públicas sin tanto esfuerzo económico.

El nuevo modelo de gestión, apuesta claramente por el principio de eficiencia presupuestaria, combinando la eficacia que requiere toda actuación destinada a la atención a personas mayores con el mínimo coste posible.

Equilibrio geográfico en toda la Comunidad

Desde una perspectiva puramente geográfica, el nuevo modelo de gestión responde al criterio de equilibrio territorial, diseñando un modelo de distribución equitativa y equilibrada de centros en el conjunto del territorio de la Comunidad Valenciana, de manera que se garantiza una asistencia a todos los usuarios que lo necesiten en todo el territorio valenciano.

El principal compromiso que asume la Generalitat Valenciana a través de esta fórmula gestora, es la garantía pública en la atención a personas mayores dependientes. Dicha garantía, debe entenderse en términos de resultado. La Generalitat Valenciana garantiza un sistema público de atención a personas mayores dependientes, de forma que es la administración pública quien asume la responsabilidad de que las personas mayores que lo necesiten, atendiendo a sus circunstancias sociales o económicas, sean atendidos en centros de calidad.

En definitiva, lo que interesa a la sociedad actual es la cobertura de sus necesidades y no tanto quién preste el servicio o lleve a cabo la obra, cobertura que será garantizada en todo caso por la Generalitat Valenciana a través de un sistema público.

Son pues, medidas como la presente, las que generan una confianza real de la sociedad en las instituciones del Gobierno Valenciano, confianza que se basa en la seriedad y solidez demostrada por la creciente sensibilidad social de la que se ha hecho acreedora la Generalitat Valenciana.

Apuesta por la calidad

En definitiva, la Generalitat Valenciana ha implicado a 13 empresas para que construyan 73 residencias nuevas para la Tercera Edad, con una capacidad de 9.021 plazas. De ellas, la tercera parte, 3.000, serán públicas, es decir, podrán ser usuarios personas mayores dependientes con escasos recursos económicos.

La iniciativa social invertirá 270,4 millones de euros (45.000 millones de pesetas), con lo que la conselleria de Bienestar Social podrá destinar los 90,1 millones de euros (15.000 millones de pesetas) correspondientes a las plazas públicas que se quedará la Generalitat Valenciana, para usos alternativos dirigidos igualmente a los mayores dependientes.

Detrás de cada centro nuevo y de cada una de las 9.021 plazas que se creen, está la Generalitat Valenciana, ejercitando funciones de control e inspección, fijando los precios de cada plaza residencial, y exigiendo el cumplimiento de los niveles de calidad propuestos por cada licitador en su oferta.

Las empresas adjudicatarias son, en más de un 90%, empresas valencianas y pertenecientes al tejido económico valenciano o con fuerte penetración en nuestra comunidad. Ha habido una fuerte apuesta por el empleo, con la creación, al final del proceso, de 2.700 puestos de trabajo estables. Los adjudicatarios han sido, en su conjunto, quienes han presentado una oferta más cualificada en términos de plantilla de personal y de formación de sus trabajadores.

La empresa valenciana ha aceptado el reto de la nueva economía y ha apostado muy fuerte por un sector económico en expansión: el de la atención a los mayores. Esto supone una inyección de competitividad a nuestro tejido productivo y garantía del liderazgo de la Comunidad Valenciana en un sector en desarrollo: el de la atención gerontológica.

“DEPENDENCIA: ENTRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA PREVENCIÓN”

Dr. D. José Manuel Ribera Casado, *Jefe del Servicio de Geriatría del Hospital.*

Las personas dependientes han sido definidas por el Consejo de Europa (1998) como "aquellas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria". En el caso del anciano las principales causas vienen derivadas de las pérdidas en los órganos de los sentidos, o de procesos vinculados a los sistemas cardiovascular o osteoarticular, a las enfermedades neurodegenerativas o a los llamados síndromes geriátricos. En este breve comentario quiero apuntar de forma esquemática algunos aspectos relacionados con el papel que la prevención puede jugar en las limitaciones asociadas al proceso de envejecer y en la aparición de dependencias.

El proceso de envejecer se caracteriza por una pérdida en los mecanismos de reserva del organismo con el consecuente aumento de la vulnerabilidad ante estímulos cada vez de menor intensidad. La cadencia y severidad con la que esta pérdida tiene lugar vienen moduladas por tres tipos de causas superpuestas. La primera de ellas se encuentra ligada a "la fisiología". Sus condicionantes básicos son la carga genética del individuo y el propio desgaste que el hecho de vivir condiciona en nuestros órganos y sistemas. Las posibilidades reales de intervención a este nivel son, hoy por hoy, prácticamente nulas.

El segundo factor modulador es la historia previa de enfermedades, intervenciones quirúrgicas y accidentes con sus correspondientes secuelas. Muchas de las dependencias del anciano tienen su origen por esta vía. Las posibilidades de una intervención directa a nivel preventivo en este terreno son algo mayores. Entre ellas hay que enumerar algunas formas de prevención primaria o secundaria: vacunas o fármacos con utilidad contrastada ante determinadas enfermedades que pueden generar incapacidad de forma aguda o como complicación cuando se cronifican. Pensemos, por ejemplo, en las secuelas de determinadas infecciones, en las de procesos agudos como el ictus, en las complicaciones a largo plazo de una diabetes mal controlada o la posibilidad de prevenir patología sensorial a nivel de vista u oído.

Sin embargo, el campo en el que hay que poner un mayor énfasis por ser aquél en el que la prevención de las dependencias puede tener más éxito es el vinculado el tercer gran grupo modulador del envejecimiento. El relativo al tipo de vida del sujeto, incluyendo el medio ambiente y todos los factores de riesgo a que éste se ve sometido a todo lo largo de su trayectoria vital. En este terreno hay que destacar los niveles en los que una actuación preventiva puede ser más interesante, y también apuntar algunos mensajes.

Las principales áreas de actuación son las siguientes: a) aquellas relacionadas con los estilos de vida (actividad física, alimentación, evitación de agentes tóxicos como el alcohol o el tabaco, etc.); b) la lucha (o mejor la evitación) de los factores de riesgo conocidos a cualquier nivel, especialmente en el campo de la patología cardiovascular; c) las revisiones periódicas de carácter preventivo con el fin de detectar precozmente problemas evitables; d) la lucha contra la iatrogenia; e) la adecuación de la situación social del individuo mayor (evitar soledad, pobreza, etc.), buscando su integración activa en la sociedad y evitando cualquier forma de discriminación.

Los mensajes principales son dos: a) nuestra intervención será tanto más eficaz cuanto más precoz. Cuanto antes iniciemos medidas preventivas en este terreno mejor, siendo lo ideal hacerlo desde la infancia; y b) ninguna edad por elevada que sea excluye los eventuales beneficios de este tipo de medidas.

“LA AUTOTUTELA COMO FORMA DE PROTECCIÓN A LA DEPENDENCIA”

D. Juan Carlos Jiménez-Salinas, *PROVEA Fundació Pro Vellesa Autónoma.*

Hemos contemplado el pasado verano como en España y en países vecinos se han producido fallecimientos de personas mayores que no han sido reclamadas por nadie. Este es un fenómeno que se produce cada vez con mayor frecuencia, como consecuencia de la creciente soledad en la que viven nuestros mayores.

En efecto, en la actualidad estamos asistiendo a una transformación del modelo familiar tradicional, con la consiguiente disminución de su función de servir de apoyo y de sustento de sus miembros mayores. Tradicionalmente, en el área mediterránea, la familia se constituía en una unidad de miembros que se autoprotegían de diferentes modos. Los hombres se encargaban de procurar el sustento o la riqueza necesarias para el desarrollo material de esta unidad y la mujer poseía más bien un papel de protección anímica y física de los miembros de la familia. En especial, y en lo que nos incumbe en nuestro caso, un papel de protección al anciano en el seno familiar. En la actualidad, la evolución de la sociedad ha transformado estos papeles. Cada vez más la mujer posee una actividad social y profesional similar a la del hombre. Al mismo tiempo, con la evolución de las comunicaciones y la globalización, cada vez es más frecuente el hecho de que los hijos vivan en ciudades o países diferentes a las de los padres, con lo que están lejos de ellos cuando se hacen mayores. En consecuencia, la familia carece del tiempo necesario para dedicarlo a la atención de las personas mayores que forman parte de ella.

En definitiva, el anciano, hoy y en nuestro ámbito, se halla más desprotegido que nunca, ya que el papel de la familia está cambiando y no se están creando instituciones que procuren su protección al ritmo que sería deseable dada la creciente longevidad de la población.

En esta línea, cabe decir que la ley prevé una serie de instrumentos para intentar dar respuesta a las cuestiones legales y los problemas de dependencia que se pueden plantear en los momentos en que la persona no sea capaz de gobernarse por sí misma. El Código Civil y la Ley 9/1998, de 15 de julio de 1998, del Código de Familia, del Parlamento de Cataluña son las normas legales que contienen las disposiciones más directamente relacionadas con la Declaración de Incapacitación, con la Tutela y la Autotutela, como instrumentos de protección legal de las personas mayores afectas de demencia o discapacidad mental.

Con la ***Autotutela***, también denominada ***delación voluntaria de la tutela***, se permite designar ante un notario, en un documento público, a aquella persona (física o jurídica sin ánimo de lucro) que uno quisiera que fuera su tutor, en caso de que en un futuro, fuera declarado incapaz. En la misma escritura también se puede excluir expresamente a alguien para ejercer funciones tutelares, así como nombrar sustitutos y órganos de control o supervisión de la tutela. Así mismo, **la persona puede dejar en ella reflejada su voluntad**, es decir, puede dar instrucciones de cómo quiere que sea ejercida su tutela, tanto en lo que se refiere al cuidado de su persona como a la administración de sus bienes. Es importante señalar que cuando se otorgue la escritura de autotutela la persona debe conservar sus facultades intelectuales y por tanto decidir libremente lo que quiere hacer.

La autotutela puede recomendarse para **prever y decidir lo que puede acontecer en el futuro**. Mediante el nombramiento de tutor se protege realmente a la persona mayor ya que en los momentos en que ella no tenga la suficiente capacidad para gobernarse, habrá una tercera persona, designada por ella misma, que cuidará de su persona y de sus bienes, con todas las garantías legales.

Sin embargo, en la práctica hay pocas personas dispuestas a hacer de tutores, incluso entre los familiares cercanos. Es por ello que **se hace necesaria la existencia de entidades que realicen las funciones de tutela** que antes correspondían a los hijos o familiares. Con el fin de poder ejercer las tutelas con la dedicación y responsabilidad que requieren se necesitan importantes recursos tanto económicos como personales. Convendría, por tanto, intentar sensibilizar a la sociedad y a las instituciones para que apoyen a las entidades tutelares en la consecución de estos recursos. Es la única forma de que la protección de la persona mayor que nos ofrece el Derecho pueda ser, cada vez más, una realidad.

“LA FIGURA DEL DEFENSOR DEL MAYOR CONTRIBUIRÁ A DISMINUIR LOS CASOS DE DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES”

Dr. D. Jesús Sánchez Martos, *Catedrático de Educación Sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid.*

Cada vez son más los hechos que justifican la existencia de un Defensor del Mayor: múltiples casos de abandonos y malos tratos, tanto físicos como psicológicos, situaciones de verdadera discriminación social, multitud de barreras arquitectónicas y sociales, insuficientes camas hospitalarias, pocos especialistas en geriatría, escasísimas plazas en Residencias Geriátricas, paupérrimos niveles de pensiones, innumerables casos de olvidos administrativos, y un largo etcétera que sin duda alguna contribuyen a que la dependencia de las personas mayores vaya creciendo cada vez más. Y no sólo la dependencia hacia su familia y su entorno, sino hacia las estructuras con las que debe enfrentarse día a día.

¿Quién no recuerda las imágenes de malos tratos que recientemente, al igual que en otras ocasiones, han sido emitidas por televisión?. De nuevo, una vez más han sido los medios de comunicación los que han denunciado estas situaciones, a quienes felicito desde estas tribunas de opinión, cuando realmente tendría que haber sido competencia de algún defensor de nuestros derechos.

Y bien se podría decir que este tipo de denuncias han de ser competencia del Defensor del Pueblo, y que por tanto no es necesario crear la figura del Defensor del Mayor. Totalmente de acuerdo; pero no es menos cierto que quizá por la gran población a que nos referimos, más de seis millones de personas, es decir, más del 16 % de la población general, y la gran cantidad de problemas a que tienen que enfrentarse día a día, queden tantas cosas pendientes por resolver, que cuando llegan las posibles soluciones, muchas veces ya es tarde.

Y quede claro de antemano que estoy totalmente de acuerdo en que la figura del Defensor del Mayor pueda depender directamente de la Oficina del Defensor del Pueblo, pero con competencias específicas, dirigidas a proteger los derechos de nuestros mayores, su derecho a una mayor “cantidad de vida”, pero también a una adecuada y sobre todo “digna calidad de vida” y una independencia que le haga ser un ciudadano “libre” en todos los sentidos.

Es por todo ello, que me atrevo a sugerir la creación de la figura del Defensor de Mayor, con funciones basadas en la prevención en todos los sentidos, y sobre todo de las frecuentes tropelías de que son víctimas nuestros mayores, y en la intervención siempre que sea necesario. Se trataría en todo caso de un “Comisionado Parlamentario”, es decir un cargo totalmente independiente de cualquier resultado electoral y de cualquier partido político.

Deberá contar, nuestro Defensor del Mayor, con una gran formación y experiencia en lo que podríamos denominar “gerontología social”, y por supuesto en comunicación, porque además se ha de convertir en el verdadero líder social de nuestros mayores. Un cargo, no de despacho, sino mucho más social y cercano a la población, que ha de saber aunar en todos los casos, los esfuerzos de especialistas gerontólogos, geriatras, cualquier otro profesional sanitario, psicólogos, pedagogos, juristas, sociólogos, profesionales de los medios de comunicación social, y en definitiva a cualquier otro profesional que pudiera aportar soluciones en cada caso en particular. Además, debería contar con un teléfono gratuito disponible las veinticuatro horas del día, y siempre atendido por profesionales debidamente entrenados en los derechos de nuestros mayores. Las personas mayores, como el resto de los ciudadanos tienen derecho a ser libres e independientes.

Ha de ser valiente y decidido, y sobre todo sin miedo, enfrentándose a la verdad y descubriendo la mentira y el fraude. Y para ello ha de ser un puesto con dedicación exclusiva y un salario digno de su cargo, es decir un puesto totalmente profesionalizado que garantice en

todo momento que si ha de depender de alguien lo haga exclusivamente de las personas mayores, más de seis millones de personas en el momento actual, pero que bien pudieran llegar a nueve millones en el año 2025, es decir a la vuelta de la esquina.

Sinceramente creo que la figura del Defensor del Mayor, es algo que les debemos a nuestros mayores, y que de algún modo nos debemos a nosotros mismos, porque ¿quién no aspira a poder llegar a mayor, sin que nadie conculque nuestros derechos?. Sin duda que la creación de la figura del Defensor del Mayor contribuirá de forma clara e incontrovertible a disminuir la dependencia que en el momento actual tienen las personas mayores.

"EL ENTORNO FAMILIAR, PROPORCIONADOR DE CUIDADOS, REFERENTE PARA LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES"

D. Juan Francisco López Paz, *Secretario FICE, Universidad de Deusto.*

1. Introducción: Ciclo familiar del envejecimiento

A lo largo del ciclo vital del envejecimiento se pueden distinguir dos etapas. Una primera en la que la persona mayor mantiene un grado de autonomía personal aceptable, que le hace vivir de forma independiente en su hogar, y con su propio núcleo familiar, y en la que sus necesidades asistenciales son limitadas. Y otra, en la que de forma progresiva va perdiendo autonomía, y en la que tiene que introducir cambios notables en sus actividades cotidianas. Esta última etapa es la que determina el umbral de la condición social de la vejez.

El elemento fundamental que marca el tránsito de una etapa a otra es el desequilibrio que se produce entre las crecientes necesidades de apoyo y cuidado de la persona mayor, y los menores recursos de los que dispone para satisfacerlas. Así, del lado de las necesidades, ocurre que a medida que se avanza en edad las condiciones de salud se van haciendo cada vez más precarias. Esta situación origina que la persona comience progresivamente a no poder valerse por sí misma para realizar las actividades cotidianas, y sus necesidades de ayuda aumenten.

Pero, del lado de los recursos, tanto económicos como de apoyo, ocurre todo lo contrario. En primer lugar, porque la cuantía media de las pensiones es más baja en las personas mayores de más edad, debido a los bajos niveles salariales que tuvieron durante su vida activa. En segundo lugar, porque tienen menos posibilidades de contar con su fuente de ayuda fundamental, su pareja. La pérdida de la pareja es una situación que las personas mayores tienen cada vez más probabilidades de afrontar a medida que van envejeciendo. En ese momento el riesgo de vulnerabilidad para ellas aumenta, ya que la pareja constituye su red de apoyo primario. Por un lado, porque mientras conviven en pareja, su situación de bienestar es más aceptable que cuando uno de ellos fallece. Por otro, porque sus posibilidades de vivir de forma autónoma, es decir, en su propio hogar, son mayores (Fernández Cordón, 1996).

El momento en el que una persona mayor se sitúa a lo largo del ciclo vital del envejecimiento define, no sólo las necesidades que ésta ha de afrontar, sino también con ayuda de quien lo hace. En este sentido, puede establecerse un gradiente de la solidaridad familiar en función de las formas de convivencia de las personas mayores. Mientras que el apoyo familiar juega un papel limitado y secundario cuando la persona mayor convive con su pareja, la familia adquiere mayor presencia en la vida cotidiana del mayor cuando éste permanece en su hogar viviendo sólo. Hasta la desaparición del compañero/a, los familiares, fundamentalmente los hijos, prestan ayuda en momentos puntuales. Cuando llega un momento en que resulta inviable o costoso organizar el cuidado de la persona mayor en su propia vivienda, la familia decide incorporarla a su propio hogar, asumiendo de esta manera su cuidado como una actividad diaria más.

Por lo tanto, el mayor nivel de implicación de la familia en el cuidado de la persona mayor se corresponde con el tránsito de una situación de autonomía residencial a una situación de dependencia, en el momento en que el mayor comienza a vivir con sus hijos u otros familiares, y en casos mucho más restringidos, en una residencia.

Sin embargo, es sólo cuando se llega a situaciones muy precarias desde el punto de vista personal cuando se adopta la decisión de incorporar a la persona mayor al hogar familiar. Permanecer en su propia vivienda es, tanto para la persona mayor, como desde un punto de vista de su calidad de vida, la opción más deseable mientras se pueda. En primer lugar, porque para la persona mayor seguir viviendo dentro de su propio hogar supone estabilidad y seguridad en sus

condiciones cotidianas de vida, ya que percibe su vivienda como el escenario dónde ha transcurrido una parte importante de su historial vital, y donde se ubican sus puntos de referencia espaciales y temporales. En segundo lugar, porque el hogar se convierte en el espacio desde el cual la persona mayor puede mantener una red de relaciones sociales estables que impiden que caiga en situaciones de soledad, aislamiento y marginación social. En este sentido, la vinculación al barrio es un elemento de vital importancia en el proceso de envejecer en casa, porque el barrio es el espacio donde el mayor satisface un gran número de sus necesidades, tanto de consumo, sanitarias, de relaciones sociales, o de ayuda y apoyo.

2. Acercamiento a las necesidades de las personas mayores

No es fácil descubrir las necesidades de los ancianos, ya que las reacciones que presentan pueden ser mecanismos de defensa que esconden las verdaderas necesidades. Sabiendo que el principio fundamental es considerar a la persona mayor como un sujeto y respetarlo como tal, es decir ser respetado como persona en la globalidad de su ser (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2000); podemos enumerar las siguientes necesidades:

- Necesidades fisiológicas, pues de ellas emerge el estado anímico de los mayores, es preciso estar atentos porque muchas veces depende de nosotros para alcanzarlas. Como dormir, estar higienizados, estar y sentirse cuidados va a producir en ellos un estado de bienestar y de paz.

- Necesidad de seguridad, la satisfacen el orden, el dominio de las referencias espacio-temporales, la estabilidad. Necesitan estar seguros de que no serán abandonados, de que serán atendidos con dignidad, de que se escuchará sus deseos y de que hay unas estructuras materiales que les cobijan.

- Necesidad de consideración y estima, cuya satisfacción se logra manteniendo el respeto y la influencia, dejándoles expresar qué tipo de ayudas necesitan, manifestándoles cuánto sabemos o recordamos de positivo sobre ellos y sobre sus valores, recordando junto a ellos los momentos fuertes de su vida y las características suyas que más hemos apreciado.

- Necesidad de amor y pertenencia, que es saciada facilitando y manteniendo las relaciones afectivas con la familia y las amistades que se poseen, así como favoreciendo la creación de nuevas relaciones afectivas y de camaradería con otras personas.

- Necesidad de autorrealización, que no siempre podrán satisfacer con la actividad, pero sí con el descubrimiento de valores. Se trata de afirmar el crecimiento, de comprender que porque alguien está jubilado no está acabado, que la tarea de hacerse persona no finaliza hasta que no llega el momento de la última pérdida, la muerte.

Damos, por supuesto, la importancia de una preparación y prevención, así como de unas ayudas y medios sociales, que favorezcan tanto la realización de los mayores en esta etapa de su vida, como actuación responsable de los familiares, sobre todo los hijos. Es constatable que la mayoría de los mayores prefieren vivir esta etapa de su vida con autonomía e independencia, aunque en relación con la familia. Y que, llegado el momento de "no valerse por sí mismo", la mayoría prefieren ser cuidados por sus familiares, y de hecho el porcentaje de dependientes que son atendidos por sus familias se sitúa aproximadamente entre el setenta y el ochenta por ciento, en los países desarrollados. Personal y socialmente se acepta que lo mejor es permanecer en el hogar el mayor tiempo posible, y siempre que la salud y las condiciones de vida lo permitan (IMSERSO, 1999).

El problema es cuando los mayores necesariamente tienen que ser cuidados por otros, con mayor o menor intensidad, y esta atención reclama dedicación permanente, y lleva consigo

una recomposición de tareas, y de la misma relación interfamiliar. No hay que olvidar que el apoyo que una generación presta a otra depende de factores como la relación familiar antecedente, el trabajo de los miembros de la familia, la situación económica, la salud personal, las necesidades, status familiar, las condiciones de la vivienda, ... A veces se plantea un verdadero conflicto de derechos y deberes de la persona mayor y de los familiares. En esta caso, la familia se enfrenta frecuentemente con grandes dificultades, entre otras:

- dolor al ver en tal situación a personas queridas
- necesidad de compartir el mismo dolor del enfermo
- sobrecarga física y psíquica: trabajo y estrés
- dedicación de tiempo y de medios, de los que no siempre se dispone
- interferencia en los proyectos personales, de los que a veces hay que prescindir
- dificultades, a veces, para encontrar recursos técnicos: invalidez, carro ruedas, asistencia domiciliaria, ...
- A veces, también, falta de apoyo de los médicos e instituciones: falta de una política familiar eficaz, ...

Una vez alcanzado el objetivo de prolongar la esperanza de vida, el gran desafío que se le presenta a las sociedades desarrolladas es proporcionar durante esos años más de vida las oportunidades para disfrutar de unas condiciones personales, económicas y sociales satisfactorias. En este sentido, hay que tener en cuenta que, a pesar de que la condición social de los mayores ha mejorado considerablemente durante las últimas décadas, en la actualidad se están desarrollando nuevos procesos políticos y sociales que están aumentando el riesgo de vulnerabilidad para el colectivo de personas mayores. En el ámbito de la integración social de este colectivo, el reto de la dependencia constituye actualmente el mayor imperativo de que los países desarrollados han de responder. Este reto se manifiesta en un doble plano. Desde un plano macrosociológico, en el aumento del peso poblacional de la cuarta edad. Desde un plano microsociológico, en las transformaciones que el ciclo familiar del envejecimiento va imponiendo en las necesidades de la persona mayor, y en el sistema de atención a éstas.

3. La familia como principal soporte de los mayores

Está universalmente reconocido que la familia interviene en los momentos más significados de la vida de sus miembros.

La familia ante las personas mayores cubren aquellos aspectos no visibles como es el afecto; si bien los recursos económicos pueden estar cubiertos por las diversas prestaciones sociales y el sistema de transferencias intergeneracionales. Sin embargo, el envejecimiento genera una serie de demandas de cuidados y afectos que requieren mucha dedicación y entrega, y la familia los acepta como una responsabilidad moral. Lo mismo podríamos decir ante situaciones de enfermedad, dependencia o minusvalías, los asume como asunto familiar con todas las consecuencias de desgaste y hasta de desestabilización de la vida familiar.

El protagonismo de la familia en los cuidados a los mayores se ve amenazado, a primera vista, por varios de los cambios en curso. Por un lado, la carga de tales cuidados tiende a incrementarse por el proceso de envejecimiento demográfico, que implica un número superior de ancianos a cuidar, con mayor esperanza de vida y, por tanto, un riesgo de viudedad y dependencia superior. Por otro lado, la disponibilidad de recursos familiares para los cuidados tiende a reducirse, por el menor número de hijos, la mayor fragilidad de los matrimonios, y por la previsible extensión del perfil de mujer cuidadora actual, de escasa formación e incorporación a la actividad laboral.

Entendemos, en consecuencia, por relación familiar de ayuda aquella que intenta hacer surgir una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de los mismos en el ámbito familiar y ayudado por los miembros de la familia. Se

trata, pues, de activar los recursos de la persona dependiente, y de acompañarle para que asuma su protagonismo en la situación en que se encuentra, prestándole la ayuda necesaria. Una ayuda que, además de requerir una preparación y adaptación adecuada por parte del acompañante, debe intentar ser ayuda "integral" (consideración holística), centrada en la persona sin olvidar ninguna de sus dimensiones fundamentales (personal: corporal, intelectual, emotiva, espiritual, familiar y social), y movida por una actitud empática, lo que permitirá captar la experiencia y el mundo de referencia de la otra persona (Iglesias de Ussel, 2001). Es imposible que la atención se centre en la persona en su totalidad y así alcance toda su eficacia, si no se da una actitud empática.

> " El significado de la actitud empática es la disposición de una persona a ponerse en la situación existencial de la otra, a comprender su estado emocional, a tomar conciencia íntima de sus sentimientos, a meterse en su experiencia y asumir su situación " (Bermejo, 2002).

En definitiva, la función de la familia y, sobre todo, del acompañante o cuidador más permanente y directo de la persona dependiente, podrá desempeñar su tarea tanto mejor cuanto más ponga en práctica esta relación de ayuda. Todo lo cual requiere, como es evidente, una formación y una ayuda adecuada para el mismo acompañante o cuidador.

4. Apertura bidireccional de la familia hacia las personas mayores dependientes

Esta relación de ayuda puede suponer, también, una relación de autoayuda a la misma familia, en la que las repercusiones de convivir con una persona dependiente son muy grandes.

Cuando un miembro de la familia enferma, toda la familia entra en crisis, toda la familia de alguna manera enferma. Por eso, se hace necesario que la relación de ayuda se dé, aunque en distinta proporción, de los miembros de la familia hacia el enfermo, y del enfermo hacia los miembros de la familia. Ambos pueden ayudarse, cada uno desde su situación, a asumir la realidad de la vida, a integrar la contingencia y fragilidad del cuerpo en la concepción de la persona y la relación interpersonal. Todos los miembros de la familia pueden ayudarse, aunque de diverso modo, a que la experiencia de la dependencia y la enfermedad se convierta en una experiencia, en la que el contacto con lo vulnerable y frágil de la realidad humana no sea motivo de frustración y desesperanza, sino medio para una mejor comprensión y aceptación de la existencia y la condición humana (Martín Díez, 2002).

Sea cual sea la situación concreta de la persona mayor dependiente, así como la solución familiar que en cada caso se adopte, es muy importante que la familia no se desentienda ni caiga en la tentación de olvidarse del enfermo. Concretamente, se trata de evitar comportamientos como pérdida de interés por la persona, responsabilizar de la atención y relación a un único miembro de la familia, acentuar en él el sentimiento de carga, ... Y, por el contrario, apoyar y animar al desarrollo de actividades que alivien su ansiedad, procurar el mantenimiento de su ambiente, multiplicar los pequeños detalles acordes con gestos y signos por los que expresamos la acogida y el cariño, ...

Sobre todo, la familia debe tener una actitud no sólo de ayuda al enfermo, a la persona, sino también de aprendizaje desde y por la misma situación que vive el sujeto. Los mayores dependientes nos enseñan a valorar la propia capacidad del hombre, su condición humana, su contingencia y vulnerabilidad, su corporeidad.

Fuentes bibliográficas

Bermejo, J. (2002). Cuidar a las personas mayores dependientes. Santander: Sal Terrae.

Fernández Cordón, J. (1996). Demografía, actividad y dependencia en España. Bilbao: Fundación BBV.

Iglesias de Ussel, J. (2001). La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Madrid: Ministerio de Migraciones y Servicios Sociales.

IMSERSO (1999). La protección social de la dependencia. Madrid: IMSERSO.

Martín Díez, G. (2002). Grupos de apoyo para familiares cuidadores de personas mayores dependientes. San Sebastián: Diputación Foral de Guipúzcoa.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2000). Geriatría XXI: Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Edimsa.

“LOS MAYORES TAMBIÉN CUENTAN”

Dr. D. Juan Madrid, *Médico,* ***Dra. Dña. Ana Isabel Reinoso,*** *Psicóloga,* ***Dña. Emilia de Andrés,*** *Médico Internista y* ***Dña. Mercedes Montenegro,*** *Psicóloga.*

JUSTIFICACIÓN:

En los últimos años se está produciendo un fenómeno de exclusión social de nuestros mayores. La soledad y la falta de integración social se han convertido en un grave problema de salud ya que genera inmovilidad, aislamiento, depresión y agravamiento de los problemas específicos de salud. Envejecer es un proceso natural, una etapa más, con sus necesidades y capacidades específicas. Desde esta filosofía positiva de lo que los mayores son para nosotros, queremos aportar en este proyecto acciones encaminadas a su desarrollo personal y a su integración social, facilitándoles los medios para que trasmitan a sus iguales y a las generaciones más jóvenes su experiencia, su memoria biográfica y participen activamente en el desarrollo de la vida y la cultura de la sociedad de la que formamos parte todos y todas.

La pérdida de memoria es una queja muy frecuente en los mayores ya que les impide su completa adaptación y la superación de los problemas cotidianos. El entrenamiento en habilidades de memoria proporciona una mejoría importante. El cuento es un instrumento para la mejora del rendimiento cognitivo y de la memoria, como intermediario de relación y como objeto para la mejora de la calidad de vida, dados sus componentes lúdicos y de relación. Para contar un cuento "hay que recordarlo" y para escucharlo con placer se debe realizar una "escucha atenta".

METODOLOGÍA:

El modelo de intervención es comprensivo de varias fuentes. Método UMAM de entrenamiento en memoria; psicopedagogía activa y modelo ecológico de intervención social.

Desde la faceta cognitiva el proyecto desarrolla dos actividades principales: la Evaluación de los usuarios y el Entrenamiento de memoria.

La **evaluación** es individual y tiene como objetivos: Detectar posibles casos de deterioro cognitivo con el MEC de Lobo. Detectar depresión con la GDS de Yesavaje. Valorar las quejas de memoria con el MFE. Medir el rendimiento en memoria con el RBMT y la capacidad de aprendizaje con los Pares asociados. Y evaluar la calidad de vida con el Perfil de salud de Nottingham.

El **entrenamiento** de memoria se hace en grupo, en tres sesiones de tres horas de duración cada una. El objetivo es estimular los procesos cognitivos: atención–concentración, lenguaje, comprensión, capacidades ejecutivas, razonamiento y el aprendizaje, además del desarrollo de recursos cognitivos y la utilización de estrategias específicas fundamentalmente la asociación y la visualización y de técnicas para el recuerdo de nombres, de números y de recuerdo de textos.

RESULTADOS

En el primer año de actividad, 34 personas han realizado la evaluación “pre”, 24 realizaron las actividades de formación y entrenamiento, y 17 han contado cuentos en distintos ámbitos. Han realizado la evaluación “post”, tras cerca de un año del desarrollo del proyecto, 26 personas.

La edad media es de 67,62 años, 11,8% varones y 88,2% mujeres, con predominio de solteros y viudos. El 32,4% tiene Estudios Primarios. El nivel de actividad intelectual y social es elevado.

Resultados de la evaluación cognitiva y de memoria. Evaluación "pre"

La media del MEC es de 33,18 sobre 35. Buen rendimiento cognitivo global.

El estado de ánimo evaluado con la GDS es bueno, de 5,04 puntos sobre 30.

La puntuación media de memoria con el RBMT global es de 9,35 sobre 12 que corresponde a "memoria débil"

En aprendizaje de "Pares Asociados" obtienen 16,71 sobre 24, siendo aceptable.

Las quejas de memoria medidas por el MFE son de 13,44 sobre 28, resultados similares a la media de la población general.

En el Perfil de Salud se obtiene una media de 6,52 sobre 45 mostrando un nivel de percepción de salud por encima de la media poblacional.

Diferencias entre las puntuaciones Pre-Post actividad

Tras la formación y más de seis meses de realizar cuentacuentos, se mejora en memoria, el RBMT pasa a 10, 41 que se corresponde con "memoria normal". Las quejas de memoria con el MFE mejoran, pasando a 9,18. El estado de ánimo mejora, bajando a 2,6 puntos. Y el Perfil de Salud baja a 3,65, mostrando mejoría en la calidad de vida.

Diferencias entre los grupos formados en relación a la actividad de cuentacuentos

Se observan diferencias comparando los resultados entre el grupo de usuarios que se ha formado en entrenamiento de memoria y en cuentacuentos sin poner en práctica la actividad y el grupo que ha preparado cuentos y los ha contado en diversos ámbitos. Ambos grupos mejoran en todas las variables, pero la mejoría es mayor en el grupo que realiza cuentacuentos. Mejoran más en rendimiento de memoria, disminuyen las quejas de memoria, mejoran el estado de ánimo y manifiestan menos problemas de salud.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La población estudiada es relativamente joven. Muchos viven solos y desarrollan una importante actividad intelectual y social.

Cognitivamente rinden bien, pero tienen alteraciones de la memoria debidas a la edad y manifiestan quejas de memoria. La capacidad de aprendizaje es aceptable, no tienen alteraciones en el estado de ánimo de tipo depresivo y su calidad de vida es buena.

El Proyecto "Los mayores también cuentan" ha supuesto un enriquecimiento para todos ellos. El grupo en su conjunto ha mejorado sus rendimientos en las cuatro áreas que hemos considerado fundamentales: Memoria, Quejas de memoria, Estado de ánimo y Perfil de Salud. Esta mejora ha sido mayor en unas áreas que en otras.

La mejoría ha sido mayor en los usuarios que han participado en la actividad de contar cuentos.

Los beneficios son evidentes en el aspecto cognitivo y de salud mental de los usuarios que participan.

OTROS BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD

Contar cuentos, es una actividad con muchas implicaciones afectivas, sociales, intergeneracionales, solidarias,... Por tanto, se integran muchos de los objetivos y recomendaciones de los expertos para conseguir un mayor bienestar en las personas mayores, como son:

•**Aspectos relacionales**: Una mayor integración y participación en la sociedad de las personas mayores. En este Programa, al ser una actividad de voluntariado social se fomenta una forma solidaria de participación social. Además, también se fomenta la interacción generacional que es una fuente de intercambios muy provechosos para ambas partes.
•Importancia de los cuentos como **forma de comunicación afectiva** y de **trasmisión** de conocimientos, valores y tradiciones.

• **Desarrollo de la creatividad.** La actividad creadora es un medio de mantener la vitalidad hasta las etapas más tardías de la especie humana. Algunos estudios, como el de Señor y cols. (1996) señalan que a mayor nivel de conducta creativa, menor probabilidad de malestar psíquico.

•**El Aprendizaje** de nuevos conocimientos que potencian el desarrollo intelectual y personal es una necesidad que persiste a lo largo de la vida.

•**Aspectos lúdicos**: imprescindibles en todas las etapas de la vida. El contar cuentos tiene un sentido de juego y entretenimiento que, además de otros beneficios, contribuye a aliviar la tensión y la ansiedad

•Todo lo anterior redunda en aumento del Bienestar personal

“LA PRESIÓN FISCAL INDIRECTA”
Dña. Mª Rosa Lunas Masnou , *Presidenta de FOCAGG.*

UN AÑO MAS: A propósito de la presión fiscal indirecta que soportan las familias con enfermos con dependencias tanto psíquicas como físicas, Alzheimer, demencia senil, etc. ..... hemos de denunciar la sordera selectiva de la Administración estatal sobre este tema..

Desde su inició en 1998, “ACFUC.” Associació Catalana de Familiars, Usuaris i Colaboradors de Centres Geriatrics Assistits, que fue fundada por siete familias que tenían uno de los suyos afectados por Alzheimer - esta terrible enfermedad- viene reclamando con tenacidad la supresión del IVA (7%) que grava las plazas en residencias y centros geriátricos privados, centros de día, centros asistenciales terapéuticos y parte de la asistencia domiciliaria, que tienen idéntico tratamiento fiscal en cuanto al IVA que las plazas hoteleras y los restaurantes.

Es preciso remarcar que la exención solicitada, pretende aminorar el peso que supone para las familias de AFECTADOS POR ENFERMEDADES CON DEPENDENCIA el coste de unas plazas que en un principio deberían estar cubiertas íntegramente por el Estado en su sentido más amplio, dado que la SANIDAD, por su carácter de UNIVERSAL debe estar exenta de fiscalidad.

Se ha intentado reiteradamente llegar a un acuerdo político en el Congreso de los Diputados a fin de aclarar o modificar **la Ley del impuesto sobre el Valor Añadido –(artículo 20 Titulo II Exenciones, capítulo uno punto 8º apartado b) Asistencia a la Tercera Edad y el Reglamento que lo desarrolla),** después de haber llevado a cabo varias sesiones técnicas ante el Ministerio de Hacienda – Dirección General de Tasas, a instancias del propio Ministro Sr. Montoro. Nos han dado la razón, pero en cuanto a la solución nos dan la callada por respuesta, y en el mejor de los casos largas y más largas. Argumentando que se intentará aplicar el Impuesto en su versión más reducida: el 4% cuando las normas europeas al respecto lo permitan, como se nos ha venido diciendo. Solamente la adecuación de la Ley puede hacer real la protección del colectivo de la tercera edad con dependencias y lo saben. ¿ Hasta cuándo van a mantener esta situación?.

Reivindicamos la condición socio-sanitaria que tiene la asistencia de la geriatría con dependencias tanto psíquicas como físicas - es el caso de la enfermedad de Alzheimer – Hemos fundamentado la misma técnicamente y con un MANIFIESTO que ha sido suscrito por entidades tanto públicas como privadas de toda España. Este Manifiesto ha sido entregado puntualmente a miembros del Gobierno actual, que ostenta mayoría absoluta y también a destacadas personalidades del PP y demás partidos políticos.

La DEPENDENCIA no puede seguir siendo un tema que se resuelva solamente en el ámbito familiar. Es una responsabilidad política y social dar respuesta inmediata, sino se quiere agudizar las injusticias y las diferencias existentes en la atención a la vejez asistida..

No se contempla la situación tan vergonzosa de las familias de clase media españolas que vive con impotencia la aparición de la DEPENDENCIA en alguno de sus miembros. No pueden acudir a las plazas públicas por tener ingresos superiores a los previstos y no alcanzan pagar las privadas que garantizan una calidad asistencial.. Han de cerrar los ojos e ingresar a los suyos en pseudo residencias privadas -aparcamientos con las mínimas condiciones- eso sí, soportan el 7% de IVA como si de hoteles de tres estrellas se tratasen.

Dentro del marco del “Estado del Bienestar” es preciso contemplar la atención que se merece la ancianidad como uno de los colectivos más frágiles y vulnerables, tomando en

consideración el envejecimiento progresivo, lo que se ha dado en llamar "fenómeno de la longevidad en este siglo".

En estos momentos, siete millones de españoles superan los sesenta y cinco años de edad, de ellos 230.000 han cumplido ya los noventa años. Un millón de personas mayores necesita ayuda importante para poder vivir con dignidad, y más de 500.000 se hallan en situación de dependencia grave o muy grave. Y que decir, de las ancianas viudas que viven, con una pensión de miseria en un estado de pobreza vergonzante, solas y encerradas en su domicilio, en unas condiciones tercermundistas.

Creemos que en las Conclusiones de este **VI Congreso Nacional de Personas Mayores** que gira alrededor de la DEPENDENCIA **PODEMOS Y DEBEMOS** reflejar la necesidad de solucionar de una vez por todas este tema, con la adecuación o modificación de la Ley del IVA en base a la condición socio-sanitaria de las enfermedades psico-geriátricas y con dependencias físicas propias de la vejez o de la discapacidad; y que no valen meras palabras e intenciones, sino acciones puntuales respecto a políticas encaminadas a ayudar a nuestras familias cuidadoras y a preservar los derechos humanos de la ciudadanía.

Hemos de ser capaces de hacer entender a las Administraciones públicas, y a la clase política en general que la gran familia que formamos las organizaciones de mayores así como el resto de la sociedad civil, cada vez más concienciada, tendrá en cuenta en las próximas elecciones sus actuaciones y no sus discursos. **¿Dónde está esta sociedad para todas las edades.?**

“EL PROGRAMA “ CHEQUE ASISTENCIAL”, UNA MEDIDA PARA AFRONTAR LA DEPENDENCIA XUNTA DE GALICIA”

Dirección General del Mayor y de las Personas con Discapacidad, *Consejería de Bienestar Social de la Xunta de Galicia.*

Galicia es una de las Comunidades Autónomas con la población más longeva del Estado español. La revisión del Padrón municipal de habitantes 2001 (INE) señalaba que el sector de las personas mayores de 65 años (568.780 mayores) representa un porcentaje del 20,81% del total de su población.

Las principales características de la población mayor gallega son:

- Unos índices de envejecimiento muy desiguales por provincias, con importantes diferencias en la distribución territorial, son las zonas rurales y del interior las más envejecidas.

- El incremento progresivo de las personas más longevas, las personas mayores de 80 años ya suponen más de la cuarta parte de todo el sector.

- Un mayor peso de la población femenina (60%) frente a la masculina (40%), que se incrementa significativamente en edades avanzadas debido a la mayor esperanza de vida de éstas(82,54 años para las mujeres y 75,13 para los hombres).

- Se estima que cerca de 110.000 de los mayores gallegos pueden ser dependientes.

La administración gallega ha llevado a cabo un importante esfuerzo en los últimos años en la prestación de servicios sociales y coordinación socio-sanitaria, directamente o mediante proveedores, para dar una respuesta a las necesidades de sus mayores, especialmente de aquellos que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad.

Aún destacando este indudable crecimiento y expansión de la red de servicios sociales comunitarios y especializados, las disponibilidades presupuestarias y la discrecionalidad limitan el desarrollo de los servicios sociales para la población dependiente.

En el año 2001 la Xunta de Galicia pone en marcha un nuevo programa de ayudas económicas destinadas a la compra de servicios para la atención de personas mayores en situación de severa y gran dependencia: El Cheque-asistencial

Este programa comprende el conjunto de ayudas públicas individuales destinadas a cofinanciar los gastos derivados de la atención profesional de los mayores dependientes. Tiene como finalidad conseguir una mejor atención y calidad de vida de estas personas, así como contribuir a la creación de empleo estable en el ámbito de los servicios sociales.

En la actualidad contempla las siguientes modalidades: Cheque Residencia, Cheque de Atención Diurna, Cheque Atención de Ayuda en el Hogar y Cheque Estancias Temporales/Programas de Respiro.

Complementa de forma muy significativa al resto de actuaciones, recursos y programas públicos dirigidos a este colectivo, al añadir a los ya existentes un mecanismo que posibilita la libertad de elección del usuario para escoger la tipología de la atención y el proveedor del servicio, además de ser flexible y adaptado a las necesidades especificas de estas personas y de sus familias.

El programa mantiene la implicación de las administraciones públicas (locales y autonómica), a fin de establecer una única vía de acceso de los usuarios, para la detección de necesidades, orientación de recursos y control de las prestaciones en lo que constituye un sistema público, además de contar con la iniciativa privada como proveedor de los servicios.

Al actuar más agentes en el sistema, la red asistencial puede tener una mayor amplitud, estar más diversificada y ofrecer una oferta más variada y flexible de atenciones y de intensidad de las mismas, especialmente en el propio hogar del dependiente.

En apenas dos años de andadura de este programa, 2.000 mayores con severa y gran dependencia se están beneficiando de una serie de cuidados a los que anteriormente no podían acceder de forma privada por insuficiencia económica para afrontar la totalidad del coste pero que tampoco les permitía una atención adecuada y suficiente dentro de la red social, dada la limitación de los recursos públicos que obliga a priorizar los mismos reservándolos para las personas en situación de una mayor precariedad (Servicio de Ayuda a Domicilio comunitario, Red Residencial pública, etc…).

En este programa la aportación económica del usuario, cara a financiar la atención recibida, se fija en función de las posibilidades económicas de los mismos, en relación con los principios de solidaridad y redistribución, aunque se establece una aportación mínima que oscila entre un 30% (para la modalidad de Atención en el Hogar que por otra parte es la más demandada) y un 50% (resto de modalidades) del coste real del servicio disfrutado.

Por otra parte se está constatando que este programa ha potenciado un importante desarrollo y profesionalización de las entidades privadas prestadoras de este tipo de servicio, que hasta ahora, excepto en equipamientos residenciales, eran prácticamente inexistentes en el medio rural, contribuyendo significativamente a la creación de puestos de trabajo estables (en el pasado año el programa posibilitó la creación y mantenimiento de 670 puestos de trabajo) .

Tras una primera evaluación del periodo de funcionamiento de este programa, se encuentra en estudio la tramitación de posibles modificaciones en la normativa reguladora del mismo, como puede ser la introducción de la modalidad de Atención Diurna en Residencias ó flexibilizar el criterio de la edad para que puedan acceder a estas ayudas aquellas personas que sin alcanzar los 65 años presenten patologías de tipo senil que les haga susceptibles de necesitar estos servicios, sin perjuicio de su posible universalización e inclusión en el marco de una futura Ley Gallega de la Dependencia.

"LAS PERSONAS MAYORES EN LAS NACIONES UNIDAS Y EN LA CONSTITUCIÓN EUROPEA"

Dr. D. Fernando de Salas, *Rector de la Sociedad de Estudios Internacionales.*

El Secretario General de la ONU, Kofi Annan, con motivo del Día Internacional de las Personas Mayores, el 1 de octubre de 2002, dijo:

> El año pasado ha visto innovadores desarrollos en temas que afectan las vidas de las personas de edad. La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Madrid adoptó un Plan de Acción Internacional que llamó a la comunidad internacional a abordar plenamente el vínculo entre las personas de edad y el desarrollo, y desafió las percepciones convencionales de la sociedad sobre el envejecimiento. El documento aclaró que el envejecimiento no es un problema sino un logro; y que no es un mero asunto de seguridad social y bienestar, sino de desarrollo y política económica en conjunto. Y por primera vez, los Gobiernos acordaron sobre la necesidad de integrar al envejecimiento con otros marcos para el desarrollo social y económico y los derechos humanos
> .
>
> El desafío ante nosotros en el presente es implementar el Plan de Acción de Madrid, y ubicar al envejecimiento global firmemente en la agenda de desarrollo para este siglo. No hay tiempo que perder. La población de edad del año 2060 ya ha nacido. Ellos ocuparán una porción sin precedentes de la población total del mundo.
>
> El Plan de Madrid provee un amplio espectro de recomendaciones sociales, políticas y económicas para abordar el desafío de mejorar vastamente la situación de las personas de edad.
>
> Cada uno de nosotros tiene un papel que desempeñar en ese esfuerzo. En este Día Internacional de las Personas de Edad, resolvamos trabajar juntos para crear una nueva era para el envejecimiento en el siglo XXI.

En la celebración del Día Internacional en el año 2003, sus palabras han sido:
"Todos podemos ayudar a crear puentes intergeneracionales mediante la asunción de las cualidades que cada uno pueda aportar, en el caso de las Personas Mayores, en campos como la familia, la agricultura, la educación, las artes, la reducción de la pobreza, o la construcción de la paz.

Por eso, dicho esto, el Secretario General abogó porque nuestras sociedades sepan incorporar esas potenciales de las personas mayores de cara a este nuevo siglo que comienza. Actualmente se estima que el número de personas que tienen más de 60 años es de unos 629 millones, lo que representa el diez por ciento de la población mundial; un dato que refuerza la necesidad de integrar a este colectivo y de conseguir hacerles ser y sentirse útiles".

La II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada por Naciones Unidas, en Madrid en abril de 2002 supuso un "antes y un después" para los seis millones de hombres y mujeres españoles mayores de 65 años y para el numeroso colectivo existente en el Mundo. Nos hizo ver la "experiencia de vida" que acumulamos y nuestra importancia en el relevo generacional.

Que las antiguas preocupaciones por las pensiones dignas y la asistencia médica, es un derecho que nos asiste y que está prácticamente conseguido. Nos hablaron del derecho a participar en política, diputados y senadores; en política municipal, alcaldes y concejales; y en todas las actividades del "día a día", mientras se tenga capacidad para ello. Es importante

participar, no aislarse para contribuir al desarrollo y la estabilidad social. Es una forma de tratar de devolver a la sociedad, parte de lo mucho que de ella hemos recibido.

Estos criterios no fueron recogidos, lógicamente, en la vigente Constitución Española que va a cumplir 25 años. No se valoraba entonces el alargamiento de la esperanza de vida, que hoy es de 84.1 años para la mujer y 77.1 para el hombre. Sólo trataba de "protección a jóvenes y niños" (Art. 20.4).

Pero hoy, el legislador sabe que existimos los Mayores, y ha decidido mejorar la protección jurídica, que en todos los campos nos merecemos. Así, se ha dispuesto que "Los abuelos podrán mantener relaciones con los nietos, aunque los padres de estos se separen o divorcien". Y la nulidad de un matrimonio no afectará a los vínculos afectivos a quienes fueron y son abuelos y nietos. Estas y otras mejoras de la Constitución de 1978, con relación a los Mayores, figurarán cuando se revise, pues ha habido cambios importantes.

La Constitución Europea, de próxima aprobación en 2004, trata de lograr tres objetivos fundamentales, que le fijó a la Convención la Declaración de Laeken (15-12-2001): acercar Europa a los ciudadanos; preparar la UE para su ampliación; y dotarla de los instrumentos necesarios para que sea un factor de estabilidad "líder para numerosos países y pueblos".

Los derechos y los criterios de la II Asamblea de Naciones Unidas han sido recogidas en la Constitución Europea, en su Título III sobre la IGUALDAD. Su importancia estriba, en que los criterios y recomendaciones de la II Asamblea, se transforman en la Constitución en normas legales de obligado cumplimiento.

El VI Congreso va a dedicar una especial atención a la "Dependencia" según la definición del Consejo de Europa y de los nuevos criterios de la Organización Mundial de la Salud (CIF, OMS) sobre la Discapacidad.

La nueva Constitución Europea no habla de Dependencia, se refiere a Discapacidad y trata el tema en el mencionado Título III. Le dedica los seis artículos siguientes:

- *Igualdad ante la Ley*: todas las personas son iguales ante la ley (Art. II-20).

- *No discriminación* por razón de sexo, raza, color... discapacidad, edad, orientación sexual (Art. II-21).

- *Igualdad entre hombres y mujeres*, garantizada en todos los ámbitos, incluidos empleo, trabajo y retribución (Art. II-22).

- *Derechos del Menor* a la protección y cuidados. Podrán expresar su opinión libremente. Derecho a mantener de forma periódica relaciones personales y contactos directos con su padre y con su madre, salvo si son contrarios a sus intereses. (Art. II-24).

- *Derechos de las Personas Mayores. La Unión reconoce y respeta el derecho de las Personas Mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural (Art. II-25).*

- *Integración de las personas discapacitadas. La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas discapacitadas a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, su integración social y profesional y su participación en la vida de la comunidad. (Art. II-26).*

Dada la novedad y trascendencia de los asuntos tratados, así como las precisiones sobre ellos expresados en la futura Constitución, me permito sugerir sean analizadas, consideradas y tenidas presentes en el VI Congreso, así como *"la forma en que las Personas Mayores podamos ayudar a crear puentes intergeneracionales en el campo de la familia"*, según los deseos del Secretario General de las Naciones Unidas.

5

[5] Citada en la Ponencia "Bases para una ley estatal de protección social a las personas dependientes ", presentada en este Congreso por D. Luis Álvarez Rodríguez, Presidente del Grupo de Mayores de Telefónica.

"UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA BASADA EN LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA Y EN EL APOYO DE LOS CUIDADOS INFORMALES"

Dña Estrella Rodríguez Pardo, *Directora de Actividades y Servicios. Cruz Roja Española.*

Actualmente, en el contexto de crisis del Estado de Bienestar, la línea a seguir trata de ofrecer nuevas políticas de actuación y cuidados a favor de las personas mayores y sus familiares, teniendo en cuenta los principios de autonomía y capacidad de elección, permanencia en el hogar, prevención y rehabilitación, responsabilidad del usuario y calidad de atención.

Aunque las necesidades de este sector de la población se reconocen cada vez más como prioridad en las políticas públicas y en la búsqueda de recursos dentro de las sociedades desarrolladas, es necesario avanzar un poco más, para ello hace falta que las relaciones intergeneracionales se mantengan fuertes y que las personas mayores tengan una imagen visible y persuasiva en la vida económica, social y familiar.

Las personas no tendrían que esperar a ser dependientes, o entrar en una institución, para recibir atención socio-sanitaria. El énfasis debe ponerse en el apoyo preventivo y flexible basado en respuestas comunitarias a necesidades claramente expresadas. El elemento clave en la prestación de servicios comunitarios es que éstos se caracterizan por ser globales y flexibles, con prestaciones determinadas más por los usuarios de los servicios que por los proveedores de los mismos. Las personas mayores necesitan mucho más que un conjunto de recursos descoordinados que satisfagan una situación puntual, sino una respuesta global que aborde las distintas dimensiones del fenómeno de la dependencia desde un enfoque integral, para que la intervención que desarrollemos trascienda la esfera asistencial.

Una adecuada estrategia global para afrontar el reto que plantea la dependencia de un grupo tan numeroso de personas conlleva la imprescindible coordinación entre los distintos ámbitos de actuación, sólo así se garantiza una atención integral a las personas en su proceso de envejecimiento y un acceso universal y equitativo de las personas mayores a los servicios socio-sanitarios.

Se necesita un planteamiento totalmente nuevo que permita eliminar las desigualdades sociales y económicas en lo referente a la atención socio-sanitaria, desde el que se instituya un continuo de atención de la salud para los mayores por parte de equipos multi-disciplinares debidamente instruidos en cuestiones específicas de la vejez, que se fomente la participación de los propios mayores en el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de atención primaria y los cuidados de larga duración, desde el que se desarrollen servicios adecuados y sostenibles de atención a la salud mental (que es una de las principales causas de discapacidad en los mayores), que promueva el envejecimiento en la comunidad en que se ha vivido. Un enfoque desde el que ineludiblemente se fortalezca, se apoye y se reconozca a las personas que prestan asistencia de manera informal, en fin un cambio en el sistema de atención a los mayores en la que tomen partido las administraciones públicas, la iniciativa privada y el tercer sector junto con los propios ciudadanos de todas las edades, en especial los mayores. Para ello es necesario definir claramente el concepto de dependencia, establecer las competencias y responsabilidades de las partes y diseñar y poner en marcha mecanismos de seguimiento en el que se vean implicados equipos multidisciplinares de cada ámbito de actuación.

Cruz Roja Española, como interlocutor entre los poderes públicos y la sociedad civil, desempeña un papel fundamental como complemento de los recursos socio-sanitarios públicos y

privados y como apoyo a los cuidadores informales. Pensamos que nuestra contribución podría definirse en los siguientes puntos:

- Atención primaria, secundaria y terciaria: un diagnóstico precoz debe complementarse con la prestación de servicios de apoyo comunitarios, incluyendo servicios de formación y orientación, para la población afectada, sobre temas relacionados con la promoción de salud y prevención de la dependencia en edad avanzada. A medida que la persona va alcanzando niveles más altos de dependencia funcional consideramos fundamental el desarrollo de un conjunto coordinado y coherente de servicios en la comunidad en un continuo que va desde la ayuda en el domicilio a todos los niveles, transporte adaptado y respiro familiar, así como pequeños centros en los barrios en un entorno familiar con personal bien formado y comprensivo, donde se oferten actividades que potencien la autonomía, la dignidad personal y la integración social. Todo esto necesita, por supuesto, una planificación conjunta y una cooperación entre las autoridades sanitarias, de transporte y entidades de voluntariado desde las que se fomente la creación de redes vecinales y la solidaridad intergeneracional.

- Apoyo a los cuidadores informales: el papel de estas personas no está suficientemente reconocido ni recompensado por el sector público ni por la sociedad en general. Los cuidadores no reclaman forzosamente mucho dinero, sólo desean sentirse valorados y una compensación (bien económica bien de apoyo estructural) en un importante gesto de solidaridad por parte de los gobiernos. La mayoría de los cuidadores quieren prestar ayuda a sus seres queridos, el cuidar ofrece satisfacciones psicológicas relacionadas con el sentimiento del deber cumplido, dar un sentido a la vida, etc, pero este cuidado puede también suponerles una carga que afecta a la calidad de sus relaciones sociales, de su trabajo, su ocio e incluso de su salud, si no reciben los apoyos adecuados por parte de los gobiernos. Desde nuestra experiencia los cuidadores informales nos expresan la necesidad de una mejor información y orientación para un desempeño satisfactorio y un apoyo emocional que les fortalezca en su dura e impagable labor. Reclaman que se tenga en cuenta el valor que deposita la sociedad en el papel que juegan en el mantenimiento de los mayores dependientes en su domicilio, por ejemplo mediante el reconocimiento de una serie de derechos legislativos, cambios en las políticas para ofrecerles más flexibilidad con respecto a su trabajo, desgravaciones fiscales, etc.

- Investigación y fomento de la aplicación de las nuevas tecnologías en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores

  Investigación en tecnologías tales como la telemedicina, telefonía móvil, etc para reducir las limitaciones geográficas y logísticas en el acceso a la atención de la salud en zonas rurales es una de las líneas de trabajo más prioritarias de Cruz Roja Española.

- Envejecimiento saludable como prevención de la dependencia: Envejecer saludablemente es un proceso mediante el cuál los individuos llegan a alcanzar la vejez en buenas condiciones físicas y mentales. Un envejecimiento saludable retrasa la dependencia y éste será posible sólo si los mayores pueden participar enteramente, por todos sus medios, en todos los aspectos de la vida social y económica. Determinadas actitudes en la sociedad hacen de freno para que estas personas se sientan parte de su sociedad. Superar estas actitudes es el primer paso para prevenir la dependencia en la vejez. Las políticas públicas deben afrontar este comportamiento mediante una legislación efectiva y campañas de información pública. Es esencial para los mayores que se les trate como a ciudadanos con los mismos derechos y deberes que los más jóvenes.
  Nuestros proyectos en esta línea contribuyen a construir un nuevo paradigma de la vejez, que muestra a la persona mayor como parte e integrante de una sociedad que avanza hacia el progreso y en la que caben ciudadanos de todas las edades. Desde este

enfoque los mayores se sienten más útiles, evitan situaciones de aislamiento y por otra parte el resto de la población se beneficia de las aportaciones que, de la experiencia y los conocimientos adquiridos durante toda la vida, nos brindan nuestros mayores. Nuestra intervención en este tema se centra en tres líneas de trabajo:

- Servicios para mayores de 50 años orientados a la prevención de la dependencia y la promoción de la salud
- Sensibilización pública sobre imagen positiva de los mayores
- Promoción de voluntarios mayores

- Calidad asistencial como razón de ser

Recibir una asistencia sanitaria y social de calidad es un objetivo fundamental de la salud pública. Numerosos estudios[6] han puesto de manifiesto que unas políticas de mejora de la calidad de la atención permiten reducir los costes de la falta de calidad (el gasto en servicios sociales supone el 68% del total del gasto en servicios frente al 32% del gasto sanitario[7]). Métodos como la evaluación de los costes y de los resultados, la realización de encuestas sobre la satisfacción de los usuarios, la evaluación y la acreditación de los servicios de asistencia, son medios necesarios para explicar y corregir las posibles variaciones que se produzcan durante la provisión de servicios a las personas mayores dependientes.

La futura Ley de dependencia debe garantizar la calidad de los servicios que reciban los mayores con dependencia, por lo que se deben incluir criterios y mecanismos para conseguir la calidad al nivel definido y de forma permanente. La gestión de la calidad de los servicios socio-sanitarios para personas mayores dependientes, es decir de los recursos, de las personas, de los procesos y de los resultados, debe tender hacia la eficiencia como compromiso ético y a unos servicios orientados a conquistar la satisfacción de los usuarios en el sentido de adelantarse y superar sus expectativas.

Durante los últimos años y dentro de la política de calidad marcada por Cruz Roja, se ha venido desarrollando e implantando un sistema de gestión que facilita y permite la mejora continua en la prestación del servicio de Teleasistencia Domiciliaria y de los Centros de Día dirigidos prioritariamente a personas mayores con cierto grado de dependencia funcional. De esa forma se ha conseguido el certificado de calidad de la entidad certificadora AENOR de acuerdo con la nueva norma de UNE-EN ISO 9001:2000. Esta certificación garantiza que la gestión de estos servicios cumple con los requisitos de calidad definidos en la norma internacional.

[6] Informe de la Agence fraçaise pour l'acreditation et l'evaluation en santé (ANAES) Le coùt de la qualitéet de la non-qualité à l`hopital (septiembre 1998)
[7] Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. Observatorio de Personas Mayores, 2002.

"UN PROYECTO INTERGENERACIONAL, TAMBIÉN PARA MAYORES DEPENDIENTES"

D. Juan Francisco Jerez Bernabeu, *Trabajador Social Gerontólogo, Coordinador del programa de Personas Mayores de Cruz Roja de Navarra.*

Reseña histórica de un proyecto en evolución:

Los compromisos a veces surgen tras largas y sesudas jornadas de trabajo y reflexión o también pueden surgir del placentero contacto con la realidad a través de los ojos de un poeta. De todos modos se exige sensibilidad para ello; mucha sensibilidad hacia el "otro" que se encuentra delante de ti, de nosotros. Porque el compromiso puede consistir en un acto heroico o simplemente en la sonrisa oportuna que mitiga ansiedades, miedos y soledades.

La historia de *Ahora-Orain Poetas Solidarios*, tiene su origen en un grupo de voluntarios mayores de Cruz Roja de Navarra, amantes de la literatura y transcurre en tres etapas decisivas. La primera etapa responde a la necesidad que algunos mayores de Pamplona tuvieron hace catorce años, de poder publicar sus escritos, producto de su tiempo libre, soledad o afición a la escritura. No era fácil encontrar un medio que habitualmente publicase las composiciones de todo aquel que entrara por la puerta con un escrito bajo el brazo sin pasar por un exhaustivo examen de nivel literario y otras requisitos. Aquellos mayores propusieron a Cruz Roja editar una revista: ***Ahora, autores literarios de la tercera edad***.

Se inició la andadura de la Revista Ahora, autores literarios de la tercera edad, en 1989.

La segunda etapa se inicia en 1993, *Año europeo de las personas mayores*, la asamblea de colaboradores de la revista decidió abrir la cuota de participación a personas de otras edades, corrían vientos de "intergeneracionalidad". De este modo los mayores comienzan una experiencia de apertura a otros proyectos y áreas de intervención de Cruz Roja y por tanto a aproximarse a otras personas que sufrían dependencias a causa de su situación psico-física.

La tercera etapa, en la evolución de este proyecto, se concreta en el año 1999, *Año Internacional de las Personas Mayores*, en el que los autores literarios de la tercera edad de Cruz Roja Navarra, adoptaron un lema más acorde a sus postulados: ***Ahora-Orain Poetas Solidarios***. Surgió de este modo un proyecto renovado que pretende ofrecer compañía, a personas que presentan ligeras dependencias, en sus propios domicilios . Esta compañía quiere ser activa, a base de tertulias en los domicilios, donde el hilo conductor es la literatura en sentido amplio, pero en definitiva se trata de recoger los testimonios, historias de vida, artesanías olvidadas, cuentos perdidos, juegos en desuso, historias personales. Todo ello puede ser publicado, con el permiso de la persona interesada, o solicitado por ella. También, este proyecto, asume la colaboración con algunos centros geriátricos, y sus profesionales, para facilitar la comunicación de los residentes con el entorno exterior, animando talleres de literatura y tertulias abiertas a residentes, familiares y voluntarios, así como publicaciones de revistas internas, etc.

Junto a esta labor solidaria, asistencialista por la propia dinámica del servicio prestado, el proyecto contempla una dimensión preventiva: evitar que las personas participantes (mayoritariamente mayores) entren en procesos de dependencia, para ello promueve a través de talleres o cursos, el cuidado de la memoria, la consecución de habilidades personales para afrontar el proceso del envejecimiento saludablemente y el manejo de las nuevas técnicas de información, comunicación, a través de la informática e internet.

Las nuevas dependencias:

La clasificación de dependencia de una persona viene determinada por su posibilidad o imposibilidad para realizar las Actividades de la Vida Diaria de una manera autónoma. En la medida que la persona vaya perdiendo esa capacidad de ser autónoma y vaya dependiendo más de los demás, se va generando un cuadro de necesidad a atender por la familia o por los recursos existentes en la Comunidad.

Los Poetas Solidarios, los de este proyecto de Cruz Roja descrito anteriormente (porque puede darse que existan otros poetas y que también sean solidarios), quieren aportar su colaboración para prevenir y o mitigar los efectos de la dependencia.

Ahora Poetas solidarios, es un recurso de proximidad, en la línea del Servicio de Atención Domiciliaria complementaria. Acerca el recurso al domicilio para evitar que la persona dependiente tenga que ser institucionalizada; como tal recurso promueve la mejora de la autoestima de los interesados; promueve la participación social y el reconocimiento social de los mismos. Evita que se agraven las circunstancias causantes de la dependencia, sobre todo las de índole psíquica, personales y socio-familiares, que se manifiestan con aislamiento, baja o nula participación y baja autoestima.

Metodológicamente la intervención en los domicilios pretende potenciar las capacidades de los participantes, por mínimos que sean los niveles de esas potencialidades: recordar, revivir, escribir, escuchar, hablar, cantar, leer, además de promover aquellas situaciones placenteras: reunirse, recibir visitas.

La otra cara del proyecto es la que permite que existan personas solidarias de las cuales algunas llegarán a ser poetas, y que participen de ***Ahora-Orain***, entre otros objetivos; que prevengan las causas de la dependencia, de las múltiples dependencias causadas por la falta de motivaciones personales, de estímulos para seguir creciendo personalmente. Para poder crecer la persona necesita comunicarse con su entorno, aprender de él y a su vez interactuar, y cualquier edad es buena para ello. En este sentido los participantes del proyecto participan de acciones formativas encaminadas a prevenir una de las mayores dependencias producidas por el aislamiento social, fruto a veces de un aislamiento personal por falta de recursos personales para la comunicación, al participación, etc.

Ahora-Orain oferta a sus participantes y a la población en general la posibilidad de formarse en habilidades personales para afrontar el envejecimiento de una manera saludable, a través de tallares sobre la memoria, psicomotricidad, psico-pedagogía y envejecimiento, hábitos saludables y también oferta la posibilidad de adquirir conocimientos prácticos en el manejo de la informática y de internet.

“PROYECTO SONRISAS:“LA VISITA AMIGA PARA UN BUEN ENVEJECER”

Asociación de Educación para la Salud, ADEPS

Introducción:

SONRISAS nace en el año 2.000 como una de las actividades centrales de la Asociación de Educación para la Salud (ADEPS) del Hospital Cínico San Carlos de Madrid. Trabajando para el buen envejecer, el proyecto SONRISAS incide en la educación socio-sanitaria para promover y prevenir hábitos de vida saludables. El proyecto pretende: Por una parte acercar el mundo del voluntariado a los jubilados y personas cercanas a la jubilación, por otra parte la mejor SONRISA del voluntariado senior es ofrecerla mediante la visita amiga a quienes necesiten compañía, así como difundir la cultura de la salud mediante un ciclo de conferencias denominadas “Charlas con SONRISAS”. El proyecto SONRISAS por su carácter socio-sanitario y su dedicación a la promoción de hábitos de vida saludables entre los mayores, recibió el “Premio Seniors 2001” al mejor proyecto innovador de mayores.

Materiales y método:

La visita amiga del proyecto SONRISAS se desarrolla en tres fases: difusión del programa, formación del voluntariado e intervención. Difusión: Mediante carteles, folletos y reuniones dentro del hospital, área sanitaria correspondiente, centros de mayores, a través de medios de comunicación (prensa, radio, TV, internet). Formación: Consta de Formación inicial, Formación Básica (curso de 10h. sobre temas relacionados con la filosofía del voluntariado, legislación, etc.) dinamización periódica (actualización de conocimientos, resolución de dudas…) y Formación específica (curso de 15h).

Intervención:

Los voluntarios tienen que hacer “Visitas Amigas” a domicilio, a personas que previamente lo han solicitado dentro del área de intervención del Hospital Clínico San Carlos.
La “Charlas con SONRISAS” se desarrollan todos los últimos jueves de cada mes, son un foro abierto donde se debaten sobre aquellos temas que más dudas e interés plantean los mayores en su vida cotidiana, contando para ello con destacados profesionales de la medicina, el periodismo, y la cultura.

Resultados:

Cerca de 60 voluntarios formados suman más de 13.000 horas, visitando en sus domicilios a personas mayores necesitadas de compañía, sobre una población diana de 250.000 personas.

Comentarios:

El proyecto SONRISAS lleva tras de si un bagaje de casi cuatro años, gracias a los cuales ha ido adquiriendo una entidad propia dentro de ADEPS, por lo cual está continuamente generando nuevos programas como son la I Edición de Relatos Cortos para Mayores “La Memoria de los Cuentos”, la Guía Práctica sobre modelos de intervención de lectro-escritura para trabajar la memoria, dirigida a profesionales que trabajan con mayores. Actividades como la CORAL MAYOR, cursos de formación continuada dirigidos hacia profesionales de la “Gerocultura”, edición de materiales, etc.

“LA ANCIANIDAD: ¿AUTONOMÍA O DEPENDENCIA?”

Dr. D. Carlos Pracht, *Presidente de la Confederación Estatal de Pacientes de España.*

La ancianidad es una etapa avanzada en la existencia de los seres humanos vivos, etapa más o menos prolongada de la vida, a la que algunos llegan con mejor o peor fortuna y otros no. En general se la considera cronológicamente cercana al fin de la existencia de la persona tal y como la conocemos, aceptando que la muerte física es el final de esa etapa. Por lo tanto, la ancianidad en los seres humanos, puede considerarse que es poseedora de un valor en si misma o bien como la representación real de una serie de valores ínter actuantes, que condicionan y personalizan el paso por esa fase normal de la vida de forma notable, valores, algunos de los cuales vienen expresados en la tabla 1.

Tabla 1

Ya en el Antiguo Testamento se destaca constantemente la dignidad y la sabiduría de la ancianidad y por otro lado en todas las religiones si bien el tratamiento que dan a la vida, a la ancianidad y a su final es variado, lo cierto es que todas se aventuran a construir y trasladar creencias en el “más allá”, esa zona misteriosa y potencialmente mágica para todo ser temporalmente vivo… físicamente. La ancianidad está muy relacionada con la libertad y las posibilidades de ejercer ese derecho natural, otra cosa son las limitaciones propias, individuales y circunstanciales… Sea como sea la ancianidad es la representación tangible de la primera ley natural: ”Velar por la propia conservación”. La identidad humana y la familia, son términos que las personas reconocen fácilmente como lo idéntico a sí mismas… lo más cercano. Los modelos sociales influyen de forma importante y determinan el lugar reservado para los considerados ancianos en esa sociedad. Dependiendo del énfasis que reciban los valores individuales y/o colectivos, así quedará posicionada la ancianidad. Cómo atemperar los grados de libertad dentro de la familia, es sin duda de gran importancia en el día a día de la convivencia y de la felicidad en esa sociedad primera.

Aristóteles decía que “ una enfermedad es la vejez prematura, pero la vejez en sí misma es una enfermedad natural”. La ancianidad pues, no es un fenómeno de aparición súbita, ni sorpresiva, otra cosa es cuando el poseído toma conciencia de ello. Cuando el individuo ve modificada su figura corporal, a partir de ese momento no es raro que surja una reordenamiento del estilo de vida (forzado) y el individuo se plantee ciertos límites a su libertad dentro de un modelo de solidaridad y cohesión social dado, ya que la propia sociedad posiciona a las personas ejerciendo un cierto determinismo social. Así pues, el grado de autonomía y la dependencia, pueden considerarse dos caras de una misma moneda que actúan de forma inversamente proporcional.

La visión del y desde el anciano es desde luego una visión evolutiva de su propia existencia, de sus vivencias y experiencias. En cierto modo cuando mira hacia atrás se ve y contempla a sí mismo duplicado. En que la autonomía es ese espacio vital necesario para manifestar derechos naturales y humanos esenciales, siendo imposible ello sin la existencia de esa capacidad de acción; pero la ancianidad sufre de un cierto racismo biológico e intelectual que lastran posibilidades… para todos. Aceptar realidades y respetar espacios vitales, parece una tarea ineludible en términos éticos.

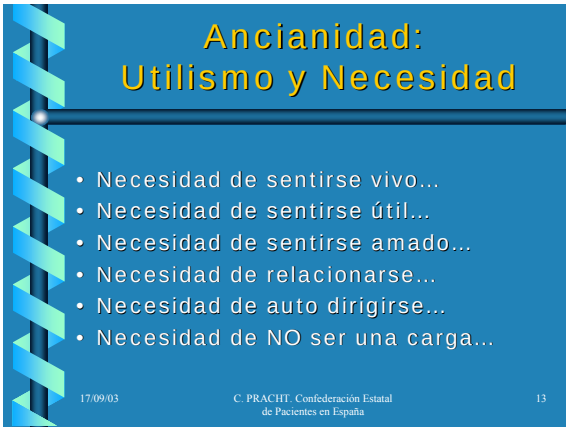


Tabla 2

Si algo distingue al hombre de las bestias es el intelecto. Quetelet, 1796 así lo reconoce y más tarde Galton, 1832-1911 y otros investigadores comprobaron y demostró la relación entre el intelecto y el entorno de las personas, finalmente Ignatz L. Nascher esbozo los orígenes de la medicina social, introduciendo en 1909 el término de geriatría. La juventud y la ancianidad poseen su propio y específico modo de sentir, pensar y querer. Todo ello nos muestra como la vida es un continuo y que los sentimientos y emociones varían constantemente en lo que se entiende como el fenómeno natural del envejecimiento; en 1929 el investigador ruso N.A. Rybnikov acuñó el término de gerontología estudiando de forma científica los cambios progresivos del comportamiento asociados a la edad y en 1947 se celebró en Detroit, el mes de septiembre, el primer congreso de la Sociedad de gerontología norteamericana, destacando lo relevante que es analizar no sólo la vejez, sino también el proceso de envejecimiento.

La ancianidad no tiene que ser una representación de la renuncia si existe tan sólo una ilusión. A lo largo de la vida los seres humanos se desarrollan en los aspectos físicos, mentales y espirituales aunque lo más frecuente es que lo hagan en magnitudes diferentes y en esferas diferentes, de contenido también diferente. De todos los modos esas esferas relacionales no son independientes entre sí, antes bien se condicionan de forma determinística. De alguna forma la ancianidad es testimonio de capacidad de vida… de supervivencia. Algunos creen que hay una cierta magia en la ancianidad y que desde este punto de vista, la persona anciana dispone de una serie de trucos aprendidos y que dan respuesta a cuestiones cuya solución está velada a sus sucesores… a no ser que esas personas mayores intervengan en la resolución de la pregunta sin respuesta aparente.

El concepto de necesidad como una percepción propia y ajena concreta (tabla 2) mantiene una relación recíproca con la utilidad, es como una percepción emanada del propio yo, del cosmos interno e influida por el entorno o cosmos externo. La capacidad individual de hacer frente a la constante variación de ambos cosmos, es fundamental para dar a la necesidad el valor que le corresponde en cada momento, valor que por lo tanto será siempre relativo. Esa relatividad es el concepto que puede expresar la relación entre la ancianidad con la pobreza, con la soledad y con la muerte. La proximidad o sensación de próximo al final del proyecto propio puede distorsionar equilibrios pasados.

"UTILIZACIÓN RECURSOS HOSPITALARIOS PACIENTES MAYORES 75 AÑOS HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA"

D. *Joaquín León Molina,* *Supervisor de Enfermería,* ***D. Roberto Ferrandis Gomis,*** *Gerente,* ***D. Francisco Acosta Villegas****, Jefe del Servicio de Anestesia,* ***D. Juan José Vera Guirao,*** *Analista de Sistemas. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca,* ***D. Mariano Guerrero Fernández,*** *Escuela Española de Gerencia Sociosanitaria.*

RESUMEN

En la Región de Murcia la población de mayores de 75 años se ha visto incrementada en 2001 un 15% respecto a 1998.

En el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca las Historias Clínicas Activas de mayores de 75 años suponen un 12% respecto del total.

Para definir los principales recursos hospitalarios utilizados por mayores de 75 años se ha analizado la repercusión de estos respecto a la actividad global durante 2002. Se ha realizado un análisis de actividad en: urgencias, hospitalización, consultas, técnicas diagnósticas y actividad quirúrgica.

INTRODUCCIÓN

La disminución de natalidad en las últimas décadas está condicionando que la esperanza de vida adquiera una amplitud y aceleración sin precedentes.

En torno al envejecimiento se plantean múltiples aspectos, que van desde la sanidad a la economía, al ocio, trabajo, hogar, familia. En 1970 había en España 3.300.000 personas con más de 65 años. En el 2001 la cifra supera los 6.750.000. En poco más de 30 años, habrá 3.450.000 personas mayores más que en 1974. El índice de envejecimiento era del 9,8 por ciento. En el 2001 está ya en torno al 17 por ciento. En los próximos 20 años, la cifra se habrá incrementado en otro millón y medio. Por otra parte el estrés que siente el paciente mayor de 75 años ante la enfermedad se potencia cuando requiere utilizar los recursos del Sistema de Salud o ser hospitalizado, ya que su dependencia aumenta al asociarse a la hospitalización un alto grado de incertidumbre.

OBJETIVOS

Analizar el incremento del censo poblacional de mayores de 75 años en la Región de Murcia entre los años 1998 y 2001 y la repercusión de esta población en la utilización de recursos sanitarios demandados a nuestro Hospital, para poder trazar, retos y soluciones ante las necesidades sociosanitarias y gerontológicas.

MATERIAL Y METODOS

Análisis de los datos del Anuario Estadístico de la Región de Murcia del año 2002, CMBD y bases de datos de la Unidad de Evaluación del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, actividad del año 2002. Se ha consultado información en el entorno de la Web.

RESULTADOS

Tabla 1. En 2001 la población de mayores de 75 años se ha incrementado en el 15% respecto a 1998. pasando de 60.468 individuos mayores de 75 años a 69.598. **Gráfico 1**. El porcentaje respecto a la población total de mayores de 75 años se incrementa un 0,2 anual.

Tabla 2. De las 36.517 altas en 2002, 3888 fueron de pacientes mayores de 75 que causaron a su vez el 14% de las estancias. La estancia media 2,3 días superior que el dato global de este año. La tasa de mortalidad es el del 15,4% en los mayores de 75, siendo la global del 3,8 y la de < de 75 del 2,7%.

Tabla 3. Los principales Diagnósticos al alta de los pacientes mayores de 75 años se encentra tanto en patología cardiaca como respiratoria.

Tabla 4. Los servicios que proporcionalmente atienden mayor número de mayores son Medicina Interna (el 51,3% de pacientes son mayores de 75 años), Neurología (30%), Cardiología (28,6%), Neumología (25,6%).

Tabla 5 y Gráfico 2. El 75% de mayores de 75 años hospitalizados se agrupan en Medicina Interna, Cardiología, Cirugía General, Unidad de Corta Estancia, Neurología, Cirugía Cardiovascular, Traumatología, Infecciosas y Neurocirugía.

Tabla 6. En consultas externas el dato más destacables es la proporción entre sucesivas y primeras; en el caso de los mayores es de 7,1, mientras que en el resto 3,9 y en el global 4,0.

Tabla 7. Los servicios de consultas se repiten, básicamente, con los de hospitalización. En las principales técnicas diagnósticas en el caso de TAC y Ecografías (Rx) los pacientes mayores supusieron el 16% del total del año 2002, mientras que en Resonancias fue del 6%.

Tabla 8 y Gráfico 3. En urgencias (general) destaca la ausencia de estacionalidad mensual. El porcentaje respecto a la población total sólo baja del 10% durante junio.

Tablas 9 y 10. En Lista de Espera Quirúrgica las salidas por depuración son un 4% inferior al resto de pacientes; El 50% de entradas de mayores de 75 tienen diagnóstico de cataratas.

Tabla 11. En actividad quirúrgica se repite el 13% de la actividad global. Las intervenciones urgentes suponen el 21% de la actividad global, en los mayores de 75 años baja al 15%; las suspensiones quirúrgicas se dan con mayor frecuencia en mayores: el 20% del global de suspensiones corresponden a estos pacientes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. Los 65 años es la edad de jubilación por convencionalismo. Esta edad se estableció en Alemania cuando Bismarck creó la seguridad social obligatoria y la esperanza de vida era 35 años inferior a la actual.

2. A los 75 años la biología humana empieza a mostrar signos de fatiga y enfermedades crónicas. El número de personas mayores de 75 años aumentará un 28 por ciento entre este año y el 2010. Y hasta un 58 por ciento en los próximos 25 años.

3. Las tecnologías de la información y la comunicación van a tener una importancia creciente. Las nuevas tecnologías de información no tienen ningún valor si no conllevan algún tipo de carga social y procedimientos en tres direcciones: campo formativo, asistencial y empresarial.

4. Los pacientes mayores de 75 años suponen entre el 10 y el 20%, según prestaciones, de la actividad global de un hospital del Sistema Nacional de Salud, como es el caso del Virgen de la Arrixaca. Este porcentaje se incrementará en los próximos años sin que ello presuponga una mejora en la calidad asistencial y de la propia calidad de vida del anciano sino se estructuran los recursos necesarios para establecer unas relaciones más eficientes entre los diferentes niveles de asistencia sanitaria, primaria y especializada, y específicamente sociosanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

http://www.usec.es
http://www.gobcam.es
http://www.insp/mx/salud
http:///www.redcreacion.org
Sánchez J, Ramos F. La vejez y sus mitos, Salvat, 1982
Guerrero F. Mariano 'Los servicios sanitarios en el actual entorno sociosanitario' Gestión Hospitalaria, Lunes 1 Abril 2002. Volumen 13 - Número 02 p. 49 - 52

“DIGNIDAD Y DEPENDENCIA”

D. Josep Antoni Boix Ferrer, *Diplomado en Enferemería,* ***D. Laura Robles Perea, Dña. Rosalía Torres Haba,*** *residentes,* ***y D. Sergio Ariño Blasco*** *, Director del Servicio de Geriatría de la Fundación Hospital Asilo de Granollers.*

DIGNIDAD Y DEPENDENCIA

Autores: *Boix Ferrer J A, Robles L, Torres R y Ariño Blasco S*

Departamento de Geriatría Fundació Hospital Asil de Granollers, Barcelona, España

Introducción y objetivos

La dignidad es un concepto complejo, ampliamente usado y con connotaciones de valor fundamental. En el mundo occidental se apela frecuentemente al derecho a morir con dignidad en situaciones de enfermedad avanzada y terminal. Pero también en situaciones de dependencia extrema. En este contexto la dependencia se sobreentiende como devaluadora de la dignidad de la persona. ¿ Pero de qué dignidad estamos hablando? ¿ La dignidad es algo que podemos perder? Con el propósito de mejorar la atención prestada a las personas mayores en los ámbitos social y de salud, hemos realizado un estudio que analiza la interacción entre los conceptos de dignidad y dependencia.

Metodología

Investigación cualitativa.
Participaron un total de 80 personas mayores de 65 años
Se buscó que quedara garantizada la diversidad de la muestra
20 grupos focales fueron grabados y transcritos
Se identificó y codificó los temas que iban apareciendo mediante el programa informático de análisis cualitativo Atlas.ti
La codificación fue realizada en paralelo por dos investigadores
Método de análisis - comparación constante

Hallazgos

GGG-10.1: “Quizás no acabo de ver el problema de la dignidad. Lo que veo en esta foto es una persona que está muy mermada físicamente, pero eso no creo que repercuta en la dignidad propia de la persona.Porque la dignidad de una persona no creo que dependa de su posibilidad de acción.” *(Participante procedente de una asociación religiosa)*

GGG-14.1: “La dignidad de un ser humano es mientras que tú te sirves de ti. Cuando ya no te puedes servir tú, la has perdido. Lo necesitas todo de los demás. Y entonces es que no vives, porque ves que los demás no tienen más remedio que hacerlo, y cuando se alarga meses y meses todo el mundo va allá por obligación.” *(Procedente de un Centro Cívico para personas mayores)*

GGG-19.4: “Creo que cuando una persona pierde la autonomía de hacerse las cosas más íntimas, pierde la dignidad.” *(Procedente de domicilio)*

GGG-9.3: “Veo la parte genuina de la persona, porque si no quizás sí que se perdería la dignidad cuando se pierde el raciocinio, por ejemplo. ¡Pues no! No se pierde. Pero no es que no se pierda por ciertos mecanismos, sino que no se pierde porque la tenemos, porque es un don. Forma parte de la persona.” *(Procedente de una asociación religiosa)*

Moderador: “¿ Qué dirían sobre la dignidad? ”
GGG-8.3: “Él? La ha perdido la dignidad, ya. Cuando uno llega a esto no la tiene ni en la suela del zapato, la dignidad. Cuando uno llega a esta edad, adiós dignidad.”
GGG-8.2: “Ya no se debe pensar en nada, no se debe ver nada.Con la cara que hace, pobre hombre.”
Moderador: “¿ Qué les parece? ¿ Que la dignidad se pierde con el raciocinio? ”
GGG-8.3: “Se pierde todo.Cuando uno tiene tantos años...”
GGG-8.2: “Son personas que están en el mundo, pero es como si ya no estuvieran. Ya tanto les da una cosa como otra.” *(Procedente de una Residencia)*

Conclusiones

No hay una toma de postura clara ante la dependencia, sino que la opinión varía enormemente en función del bagaje cultural y de valores de la gente entrevistada y de sus experiencias vitales. Aún así se pueden establecer dos grandes grupos de opinión:

- Primero, la de aquellos que piensan que el ser humano tiene una **dignidad constitutiva** (**Menschenwürde**), que no puede perderse y que siempre debe ser respetada.
- Segundo, La de aquellos que creen que la **dignidad está íntimamente relacionada con la naturaleza autónoma del ser humano**. Según estos, la dependencia puede ser contraria a la dignidad. Piensan que encontrarse en situación de necesitar ayuda y de generar trabajo para aquellos que están a nuestro alrededor nos hace sentir menos dignos. Incluso, si la propia familia o los amigos reaccionan negativamente ante la dependencia de uno, o lo dejan desatendido, este sentimiento de indignidad se ve acrecentado. Una situación de especial dificultad se presenta cuando el anciano precisa de ayuda en sus **necesidades más íntimas**, aunque si el cuidador adopta una actitud de **naturalidad** esto mejora enormemente.
- **Los Estados de demencia avanzada** son incluso comparados con una muerte en vida. La opinión general es que tales personas ya **no conservan ninguna dignidad**. No obstante, la gente que defiende la naturaleza constitutiva de la dignidad (**Menschenwürde)** opinan que, a pesar de estar en estos estados, estos pacientes **no han perdido su dignidad esencial**.

Este proyecto está financiado por la European Commission Fifth Framework (Quality of Life) Programme - Contract No - QLG6 - 2001 - 00888

Contactos: Dr S. Ariño, Sr. A. Boix
Email: geriatria@fhagranollers.com o sab@eresmas.net
Web: www.uwcm.ac.uk/study/geriatric_medicine/index.htm

“LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS PARA LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES”

Dña. Mª Clementina de Ganzo, Dña. Mª del Carmen Berrocal*, Auxiliares de Enfermería del Hospital Insular de Lanzarote.*

1. Introducción.

La pérdida de dependencia es cada vez mayor en las personas mayores. La hospitalización conlleva la separación del medio habitual de vida que junto a una mayor susceptibilidad a los fármacos y la posibilidad de la realización de maniobras operativas (diagnósticos terapéuticos) son algunos elementos que pueden repercutir negativamente en las capacidades funcionales del anciano.

Para mejorar la atención a las personas mayores dependientes y evitar la institucionalización es imprescindible incrementar los servicios sociales, las prestaciones complementarias; los programas de apoyo familiar y cuidados de estas personas.

Desde el punto de vista social existen una serie de recursos para la atención del anciano como son:

- Servicio de ayuda a domicilio (SAD)
- Centros de día
- Servicios de Tele asistencia
- Ayudas para adaptar los hogares a las necesidades del anciano: eliminado barreras, suelos antideslizantes, barandillas, compra de mobiliario, etc.

En caso de que no se pueda mantener al anciano en el domicilio es preciso ingresar al mismo en un centro residencial, dentro de las cuales tenemos: residencias para validos y residencias asistidas.

Desde el punto de vista sanitario existen otra serie de puntos para la atención del paciente:

- Extrahospitalaria: Atención primaria
- Hospitalaria: Se lleva a cabo en las residencias de geriatría, las cuales suelen disponer de diferentes unidades en función del tipo de cuidado que precise el anciano:
    - Unidad de agudos: Su nivel asistencial es llevar a cabo una valoración exhaustiva de los procesos agudos o cuando se sufre una recaída de un proceso crónico.
    - Media estancia: Ingresan pacientes que por sus condicionantes clínicos o sociales deben prolongar la estancia hospitalaria para garantizar su recuperación o para cuidados paliativos.
    - Larga estancia: Estos se harían cargo de los ancianos con escasas o nulas posibilidades de recuperación funcional.
    - Unidades psico-geriátricas: asisten a ancianos en los que la patología predominante es la mental (demencia).
    - Hospital de día: Conjuga las ventajas de hospitalización con la de permanencia en el hogar.

2. Objetivos

Uno de los primeros objetivos que nos debemos marcar es intentar conseguir que el anciano permanezca o se reintegre a su entorno habitual en las mejores condiciones de bienestar y felicidad. Además los profesionales sanitarios debemos incrementar el nivel de salud a través del desarrollo de programas de atención domiciliaria, y de atención al anciano, a grandes

discapacitados de carácter preventivo y rehabilitador; formación y coordinación de los profesionales con la atención especializada y los servicios sociales. Por supuesto debemos garantizar la continuidad del plan de cuidados prescritos. Promover la colaboración de organización sin animo de lucro y de las redes informales que estén implicadas en la atención a las personas mayores dentro del área, así como de la iniciativa privada.

Finalmente, se recomienda unas pautas de actuación que deben de ser tenidas en cuenta, tanto por los profesionales implicados como por los familiares o voluntarios cuando se atiende y se cuida a una persona deficiente.

Considerar que la persona anciana es adulta y por lo tanto merecedora del mayor respeto, no tutearlo/a salvo deseo expreso por su parte. Cuidar la imagen de la persona mayor. Garantizar las libertades básicas y derechos del individuo cuando son atendidos en centros. Flexibilidad en las normas de régimen interno de las residencias. Reforzar la percepción de control de la propia vida ofreciendo siempre alternativas y posibilidades, para que las personas mayores puedan tener posibilidad de elección entre diferentes opciones.

3. Material y métodos

Técnica cualitativa de grupo de discusión para establecer los objetivos. Se realizó una revisión bibliografía acerca de los distintos servicios sociales y sanitarios. Consultas en Internet y sobre todo nos hemos basado en la experiencia diaria que adquirimos en nuestro hospital.

4. Conclusiones

Todas las actividades encaminadas a prestar atención al anciano deben confluir en objetivos comunes. Uno de estos objetivos indispensable es la reintegración física, psíquica y social de individuo.

Cada anciano, siempre de forma individual y en consenso con los profesionales, debe decidir en caso de necesitarlo, cual es el dispositivo que mejor se ajusta a sus necesidades y expectativas. Evitando el ingreso sistemático en residencias ante cualquier alteración obstaculizadora de la autonomía del anciano. Solo programándolo en casos verdaderamente justificados.

“PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA”

D. Bernardo López Majano, *Consejero de SECOT.*

La dependencia de los mayores se considera en España como un fenómeno fatal e inevitable que antes o después por el paso inexorable del tiempo afecta a los mayores.

La automarginación de la persona mayor priva a la sociedad de un inestimable bien, de una capacidad de serenidad y de experiencia. Son las mismas personas mayores, con el apoyo de políticas sociales adecuadas, quienes deben construir una verdadera cultura, innovadora en participación social, lejos, sin embargo, de cualquier forma de paternalismo vejatorio.

Lo que tenemos que olvidar es que la vejez, por sí misma, sea un estado irreversible de inutilidad. Es un estado distinto, una nueva forma de la vida. Con sus limitaciones, con sus valores.

Es urgente recuperar una adecuada perspectiva desde la cual se ha de considerar la vida en su conjunto. Los ancianos ayudan a ver los acontecimientos terrenos con más sabiduría, porque las vicisitudes de la vida los han hecho expertos y maduros. Ellos son depositarios de la memoria colectiva y, por eso, intérpretes privilegiados del conjunto de ideales y valores comunes que rigen y guían la convivencia social. Excluirlos es como rechazar el pasado, en el cual hunde sus raíces el presente, en nombre de una modernidad sin memoria. Los ancianos gracias a su madura experiencia, están en condiciones de ofrecer a los jóvenes consejos y enseñanzas preciosas.

Desde esta perspectiva, los aspectos de la fragilidad humana, relacionados de un modo más visible con la ancianidad, son una llamada a la mutua dependencia y a la necesaria solidaridad que una a las generaciones entre sí, porque toda persona está necesitada de la otra y se enriquece con los dones y carismas de todos.

No tiene por qué considerarse la vejez como un estado de inactividad y dependencia pasiva respecto a los demás, sin tener en cuenta las nuevas posibilidades que se ofrecen a las personas mayores para poder participar en distintas actividades, acceder a nuevos conocimientos, a utilizar modernas tecnologías, a colaborar en acciones diversas del voluntariado, asociacionismo.

A pesar de los estereotipos negativos que equiparan ser mayor y estar enfermo, y de los prejuicios que identifican la vejez con la senilidad, el desinterés y le invalidez, la realidad, como confirman los estudios epidemiológicos más rigurosos, es que el 80% de las personas mayores de 70 años mantiene un día a día activo y autosuficiente. Es evidente que la sociedad no sólo tiende a desestimar la capacidad de autonomía de las personas mayores, sino que también ignora la madurez y la experiencia que acompañan a los años.

La actividad durante el envejecimiento – tal y como recomendó la 52ª. Asamblea Mundial de la Salud- es un componente importante para la salud en la edad avanzada. Este trabajo revisa los hallazgos en los que se basa esta recomendación, que proviene tanto de estudios longitudinales como de la investigación en personas de edad avanzada y sobre los efectos de la actividad física y mental. Propugna la eliminación de los obstáculos para la actividad en todas las edades y un aumento de los esfuerzos encaminados a que la gente mantenga una vida activa a edades avanzadas.

De acuerdo con los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas mayores se propone su plena integración en la sociedad, participar activamente en la formulación y la

aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.

Buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades. Formar movimientos o asociaciones de personas mayores.

Porque articular y garantizar una intensa participación independiente de los mayores es todo un reto, entendido desde la idea de que ser mayor es un estadio de la vida al que, con suerte, podemos llegar todos.

Pero paralelamente a estos retos hay que resaltar que cada vez hay más conciencia social del papel tan importante que juegan y que tienen que jugar las personas mayores; por tanto, tenemos que promover una participación más activa de las personas de edad, recuperando la figura de los "seniors", personas mayores que pueden transmitir experiencias o saberes.

Ser mayor no significa dejar de tener actividad, convertirse en un ser a proteger, sino todo lo contrario, hay que prolongar el tiempo del mayor en lo que pueden ser actividades normales de la sociedad dejando, al mismo tiempo, que el mayor sea protagonista de su tiempo libre, que no tiene por qué ser solo tiempo de ocio, sino también de hacer lo que no han podido realizar en otros momentos de su vida y tiempo de participar. Creo que hemos pasado de una etapa en la que ser mayor era sinónimo de ser pasivo a ser mayor en el presente y en el futuro siendo una persona activa y participativa.

“NECESIDAD DE PROMULGACIÓN DE UNA LEY DE PROTECCIÓN JURÍDICA DE LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA”

Dña. Eva García Blanco, *Vicepresidenta de la Hermandad de Pensionistas de la Administración Local.*

El análisis del artº 50 de la Constitución Española, pone de manifiesto dos fines cuyo cumplimiento compete al Estado.

a) Garantía de la suficiencia económica de las personas Mayores.

b) Promoción del bienestar social de estos ciudadanos.

En nuestra sociedad y dentro de la población mayor, existen sectores de especiales características que constituyen **bolsas de pobreza y marginación**.

Perviven principalmente en barrios urbanos, sobre todo en las grandes ciudades donde desgraciadamente se está produciendo casos de fallecimiento y abandono de mayores que viven solos. Casi diariamente nos muestran datos tremendos de ésta situación de abandono.

Si bien la responsabilidad es del Estado, no cabe duda de que son las Corporaciones Locales, en razón a su cercanía con la población, el Foro inmediato de participación y relación con el ciudadano. Del correcto funcionamiento de la organización municipal depende la efectividad del ejercicio de los derechos de las personas mayores, asegurando la cobertura de sus necesidades y por encima de todo: **La salvaguarda de su dignidad**.

La acción protectora de los municipios en relación con la población mayor, en cuanto a detección de éstos casos de marginalidad que permita encontrar el marco adecuado dentro de la legislación estatal y autonómica para la búsqueda de la autonomía personal y el derecho de la no dependencia de éste colectivo, pasa necesariamente por el análisis del ejercicio de las prestaciones sociales en el Municipio, que es el ámbito propio para su correcta prestación.

Para la adecuada gestión y prestación de ayudas, los Municipios han de dotarse de un marco reglamentario propio, dotando a los profesionales de los Servicios Sociales Municipales, de herramientas de trabajo fundamentales para su eficaz intervención, como sería por ejemplo: **Un Censo de Población** destinado específicamente a personas mayores que viven solas, o bien en pareja en el que al menos uno de ellos esté en situación de dependencia, recogiendo amplia y detallada información sobre éste colectivo.

Es imprescindible consolidar un **sistema de recogida de datos** sobre recursos sociales y socio – sanitarios dirigido a las personas mayores dependientes y consensuado con las C.C.A.A., que permitan el acceso a una información sistematizada sobre datos: **Demográficos, Económicos, Sociales, Sanitarios y de salud** sobre éste cada vez más numeroso grupo.

Hay algo que no admite demora: **El reforzamiento de los mecanismos de cooperación de las Comunidades entre si y entre éstas y la Administración Central**.

Nos resulta incomprensible la lentitud de la Administración del Estado para incrementar los presupuestos específicos destinados a las C.C.A.A. y a las C.C.L.L., en orden a los **equipamientos, programas y servicios** dirigidos a las personas mayores dependientes.

No son suficientes **las buenas intenciones** si no existe una **financiación adecuada.**

Teniendo en cuenta que las personas mayores aún representan una población en general débil, que viven regularmente solas y en condiciones económicas precarias, no podemos extrañarnos de que **la sociedad esté demandando cada vez con mayor fuerza, políticas activas de ayuda y de servicios** cada vez más eficaces, bajo la forma de acción social y cultural, en la reducción del fenómeno de la soledad y marginalidad, como ya queda dicho, empezando por la concepción de un CENSO MUNICIPAL que permita la inspección y control personalizado de todos éstos casos de abandono o carencia de familia y medios.

Ahora bien, las **Entidades Locales** tienen dos tipos de competencia: **las propias** y las **atribuidas por delegación**. Pero aún las que ejercen en régimen de autonomía y bajo su propia responsabilidad han de tender siempre a la debida coordinación con las demás Administraciones Públicas.

Es absolutamente necesario desarrollar un **sistema integral de protección económica y socio-sanitaria** dirigido a personas mayores en situación de dependencia con el apoyo decidido a programas que tengan por objeto la **detección precoz y la prevención de la enfermedad del Alzeimer y otras demencias**.

El Plan de Acción para Personas Mayores 2003 – 2007(Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), en un Estado de Autonomías, se precisa de instrumentos permanentes de cooperación Inter.-administrativa y exige una situación compartida, después del traspaso de competencias en servicios sociales, sanitarios, educativos...etc .y una puesta al día de la política social del Estado en cooperación con CC.AA., CC.LL. y todo el tejido social, **impulsando la cooperación del movimiento asociativo,** así como con las entidades y empresas que trabajan en el ámbito de los mayores.

España tiene que realizar el mayor esfuerzo posible para que sea un hecho la puesta en práctica del **Plan de Acción 2003 – 2007**. (Aprobado por el Consejo de Ministros el 29 de Agosto de 2003).

La situación de los ancianos en las Residencias, su ingreso o la estancia en ellas, cuando carecen de medios o tienen una voluntad nula o debilitada, es uno de los problemas que más preocupan en orden a la Protección Jurídica de éstas personas, que están demandando una **Ley de Protección a la Dependencia**, que garantice el ejercicio de sus derechos fundamentales.

En la **U.E.**, se está desarrollado desde hace años un debate socio-político de búsqueda de soluciones al respecto de la **dependencia** y la **vejez.**

Actualmente en España la protección a la dependencia es muy baja, siendo una necesidad social emergente**, no sólo centrada en la situación de los mayores sino en todas aquellas situaciones de dependencia o discapacidad a cualquier edad**.

El informe del IMSERSO para el proyecto de Ley de Protección a la Dependencia, propugna una política de Estado basada en la universalización de la Protección Social.

"LA FUNDACIÓN MEJORA ANTE LA DEPENDENCIA"

***D. Fernando Sogo Rodríguez**, Director de Fundación Mejora.*

La Fundación Mejora es una iniciativa de Caja Vital Kutxa que tiene por objeto promover programas y acciones que mejoren la calidad de vida de las personas mayores residentes en Alava. Entre los programas desarrollados en los dos años de existencia queremos destacar:

La apertura de la primera oficina de Información y Comunicación en el Estado, destinada exclusivamente a las personas mayores. Durante el primer año de funcionamiento la Oficina ha recibido un total de 12.048 consultas distribuyéndose de la siguiente forma: Bienestar Social (512); Viajes (3.601); Información general (1.271); Ocio y Cultura (2.478); Libros-Internet (662); Legislación (47); Información programas (89); Comités (120); Visitas (159); Programa de adaptación Funcional de la Vivienda (2.679).

La puesta en marcha del programa de adaptación funcional de la vivienda de las personas mayores, desarrollado mediante convenio con el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, que ha recibido 450 solicitudes, habiéndose realizado hasta la fecha 150 adaptaciones. Recientemente este programa se ha ampliado a la provincia mediante la firma de otro convenio con la Diputación Foral de Álava.

Otro ámbito importante de actuación es la colaboración con otras instituciones y entidades para desarrollar las diferentes iniciativas dirigidas a las personas mayores. Así, conjuntamente con la Universidad del País Vasco y la Diputación Foral de Álava, se ha desarrollado el 2º Curso de la Aulas de la Experiencia, que cuentan actualmente con 82 alumnos y con la Escuela de Artes y Oficios los cursos de ARTE 55, con 159 alumnos.

Se han organizado diferentes conferencias y cine-forum, en las que han participado 2.678 mayores, englobadas en dos ciclos: MEJORA TU VIDA, en colaboración con la Fundación Grupo Correo y PRE-JUBILACION, organizado conjuntamente con Aprejual, Secot y Caritas. Con esta última entidad se vienen desarrollando los TALLERES DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y GIMNASIA PARA MAYORES.

Con la inauguración de la mediateca de Montehermoso por parte del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz se están impartiendo cursos de INFORMATICA, en el que están participando 47 alumnos.

Otras actividades organizadas por la Fundación son las visitas guiadas a museos (85 visitantes); la exposición de revistas antiguas con 350 visitantes; las salidas y viajes al Camino de Santiago con 225 participantes y la organización del CERTAMEN ARTISTICO +55, con 167 participantes y 2.287 visitas a la exposición; los talleres de Kontsumo Eskola del Gobierno Vasco; y la oferta de viajes, con un total de 687 viajeros.

LA DEPENDENCIA es una realidad patente que afecta a las personas mayores, incrementándose de forma muy notoria a partir de los 75 años. Las instituciones públicas, a través de los servicios sociales y sanitarios, tratan de hacer frente a las necesidades físicas, psíquicas y personales que genera esta situación, pero a todas luces están cada vez más limitadas por el envejecimiento de la población, la prolongación de la vida media y las limitaciones presupuestarias. En consecuencia se precisa de la complementación de estos servicios con otras iniciativas desarrolladas por entidades sociales. Tal es el caso de la labor que desarrolla la Fundación Mejora.

Colabora en el retraso de las situaciones de dependencia promoviendo desde la prejubilación-jubilación una vida sana, activa, participativa y creativa mediante la organización de programas de excursiones y viajes, ciclos de conferencias y cine-forum; cursos de informática, Internet, creación artística y cultura del arte.

Promueve y previene la mejora de la calidad de vida de las personas mayores a través del programa de adaptación de la vivienda, subvencionando y financiando la adaptación de los baños. Muchas de las personas que se han acogido al programa (un dato a destacar es el alto porcentaje de viudas beneficiadas) no lo precisan actualmente, pero gracias a la labor de sensibilización que viene desarrollando la Fundación ha considerado oportuno realizar la adaptación, pensando en el futuro y en permanecer en su vivienda el mayor tiempo posible.

Realiza una importante labor de información y comunicación con las Personas Mayores a través de su oficina y del teléfono gratuito (900810082) sobre los recursos existentes, las gestiones a realizar y los lugares donde acudir. Diseñar una información clara, precisa y adaptada a las personas mayores es nuestra preocupación constante. Facilitar las gestiones hacen más cercanos los recursos, evitando que la complejidad de los trámites desorienten y desanimen a las personas mayores a preocuparse por su futuro.

Finalmente queremos destacar la labor que realizan las familias cuidadoras, que están solucionando gran parte del problema de la dependencia, en muchos casos con graves riesgos de deterioro de sus propias condiciones físicas, psíquicas y sociales. La Fundación apoya y asesora a las asociaciones de familiares. Potencia la intercomunicación, la colaboración y la reflexión entre ellas, mediante la creación de comités de participación. Por otra parte, ante las tendencias demográficas que auguran una reducción en la oferta de cuidadores informales, siendo sustituidos la mayor parte por empleadas de hogar, en buena parte inmigrantes, se está colaborando en el diseño de recursos formativos que garanticen una atención adecuada y cualificada a las personas mayores dependientes.

Mas información en: www.fmejora.org

"LA DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES"

***D. Joan Jordi Aragay**, Vicepresidente de CEATE.*

Presentación

Seríamos un país sin calidad de vida si no pusiésemos al alcance de todas las personas adultas las herramientas necesarias para el desarrollo de los individuos y de los grupos.

Trabajar de manera preventiva y prospectiva hacia el futuro es uno de los actuales retos para la supervivencia de las Empresas en el marco de Europa Comunitaria.

Conocemos las dificultades del personal en edades próximas a la Jubilación para adaptarse a lo que representa su futuro inmediato y también el interés creciente por parte de la Empresa en ofrecer alternativas reales de formación a todos los niveles.

Ofrecemos respuesta a esas inquietudes y para ello hemos diseñado los:

PLANES DE PREPARACIÓN PARA LA JUBILACIÓN (P3J)

Desde el punto de vista social se considera como pertenecientes a la tercera edad a los jubilados o retirados de la vida profesional, pero esto tampoco proporciona límite preciso ya que la edad de jubilación no es la misma para todos y no consideraría a las amas de casa, que no suelen abandonar su tarea.

EL PLAN DE PREPARACIÓN PARA LA JUBILACIÓN

Objetivos:

- Informar de manera objetiva y contrastadas acerca de lo que representa la jubilación al nivel de diferentes áreas.
- Sensibilizar y reflexionar sobre esta situación de cambio.
- Facilitar la transición hacia el "dejar de trabajar"

Ventajas:

Partimos de la experiencia que ya tenemos y que nos permite afirmar que:

- Posibilitamos una mejor adaptación al cambio.
- Disminuimos la ansiedad y estrés ante la Jubilación.
- Disminuye la morbilidad en el período siguiente.
- Creamos una dinámica positiva que facilita el paso desde la actividad laboral al ocio.

Descripción de programa:

"Cursos de Preparación a la Jubilación" dirigido a trabajadores en activo próximo a la fecha clave de su jubilación del trabajo que, acompañados de sus respectivos cónyuges, quieran prepararse para vivir esta importante etapa de la vida con salud (física, mental y social), bienestar personal y calidad de vida.

Cursos de 20 horas cada uno con temas tales como: La preparación a la jubilación, un derecho y una necesidad; El trabajador ante el hecho de su jubilación; Estereotipos sociales sobre la jubilación y el envejecimiento; La Tercera Edad, colectivo social marginado; El proceso

de envejecimiento de los individuos; Aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos del envejecimiento; Salud integral y calidad de vida en la jubilación; Cultura, ocio y tiempo libre en la jubilación; Participación del jubilado en la dinámica social; La vejez, un tiempo para vivir; etc.

Fines del programa:

- Sensibilizar a los trabajadores y cónyuges sobre el derecho y la necesidad de prepararse adecuada y eficazmente para vivir con dignidad, equilibrio, plenitud y calidad de vida la etapa de la jubilación.
- Preparar con antelación la nueva situación del Jubilado, ofreciéndole diversas alternativas en la organización de su propia vida y en el empleo de su ocio y tiempo libre de un modo creativo, activo y posibilitador.
- Reflexionar en común y tomar conciencia de los complejos y específicos problemas que afectan a los mayores a raíz de la fecha clave de u jubilación, así como de las enormes potencialidades que encierra esta nueva etapa de la vida en orden a la salud integral, el bienestar personal y la integración familiar y social.

Organización de los ciclos del programa

Esta acción consiste en reunir un determinado número de futuros jubilados, no mayor de 20 ni menor de 10, en un ambiente distendido alrededor de una mesa o mesas – nunca en una sala de actos sentados en butacas bajo una tarima a nivel más alto donde se encuentre el conferenciante o animador – con unas galletas y un refresco o un café, nada de alcohol. Sin ofrecer tabaco, pero tampoco prohibiéndolo. Se trata de que nadie se sienta cohibido. Que no se intuya una imposición. Todo el mundo debe sentirse bien, confortable, y cuando corresponda, comunicativo.

A estas reuniones se debe convocar a los futuros jubilados y se les debe ofrecer la posibilidad y la conveniencia de asistir acompañados por algún familiar, principalmente el cónyuge o los hijos, sin forzar ninguna situación. Aceptando, incluso otra compañía si alguien lo desea. Debe pensarse y creerse que seguramente quienes vayan – quienes quieran venir – serán los futuros protagonistas de su propia problemática. Y si es así, es natural que intenten enterarse de los que se les diga.

Las Conferencias – las llamamos charlas porque no tendrán ningún aspecto de tesis doctoral ni de lección magistral – consistirán en la exposición clara y natural, en términos lo más sencillos posibles porque irán dirigidas en general a un auditorio no demasiado cultivado, de una serie de temas que serán los con toda seguridad les afectarán con mayor intensidad, tales como:

- La salud física y mental – *Medicina preventiva*
- El entorno social en que se encontrará – *Recursos Sociales*
- Las cuestiones económicas y burocráticas – *Hacienda*
- La utilización del tiempo libre
- La cultura

Estas reuniones, para que sean efectivas, deben realizarse en dos etapas:

- La primera, entre los 18 y los 12 meses antes de llegar a la fecha exacta de la jubilación.
- La segunda entre los 6 y los 3 meses antes.

Con esto se pretende que en la primera reunión el interesado empiece a pensar seriamente en la próxima jubilación y tenga tiempo para tomar algunas medidas, las más perentorias. La segunda debe seguir para aclarar muchos detalles y situaciones, encarrilándolas lo máximo posible.

CONCLUSIONES

Como final de esta breve exposición de la JUBILACIÓN y su necesaria e ineludible obligación social de proporcionarles una PREPARACIÓN a la misma, concluimos SOLICITAR a las administraciones (Locales, Autonómicas y Estatal), que faciliten a las ONG. Y Entidades especializadas en la ayuda de la información de los MAYORES, los medios necesarios de apoyo moral, Económico y de coordinación, para que conjuntamente, puedan organizar, cuanto antes, una efectiva Campaña de Promoción y organización de esta preparación a la JUBILACIÓN y DEPENDENCIA.

Para que esta Campaña y sus respectivos cursos, sean pronto viables, creemos conveniente, crear una Plataforma con las entidades y ONG. Que hasta ahora viene realizándolo a sus costas, como CEATE, AFOPA, FATEC, que presididas por CEOMA a cuyo VI Congreso de Valladolid presentamos, esta solicitud; Conjuntamente con representación de los sindicatos (UGT-CCOO-, la CEOE Empresarial)- pues se trata de cursos a trabajadores próximos a jubilarse-, IMSERSO por el Ministerio Trabajo y Asuntos Sociales, y delegados de las Autonomías.

Finalmente, creemos URGENTE, que la Administración disponga ya, que las empresas a las que se concede, por solicitud de crisis, una PRE-JUBILACIÓN a algunos de sus trabajadores, les sea obligatorio darles previamente un curso de "PREPARACIÓN a la JUBILACIÓN". (Agosto 2003)

"UN DECÁLOGO PARA EL MAYOR"

D. Rafael Navas , *Presidente del Grupo Júbilo Comunicación.*

1. El envejecimiento de la población en nuestro país es, sin duda, como en los demás países desarrollados, uno de los fenómenos claves que van a condicionar el futuro de nuestras sociedades y del Estado de Bienestar. No estamos ante un hecho coyuntural vinculado a un ciclo demográfico que puede cambiar a corto plazo. Las sociedades desarrolladas han conseguido el gran logro de que sus ciudadanos vivan más años y en mejores condiciones. Este hecho unido a las bajas tasas de natalidad da como resultado que, las personas mayores tengan cada vez una mayor relevancia en nuestras sociedades.

2. Una sociedad como la nuestra que proclama los valores relacionados con la juventud e identifica la vejez con la decadencia y la marginación se siente amenazada por el hecho de que las personas mayores sean cada vez más y tengan un mayor peso en todos los ámbitos. Se agitan toda clase de alarmas y discursos pesimistas: ¿quién va pagar los costes que generan los mayores? ¿quién va a cuidar de ellos? ¿cómo se van a promover proyectos innovadores, creativos y estimulantes en una sociedad donde los mayores van a ser un sector decisivo?

3. No hay ninguna duda que existe esta alarma y que se nos plantean grandes interrogantes. Para empezar, no hemos sido capaces de asimilar los profundos cambios que se han producido en poco tiempo y que van a acelerarse en el futuro inmediato. Por una parte, de una sociedad en la que el peso de las personas mayores era marginal; la esperanza de vida, en el mejor de los casos, prácticamente coincidía con la edad de jubilación y, a excepción de algunos casos privilegiados, la vejez era sinónimo de pobreza y penalidades, hemos pasado a una sociedad en la que las personas mayores van siendo el segmento mayoritario de la población, tienen todavía por delante, muchos de ellos, un tercio de su vida una vez jubilados y, desde luego, cada vez tienen menos que ver con el estereotipo de la vejez que lo identificaba con la pobreza, la marginación y el desinterés por el mundo.

4. Este cambio tan profundo que se está produciendo implica un cuestionamiento de principios y mentalidades profundamente arraigados en nuestra cultura y en nuestra práctica social y económica. En nuestra cultura occidental, el desarrollo de la vida de las personas está en contradicción con algunos de los valores que se proclaman. Si se ensalza la juventud como un estado ideal de vida forzosamente la vejez se vive como una limitación, como una pérdida a la que caminamos de forma irreversible. De ahí la paradoja de que 1,1 vida de las personas en lugar de ser una acumulación de experiencias, de aprendizaje continuo, de una búsqueda constante, de intereses por descubrir parece que a partir de cierto momento en el que ya no se es "joven" ya no se tiene futuro. Esta constatación no solo afecta a la visión que tiene la sociedad de las personas "maduras", sino que se interioriza en los individuos afectando a su autoestima, a sus proyectos y a sus propias capacidades para enfrentarse a la vida.

5. Una consecuencia de esta visión negativa de la vejez, es el pesimismo con el que se afronta el futuro de una sociedad como la nuestra, en la que las personas mayores cada vez serán más numerosas. Aquí actúan todos los estereotipos: no se podrá cubrir el incremento galopante del gasto que significa mantener y atender a un colectivo de estas características; el consumo va a disminuir porque las personas mayores no gastan casi nada de su propio bolsillo... Aterroriza ver que la pirámide de la población cada vez se agranda más por arriba y se achica por debajo.

6. Una segunda consecuencia es que esta perspectiva ha encendido todas las alarmas sobre el futuro del Estado de Bienestar. ¿Podrá el Estado en las condiciones actuales asumir los costes de las futuras pensiones, de la asistencia sanitaria, y de todas aquellas prestaciones y servicios que hoy se financian a través de los presupuestos de las administraciones y organismos públicos? Para algunos hay que mantener a toda costa las cosas como están sin más y cualquier reforma les parece un atentado a las esencias de los intereses de los sectores populares. Otros,

defienden prácticamente la liquidación de la función social del Estado para que quede libre el terreno para la oferta privada y que cada uno se apañe como pueda. Lo cierto es que se constata una gran desorientación y una falta de debate riguroso que intente comprender los nuevos escenarios en los que nos vamos a encontrar y perfile proyectos a largo plazo para afrontarlos.

7. La perspectiva pesimista de la vejez tiene, sin duda, su lógica interna y está muy asentada en la mentalidad de una gran parte de la población. Cualquier cuestionamiento de sus planteamientos requiere un notable esfuerzo para abrirse camino. Y para ello es imprescindible que surjan iniciativas que, sin estar condicionados por la coyuntura política a corto plazo, promuevan el debate e influyan en la opinión pública y en aquellas personas e instituciones públicas y privadas que están más directamente implicadas en la toma de decisiones.

8. La actual concepción pesimista de la vejez, además de llevarnos a un callejón sin salida, parte de unas premisas erróneas y de un análisis de una realidad ya periclitada.

9. Las iniciativas relacionadas con las personas mayores deben partir de un objetivo central: el bienestar de las Personas Mayores. Debemos sentimos responsables del presente y del futuro de las personas mayores y, por ello, nos debe preocupar, especialmente, su calidad de vida y que como ciudadanos puedan ejercer con plenitud los derechos y deberes que les corresponden. La edad no puede ser nunca una discriminación ni una limitación al ejercicio real de estos derechos.

10. Dignificar la vejez, significa cuestionar algunos de los valores a los que antes nos referíamos. Nacemos con la voluntad de promover una crítica a todos aquellos presupuestos que penalizan y devalúan la vida cuando se llega a ciertas edades, como si el proceso vital perdiera valor a medida que va madurando. En el momento que se entienda la vejez no como una limitación sino como un periodo más de la vida en la que se puede vivir con la misma intensidad que en cualquier otra edad, habremos conseguido algo decisivo.

11. Estamos convencidos que hoy es más necesaria que nunca la Solidaridad Intergeneracional. Los grandes retos que tenemos planteados no se resuelven mediante el corporativismo o la defensa de los intereses inmediatos de un colectivo. Posiblemente se pueden conseguir mejoras a corto plazo para uno u otro colectivo pero siempre a costa del interés general, además de que no dejan de ser mejoras que hipotecan el futuro también para estos propios colectivos. El presente y futuro de las personas mayores va a depender, en gran parte, de la inserción social de los más jóvenes. Las líneas de convergencia entre las generaciones en las que puede expresarse esta solidaridad son casi infinitas.

12. Las personas mayores no son solo un colectivo costoso para el Estado -como lo son, otros sectores como los estudiantes, los agricultores o los funcionarios- sino que son también un mercado en el que demandan productos y servicios para el consumo. Un mercado expansivo y, sin duda, uno de los que tiene más posibilidades de crecimiento en estos próximos años. Esta constatación es decisiva para darle la vuelta a los planteamientos pesimistas. Estamos ante un segmento de la población dotado de una demanda potencial de extraordinaria importancia y cuyo mercado puede compensar la disminución de otros sectores, como consecuencia del bajo índice de natalidad. Este es, además, un sector que puede generar muchos puestos de trabajo de nueva creación o reciclando otros ya existentes.

13. El desarrollo de este mercado depende, en gran parte, de la capacidad por parte de la iniciativa privada de ofertar los productos, bienes y servicios adecuados. El campo de actuación cubre casi todos los áreas productivas. Las empresas deben hacerse la idea que sólo podrán crecer desde este segmento de la población y que, nadie, produzca lo que produzca, podrá salir adelante de espaldas a las personas mayores. Lamentablemente, todavía muchas empresas sólo operan a corto plazo sin una estrategia que vaya en consonancia con los tiempos y que pueda adaptarse sin sobresaltos a las nuevas demandas que ya van apareciendo.

14. Apostamos por el desarrollo de este mercado y por dinamitar todo aquello que permita convertirlo en uno de los más expansivos eliminando los obstáculos que dificultan su avance. Para algunos hablar de "mercado de las personas mayores" es un tabú como si quisiéramos "mercantilizar" a los pobres e indefensos ancianos. La defensa de este mercado es decisiva para combatir tanto la percepción pesimista como la asistencia en referencia a este sector. Si realmente fuera cierto que no existe mercado o que éste está muy limitado a una pequeña minoría de privilegiados, el envejecimiento de la población realmente nos llevaría al colapso porque sería incapaz de producir ningún tipo de excedente y por tanto, sólo generaría coste para su entorno -la familia y la comunidad más próxima- y para el Estado.

15. Para que las personas mayores sean un factor económico de crecimiento y desarrollo o sea, que se constituyan como mercado, es imprescindible un replanteamiento de la definición y funciones del Estado de Bienestar. Este ha sido uno de los grandes logros de las sociedades modernas y la pieza angular del pacto social de las sociedades democráticas avanzadas. El Estado de Bienestar parte de dos principios centrales: la igualdad de oportunidades y la cobertura de las necesidades básicas de sus ciudadanos. Para conseguir estos objetivos se parte del principio de que todos debemos aportar nuestra contribución en función de la capacidad económica de cada uno.

16. Pero de la misma forma que se defienden con contundencia estos principios básicos, se apuesta por una profunda reforma de la Administración Pública, de su gestión y de sus objetivos. Es necesario que los Poderes Públicos estimulen todas las energías que existen en nuestra sociedad y que no sustituyan su iniciativa. No sólo se trata de racionalizar el gasto o de que los recursos sean limitados. Si sólo fuera eso, la consecuencia es que cada vez se iban a dedicar menos recursos a una mayor demanda Se trata de ir más allá y plantearse cuáles son las funciones del Estado en relación a las personas mayores y, por extensión, al conjunto de los ciudadanos.

17. Pero, a la vez, es necesario que se perfilen unas reglas de juego claras, consensuadas y a largo plazo entre las Administraciones Públicas y la iniciativa privada. No es posible abordar con garantías los grandes retos que plantea el progresivo envejecimiento de la población sin que lo público y lo privado caminen en la misma dirección y sabiendo hacia donde se va. Es preciso llamar a la responsabilidad de los dirigentes políticos para que antepongan los intereses generales -la atención a las personas mayores y el desarrollo del mercado en este sector- a los legítimos intereses electorales. El tiempo va en contra de las decisiones acertadas y previsoras. Sin una estrategia a largo plazo no va a ser posible hacer frente a los gastos ni desarrollar el mercado de este sector.

18. Entendemos que es imprescindible una profunda renovación de los objetivos, las estrategias y el funcionamiento de las asociaciones y entidades que agrupan a las personas mayores. La oferta de servicios, la modernización de la gestión y la capacidad de intervención en la vida pública deben ser los motores que faciliten una participación real y efectiva de este colectivo integrado plenamente en la sociedad en la que vive.

19. Procurar el bienestar de las personas mayores; replantear los valores de nuestra sociedad respecto al envejecimiento; investigar y propagar los cambios que se están produciendo en este sector; dinamizar el mercado de las personas mayores, incitando y favoreciendo la intervención de la iniciativa privada; defender y replantear los objetivos, las funciones y la gestión de las administraciones públicas; estimular una nueva relación entre lo público y lo privado e impulsar la participación social de este colectivo deben ser los principios en los que se basen las iniciativas relacionadas con los mayores.

DECÁLOGO

1- Los mayores tienen derecho a la libertad de expresión y a la información y su voz debe ser oída por las Instituciones en pie de igualdad con el resto de los ciudadanos.

2- Los medios de comunicación en general y los medios publicitarios en particular deben velar por la mejor imagen del mayor evitando lenguajes degradantes, vejatorios o de discriminación.

3- La comunicación intergeneracional debe favorecerse desde las Instituciones con el fin de recuperar un diálogo social beneficioso para todos.

4- En los ámbitos empresariales debe evitarse la discriminación por la edad que se desarrolla a través de los planes de prejubilación, favoreciéndose una nueva cultura que ligue el derecho de ser mayor a la experiencia necesaria, cuando no a la sabiduría.

5- Los mayores desean recuperar su protagonismo social y su papel de referente ético en una sociedad cambiante, argumento que debe difundirse desde los medios de comunicación social.

6- La participación de los mayores en la vida política debe ser un hecho normal, por lo que los partidos han de realizar los esfuerzos necesarios para promover su integración en las listas electorales.

7- Las Asociaciones de Mayores representativas deben trabajar unidas en aras de proteger con eficacia los derechos de los mayores a una vida digna, con calidad y a unas pensiones justas.

8- Los mayores deben registrar un mayor grado de actividad a través de sus asociaciones para consolidar y hacer reales sus derechos consagrados en la Constitución Española.

9- Las Instituciones deben favorecer el desarrollo de los medios de comunicación especializados en cuestiones de interés y servicio público para los mayores y que sus reivindicaciones encuentren en ellos el cauce más adecuado.

“LOS VIEJOS”

D. Josep Aracil, *Presidente del Consell Sènior de Premià de Mar.*

En una sociedad envejecida, ¿qué hacemos con los viejos?. La expresión viejo, en su sentido más tradicional, es sinónimo de persona mayor dependiente. Es una palabra tabú para las personas mayores, que no se sienten viejos ni quieren saber nada de ellos. Aunque los viejos existen, lo cual es incuestionable, es mejor ignorarlo, es mejor no pensar en una etapa decadente, en una situación de dependencia, la cual por otra parte puede ser que no se dé, simplemente por que otro tema también tabú para los mayores, la muerte, haga su aparición con lo cual se terminan todos los problemas habidos y por haber. Hoy día mayoritariamente los mayo-res esperan que cuando lleguen a viejos, alguien se preocupe de ellos, a ser posible en su propio domicilio y bajo el cuidado de sus hijas.

A la pregunta ¿qué hacemos con los viejos? Los mayores no lo saben ni quieren saberlo. El estado, a través de sus diversas administraciones, intenta contestar a la pregunta, de la misma forma que intenta hacerlo la sociedad civil, los expertos, la empresa privada y también un grupo muy reducido de dirigentes de asociaciones de mayores. En estos momentos simplemente observamos desde nuestro en-torno en Barcelona, que la mayoría de los servicios sociosanitarios para los viejos funcionan como un negocio gestionado por empresas privadas con ánimo de lucro de acuerdo con las leyes del mercado. Son una mercancía mas con la que es posible enriquecerse. Es terrible constatar la explotación a que están sometidos los viejos, uno de los colectivos más vulnerables de nuestra sociedad, hay quien dice que seria mejor llamar a algunas residencias geriátricas como pretanatorios.

En estos momentos las personas mayores no están lo suficiente organizadas para tratar con propiedad el problema de los mayores dependientes. No obstante esta dificultad deberían aceptarse dos principios básicos. 1.- Los servicios sociosanitarios para los viejos deberían ser universales y públicos, al extremo de no destinar ni un solo euro del erario público para subvencionar o concertar plazas públicas a empresas privadas que funcionan buscando el máximo beneficio de acuerdo con las leyes del mercado. 2.- Los servicios sanitarios de los viejos deberían ser atendidos por médicos geriatras, de la misma manera que para el cuidado de los niños, se exige la condición de médico pediatra.

La respuesta fácil a la petición de servicios universales y públicos es de que no hay suficientes recursos económicos para atenderlos. Esta respuesta es propia de una política conservadora y neoliberal, que en el caso de España se encuentra a mucha distancia del estado de bienestar que rige en otros países de la UE mucho más avanzados que el nuestro, lo cual no deja de ser una suerte, ya que pone en evidencia el largo camino que aun falta por recorrer para alcanzarlos. Es evidente que para conseguir estos servicios sociosanitarios públicos europeos los mayores debemos organizarnos de forma muy diferente a la actual, en la que predomina un excesivo miedo hacia la administración, que es la que tiene el deber constitucional de atender a los viejos. Por fortuna algunos sociólogos ya empiezan a describir el poder gris, que hará que el siglo XXI sea el de los mayores.

Mientras este poder no esté constituido solo caber denunciar el negocio de los viejos explotados de forma descarada por empresas privadas Nos encontramos en una situación muy parecida a la del sistema educativo a finales de la dictadura, donde proliferaban excesivas academias privadas las cuales todas ellas con la democracia han tenido que cerrar. Actualmente uno de los problemas de las administraciones consiste en no poder cerrar muchos de estas deficientes residencias geriátricas, debido a que no existen residencias públicas para sustituirlas. La pregunta que se hacen es ¿si cerramos esta residencia, que hacemos con los viejos?.

Urge que la clase política empiece a solucionar un problema que no puede eludir, debido a la obligación que le impone la Constitución, de no hacerlo aumentaría la falta de credibilidad

de una clase política que esta demostrando su ineficacia para solucionar los problemas reales que afectan a la sociedad. Cuando a inicios de los años 1900 los alemanes pusieron en marcha el actual sistema de seguridad social europeo, las dificultades económicas para implantarlo era muy superiores a las que en este momento pueda representar asumir el coste económico de los mayo-res dependientes, que evidentemente tendrá que ser objeto de un aumento de la presión fiscal, aun muy por debajo de la media europea, y de una redistribución de la riqueza que tenga más en cuenta los costes sociales.

“PREVENIR LA INMOVILIZACIÓN DEL ANCIANO”

Dña. Eustaquia Díaz Ribera, Dña. Laura Lorenzo Cabrera, *Auxiliares de Enfermería del Hospital Insular de Lanzarote.*

1. Introducción:

Conforme la edad avanza, los músculos, tendones y articulaciones pierden parte de su fuerza y flexibilidad. El organismo trabaja a un ritmo mucho más lento. Por eso mismo las personas mayores se mueven con mas lentitud, al afectar la edad a las funciones motoras (iniciación del movimiento, reflejos y marcha).

Cuando se envejece y no se hace ejercicio regularmente, lo más normal es que los músculos pierdan fuerza. Si ya se padece alguna enfermedad que disminuye la energía o alguna enfermedad que intervenga en la locomoción;, como caderas, rodillas, tobillos, espalda... entonces se ve limitado el movimiento.

De este modo se van reduciendo las relaciones con la sociedad, por lo que se puede perder la capacidad física y/o mental de la persona anciana. Se deja de hacer visitas, salir de compra, ir de vacaciones o simplemente salir a la calle.

2. Objetivos

Prevención de la inmovilidad en el anciano:

- Prevenir la invalidez
- Favorecer la independencia
- Funcionalidad
- Auto cuidado
- Evitar dependencias
- Modificar los ambientes estresantes y perjudiciales para la salud
- Mejorar la calidad de vida y bienestar del paciente

3. Métodos

La inmovilización es el mayor problema al llegar a la vejez. El deterioro de la movilidad en la persona anciana es debido directamente al sistema neurológico, músculo-esquelético y a otras patologías asociadas a la vejez.

El ejercicio diario ayuda al afectado a mantener su capacidad funcional durante más tiempo. Se ha encontrado también que mientras mayor nivel de educación haya alcanzado la persona, menor incapacidad tendrá.

En el envejecimiento aparecen cambios fisiológicos (atrofia muscular, enfermedades de articulaciones...), psicológicos (depresiones, tristeza, apatía, soledad...), socioeconómicos (bajos recursos económicos, aislamiento...). Todas estas situaciones pueden desencadenar inmovilización.

4. Resultados

Algunas causas de la inmovilización se pueden evitar pero otras por el contrario son letales, como por ejemplo:

- Osteoporosis
- Artritis crónicas
- Osteartritis
- Ictus
- Trombosis

Otras causas de inmovilidad:

- Algunas veces nos encontramos con ancianos totalmente inmovilizados, sin causa aparente alguna. Esto es debido al estado constitucional del anciano.

  Quizás se deba a un problema psicológico o a una enfermedad depresiva no descubierta a tiempo, lo que se convierte en un hábito de inmovilidad continua.
  - Miedo a caerse
  - Perdida sensorial de oído y vista

- Causas iatrogénicas

- Cambios ambientales

  El trasladar al anciano de su medio natural a casa de otros familiares, conlleva a una confusión lo que origina una inmovilidad, pues se siente inhibido al moverse de un lado a otro.

- Hospitalización

  Es la principal causa de inmovilidad antes y después de una intervención quirúrgica o accidente desarrollando las úlceras por presión.

5. Conclusiones

En la medida de lo posible, debemos adaptar la casa del anciano para evitar accidentes innecesarios. Se debe prevenir todo tipo de caídas, de lo contrario nos encontramos con un anciano traumatizado e inmovilizado.

Posiblemente lo tendríamos en una silla de ruedas por un tiempo pero también puede ser que se haga dependiente y lo tengamos el 90 % del día en cama.

“LOS MAYORES Y LA LEXICOGRAFÍA”

D. Ignacio Sánchez López, *Socio Fundador de ASPUR.*

La presente comunicación se vincula a la Ponencia 4 “El envejecimiento activo” del VI Congreso Nacional CEOMA y a su lema: “Vida activa toda la vida”, del que es un eco el de ASPUR “per laborem ad astra”.

En efecto, los mayores vienen siendo sujetos activos, y también pasivos, de los estudios lexicográficos como usuarios del habla tradicional en esta lengua nuestra que pertenece a cuatrocientos millones de hispanohablantes.

El propósito de esta comunicación es sugerir la orientación de este venero de léxico también a la animación socio-cultural “de las residencias de mayores. La organización de mesas redondas, tertulias, charlas o conferencias sobre cuestionarios, temas y concursos acordes con la profesión y vivencias de los residentes, acciones capaces de suscitar su espontáneo o provocado interés; pues que el “recordar es volver a vivir”.

Antecedentes y fundamentos:

A partir del movimiento lingüístico llamado “Palabras y Cosas”, que estudia a la vez los vocablos y las cosas expresadas por ellos, se produce, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, una eclosión de las investigaciones de las hablas locales, con especial atención a la vertiente tradicional, que han producido gran número de trabajos, ya publicados, sobre peculiaridades de hablas comarcales o locales ricas en términos laborales agrícolas profesionales, costumbristas...

Fruto de esta acción intergeneracional entre investigadores e informadores en ciudades villas y pueblos, es un corpus léxico informatizado ya por el Instituto de Lexicografía de la Real Academia Española, destinado al “Diccionario Histórico de la Lengua”, proyecto semejante al único existente en el mundo de esta naturaleza”The Oxford English Dicionary”. Así lo define D. Julio Casares Secretario Perpetuo de La Real Academia: *“Después del Diccionario normativo que con carácter docente y estético pretende guiar al hablante y al escritor por el difícil camino del “buen uso” y del “buen gusto” con arreglo a la mejor tradición literaria –criterio que han informado los Diccionarios Académicos-, aparece en la lexicografía moderna el léxico integral, el léxico archivo, que no distingue entre un uso bueno y otro malo, sino que se propone recoger, estudiar y catalogar todas las creaciones léxicas que se han incorporado al idioma en cualquier tiempo o latitud. De este tipo es el Diccionario Histórico, que actualmente prepara la Academia Española y que habrá de contener la biografía documentada de toda voz o acepción desde que apareció en la Lengua hasta nuestros días o hasta el momento en que dejó de existir. Tarea primordial del Seminario de Lexicografía de la propia Academia”*.

Pero el Instituto de Lexicografía es no sólo depósito laborioso sino también centro abierto a toda consulta y proveedor de material lexicográfico: cuestionarios, “cuadernos de campo”...

La coyuntura es muy propicia. Los trabajos lexicográficos han sido prácticamente publicados por Comunidades Autónomas, Diputaciones, Ayuntamientos y entidades económicas, a las que también compete como acción social la animación cultural. Los autores de estos estudios colaborarían lógicamente a la animación si se les pide, incluso los alumnos universitarios de Filología en prácticas.

A los estudios de habla locales han puesto su broche los "atlas lingüísticos" de D. Manuel Alvar: Andalucía, Cantabria..., y el magno más reciente Atlas lingüístico de Castilla y León en tres volúmenes, publicado por la Junta de Castilla y León en 1999.
El Departamento de Filología Lingüística de esta universidad de Valladolid, dirigido por el Dr. D. César Hernández ha elaborado "El Diccionario del Castellano Tradicional" (Ámbito 2001), que recoge más de diecisietemil palabras y veintemil acepciones, con índices temáticos y alfabéticos, organizados en 51.000 campos léxicos y una bibliografía de 440 obras.

Todos estos antecedentes permiten auspiciar un esperanzador futuro a los hermosos contenidos socio-culturales que contempla la 4ª Ponencia.

“SISTEMA INMUNOLÓGICO Y ENVEJECIMIENTO - INMUNOSENESCENCIA”

Prof. D. Félix Pérez y Pérez, *Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid.*

El dramaturgo inglés Benard Show ridiculizaba hace unos años, en una obra memorable, el papel d las defensas humanas (sistema reticuloendotelial), en relación con la capacidad defensiva – lucha- de los humanos ante las agresiones del medio exterior.

La realidad es que “el fallo del sistema” es uno de los problemas que se acentúan a medida que pasa la edad, y llega a ser responsable de que la ancianidad se convierta e enfermedad (senectud), como consecuencia de agentes infecciosos de cualquier naturaleza que alcanzan con éxito al ser humano.

Nacemos con un sistema defensivo integrado por defensas móviles, leucocitos B y T principalmente, que se responsabilizan de combatir, los primeros a los agentes infecciosos (bacterias, virus, etc.), y los segundos a las intoxicaciones.

Los leucocitos B se producen durante toda la vida, con origen principal en la médula ósea, mientras que los T se generan en la glándula timo y desaparecen cuando aquella entra en crisis degenerativa, que en la especie humana ocurre hacia la pubertad. Hasta entonces nuestro organismo ha estado defendido de multitud de agentes tóxicos.

En algunas especies animales la glándula timo continúa hacia edades avanzadas, y en otras como en las aves, es reforzada, sino sustituida, por la bolsa de Fabricio, de ahí la resistencia de esta especie a las intoxicaciones. Otros elementos defensivos de gran importancia son las células NK, que resultan agresivas y asesinas frente a elementos (material genético) que llegan a nuestro organismo, haciendo imposible la fecundación de una especie con material seminal de otra; son por lo tanto células que defienden la pureza de la especie evitando los cruzamientos.

En condiciones normales, cuado se forma el cigoto (fusión de los núcleos ovocito y espermatozoide) primera célula diploide, las células NK se lanzan para destruir este conjunto, y si no fuera por la acción protectora que emana del Erling Pregnancy Factor, que se opone a tal destrucción, no habría posibilidad de éxito procreativo, tal como sucede en el síndrome “aborto habitual”. El Erling Pregnancy Factor es conjunto de acciones que suman la acción protectora de la progesterona (cuerpo lúcteo), el efecto del cigoto sobre la mucosa tubárica, la oxitocinasa que detiene las contracciones de la propia trompa, etc.

De otra parte nuestro organismo cuenta con defensas humorales integradas por multitud de anticuerpos resultantes de la acción sobre nuestro organismo del medio exterior. Cuanto mayor haya sido el contacto del niño, adolescente, etc., con el medio exterior, más elevado es el número de anticuerpos que posee, que en general son superiores a 10^{17}, por lo que el número de anticuerpos del organismo es tan abundante como antígenos agresivos puedan llegar a él.

A medida que avanza la edad disminuye estas defensas y el organismo se encuentra más débil frente a todo tipo de enfermedades infecciosas (bacterias, virus, hongos, parásitos, etc.), de tal manera que esta crisis del sistema inmunológico es frecuentemente, causa no sólo de acelerar el envejecimiento, sino de actuar como gerontógenos muy activos.

El sistema inmunológico sufre ajustes con la edad.

En esta comunicación pretendemos llamar la atención sobre el interés del sistema inmunológico en la aparición de la vejez, acentuación de la misma y presencia de la senectud:

vejez + enfermedad = senectud

La teoría de BESEDOWSKI postula que la organización y reestructuración del sistema inmunológico está íntimamente relacionada con efectos neuroinmunológicos, de ahí la importancia que situaciones depresivas (shock desafectivo) representan sobre el envejecimiento y la crisis inmunológica.

El control del sistema inmunológico es muy importante y constituye la principal conclusión de esta comunicación.

La evaluación del grado de envejecimiento está relacionada con cambios numéricos en la población de linfocitos T, menos vitalidad, y en especial con los B.

La edad biológica de un individuo no siempre corresponde con la edad cronológica (años).

Hace unos años (1992), las investigaciones de BURKAM NORRIS sirvieron de base para el establecimiento de los llamados test de envejecimiento, de singular interés para conocer la situación biológica del individuo (compañías aseguradoras, elección de candidatos, prevención de enfermedades, etc.). Los referidos test han sido desarrollados por el Instituto Nacional del Mayor de Nueva York (National Institute of Aging), y en especial por el Centro Nacional de Baltimore. Dichos test evalúan el nivel de las defensas celulares, hormonales, de la producción de hormonas de crecimiento, gasto cardiaco, niveles metabólicos, etc.

Un tema importante que planteamos en esta comunicación es la activación del sistema inmunitario, que se basa en los siguientes planteamientos:

- Lucha y neutralización de los radicales libres de oxígeno (RLO), tanto a nivel ambiental como a través de la alimentación (residuos metabólicos).
- Restitución calórica que se refiere a reducir y modificar el aporte calórico a través de la dieta.
- Ejercicio físico moderado controlado y disuasorio, que significa: con abstracción y participación cerebral gratificante a través del proceso ambulatorio.
- Evitar el shock afectivo. Es bien sabido que la pérdida de afecto, la situación de aislamiento, inseguridad, repercuten notablemente en el individuo acelerando el envejecimiento y desencadenando ciertas enfermedades mentales: Alzheimer, Parkinson, y en especial la enfermedad de Weber, que se refiere a la crisis que se produce cundo falta un miembro de la pareja.

Conclusión:

- **La Geriatría debe tener muy en cuenta el control del sistema inmunológico.**
- **La realización y evaluación sistemática de tests de envejecimiento.**
- **La Activación periódica del sistema inmunológico.**
- **La Gerontología debe apoyarse en evitar los agentes gerontógenos, que perturban la salud deprimiendo las funciones y acortando la vida.**

“SOMOS NECESARIOS”
Padre Jaime Garralda, Presidente de Horizontes Abiertos.

Vamos a definirnos por lo que NO somos y por lo que SÍ somos.

No somos mendigos para pedir que no nos marginéis, que no nos abandonéis acudiendo humildemente a vuestra misericordia.

No somos egoístas intentando unirnos para pedir por nuestras necesidades y problemas, y solamente para nosotros.

No estamos acabados. Es cierto que entre nosotros hay mayor porcentaje de inválidos que entre los de otras edades. Pero en todas las edades hay. Y entre nosotros la inmensa mayoría de los mayores de 65 años estamos en buen estado de facultades.

No somos una molestia. En primer lugar porque la mayoría no necesitamos ayudas especiales. Y además es una escuela de vida que todos necesitamos, y únicamente conviviendo con nosotros se puede aprender. Y una terapia de humanización que se aprende con nosotros.

No queremos imponer nuestros consejos y experiencia.

Nosotros quizá pensamos que son más importantes de lo que en realidad son. Pero sabemos que los jóvenes creéis que valen menos de lo que quizá valen. No queremos imponerlos, pero quizá no sea malo que los digamos con sencillez y humildad.

Sí hemos convivido con gente del XIX, XX y XXI.

Sí somos ricos en posibilidad de dar servicios.

Hace no mucho fuimos catedráticos, buenos profesionales, políticos y sindicalistas de alto nivel. Vivimos experiencias importantes, afrontamos luchas duras de diverso tipo, etc. y queremos servir a nuestra sociedad.

Sí somos libres. Ya no estamos forzados a competir en unas oposiciones, a buscar ascensos a veces no tan limpios, escalada en el poder; a soñar con aumentos de paga, a devolver a los bancos lo que "' tuvimos que pedirles.

Somos libres para amar. Sin mezclar nada que no sea amor en nuestras relaciones de amor. Ni presumir, ni vanidad, ni intereses bastardos.

Estamos libres para, por una parte vivir la plenitud de una persona realizada, que es amar y por otra a dar a la sociedad lo que más necesita: amor, comprensión.

Sí somos necesarios, como a lo largo de toda la historia lo fueron los ancianos del pueblo.

Sí queremos vivir de tal manera que demos envidia y con nuestra postura de amor y servicio os señalemos el camino que hay que recorrer en esta vida. Y que no es ese espeluznante que a veces intentan emprender los más 'fuertes" de la juventud.

Aunque no lo hayamos hecho bien, al final de la vida podemos, con conciencia de nuestros fallos, indicaras el camino.

Sí nos necesitan los jóvenes. La marcha de un pueblo. no la pueden marcar los mejor dotados pues se rompería el pueblo.

Es cierto que nosotros necesitamos y gozamos vuestra sangre joven, vuestra preparación, vuestras ideas.

Pero vuestras ideas, sin la mezcla con las nuestras, no serían asimilables.

Sí nos vamos deteriorando pero no queremos llevar este triste rótulo de "carrozas". Sabemos que eres viejo solamente cuando nadie te necesita y nosotros estamos en actitud de servicio.

Queremos, desde esta actitud y desde la serenidad de la madurez animaros a caminar. Vale la pena vivir. Vale la pena servir por amor. Esa es la lección que queremos daros desde la madurez y el servicio.

De toda nuestra vida nos queda lo que hemos amado. y nos estimula lo que queda por amar.

Sabemos que no se deja de amar por ser viejo. Sino que se es viejo cuando se deja de amar.

Y no vamos a dejar de amar.

Por eso queremos servir.

SERVIR

Esta es nuestra ilusión, nuestro propósito, nuestra contribución a la sociedad de la que seguimos siendo parte activa.

1º) Porque necesitamos ganar en autoestima. Nos lo ponéis a veces difícil con tanta autosuficiencia juvenil.

El servir nos hace pisar firme. Sentir que valemos. Que hay quien nos necesita. Que no hemos venido a ser servidos sino a servir.

Y que cuando la salud se nos rompa, seguiremos sirviéndoos con una profunda sonrisa de viejo (que bellas son) o con un animar vuestra ilusión con esa mirada clara de ojos sin brillo de leader, pero con la dulzura de la comprensión y el amor.

2º) Porque servir nos ennoblecerá más. Yeso es bello y necesario.

Es fundamental preparar nuestra partida de este mundo con la mayor nobleza posible.

Porque es el mejor testamento que podemos dejar.

Y, para los creyentes. porque eso es lo que Dios quiere.

3º) Porque si servimos como voluntarios dejaremos bien señalado el camino para los que nos siguen.

Vivimos momentos de enorme decepción, desorientación, dudas. Tanta gente mayor está tan triste, fracasada y arrepentida, que los jóvenes prefieren no seguir sus caminos.

Las jóvenes no quieren vivir como sus madres, no quieren casarse y aguantar como ellas, no quieren aceptar que no estudian porque son tontas. Los jóvenes, no quieren "morir por la patria ", ni ”meterse” a cura, ni llegar al matrimonio sin haberse dado un beso.

Pero están ansiosos de ver a un abuelo feliz, con mirada limpia, sin quejarse, sirviendo en lo que puede, y soñando y programando seguir sirviendo a los demás sin dar tiempo a pedir que le sirvan a él.

Si somos así abriremos camino a los jóvenes.

Nuestra felicidad aumentará nuestra capacidad para servirles.

“LA DEPENDENCIA CULTURAL”

Dña. Ana Rosa Abrahin, *Coordinadora de Carrera en el Instituto Superior Octubre, Buenos Aires, Argentina.*

Mirada

La convocatoria “ protección social a la dependencia”, me parece un “miremos qué hemos hecho” para luego poder dar una respuesta responsable a partir de una toma de conciencia.

Implica considerar la dependencia como la resultante de una política social por “etapas a quemar” sin prever su proyección, sin tener demasiada idea de qué nos depararían esas cenizas y la independencia como el objetivo a lograr en todo el recorrido del ciclo vital correspondiendo a un ideal de calidad de vida a lograr.

Cuando se dice que los viejos se parecen a los niños nos equivocamos porque lo decimos desde esa misma política.

Nos equivocamos porque los niños son dependientes naturales y los viejos son dependientes culturales

Reflexión

Dependientes somos todos: dependemos de los demás para ser humanos de manera permanente mientras estamos con vida.

En este sentido la definición de dependencia como “ el estado en que se encuentra la persona que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”, no se ajusta a la realidad.

Por lo menos a la realidad que queremos darle en la definición indicando que existe una situación de independencia que perdemos.

Y no es así.

Para el ejercicio de ser humanos, de los actos corrientes de la vida diaria necesitamos de ayuda importante siempre.

Sin esa ayuda no somos seres humanos en ejercicio de tales.

La política social por etapas indica que hay un tiempo para la niñez en plenitud de tiempos en que priman los juegos y la inocencia, un tiempo para la juventud en que la rebeldía marca la formación, un tiempo para la adultez en que el ejercicio del poder impone las respuestas desde la fuerza y un tiempo de la vejez en que se recogen los frutos deseados y los no tanto en un tiempo libre de casi todo y para casi nada.

Hemos creado instituciones para servir a la persona en el transcurrir de sus tiempos de formación, de trabajo, de ocio.

Casi todas estas instituciones hoy la someten.

Veamos : se dice que los viejos son repetitivos; a partir de los 35, años más años menos, comienzan a cerrarse puertas culturales a la persona; no siempre sin prisa, pero sin pausa va perdiendo posibilidades de acceso a lugares y materiales de grabación social.

En su vejez hará referencia constante a esos pocos materiales que supo conseguir solo le quedara a disposición la repetición de las cintas grabadas a lo largo de unos pocos años agrupadas en un compendio titulado "yo a tu edad..."

Que vejez no es igual a enfermedad y que jubilación no es igual a vejez, hoy no tendría que ser tema ...entonces avancemos.

¿Qué dificultad tenemos de avanzar? que la vejez hoy es la resultante de haber pensado y actuado en el sentido contrario de tales afirmaciones.

Entonces hoy tenemos que remediar esta resultante y promover su no reproducción.

Ambas son prácticas de gestión cultural.

Que la salud es el equilibrio en constante movimiento de lo biológico, lo psicológico y lo cultural, tampoco es tema

Pero podemos detenernos en analizar los costos y compensaciones de una y otra área para mantener lo que hemos denominado desde siempre "buena salud".

Entendemos lo cultural como lo socioambiental, lo sociocultural, la suma de lo que no es natural o dado, la suma de resultantes de nuestras acciones sobre lo natural.

Hay consenso en que no existe un modelo de buenasalud: hay tantos como personas en situación existen.

Con propósitos de estudio hemos sido segmentados en todas nuestras manifestaciones vitales.

No vale el habernos quedado enmarañados en ellas, somos mucho más que la suma de esos segmentos ¿no creen?.

Acción

La atención social de la dependencia que hemos creado es derecho de los ciudadanos y responsabilidad de sus representantes a través de las organizaciones sociales establecidas.

Es bueno indicar dos grupos de atención a la dependencia: de los ciudadanos sanos y de los ciudadanos enfermos.

Siempre desde una mirada sociosanitaria. Mirada que sin duda nos va a mostrar que si el nivel de dependencia está disminuyendo lo hace en la medida que se mantiene la dependencia.

¿Incongruencia? todo lo contrario. Sólo la continuidad de los permisos para permanece, recrear y gestar nuevos espacios sociales y materiales de grabación.

Mirada no por etapas sino como un solo proceso, el proceso de vivir. Proceso en el que los recursos humanos por excelencia, cada uno de nosotros, vamos cambiando de sistema de actividades y de mediadores que nos garantizan el pleno ejercicio de ser-humanos.

Tener como referentes permanentes a nuestros viejos de hoy nos mantendrá alertas cuando nos estemos desviando de ese camino en la ardua tarea de desaprender por nuestro propio bien y el de las generaciones por venir ...

Sí, pero ...¿qué hacemos con nuestros viejos de hoy?.

Si vamos a remediar lo tenemos que hace personalizando: sabemos que cada persona es cada vez más cada persona a medida que avanza en su curso del ciclo vital.

Planificar en general es sólo una organizada injusticia: cada situación requiere su respuesta.

En lo público, en lo privado; las familias, las organizaciones.

Un sistema de respuestas para un sistema cultural que demanda intervención en escenarios y procesos.

Educación y medios de comunicación son los pilares que pueden sostener tal sistema de prevención y remediación, al mismo tiempo.

Para que envejecer sea un logro de la humanidad, un destino deseado.

Porque también hay consenso que envejecemos como vivimos.

Estoy convencida que “si el envejecimiento es algo que te sucede, básicamente eres una víctima, pero si es algo aprendido, estás en situación de desaprender la conducta que te está haciendo envejecer, adoptar nuevas creencias y dejarte orientar hacia nuevas oportunidades” (Deepak Chopra -“Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo”, página 51-Vergara,1994 -Buenos Aires, Argentina).

"NUEVAS TECONOLOGÍAS Y DEPENDENCIA"

D. Alfonso José Gallo, *Licenciado en CC Químicas y Master en Marketing,* ***Dña. María Isabel Reyzábal****, Doctora en Psicología.*

El fenómeno del envejecimiento en la población supone un éxito de la humanidad, representa el resultado de los descubrimientos humanos y de los avances en higiene, tecnología médica, nutrición y logros sociales (WHO).

No obstante, el envejecimiento en su vertiente individual supone una materia de estudio bio-psico-social. En el ser humano interactúan los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, sus procesos varían según el ciclo vital en el que se encuentre. El periodo final de nuestra vida se encuentra marcado por importantes cambios fisiológicos, mentales, emocionales etc. Pero ¿cuándo empieza la edad senil?, Los autores no llegan a un acuerdo. El criterio edad de jubilación no es válido, podríamos dividir la tercera edad en dos periodos: primera vejez y vejez avanzada o ancianidad.

Sin embargo la edad no creemos sea criterio idóneo, habría que distinguir la edad cronológica de la biológica. Diferenciar a los ancianos sanos y válido de los dependientes e inválidos. Sin olvidar que la edad senil puede presentar aspectos positivos y negativos.

Muchos son los problemas típicos de la vejez, entre los que se encuentran:

- Incapacidad física que precisa ayuda de los demás.
- Inseguridad económica que a veces lleva al cambio en el nivel de vida.
- Cambio en las amistades al dejar el trabajo, en este punto las mujeres las conservan más; punto que se está modificando al haberse incorporado al mundo laboral.
- Realización de nuevas actividades al disponer de más tiempo libre.

Erikson considera que para conseguir felicidad en la vejez se debe oponer "integridad a desesperación". Enumeramos algunas de las condiciones que ayudan a la felicidad en esta etapa:

- Los recuerdos felices de la infancia y la adultez.
- Libertad para poder seguir el estilo de vida sin interferencias de nadie.
- Actitud realista acerca de los cambios físicos y psicológicos que la vejez acarrea.
- Salud, condiciones económicas y de vida suficiente.
- Contactos con otra gente y no solamente con grupos de su misma edad.
- Participación en algún tipo de comunidad y compañía de gente querida, no sentir la soledad.

Consideramos que el envejecimiento activo constituye la mejor prevención para retrasar las discapacidades propias de la edad. Las nuevas tecnologías suponen una ayuda para fomentar la autonomía personal y la participación social.

La mayoría de la población adulta constituye un grupo poco instruido en la utilización de las nuevas tecnologías, herramientas que resultan y resultarán imprescindibles para los mayores, algunas aplicaciones informáticas y productos para paliar la discapacidad no llegan al gran público al ser su divulgación casi nula, teniendo constancia de su disponibilidad los especialistas o personas relacionadas con el entorno del paciente.

Para el año 2030 se espera que un 25% del mercado de la Unión Europea será de personas mayores y/o con discapacidad, según fuentes de EUROSTAT, 1992, en la U.E. había

77 millones de ancianos y 43 millones de personas con discapacidad, este número ha aumentado significativamente. Estos ciudadanos deben incorporarse a la emergente sociedad de la información y las telecomunicaciones facilitan el acceso a funciones y servicios que no podrían ser posibles sin estas.

Es importante tener en cuenta que las personas mayores pueden tener problemas cognitivos y por tanto los aparatos difíciles de utilizar serán rechazados. Otro punto a tener en cuenta son las dificultades funcionales. Sabemos que el factor humano es el determinante.

La vivienda inteligente consiste en la integración de la telemática en la instalación eléctrica de la casa, esto permite mayor independencia a las personas con necesidades especiales. Entre los sistemas, podemos citar: detectores de lluvia que avisen si están abiertas las ventanas, telemedicina, detectores de incendio que activen alarmas, al salir del edificio recibir una descripción verbal informando de si están las ventanas abiertas o los dispositivos eléctricos conectados, etc.

Los aparatos deben ser pensados para las personas que los van a utilizar, una serie de directrices dispone cómo deben ser los teléfonos fijos, los móviles, los teléfonos públicos, el videoteléfono, el ordenador, la televisión interactiva y los terminales de acceso público. Enumeraremos algunas de las soluciones para discapacidades (4):

Deficiencia visual.

La deficiencia visual en la pérdida total de la visión o capacidad reducida de la visión o capacidad reducida de percepción de la luz y el color o de percibir las formas. Si poseen visión parcial supone que pueden utilizar determinados aspectos de la percepción visual, pero dependen de la información procedente de otros sentidos, generalmente del tacto y el oído.

Algunas de las soluciones son:

. Conversor Texto-Voz Multilingüe
. Etiquetas para teclado
. Unidad de Demostración de Equipos Adaptados (CEAPAT)

Deficiencia auditiva.

Es la incapacidad de percibir información acústica total o parcial, evidencia la deficiencia del órgano de la audición. Puede afectar a todo el campo de audición o parcialmente. También diferenciamos entre sordos con o sin capacidad de habla inteligible y sordos que pueden o no entender el habla con mecanismos de amplificación.

Las personas, con deficiencia auditiva profunda con capacidad de habla totalmente inteligible, pueden transmitir mensajes orales unidireccionales, no oyen señales de teléfono, ni el tono, por ello no saben cuando marcar o si el otro teléfono está sonando.

Entre las soluciones citamos:

. Conversor Texto-Voz Multilingüe
. Reconocedor de habla.
. Centro de Intermediación para Personas con Deficiencia Auditiva.
. Sistema de Conversación Artificial, Beethoven.
. Unidad de Demostración de Equipos Adaptados (CEAPAT)

Deficiencia en la producción de voz.

El no poder utilizar la voz de modo funcional e inteligible es conocido como deficiencia del habla. Esta deficiencia puede influir en el habla en un sentido general o sobre determinados aspectos como la fluidez o el volumen, puede ser congénita o adquirida.

Para pérdida total se puede utilizar un teclado o teléfono de textos escritos. Cuando las personas están en contacto visual, utilizan la lectura labial o el lenguaje de signos, por lo que la videoconferencia puede ser otra solución.

Las soluciones aplicables pueden ser:

. Conversor Texto-Voz Multilingüe.
. Sistema de Comunicación para Lenguajes Aumentativos, SICLA
. Centro de Intermediación para Personas con Deficiencia Auditiva.
. Unidades de Demostración de Equipos Adaptados (CEAPAT).

Dificultad de lectura.

Frecuentemente son las minorías lingüísticas, refugiados, personas de visita con idioma distinto las más afectadas, la solución pasa por la utilización de pictogramas o símbolos sencillos.

Entre los recursos disponibles están:

. Conversor Texto-Voz Multilingüe.
. Terminales telefónicos.

Deficiencia de comprensión del lenguaje.

Deficiencia que no impide el uso del teléfono u otro medio de comunicación, pero sí la pérdida o disminución de la capacidad de comprensión. Los problemas aparecen al no comprender los procedimientos de pago o las instrucciones y pasos a seguir. La solución pasa por utilizar medios de pago sencillos y que las instrucciones siempre las oigan en el mismo orden, citamos:

. Teléfono Modular
. Unidad de Demostración de Equipos Adaptados (CEAPAT)

Deficiencia de movimientos en miembros inferiores.

Afecta esta deficiencia a la posibilidad de trasladarse o acceder a algunas instalaciones, las sillas de ruedas, los bastones, las muletas etc. Son necesarias para estas personas.

Entre las soluciones encontramos:

. Soportes telefónicos.
. Red Iberoamericana Solidaria (RIS)
. Unidad de Demostración de Equipos Adaptadas (CEAPAT).

Deficiencia motora en brazos y manos.

Es la pérdida de uno o ambos brazos o manos o la capacidad reducida para utilizarlas por limitación de fuerza o coordinación debido a deficiencias motoras en las extremidades superiores. Los pies son a veces utilizados con enorme destreza por estas personas, también pueden utilizar teléfonos de manos libres.

Entre las soluciones:

. Emulador de teclado.
. Terminales Teléfonicos.
. Unidad de Demostración de Equipos Adaptados (CEAPAT).

Deficiencia Intelectual.

La discapacidad cognitiva se da en distintos grados, hay una gran variedad, estas dificultades pueden ir asociadas a otras sensoriales y motrices. Algunos individuos no comprenden y otros tienen afectada la memoria. Como primera medida debemos tener presente que las instrucciones, deben ser cortas y fáciles.

Entre las soluciones:

. Telegradior.
. Unidad de Demostración de Equipos Adaptados (CEAPAT).

Para una descripción detallada pueden consultar la bibliografía.

Quizá el mayor problema sea la resistencia al cambio y la adaptación que supone la habituación a estos sistemas. Es un estilo de vida que difícilmente se adoptará si no se explica adecuadamente y precisa de una información adecuada utilizando un lenguaje fácilmente comprensible para el usuario, sabemos que en el éxito o el fracaso siempre se encuentra el factor humano.

Resumiendo, la etapa final de la vida conlleva discapacidades, pero lo importante es envejecer activamente, mantenernos en las mejores condiciones físicas y mentales y aprovechar todos los recursos disponibles.

BLIBLIOGRAFÍA

1. CASALS, I. Sociología de la Ancianidad. Ed. Mezquita, Madrid 1982.
2. FDEZ. MARTOS.J.M. y MIRALLES, F. Tercera Edad. (apuntes) I.U.M.F. 1989
3. MOUCHET, E. Manual de Psicogeriatría, Ed. Sígueme, Salamanca, 1969.
4. VARIOS AUTORES. * Guía de productos, servicios y aplicaciones de Telefónica, Fundación Telefónica.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002): Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO

"EL SEGURO PRIVADO A LA DEPENDECIA"

Dña. Victoria Lopesino Fernández, *Presidenta de la Federación de Asociaciones de Empleados Jubilados y Pensionistas de las Cajas de Ahorros.*

En España, el sistema socio-sanitario de la Seguridad Social está montado sobre la base económico-filosófica de una cobertura universal garantizada a lo largo del ciclo vital de sus beneficiarios: edad del niño, madurez y vejez y que si bien teóricamente es buena, la realidad nos demuestra que conforme avanza nuestra vida y se va entrando en la etapa de la vejez/ancianidad, la protección al individuo se hace insuficiente y quiebra la atención a las necesidades que aparecen por la prolongación de la esperanza de vida. TAL ES EL CASO DE LA DEPENDENCIA.

Contribuye a agravar el problema la aparición de un nuevo grupo de población beneficiaria originada por la nueva figura, aún no jurídica, pero sí real, del "prejubilado" que ha de encajarse en la práctica en la denominada "tercera edad" y que comporta naturalmente el incremento de las exigencias de tipo socio-sanitario por mera imposición de la fuerza de su número.

Este preámbulo, nos introduce en la preocupación que **CEOMA,** atenta a las necesidades y a la defensa de los muy legítimos derechos de las personas mayores ha puesto de relieve la existencia latente de una nueva revolución protagonizada prácticamente por ellas, sacando a la luz oportunamente en este año internacional de la dependencia, para su estudio monográfico, bajo el título de **La Protección Social a la Dependencia,** el lema de "**Vida Activa toda la Vida".**

Hoy, el 16,3 % de la población española tiene más de 65 años; es decir unos 6,5 millones de personas y de ellas un 34 % tiene problemas de dependencia de otros en alguna o varias de sus necesidades básicas, como comer, vestirse, asearse o desplazarse.

Esas personas que ayudan son, generalmente, familiares y principalmente mujeres, gracias a la estructura familiar de nuestra sociedad. Pero la evolución del mercado laboral, con mayor inserción de éstas en el mismo disminuye esa ayuda, por un lado, y por otro, la mejora en las condiciones de alimentación, higiene, sanidad y avances en la medicina y cirugía prolonga la esperanza de vida, con lo que se amplía el número de personas dependientes en alguna manera de otros.

La conclusión a que forzosamente llegamos es que la continuidad del actual sistema de atención a los dependientes se hace inviable. Hay que comenzar ya a prepararse para afrontar este problema creciente. Se puede hacer si empezamos hoy, con previsiones variables en función de los factores exógenos estimables y para ello se hace preciso una Ley de Bases, no programas estacionales que puedan alterar los principios de esa LEY.

Este problema sobrepasa nuestras fronteras y así en la Unión Europea, el Banco Central Europeo opina que los sistemas públicos de asistencia sanitaria y cuidados de larga duración se deben centrar en la provisión de servicios básicos de atención sanitaria y que los individuos se financien sus propios servicios sanitarios "no esenciales".

Asimismo propone que los Estados adopten la fórmula del copago por parte de los parientes. Este modelo es el que han adoptado algunos países de la UE, y el que propone el sector geriátrico en España, para la nueva Ley que estudia el Gobierno actual.

También aconseja el BCE que se establezcan límites presupuestarios en distintas áreas del sistema sanitario, acomodando partidas, para mejorar los resultados del conjunto del sistema.

La **OCDE** ha establecido unos criterios para los gobiernos que tienen que afrontar el problema de la dependencia, recomendando un sistema de cobertura mixto: público y privado, dónde la financiación pública se destinaría a riesgos extraordinarios, término a delimitar y que nos lleva a tener en cuenta la renta/pensión del individuo

Varios gobiernos quieren activar reformas laborales sobre las pensiones que, indudablemente han de influir en la capacidad de financiación privada por parte del individuo.

Hechas estas reflexiones, una opción factible para los seguros privada de dependencia debería recogerse en la ley la cobertura universal obligatoria. Es decir, la Seguridad Social tendría a su cargo esta obligación por mandato Constitucional cuya protección se extiende a todos los españoles. Otra cosa sería el acogerse voluntariamente a la atención privada, naturalmente estimulada por algún incentivo fiscal o concierto parcial y graduado según la renta/pensión individual.

Debe haber una acreditación de las Compañías Aseguradoras del Seguro de Dependencia , con definición de las prestaciones y acceso a ellas; las prima y reservas, la creación de un "pool de grandes riesgos" y un mecanismo de subvención parcial según grados de ingresos para las personas más necesitadas. Quizás algo semejante al procedimiento de U.S.A., subvencionando a las compañías de seguros

Según Edad & Vida, una Ley sobre Dependencia e ámbito estatal debe de tener las siguientes características:

Universalidad.
Eficacia.
Equitativa.
Eficiente.
Sostenible económicamente.
Marco legal, con definición del concepto de la Dependencia y sus grados de intensidad,

Delimitar el papel de cada Administración (Estado, Comunidad, Ayuntamiento) con competencias en la materia.

Definir con nitidez el marco de actuación de la iniciativa privada, estableciendo qué se entiende por dependencia, sus diferentes niveles, según las dificultades para desarrollar las distintas actividades de la vida diaria; organismo oficial que determine el nivel de dependencia; catálogo de
prestaciones y centros para la atención de personas dependientes y mecanismos para la vigilancia de la calidad.

COBERTURA. Para todas las situaciones y para todos los ciudadanos, con protección universal para la situación de gran dependencia. Para otros niveles se realizaría con instrumentos públicos y privados.

FINANCIACION: La participación del Estado debe de ser mayor cuanto mayor nivel de dependencia se sufra por el individuo o más débil fuere su situación económica. El esquema podría ser:

FINANCIACION PUBLICA: Cobertura universal para las situaciones de gran dependencia a conseguir por los impuestos generales. Incluiría aquellos individuos que tienen necesidad de apoyo continuado y durante mucho tiempo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Normalmente, estos casos precisan de internamiento y el nivel de dependencia está asociado a un conjunto de problemas de salud de carácter crónico.

FINANCIACION PRIVADA: Posibilidad de cobertura de los otros niveles de dependencia, con carácter voluntario para el ciudadano. El Estado establecería un incentivo económico, de carácter público e inversamente proporcional a su nivel de renta/pensión. Una forma de materializarse podría ser un "cheque-seguro", con la ventaja para el Estado de que sería una fuente de ahorro finalista con efectos beneficiosos para el mismo.

Otra forma podría ser la deducción en sus aportaciones o primas satisfechas. Otra, la incentivación fiscal, para el ciudadano, con la declaración de la renta.

Es preciso una ley que contemple debidamente la cobertura de la actual insuficiencia y de las previsiones de futuro, permitiéndonos recordar a los legisladores HOY que por la marcha inexorable del tiempo, MAÑANA ellos estarán en la situación de regulen.

Costes de manutención: En cualquier nivel de dependencia se mantendrá la financiación privada por parte de los ciudadanos con relación a su renta/pensión disponible.

CONCLUSIÓN :

Dada la magnitud del problema y de la importancia creciente del sector afectado, que, en una sociedad democrática tiene un peso específico cada vez más importante, y que ha cotizado durante muchos años, es de justicia social que el problema de la dependencia sea abordado por el Estado, con una Ley de contenido preciso y teniendo e cuenta las particularidades que reseñamos, cumpliendo con su OBLIGACIÓN CONSTITUCIONAL de protección al ciudadano mayor en la forma más eficaz posible.

Bibliografía

Edad & Vida "Propuesta sobre la definición de un seguro estatal"
Cinco DIAS - ECONOMIA R.P.C. Madrid, l4 de abril de 2003
Agrupación de Jubilados de las Cajas de Ahorros, Bancos y Entidades afines europeas.
Asamblea del 13 de mayo de 2003.

LA NO DEPENDECIA SI: “SEGUIMOS PENSANDO”

Dña. Isabel Mira Ortiz, *Secretaria de la Asociación Universitaria Rector Sabater del Aula de Mayores de Murcia.*

Si recogemos la experiencia del día a día, relacionada con la actitud de las personas mayores, comprobamos que muy lejos de estar ante alguien pasivo, estamos ante alguien activo; esto es generalizando y teniendo en cuenta las excepciones. Lejos de captar resignación en ellos captamos ímpetu, ilusión y una clarividencia suma para saber que tienen que seguir adelante porque "mientras hay vida hay esperanza" y, "mientras hay esperanza hay vida".

Iniciemos pues nuestro elemental análisis sobre esta realidad. Entendemos por vida, en esta ocasión, tener inquietud por seguir avanzando en conocimientos académicos y no rendirnos ante la pereza de “volver a empezar”. Sabemos que la familia laboral ha crecido incesantemente y el tiempo de permanencia en ella de cada uno de sus miembros es limitado y cada día lo es más. Dos factores vertebrales han contribuido a que esta dinastía del trabajo se incremente en cuanto a personas y por otro lado se debilite en cuanto a acceder a ella como son: La incorporación de la mujer al mundo laboral desde hace ya bastantes años y la incorporación de las nuevas tecnologías que llevan a una prejubilación laboral a numerosos trabajadores.

Queda muy lejos Adalberón de Laón con aquella primera estructura social en la que el tercero de los grupos en los que la dividió era los que laboraban y que, en aquellos tiempos lejanos, supuso un paso adelante para marcar el camino del hombre dentro de una pirámide sociocultural, crisol de luces para un mundo nuevo que vencía sus miedos. El tercero de esos grupos estructurados era, como acabamos de decir “los que laboraban”, palabra mágica en la historia de la humanidad. Ese concepto, apenas alterado durante más de diez siglos, cambió a primeros del siglo XX con aquella irrupción de las mujeres en el trabajo remunerado y legislado que por otra parte no se alteró como grupo estructural pero sí en sus consecuencias e incidencias sobre la propia sociedad laboral.

En estos momentos hay necesidad de levantar una nueva pirámide y ubicar al grupo de personas mayores con nombre propio, cosa que hasta ahora se hace en términos un poco confusos e inestables. Algunos definen al grupo como jubilados, otros como “la tercera edad” dando la impresión de que hablamos de una proyección ordinal más que humana. A todos estos términos se le podrían sumar connotaciones peyorativas en muchas ocasiones aludidas sin ánimo de molestar.

La legislación marcó unas tablas de permanencia dentro de este campo y, en consecuencia, llega el momento en que la persona queda fuera del escenario del mundo laboral. Pensemos, pues, que la persona ya no permanece en el mundo legislado, estructurado y productivo comercialmente. A partir de aquí todos entendemos que: "Seguir Pensando" será el titular que nos fortalezca y nos vitalice y, en estos momentos, es el hilo conductor de nuestra modesta comunicación.

Bien, ya apuntados ese mínimo de datos que nos ubica en el tema nos preguntamos: ¿Qué es dependencia?. Una de sus acepciones dice que es "estar subordinado". Con esta acepción nos quedamos porque es la que responde, en este caso, a nuestro “corpus”. Efectivamente, estamos subordinados, subordinados a la normativa que legisla la edad laboral activa, pero que no por ello limita nuestra capacidad de pensar, de actuar con libertad. Esto sí que no tiene tablas que nos limiten, ni trabas intelectuales que nos estructuren, ni organismos que nos legislen; por lo tanto no podemos pararnos, y si podemos, no debemos hacerlo. Sí debemos plantearnos que, ahí estamos nosotros con toda nuestra grandeza y capacidad.

Buscamos nuestro espacio, el mejor posible; seguir nuestra formación intelectual, la cual, nos va a permitir esa libertad de pensamiento, esa verdad escatológica y espiritual que nos mantiene activos en el mundo exterior e interior: que nos permite seguir avanzando, ayudar, compartir y vivir.

Jubilados o prejubilados, sí, es evidente e inevitable. Anulados no. Cómo: dependiendo de nosotros mismos, de nuestro pensamiento, de nuestra capacidad intelectual que nos hace libres y útiles. Aquí entra de lleno el título de mi comunicación: "Seguir pensando". Seguir formándonos como lo hace todo hombre desde que nace hasta que muere.

Para mejor desarrollarnos en estas propuestas surgieron las Asociaciones Universitarias; Experiencia que se inició en Salamanca, importada de Francia, nuestro país vecino y que Granada secundó extendiéndose en breve tiempo, por toda España. Murcia inició su andadura en 1998. Hoy es modelo a seguir y punto de mira para otras Asociaciones compañeras.

¿Qué ha conseguido Murcia digno de destacar?:

Un grupo numeroso de personas llenas de ilusión que puebla el espacio universitario, con numerosos proyectos que incitan al trabajo, a la superación, a mirar hacia adelante cuando queremos saber hacia dónde vamos y, hacia atrás, cuando queremos saber de dónde venimos. Que hace que nos sintamos llenos de valores espirituales y humanos cuando compartimos con profesores y compañeros la Experiencia del Saber y la de seguir en permanente formación humanística; el descubrir capacidades y posibilidades acomodadas dentro de nosotros y gracias a todo esto, no es un tópico ni es una frivolidad si manifestamos que nos sentimos queridos por muchos y por nosotros mismos.

Otra de las metas alcanzadas es que la Asociación Universitaria Rector Sabater del Aula de Mayores de la Universidad de Murcia, ha conseguido que tras los tres años reglamentarios en el Aula de Mayores podamos matricularnos directamente en la facultad que elijamos e iniciemos en ella la Licenciatura correspondiente.

Por otra parte los programas de Postgraduado de nuestra Asociación posibilitan que una vez concluidos los tres cursos antes mencionados, puedan incorporarse los alumnos a estos cursos en los cuales se imparte: Literatura, Música, Teatro, Historia del Arte, Coleccionismo y otras materias todas ellas de gran interés y aprovechamiento constituyendo todo esto el soporte que nos sostiene y que nos hace cada día más ricos en conocimientos. Esta experiencia del saber es lo que nos une a todos, nos comunica a todos y nos reaviva sentimientos nobles. Eso es Seguir pensando que, como vemos, es más que un título.

Tras esta exposición nuestra Asociación Universitaria Rector Sabater del Aula de Mayores y de ese espacio sagrado, intelectualmente hablando, que es la Universidad que nos acoge y nos ofrece tan estimable posibilidad vamos, para terminar, a hacer unas reflexiones a través de personalidades del mundo de la Cultura como es el caso de D. Santiago Ramón y Cajal que en su libro:" El mundo visto a los ochenta años", nos dice que las arrugas significan pérdida de grasa pero que, las arrugas del cerebro son prematuras en el ignorante y tardías en el viejo activo, acuciado por la curiosidad y el ansia de renovación.

Santa Teresa de Jesús nos advierte de que "la afición aunque no es mala, si es demasiada, viene a no ser buena" y para ello nos da un sutil consejo en unos hermosos versos:

> Nada te turbe, nada te espante
> Dios no tiene prisa, la paciencia todo lo alcanza...

La paciencia, una de las grandes cualidades de los mayores como destaca nuestro presidente D. Germán López Blanco en su artículo "Con el Corazón" publicado en la revista nº. 0, editada por la Asociación Universitaria Rector Sabater.

Schopenhaue, que estudió el mundo de las personas mayores aconsejaba trabajar y estudiar, más que nunca en la vejez.

También es Ramón y Cajal el que afirma que "el anciano podrá, si duplica o triplica su trabajo, alcanzar, en un tema estudiado con cariño, un rendimiento casi tan bueno como el conseguido por el hombre joven.

En definitiva, estos puntos para reflexionar y otros tan estimulantes como los de Napoleón que decía que: El primer triunfo del hombre es vencerse así mismo y que el triunfo no está en vencer siempre sino en nunca desanimarse, estos puntos, repetimos constituyen nuestra bandera y nuestra guía.

A partir de lo dicho, como reflexión compartida con tantos compañeros y amigos, hacemos hincapié en que leer, tener curiosidad intelectual, vivir la experiencia de cursar estudios en las Aulas de la Universidad siendo mayores, luchar por no tener arrugas en el cerebro, tener paciencia y no turbarnos, ver en Unamuno un gran ejemplo ya que a los 72 años gozaba de una buena salud y desarrollaba gran actividad como Filósofo y Escritor, deben de constituir el horizonte de nuestra esperanza porque está llena de vida, y de nuestra vida porque está llena de esperanza. Lo demás se nos dará, como dice el Evangelio, por añadidura.

Termino con una comunicación y abrazo en la esperanza, en la no dependencia si "Seguimos Pensando".

"PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA Y EL MUNDO RURAL"

Dña. Carmen Quintanilla Barba, *Diputada Nacional por el PP y Presidenta Nacional de AFAMMER.*

Quiero en primer lugar dar las gracias a D. Eduardo Rodríguez Rovira, Presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, por haberme invitado a participar en el VI Congreso de Personas Mayores de España, y a presentarles esta comunicación.

Me van a permitir que empiece hablando en líneas generales, de lo que significa el reto del envejecimiento en el siglo XXI. Los porcentajes de población mayor en áreas rurales son muy elevados. Esto es debido en gran parte al éxodo de los jóvenes desde las zonas rurales hacia las zonas urbanas. El 80% del territorio de la Unión Europea es rural, y en este territorio vive el 25% de la población europea. En España también el territorio rural es aproximadamente el 80% y viven en los pueblos de España un total de casi 3 millones de habitantes, entendiendo por zonas rurales los núcleos con 2.000 habitantes, porque si ciframos las zonas intermedias (entre 2.000 y 10.000 habitantes) la población rural asciende en 6.671.269 personas más (estas son cifras del año 2002).

Hoy, las características comunes de la sociedad rural en España son : baja densidad de población y un alto grado de envejecimiento; importante porcentaje de empleos agrarios y débil tasa de empleo local, con frecuencia escasamente especializado.

Las estrategias que desde España nos debemos marcar de cara al envejecimiento aspira a aprovechar al máximo las posibilidades de todos los ciudadanos , sea cual sea su edad. Parte de la premisa de que las medidas encaminadas a hacer frente al envejecimiento no deben centrarse exclusivamente en las personas que tienen una edad avanzada en el momento de su adopción . El envejecimiento es un problema que nos concierne a todos, independientemente de nuestra edad, y en este sentido, un planteamiento que tome en consideración todas las etapas de la vida, puede facilitar la elaboración de medidas políticas apropiadas, teniendo en cuenta aspectos específicos a una determinada categoría de edad u a uno u otro sexo.

Esta estrategia se materializa en una orientación hacia políticas y prácticas a favor del envejecimiento activo. Entre las principales prácticas en este ámbito destacan el aprendizaje permanente, la prolongación de la vida activa, la promoción de una jubilación más tardía y progresiva, la potenciación de una jubilación activa y el fomento de actividades que promuevan las capacidades y el estado de salud de las personas mayores.

Estas prácticas permitirían elevar la calidad de vida de los ciudadanos, y a nivel social, contribuyen a alcanzar mayores niveles de crecimiento a aliviar la carga de la dependencia y a reducir considerablemente el coste de las pensiones y la atención sanitaria. Son, por tanto, estrategias que redundan en beneficio de todos los ciudadanos, independientemente de su edad.

El crecimiento sostenido de la longevidad y nuestra cada vez mayor capacidad para controlar la reproducción cuentan entre los grandes logros de la humanidad en los últimos cincuenta años . El hecho de que las personas en general puedan esperar vivir más tiempo, abre grandes oportunidades de realización personal. Los efectos combinados de estos avance, que se traducen en el envejecimiento de la población, plantean asimismo, nuevos desafíos. A medida que avance el nuevo siglo, el envejecimiento pondrá en cuestión los fundamentos sociales y económicos de las nuevas sociedades en numerosas regiones del mundo, y también en nuestro país. Nuestra sociedad deberá no sólo ofrecer un marco apropiado para las personas cada vez más longevas, sino garantizar al mismo tiempo la viabilidad social y económica en un mundo en proceso de envejecimiento. Las condiciones y las oportunidades ofrecidas a las actuales generaciones de personas mayores- hombres y mujeres – son una prioridad constante, pero la adaptación al envejecimiento es un problema que nos concierne a todos y cuya solución pasa necesariamente por la instauración de una sociedad para todas las edades. Las políticas en materia de envejecimiento deberían, por

tanto, basarse en un enfoque amplio que abarque todas las fases de la vida, teniendo en cuenta las iniciativas emprendidas en todo el mundo y los principios rectores de las Naciones Unidas.

A largo plazo, se deben sentar las bases para garantizar buenas condiciones de salud y bienestar en un contexto de longevidad cada vez mayor. Ello requiere un proceso de por vida que permita crear el mayor número posible de oportunidades de bienestar económico, físico, social y psíquico. Para hacer frente a los desafíos que plantea una sociedad en proceso de envejecimiento, se requiere igualmente un planteamiento en materia de salud que abarque todas las etapas de la vida y un nuevo equilibrio en materia de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

La educación, desde edades tempranas, como medio de concienciación sobre los diversos aspectos de la longevidad constituye una medida eficaz y relativamente poco costosa para promover estilos de vida saludables y reducir la aparición de discapacidades en la vejez. Si bien la creación de un entorno favorable a la promoción de la salud y el bienestar de las personas mayores es una labor que incumbe a los gobiernos, el mantenimiento de estilos de vida saludables es responsabilidad de los propios individuos.

La dependencia y la discapacidad son igualmente aspectos importantes en relación con la vejez . Estos factores dependen en gran medida de condiciones contextuales. Los gobiernos deberán incluir entre sus prioridades la necesidad de mantener la calidad de vida y la integración social de las personas mayores , especialmente las de " edad avanzada ", categoría esta cuya delimitación puede variar de un país a otro. Especialmente relevante para el bienestar de estas personas es la existencia de sistemas de vivienda , transporte y comunicaciones seguros y adaptados a sus necesidades. Reducir al máximo los peligros presentes en el entorno físico reviste vital importancia para prevenir el deterioro físico y evitar lesiones que pueden ser muy dolorosas.

Las estructuras familiares y domésticas están experimentando cambios profundos en muchos países. Las familias españolas son cada vez menos capaces de asumir todas las responsabilidades en materia de cuidados y prestar por sí solas el apoyo que requieren sus miembros dependientes y vulnerables. Podría ser necesario prever estructuras formales de cuidados. Tampoco debemos pasar por alto el hecho de que, en todas las generaciones, las mujeres siguen asumiendo la mayor parte de la carga en materia de cuidados.

Por lo que entendemos que los objetivos serían los siguientes:

OBJETIVOS

Es necesario desarrollar un sistema de protección económica y social a las personas en situación de dependencia en el medio urbano y rural, que debe partir de un gran acuerdo social entre el Gobierno del Reino de España, las CCAA y los organizaciones sociales.

Es necesario coordinar las políticas a favor de los mayores entre el Gobierno del Reino de España, las CCAA y la Administración Local.

Desarrollar programas de formación para mejorar la capacitación de los cuidadores familiares y establecer prestaciones económicas a favor de ellos.

Potenciar programas a favor de las mujeres mayores.

Por último, debo agradecer de nuevo la oportunidad brindada para participar en este VI Congreso de Personas Mayores y decirles, que el medio rural necesita cada vez más la protección social de sus mayores con la misma calidad que la que se ofrece a las personas mayores en el medio urbano, por ello, en esta comunicación, he de dar las gracias al Gobierno de España, porque por primera vez, el Plan de Acción para las personas mayores 2003-2007 , establece la necesidad de promover programas y actuaciones con las personas residentes en el medio rural. Ese es el reto, reconocer la dignidad de las personas mayores con independencia del ámbito geográfico en el que viven.

Desde AFAMMER, ONG pionera en el movimiento de familias y mujeres del medio rural, seguiremos trabajando e impulsando la igualdad de oportunidades de los hombres y las mujeres del medio rural, con independencia de su edad.

Es necesario, que las personas mayores estén presentes en una sociedad con una integración plena a nivel político, social y económico y que seamos capaces de establecer una comunicación intergeneracional clara entre todos. Así y no de otra manera, estaremos construyendo una sociedad igualitaria y de plena participación para todas las personas con independencia de su edad.

Muchas gracias.

"EL SEGURO PRIVADO A LA DEPENDENCIA"

***Agapito Rodríguez Añel**, Presidente de la Federación de Casas Provinciales y Regionales de Castilla y León en Madrid.*

Solo cuando la SOLEDAD es compañera inseparable de la persona, ésta siente la necesidad de tener a su alcance, en todo momento, medios de contacto que puedan ayudarle a paliar la ansiedad, miedo, silencios que aumentarán obviamente en caso de enfermedad.

Los sistemas convencionales en casos extremos, no cumplen el fin. Concretamente, en percances de cierta gravedad en los que el individuo/a se siente incapaz de usarlos, es decir, acceder a ellos, o con dificultades de comunicación, de nada vale que tengamos varios teléfonos o algún timbre a mano, Aunque así fuera, el auxilio que nos pueden prestar es relativo, pues solo pone sobreaviso de que alguien está atravesando una situación límite o verdaderamente comprometida.

El TELEFONO, como medio para establecer contactos, en circunstancias normales, es evidente que puede ayudar y no es menos cierto que el móvil nos puede resultar más útil, si previamente tenemos grabado un teléfono de primeras urgencias y lo llevamos con nosotros a todas partes. Pero, tanto el teléfono inalámbrico convencional, como el móvil, se divorcian de las personas cuando se bañan o se duchan, salvo que se pida la instalación de un timbre con gran sonoridad; es muy frecuente en los mayores que pasen inadvertidas las llamadas.

Otro inconveniente, el GASTO. Todos sabemos que supletorios y llamadas del móvil cuestan más.

En definitiva, la persona mayor que quiere su independencia, o por otras razones se encuentra sola en su domicilio en particular, ha de procurarse RECUPERAR ESE AISLAMIENTO con :

a) Visitas periódicas.
b) Compartiendo con otra persona el domicilio.
c) Como mal menor, recurriendo a los servicios de asistencia de la Administración, ya sea estatal, autonómica o municipal.

A nadie se le escapa que estas medidas son paliativas en buena parte; la SOLEDAD es difícil de combatir. Esta problemática evidencia que la solución pase por :

1.- Suscribir un seguro de dependencia.
2.- Adaptar la vivienda a las necesidades, o mejor, posibilidades del mayor.

En el primer caso las prestaciones dependerán de la economía de las personas que nuclean la familia y los años de cotización del discapacitado.

En el segundo supuesto, habrá que requerir de la Administración local, apoyos técnicos y subvenciones para esas reformas.

Previamente, tanto en el primer planteamiento, como en el segundo, ES PRECISO UNA LEY que regule los grados de dependencia y las prestaciones. Sin este apoyo es una entelequia que las Compañías de Seguros, cómo la Administración, resuelvan el problema de los mayores que quieran permanecer en el hogar.

No voy a entrar en la asistencia social que hasta la fecha viene prestándose a los mayores que viven en esta situación, porque a la vista está que solo en casos de extrema necesidad son simplemente de auxilio y no de calidad de vida.

El SEGURO DE DEPENDENCIA PRIVADO, por lo general, se ha ido adaptando, según los países, en función de sus necesidades y características; de ahí la URGENTE NECESIDAD de la Ley reguladora de la dependencia en España.

Por lo que a los países en que se ha implantado se refiere, se diferencian tanto en su eficacia cuánto que la renta "per cápita" e importancia de la pensión sea. Es quizás por esto que el sistema impuesto en Estados Unidos de América, Noruega y Alemania, difieren substancialmente.

En España está AUN POR REGULAR o convenir entre Estado y Compañías de Seguros, fórmulas que se complementan o que, por separado, cubran la asistencia del mayor.

Los sistemas adoptados en Alemania y Noruega no son extrapolables a nuestro país por los factores diferenciales que existen, tanto culturalmente, como en el aspecto económico.

El modelo americano podría servir de base para nosotros, aunque con ciertos matices.

Es preocupante, como evidente, que la población camina hacia índices de mayor longevidad y consecuentemente, el número de beneficiarios iría en aumento y habría que ir ajustando la asignación para este fin con cierta periodicidad.

En un estado social de derecho, aquellos que tengan mayores medios económicos podrían suscribir una póliza de vida o Seguro de Dependencia que no estuviera sujeto a imposiciones fiscales.

En el sistema público americano, las personas sin recursos o insuficientes, pueden también suscribir un Seguro de Dependencia que obviamente cubrirá los servicios mínimos.

La complejidad de este seguro viene determinada por la prima, naturalmente, por el tiempo y los servicios.

En España hasta ahora, las Compañías de Seguros se limitan a cubrir algunos servicios a través del Seguro de Vida o Fondo de Pensiones.

Es, pues, NECESARIO Y URGENTE desarrollar una LEY que implique al sector privado para que la prestación de servicios, según el grado de dependencia, sea adecuada a las rentas más desfavorecidas, pero que EN TODO CASO, garantice un nivel de calidad.

Estamos necesitados de una reforma asistencial a los mayores, tanto para los que viven en su domicilio cómo para aquellos que requieren asistencia residencial.

INTERVENCIONES DURANTE EL CONGRESO

Inauguración del VI Congreso

Excmo. Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira, *Presidente de CEOMA*

Excma. Sra. Ministra de Sanidad, Excmo. Sr. Alcalde del Ayuntamiento de Valladolid, Excmo. Sr. Presidente de las Cortes de Castilla y León, Ilma. Sra. Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León, Ilmo. Sr. Presidente de la Diputación de Valladolid, Ilmo. Sr. Presidente de la Organización Médica Colegial, Excmo. Sr. Presidente de la Fundación Independiente, Excmo. Sr. Presidente del Consejo Asesor del VI Congreso, Doña Ana Botella, próxima conferenciante, autoridades, congresistas...

En 1992 la Fundación Independiente tuvo la pionera idea de celebrar el I Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. Así se han celebrado hasta ahora cinco, el último hace ya casi dos años, en Noviembre de 2001, en Valencia.

Una de las Conclusiones del III Congreso, reiterada en el IV, fue la de crear una Confederación Nacional en la que participaran todas las Asociaciones Nacionales y Autonómicas que convocaban los Congresos, con el fin de representar más eficazmente los intereses generales de las personas mayores y de ser interlocutora válida de la Administración Pública. Así se hizo y surgió la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, que hoy ya tiene un millón de miembros de base. La Fundación Independiente ha cedido el testigo a CEOMA y esta es la razón por la que nuestra Confederación sea la organizadora de este VI Congreso de Valladolid, y para que se manifieste esta relación, la Fundación Independiente figura como co - organizadora, y su Presidente nos acompaña en este acto.

Terminado el Foro Mundial de ONG sobre el Envejecimiento, hace más de año y medio comenzamos los preparativos de este Congreso, y su contenido "La Protección Social de las Personas con Dependencia", tomó cuerpo hace casi un año nada menos que con 13 ponencias sobre este exclusivo tema. Desde entonces los ponentes asesorados por expertos cualificados, con la ayuda de los miembros de las respectivas mesas, comenzaron a trabajar con gran rigor y profundidad en sus temas. Es entonces cuando comienza verdaderamente el Congreso. Un congreso de contenidos, no lúdico, un Congreso de inscripción, no gratuito de puertas abiertas Las diferentes reuniones habidas, los intercambios de información, las numerosas enmiendas recibidas e incorporadas en los textos no solo hasta el mes de Junio que era el plazo oficial, sino hasta esta misma semana, hace que las ponencias estén muy elaboradas pues han participado en las mismas cientos de personas. En realidad este Congreso es el acto formal de cierre de un largo periodo.

El interés del temario del Congreso se manifiesta en que hemos recibido varias docenas de comunicaciones, de las que hemos aceptado 35 para su lectura y publicación. La ponencia "Bases para una Ley de Protección Social a las Personas Dependientes" será votada y aprobada en el acto final y repartida profusamente a las autoridades y movimientos sociales.

Estamos convencidos de que la influencia de este Congreso se ha comenzado a manifestar ya, antes de su realización, y de que hoy el tema de la Protección a la Dependencia es un tema maduro, de debate público en todas las jornadas, cursos, foros y congresos que abordan los temas del mayor. No creo aventurado apostar porque al comienzo de la próxima legislatura, por fin surgirá el Proyecto de Ley tan anunciado y esperado.

Permítame, Sra. Ministra agradecer su presencia en este acto. Su agenda es tan apretada y su voluntad de estar allí donde está la acción es tal que nuestra preocupación era que coincidiera con otras responsabilidades. Sepa que somos conscientes de su sensibilidad por los temas socio sanitarios, en su vertiente sanitaria, recogidos en la reciente Ley de Calidad y

Cohesión del Sistema Sanitario. Es una satisfacción y un honor tener entre nosotros a uno de los miembros del Gabinete, mejor valorados popularmente y por los profesionales.

Muchas gracias Sr. Alcalde por sus palabras de bienvenida a Valladolid. Vd. fue una de las personas que influyeron en que eligiéramos esta ciudad, en la que por cierto he vivido y estudiado, como Sede del Congreso

La Junta de Castilla y León, representada aquí por su Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, asumió desde el primer momento este Congreso como propio y desde el Presidente de la Junta, que nos acompañará en la clausura, la Consejería, la Gerencia de Asuntos sociales, y en general todas las Autoridades castellano leonesas, están aquí presentes el Presidente de las Cortes y el Presidente de la Diputación de Valladolid, nos han recibido con los brazos abiertos.

Quiero también resaltar el apoyo al Congreso por parte de los expertos en Gerontología y Geriatría y de las numerosas entidades relacionadas con el mundo de los mayores, así como el ilustre plantel de personalidades que nos han apoyado desde los diferentes comités científico, asesor. Esta conjunción de esfuerzos del mundo de los mayores con los expertos y técnicos, que seguramente es una novedad en nuestro mundo, tendrá grandes repercusiones en el futuro. Las entidades de mayores seremos no solamente entidades, pasivas , reivindicativas, sino organizaciones activas, esenciales en la toma de decisiones que afecten al sector y las administraciones públicas nos tendrán que tener como interlocutores válidos del sector. Aquí nos acompañan en la Mesa, y les agradecemos su presencia por lo que representan, el Presidente del Consejo Asesor del Congreso, Don Antonio Jiménez Blanco, y el Presidente del Consejo General de Colegios Médicos.

Por último, señalar el honor que ha supuesto para nosotros, el que la Casa Real haya tenido la deferencia de apoyar el Congreso, con la presidencia de SS. MM. los Reyes en el Comité de Honor, del que también forman parte el Presidente de Gobierno y numerosas autoridades de la Nación, así como de que la clausura sea presidida por S. A. R. La Infanta Doña Cristina.

Muchas Gracias

Excmo. Sr. D. Guillermo Sierra. Arredondo, *Presidente de la Organización Médica Colegial*

Exma Ministrad de Sanidad
Exmas e Ilustrísimas autoridades
Sras. Srs.

Quiero agradecer a CEOMA y en especial a Eduardo Rodríguez Rovira la labor que están realizando y la oportunidad de estar con todos ustedes en esta maravillosa ciudad que tantos recuerdos me trae.

Es muy importante que avancemos hacia la independencia de la dependencia. La no favorece que los mayores cumplan una función social tan importante como pudiera ser la transmisión cultural y el consejo.

No es el anciano el que debe adaptarse a la sociedad, sino las estructuras establecidas las que deben adaptarse a sus necesidades, e igualmente, podemos aplicar esta máxima a las personas con discapacidades y minusvalías.

Adoptar métodos de trabajo basados en la coordinación de los sistemas social y sanitario supone un cambio radical en la manera de entender la intervención con personas dependientes.

Desde el ámbito médico, los profesionales estamos a favor de la creación de una Ley de Dependencia, que a semejanza de la de Sanidad, garantice los principios de igualdad, universalidad y solidaridad así como la eficacia y la eficiencia de todos los recursos existentes y nos obligue a todos a su cumplimiento.

Sabemos del problema económico que ello conlleva, pero no es menor que la falta de una previsión y planificación que debería de estar resuelta. Es imprescindible una financiación suficiente.

La Ley de dependencia debe atender a todos los ciudadanos por igual y ha de tener presente no sólo el envejecimiento de la población y las enfermedades asociadas a dicho proceso fisiológico, mental, psíquico y social sino que ha de dar solución a los enfermos crónicos, a las enfermedades neurodegenerativas infantiles y adultas, y a los minusválidos o personas con discapacidad. Esta Ley debe tener un desarrollo efectivo y reglamentado, en el que se reconozca la tarea que realizan las familias cuidadoras, la situación económica, social, cultural y sanitaria de la persona y su entorno. Y, finalmente, independientemente de que cada CCAA tenga su propia Ley de Dependencia, debe existir una Ley Básica Estatal que regule y coordine la situación en todo el Estado y evite discriminaciones en función de la territorialidad o de la renta per capita de las autonomías. Esta Ley ha de contemplar a la persona como ser libre, individual y autónomo y evitar traspasar las cargas a su entorno familiar más inmediato.

Estoy convencido que si entre todos buscamos los mecanismos para que los mayores sigan cumpliendo la función social que alegre su vida, entonces si merecerá la pena alargar la vida.

Y termino con Alenxandre Kalache cuando afirma que "si seguimos pasando por alto las repercusiones del envejecimiento y la dependencia para la sociedad en general y, en concreto para el sector sanitario, pagaremos un precio muy alto que no supondrá únicamente un gran sufrimiento humano, sino también un gran coste económico".

Muchas gracias.

Excma. Sra. Dña. Rosa Valdeón, *Consejera de Familia y Bienestar Social de Castilla y León*

Buenos días.

Muchas gracias querida Ministra.

Querido Alcalde y queridos presidentes de las Cortes, de la Organización Médica Colegial, de la Diputación de Valladolid.

Querida Ana Botella. Gracias por ser la primera conferenciante.

Querido Rodríguez Rovira, Eduardo, que ha elegido y que ha sido uno de los motores para que este Congreso se celebrará aquí en Valladolid.

Sobre todo, queridos congresistas, quiero en primer lugar agradecer algo de lo que los castellanos y leoneses no estamos muy acostumbrados a hacer. Porque creo que somos una agente austera y, como dicen en Zamora, tierra que comparto con la Ministra, somos gente de mucho hacer y poco gritar.

Pero sí de vez en cuando tenemos que presumir de algo. Y en este caso, yo creo que podemos presumir de haber roto el estereotipo del mayor y la falta de intervención activa en la sociedad.

Nosotros somos ahora mismo la comunidad autónoma que cuenta con 1.500 asociaciones de mayores, lo que convierte a Castilla y León en un claro exponente de la representación de nuestros mayores en los ámbitos de la actividad social. Tenemos muy clara su participación en la sociedad. Sí vamos a implemetar medidas para potenciar el asociacionismo en las zonas rurales. El mundo rural es uno de nuestros grandes objetivos donde vamos a centrar nuestros esfuerzos.

En esta misma línea vamos a seguir impulsando la participación de los colectivos de mayores a nivel institucional, me estoy refiriendo al Consejo Regional de Mayores y a los Consejos Provinciales, en cuya nueva estructura estamos ya trabajando.

Todos los que están aquí, dada su alta cualificación, saben cuál es la dotación y las políticas que se están desarrollando en la Junta de Castilla León en atención a los mayores.

Podemos presumir del número de plazas residenciales que tenemos, que supera en casi un punto al número de plazas que recomienda la Organización Mundial de la Salud. Pero evidentemente no podemos parar aquí.

Estamos inmersos ahora en un plan de atención a las personas mayores en su domicilio, potenciando, sobre todo, la teleasistencia y la ayuda a domicilio para que puedan seguir residiendo donde ellos quieren y reconvirtiendo, de alguna forma, todas aquellas plazas residenciales de personas válidas en personas asistidas.

Por otra parte, el problema que la Junta de Castilla y León está ya abordando es el que a ustedes les ha traído aquí: la protección social a la dependencia.

Es ese el gran reto que tenemos todas las sociedades, la de Castilla y León y la de España. Y por supuesto la de otros países, pero nos vamos a centrar en el nuestro.

Nosotros llevamos trabajando ya un tiempo en lo que entendemos que van a ser las bases de nuestro abordaje de la dependencia. Hemos sido pioneros en la elaboración y puesta en marcha de un primer Plan de atención sociosanitario que estamos reevaluando, pero no obstante, ha hecho que ya haya germinado y que tengamos ya el segundo Plan en marcha. Este segundo plan destaca porque establece el eje estratégico en la atención de las personas mayores en su domicilio, la atención del mayor coordinando los recursos de los dos sistemas, el social y el sanitario de forma integral y coordinada.

Otra cuestión que estamos abordando en la actualidad es la relativa a las prestaciones farmacéuticas cuyos beneficiarios son los mayores. Por todos es sabido que la población mayor está a la cabeza en el consumo habitual de fármacos, por la mayor incidencia de patologías que presentan. Pero tenemos que racionalizar ese consumo, y en las misma línea que el Ministerio está planteando un uso racional del medicamento. Nosotros estamos inmersos en un plan pionero para que nuestras residencias de mayores presten la mejor calidad farmacéutica a los mayores. Para ello estamos contando con la colaboración de los centros hospitalarios, desde cuyos servicios farmacéuticos se está supervisando esa atención.

Por otra parte, trabajaremos durante esta legislatura con la Consejería de Sanidad en la elaboración de un plan de atención geriátrica y en lo que consideramos más importante, que es lo que se ha puesto de relieve en esta mesa, definir el contenido de un marco legal sobre la atención y protección a la dependencia.

Y aquí, como no puede ser de otra forma, caminaremos en paralelo con las directrices del Gobierno Central que, como muy bien ha dicho la Ministra, ya ha tenido lugar el primer encuentro de los miembros de la comisión de expertos, lo que nos va a marcar las bases y la dirección hacia la que tenemos que mirar.

Vamos a trabajar en ese proyecto normativo de acuerdo a las directrices que marquen los expertos y, por supuesto, a las conclusiones a las que se llegue en foros tan cualificados como éste.

Y por lo demás, en nombre de la Junta de Castilla y León y en sintonía con los deseos del Excmo. Sr. Alcalde de Valladolid, también les sugiero que reserven parte de su tiempo para disfrutar de esta ciudad, invitándoles asimismo a que descubran los encantos que esta maravillosa tierra, nuestra comunidad, encierra por todos sus rincones.

Muchas gracias

Excma. Sra. Dña. Ana Pastor Julián, *Ministra de Sanidad y Consumo*

Excelentísimas e ilustrísimas autoridades. Señores miembros de la mesa. Querido Alcalde. Querido Eduardo Rodríguez Rovira. Querida Ana Botella. Muchas gracias por acompañarnos en este tan importante congreso, aquí en Valladolid que es un poco la tierra madre de todos nosotros. Muchas gracias.

En primer lugar, me gustaría darle las gracias a los organizadores por su invitación a esta sesión inaugural de este importante VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, a la que muy gustosamente asisto, y con el ánimo sobretodo de compartir con todos ustedes el inicio de este importante evento, y sobre todo, tener la oportunidad para contarles a ustedes algunas de las actuaciones más importantes que estamos llevando a cabo para y por los mayores.

Quiero felicitar a la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, a CEOMA, y a su presidente, a Eduardo Rodríguez Rovira tanto por la organización de este Congreso como por todas las actividades que están llevando a cabo, lo que les da un gran conocimiento del sector y por lo tanto un gran peso con sus opiniones y con la toma de posición de esta organización en todos los asuntos que son relevantes para los mayores de nuestro país.

Ustedes son un buen ejemplo de lo que puede hacer la sociedad civil, y en concreto las personas mayores para que, a través una acción positiva, constructiva, mejorar sus condiciones de vida y tomar decisiones para la resolución de los problemas que más les afectan.

Este congreso ha elegido un tema central, un tema que preocupa en este momento a todos los países, sobre todo a los más desarrollados del mundo: la protección a la dependencia, que como muy bien se ha explicado aquí, esta protección a la dependencia no sólo es para las personas mayores, sino que también es para otros grupos de personas de otras edades que tienen por desgracia dependencia

En la actualidad preocupa la dependencia, ¿y por qué?. Por que gracias al progreso socioeconómico y a los avances de la medicina y de la ciencia hemos conseguido alargar la expectativa de vida en los países desarrollados.

Se lo contaba a los medios de comunicación a la entrada del acto. Les explicaba que somos las mujeres españolas de las que más vivimos del mundo. Un poquito más que los hombres, (en algo teníamos que estar un poquito mejor). Pero además de ello hemos hecho constatable un hecho: es que España en los últimos veinte años ha experimentado un crecimiento muy importante de la esperanza de vida, y una mejora de la calidad de vida. Pero a la vez que esto se ha producido, estamos asistiendo a fenómenos que tienen que ver con los procesos degenerativos que van acompañando a las personas mayores cuando llegan a mayor edad.

Fíjense: en el 1900 sólo llegaban a los 65 años el 26% de los españoles; al final del siglo XX esta cifra se eleva al 86%; en 1990 el porcentaje de población mayor 65 años era del 13,79 y el de mayores de 80 el 2,96. Pues en el año 2000 los mayores han pasado a ser el 16,93 y los de más de 80 el 3,81. Y se estima que para el 2005, o sea, a la vuelta de la esquina, los mayores de 65 años van a ser el 17,28 y los mayores de 80 el 4,5. Es decir, la pirámide demográfica española es la propia de un país desarrollado: muestra que la población por encima de los 65 iguala a la población de menores de quince.

Y la morbimortalidad, o sea, de lo que enfermamos y morimos los ciudadanos, también ha cambiado. A principios del siglo XX, como saben, los españoles se morían en edades tempranas, y se morían fundamentalmente de enfermedades infecciosas y de sus

complicaciones. Hoy las patologías que afecta a los ciudadanos españoles, como saben, son en primer lugar las patologías cardiovasculares, que son la primera causa de muerte, en segundo lugar el cáncer, y en tercer lugar las enfermedades neurodegenerativas. Esta es la situación de como es la morbimortalidad en España.

Según la información de la OCDE, España es de los países de la Unión en el que se presenta una mejor esperanza y mayor esperanza de vida. Pero se da la circunstancia de que este éxito, este éxito que supone el llegar a un alto nivel de esperanza de vida, hace que surjan nuevos retos para las autoridades sanitarias, para las autoridades sociales y para la sociedad civil. La prevalencia de determinadas patologías como las que he dicho, pero sobre todo, de las que más nos preocupan: de las demencias, de las enfermedades crónicas, de las enfermedades cardiovasculares, tenemos que hacer un esfuerzo por ver cómo se afronta este nuevo reto del siglo XXI

En España la encuesta sobre discapacidades, deficiencias en el estado de salud, señala que el número de personas de más de 65 años que padecen alguna discapacidad es ligeramente superior a 2 millones y medio de personas. Es decir, un 32,2% de la población en ese tramo de edad presenta algún tipo de limitación o incapacidad crónica de su actividad. Un importante impacto, por cierto, que va a tener en su estado funcional, en la funcionalidad de los mayores de todos los días, lo que se traducen en un déficit de calidad de vida

El envejecimiento de la población y su tendencia creciente es pues una de las preocupaciones mundiales.

Este importante cambio que ha experimentado el perfil epidemiológico de las sociedades avanzadas hace que nos tengamos que enfrenta a nuevos retos. Porque el estado del bienestar, la evolución histórica del estado del bienestar en todos los países desarrollados ha sufrido también un cambio. El estado del bienestar es hoy en España una de las principales o de las prioridades fundamentales del Gobierno. Fíjense: de cada 100€ del presupuesto del 2004, más de 50 se van a dedicar a gasto social en nuestro país. Los sistemas de pensiones, los servicios sociales y la sanidad, permiten a un buen número de los ciudadanos seguir disfrutando de una vida social satisfactoria. cuando caen enfermos cuando son inactivos cuando sufre marginación.

Yo siempre digo que lo que hace más desiguales a los iguales es la enfermedad, y lo que más redistribuye la riqueza es el sistema sanitario español, que es público, que es gratuito, que es para todos los ciudadanos. Ese sistema que es solidario, que es intergeneracional y que es interterritorial, y que ha permitido que hoy nuestra sociedad haya construido una red importante de protección social.

Estas redes se han ido actualizando a lo largo de este siglo XX gracias al esfuerzo de todos, y fundamentalmente gracias a vuestro fuerzo, el de los mayores. Gracias a vuestra contribución hoy aquí en España nuestro estado del bienestar es mejor que el de ayer. El éxito de la construcción del estado del bienestar ha llevado a que actualmente casi la mitad del presupuesto, como les decía, sea para protección social.

Aquí en Castilla y León, en la Junta de Castilla y León, la parte más importante del presupuesto de la Junta es, he repasado los datos, dedicada a servicios sociales y asistencia sanitaria. Se ha entendido desde aquí que avanzar en Castilla y León es avanzar en las políticas de mayores, en las políticas de la dependencia.

En los años 40 se incorporó, como saben, la sanidad como una prestación del estado del bienestar. Han pasado muchos años. Nosotros, tengo que decirlo, desde el año 96, el Gobierno del Partido Popular, ha llevado a cabo una importante reforma y ha sido a la separación de las fuentes de financiación: por un lado de las pensiones y por otro lado de la asistencia sanitaria.

Eso ¿qué significa?. Que hoy las pensiones en España tienen superávit. Hoy el fondo de reserva de las pensiones en nuestro país es una realidad, y tenemos que seguir trabajando por que así lo sea, por que lo sea en el futuro. Y por otro lado tenemos un sistema de financiación sanitaria que es un sistema de financiación estable, que crece cuando menos, como crecen los ingresos del Estado, y que es un sistema solidario, un sistema que compartimos todos.

La ley de financiación del sistema nacional de salud que está contenida en la ley de financiación del estado: la ley 7/2001 y la 21/2001 prevé que las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas han de destinar a sanidad cuando menos lo que crezcan los ingresos del Estado

Ahora me gustaría referirme brevemente a la protección social de la dependencia.

La dependencia es una necesidad social que se presenta, como yo les decía antes, por dos motivos: por ese cambio profundo en el patrón epidemiológico, por ese avance de la medicina que haga que hoy por ejemplo el infarto tenga solución en muchos casos, que haga que hoy el cáncer, les voy a poner un ejemplo: la leucemia mieloide crónica era una patología que hasta hace dos años no tenía tratamiento. Hoy más del 90% de las personas, gracias en un nuevo medicamento, se curan, se curan de leucemia mieloide crónica que es una de las leucemias más graves, sin duda, la más grave del mundo.

Ha cambiado por tanto el patrón de morbimortalidad de nuestro país. Y además, yo les decía que ha cambiado otra cosa y muy importante: la estructura tradicional de la familia. Si la población no hubiese envejecido el cambio en las pautas estructurales de la familia no habrían afectado tanto a tanta gente. Pero hoy han pasado las dos cosas: hemos envejecido y las familias han cambiado, y la conjunción de los dos factores hace que haya cada vez más personas con necesidad de ayudar, que haya cada vez más personas con necesidad de apoyo que no sea el familiar.

Y esto nos lleva replantearnos la dependencia. La dependencia presenta por tanto una situación novedosa para los sistemas de protección. Así lo están avanzando también el resto de los países europeos.

La estructura tradicional de protección social estaba basada en las pensiones, en la asistencia sanitaria y en los servicios sociales. Cada uno con su lógica, y cada uno con su funcionamiento. Sin embargo la dependencia requiere algo de cada uno de estos tres pilares. Requiere que las pensiones se adapten, como no, a la dependencia. Requiere también unas necesidades sanitarias continuas que provienen generalmente de padecimientos crónico. Y finalmente las personas dependientes necesitan servicios sociales aún cuando su nivel de renta esté por encima del nivel de pobreza.

Porque hoy la asistencia social ya no es lo de antes. Hoy la asistencia social no es una asistencia de caridad o de beneficencia. La asistencia social es una asistencia a la que tenemos derecho todos los ciudadanos españoles.

El sistema de protección social no esta igual de desarrollado en cada uno de sus pilares y carece en muchos casos de coordinación. El lograr la coordinación, como aquí en Castilla y León se está llevando a cabo entre servicios sociales y sanitarios, es una cuestión que se ha intentado en muchas ocasiones, pero a la que hay que dedicar muchos esfuerzos.

Desde el Ministerio seguimos con mucha atención la evolución de los diferentes modelos de las Comunidades Autónomas. Lo decía la señora Consejera hace unos instantes. Ese modelo que se ha implantado aquí, y que se quiere llevar a cabo en Castilla y León. Ese modelo de coordinación de los servicios sanitarios y los servicios sociales. Ese modelo que conlleve

comisiones de coordinación, que conlleve programas específicos, que se preocupe del uso racional de los fármacos. Programas que hagan que la realidad de nuestro país de la organización sociosanitaria sea un hecho palpable.

Y ¿que es la atención sociosanitaria?. La atención sociosanitaria es enfocar la asistencia sanitaria y la asistencia social de una manera uniforme. Nosotros desde el Ministerio, lo dijo Sr. Rodríguez Rovira, en la ley de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud que se aprobó recientemente en las Cortes Españolas con el apoyo de todos los grupos políticos, es una ley que prevé que la prestación sociosanitaria es una prestación obligatoria para todos los ciudadanos españoles.

La nueva prestación de atención sociosanitaria, dice textualmente la ley: "Ha de comprender los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación, siempre que el déficit funcional sea recuperable".

Y ¿porque hemos definido a sí la asistencia social sanitaria?.Pues por una razón muy simple. Porque nosotros entendemos que las personas mayores también tienen derecho a recuperarse totalmente de sus lesiones. Porque si una persona mayor se interviene de una operación de cadera o de rodilla se tiene que recuperar hasta el máximo de sus posibilidades. Si una persona mayor tiene una demencia también hay que intentar sacar de sí, de la persona, con todos los conocimientos que tenemos actualmente, hasta que se haga compatible una vida ordinaria. Hay personas en este momento con dependencia que con un buen tratamiento, como saben mejoran. Mejoran y son capaces de vestirse, son capaces de hacer esas tareas diarias que a todos, pero a los familiares sobre todo, tanto preocupan.

Y estos derechos, estos derechos que recoge la ley por primera vez en nuestro país, se van a ver reflejados en la cartera de servicios sociosanitarios. Esta cartera de servicios la vamos a llevar a cabo conjuntamente con las Comunidades Autónomas y con un único fin, con el fin de garantizar la igualdad de todos los ciudadanos.

¿Por qué?. Porque nosotros pensamos que todas las personas en nuestro país se sienten, o creen que son o que necesitan las mismas cosas, los mismos tratamientos cuando están enfermas. Porque si todos queremos ser iguales, si en algo queremos serlo es en el sistema sanitario. Porque no podemos permitir que haya diferencias entre Comunidades Autónomas. Porque no podemos permitir que dependiendo de donde uno viva, haya diferente tratamiento para unos o para otros.

Y por eso queremos no un estado homogéneo, queremos un estado que tenga peculiaridades en sus Comunidades Autónomas, pero que en materia de salud y en materia social los ciudadanos tengan lo que llamamos la igualdad efectiva.

Igualdad efectiva en sanidad y en servicios sociales es que cuando tú tienes una necesidad el Estado, los servicios públicos, te han de dar el mismo recurso.

Y a su vez también estamos trabajando en la prestación que se conoce como cartera de servicios de salud pública. ¿En que consiste?. Consiste fundamentalmente en que en España se dedique más recursos a la prevención y la promoción de la salud.

¿Por qué?. Porque muchas enfermedades son prevenibles. Ustedes saben, por ejemplo, que el tabaco produce en España 55.000 muertes todos los años. Saben que el alcohol tiene efectos nocivos para la salud cuando se toma en exceso. Saben que los hábitos alimenticios influyen mucho en la calidad de vida. Por ejemplo, en las personas mayores, sobre todo en las mujeres, que muchas de ellas, de ustedes, tienen osteoporosis, el ejercicio físico, el hacer media hora de ejercicio físico hace que el metabolismo del calcio en el organismo sea mucho mejor, que hace que la salud de las personas mayores, de las mujeres, mejore.

Por eso vamos a destinar más recursos a la salud pública, a la medicina preventiva y a la promoción de la salud. Y por eso, como saben, hemos puesto en marcha en el Ministerio de Sanidad un observatorio que es el Observatorio de Salud de las Mujeres.

Yo les decía que las tres principales causas de muerte en España son las cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades neurodegenerativas. Y de estas últimas nos están preocupando de forma especial y en concreto el Parkinson y el Alzheimer.

Son patologías de carácter crónicos que presenta una alta prevalencia, y que ocasionan un elevado grado de incapacidad. En nuestro país existen aproximadamente 400.000 pacientes afectados Alzheimer y más de 120.000 de Parkinson.

En el ámbito de la investigación, que es otro de los aspectos que nos compete al Ministerio, como saben, hemos creado una fundación: el Centro en Red de Investigación de Enfermedades Neurológicas, que se conoce como la Red 100. Se fundó el pasado 4 de septiembre.

Esta red tiene cuatro objetivos. Se han destinado ya en esta primera anualidad 4 millones de euros para la investigación en neurociencias. En primer lugar la fundación, su primer objetivo es investigar la enfermedad de Alzheimer en España. El segundo objetivo las demencia relacionadas con los mayores, sobre todo el Alzheimer. Y trabajar sobre todo en el diagnóstico precoz de los mecanismos fisiopatológicos de esta enfermedad y en las posibles dianas terapéuticas. Estamos trabajando en nuevos fármacos, en fármacos que pueden servir, como saben, para que mejore la calidad de vida del paciente con Alzheimer.

En esta red trabajar 1.268 investigadores de nuestro país, están adscritos 204 grupos de investigación y 27 centros de catorce Comunidades Autónomas. Está coordinada por el doctor Isidro Ferrer Abizanda que, como saben, es un prestigioso neurólogo del hospital de Belviche.

El Ministerio de Sanidad también está trabajando de una manera muy intensa en el tratamiento del Alzheimer. Estamos trabajando con la fundación Reina Sofía en este momento para crear un centro de referencia en Madrid, con un área muy importante de investigación. Hemos dedicado también fondo de investigación sanitaria, o sea becas para investigadores en nuestro país.

Pero todos esto es poco. Todo será poco porque estas enfermedades son las enfermedades del futuro. Tenemos que hacer esfuerzos entre todos, entre la sociedad civil, entre las empresas, entre todas las administraciones públicas porque cada vez haya más recursos para la investigación.

Un país que quiere ser moderno, un país que apuesta por sus ciudadanos, tienen necesariamente que dedicar muchos recursos a la investigación. Porque en medicina hablar del futuro es hablar de la investigación.

Fíjense: en los últimos cinco años más del 35% de los medicamentos que se han aprobado en el mundo, hoy de ellos disfrutan ya todos los ciudadanos españoles. Es decir, una parte muy importante de los recursos de nuestro país, de esos 1,4 billones de las antiguas pesetas que se dedican a fármacos, el 35% son nuevos fármacos. Fármacos que curan la leucemia, fármacos que mejoran la sintomatología del Parkinson, fármacos que mejoran algunos tipos de tumores, fármacos que mejoran el dolor.

En definitiva que apostar por los mayores, en este momento, es sobre todo apostar por la investigación biomédica.

Voy terminando ya. quiero decirle Sr. presidente que la vía de llegar a una mejor asistencia social y a una mejor asistencia sanitaria la ha contemplado bien el pacto de Toledo. La vía del consenso político por la que se ha desarrollado la evolución progresiva de sistema de protección social en el campo de las pensiones en nuestro país es también el marco que ha de reflejar el camino de la dependencia.

El informe de la comisión del pacto de Toledo constata el insuficiente grado de desarrollo de la previsión complementaria en España y la necesidad que tenemos de reforzarla.

Por eso se ha creado ese grupo de expertos que ya está trabajando, que está elaborando el libro Blanco de la dependencia con la participación activa de expertos y de profesionales de todas las áreas del conocimiento

El informe va a llevar a cabo una política integral, el diseño de política integral de atención a la dependencia, de esa atención a la dependencia que tiene que contemplar necesariamente las posibles alternativas a la asistencia sanitaria y social, las alternativas que sean más eficientes, las alternativas que hagan que nuestros mayores tengan una mejor calidad de vida

Esas alternativas que reflejen una cartera de servicios sociosanitarios, esas alternativas que hagan que la protección social en España siga siendo, como ya lo es ahora, uno de los pilares del estado del bienestar.

Voy concluyendo ya, como les decía.

He venido hoy aquí, a Valladolid, a compartir esta mesa, esta mesa de lujo con responsables políticos, con personas como don Eduardo Rodríguez Rovira que representan a ustedes, a la sociedad civil que tanto y tan bueno han hecho por los mayores en nuestro país; a todas esas sociedades científicas, Sr. presidente de la Organización Médica Colegial, que están apostando, como lo hace la OMC, por dedicar recursos a que los profesionales sanitarios estén cada vez mejor formados, para que así puedan atender mejor a los ciudadanos. Ese sistema queremos llevar a cabo para que nuestros profesionales estén más motivados para que atiendan cada vez mejor a nuestros ciudadanos

Permítame Sr. Presidente. Sr. Alcalde, gracias por invitarme a Valladolid a compartir con ustedes esta mañana.

Que finalice con una frase Rousseau. Rousseau decía que la juventud es el momento de estudiar la sabiduría y la vejez el de practicarla .

Yo estoy segura de que en nuestro país esto se está llevando a la práctica. Estamos practicando muchos con vuestras horas, con vuestro trabajo y con vuestro esfuerzo la mejor manera de que la sabiduría nos conduzca a todos a ese estado de mejor salud. Es decir, de llegar todos a mayores. Pero llegar como queremos para nuestros padres y queremos para nuestros abuelos, llegar a mayores con muy buen estado de salud.

Salud que os deseos a todos vosotros, y os deseo además que estas jornadas sean unas jornadas que sus conclusiones sean muy positivas y sirvan para sumar en este gran proyecto que es el proyecto de la dependencia de nuestro Gobierno.

Muchas gracias.

Conferencia Inaugural

***Excma. Sra. Dña. Ana Botella Serrano**, Concejal de Gobierno de Empleo y Servicios al Ciudadano del Ayuntamiento de Madrid.*

Muchas gracias por sus palabras de presentación. Agradezco mucho a los organizadores del VI Congreso Nacional de Organización de Mayores, y en especial a su Presidente D. Eduardo Rodríguez Rovira, su invitación a estar aquí y a dirigirles unas palabras.

La sociedad española ha progresado mucho en los últimos años. Los cambios producidos en nuestra sociedad han traído más empleo, más prosperidad, mayores oportunidades para todos que se han traducido en un incremento sustancial de los niveles de bienestar.

Este bienestar que hoy disfrutamos no hubiera sido posible sin el extraordinario esfuerzo de nuestros mayores. A ellos les debemos mucho; han renunciado a muchas cosas para que sus hijos pudieran progresar, para que pudieran disfrutar de una mayor calidad de vida y formar una familia. Las nuevas generaciones, en agradecimiento, debemos trabajar seriamente para mejorar su calidad de vida en todos los ámbitos.

Al mismo tiempo, los nuevos cambios demográficos y sociales que están aconteciendo, como la incorporación creciente de la mujer al mercado laboral, la mayor esperanza de vida o las nuevas formas de vida de los hogares, hacen que las familias tengan que recurrir con más frecuencia a sus mayores, valorando especialmente su lugar en la familia y en la sociedad.

Precisamente, es en el seno familiar donde las personas aprendemos unos de otros, donde crecemos y aprendemos a valorarnos, donde la afectividad y el cariño adquieren su máxima expresión, donde tiene lugar la transmisión de valores entre generaciones que hace posible que las sociedades progresen sustentadas por principios sólidos.

Pero también es en el ámbito de su profesión, de la vida social y política, de la formación intelectual y la transmisión de conocimientos, donde nuestros mayores son una fuente de inestimable riqueza que debemos preservar, aprovechar y sobre todo agradecer.

Estos cambios sociales que vivimos nos exigen un esfuerzo constante en desarrollar mecanismos de protección social más eficaces, acordes con las necesidades específicas de nuestros mayores. Porque trabajar en la mejora del bienestar de nuestros mayores, es trabajar por una sociedad más justa, más solidaria, en definitiva, es trabajar por una sociedad para todas las edades.

El Partido Popular siempre se ha preocupado de los mayores. Hemos trabajado con seriedad, logrando y liderando acuerdos muy amplios, en un clima de diálogo, que han permitido consolidar el sistema de protección social, garantizar las pensiones, mejorar la calidad de los servicios sanitarios y potenciar los servicios sociales.

Cuando me ofrecieron y acepté participar en este Congreso era Presidenta de Honor de "Edad Dorada. Mensajeros de la Paz". Pero, por circunstancias de la vida, en este caso y por decisión de los madrileños, hoy les dirijo la palabra como Concejala de Gobierno de Empleo y Servicios al Ciudadano del Ayuntamiento de Madrid.

Permítanme por tanto que hoy les hable también de la atención a los mayores en el municipio de Madrid.

Según los últimos datos contrastados a 1 de Julio de 2003, Madrid es una ciudad de 3.165.139 habitantes. Una parte importante de esta población tiene más de 65 años, la que venimos reconociendo como "personas mayores". En Madrid, 602.000 personas, es decir, el 19 % del total, tienen más de 65 años. Dicho de otro modo, si reuniéramos sólo a los mayores de 65 años, tendríamos una ciudad con una población casi el doble que Valladolid (que tenía 318.576 habitantes el 01/01/02).

Estas 602.000 personas mayores son fuente de vida, recursos vitales de la ciudad, consumidores, agentes del saber y de la experiencia, y también motivo de atención y preocupación para los poderes públicos. Y cada día esta perspectiva, la de los mayores en el conjunto de la sociedad y los recursos que se destinan a su protección, progreso y calidad de vida, va a ser más importante. Porque cada vez hay más personas mayores, cada vez se vive más años y cada vez se exige mayor calidad en el vivir.

Pero no debemos cegarnos con nuestros propios logros. Muchos mayores gozan de buenas relaciones familiares, de amistad, de vecindad, que les aporta apoyo afectivo y compañía, y que cuentan con posibilidades para acceder a las prestaciones que nuestro Sistema de Protección Social les ofrece.

Pero también hay otros muchos mayores que, necesitándolo, no conocen o no han accedido a los servicios de protección que la Sociedad del Bienestar les facilita. Muchos viven solos: 132.000 en Madrid, de las que 50.000 son personas que superan el umbral de los 80 años. Unas por decisión y voluntad propias; otras por imposición involuntaria y no deseada. Muchos además carecen de compañía y afecto. Es precisamente este sector de la población más vulnerable quien requiere de la atención y cuidado de los servicios públicos de protección social.

Las Administraciones Públicas, y hablo desde una de ellas como es la Administración Local, tienen la responsabilidad de prevenir situaciones que impliquen desamparo, desvalimiento o desprotección, pero sobre todo que lleven a situaciones en las que la condición humana peligra como tal. Me refiero a la necesidad de evitar las situaciones de soledad absoluta, de pobreza extrema, de deterioro degenerativo, etc. Estas situaciones extremas e indeseables se producen, lamentablemente, y por eso hemos de esforzarnos en prevenirlas lo mejor posible.

La atención a las personas mayores en el Municipio de Madrid se estructura en dos programas presupuestarios: 1) LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES y 2) LOS CENTROS DE MAYORES. Nuestra filosofía consiste en procurar el mayor bienestar previniendo la aparición de deterioro y malestar. Y cuando éste ya ha aparecido, atenderlo con los recursos más idóneos, en calidad y cantidad posibles.

Para la Concejalía de Empleo y Servicios al Ciudadano, bienestar del mayor significa poder elegir garantizando elementos próximos que dan al mayor un sentido de pertenencia y seguridad. Por eso les ofrecemos atención profesional, ayuda a domicilio, teleasistencia, adaptaciones geriátricas, lavandería, etc. La persona mayor, sola o en familia, puede disfrutar de estos servicios con muy poco esfuerzo y, en muchos casos, gratuidad total.

En el ánimo de informarles a Uds., huyendo de los datos innecesarios que resultan aburridos, les haré un pequeño resumen de lo que representan estas prestaciones:

Durante el 2002 en Madrid se destinaron 32,6 millones de euros a la ayuda domiciliaria para atender a 20.600 usuarios, con un total de 3.000.000 de horas de servicio.

El 42 % de las casi 60.000 personas atendidas por primera vez en los SS.SS. municipales eran mayores de 65 años y sus demandas principales eran la ayuda a domicilio, plazas en residencia de mayores y teleasistencia.

En 13.600 hogares de personas mayores de 65 años instalamos un dispositivo de Teleasistencia. La gran mayoría mujeres ,11.000, de las cuales 9.600 viven solas.

Efectuamos obras y adaptaciones geriátricas en 313 domicilios, que produjeron notables beneficios a otras tantas personas mayores.

Y realizamos 12.400 servicios de lavandería a personas mayores que no disponen de recursos económicos, o de movilidad, o de redes familiares, o de espacio en su vivienda para ser autónomos en esta función elemental de la vida.

Estos datos reflejan sólo una parte de la realidad. Nuestro empeño consiste en mejorar cada día y poder ofrecer a las personas mayores otros recursos que consideramos necesarios para prevenir su deterioro y aumentar su bienestar.

El Ayuntamiento de Madrid dispuso en el 2002 de 22 centros de día municipales con 825 plazas para atender a 1.333 usuarios. Además, concertó con la iniciativa privada otras 120 plazas para atender a 170 usuarios diferentes.

Pero si bien es cierto que la rehabilitación física y la atención a personas mayores con deterioros orgánicos es un objetivo importante, no lo es menos la atención a personas con enfermedad de Alzheimer. En este caso, durante el 2002 atendimos en 13 Centros, con una capacidad de 335 plazas, a 475 personas que padecen esta enfermedad.

Entre los diferentes centros de día (públicos y privados concertados) el Ayuntamiento de Madrid dedicó casi 6 millones de euros en 2002.

Así también, el Ayuntamiento de Madrid dispone de 66 apartamentos tutelados con una capacidad de 100 residentes; un centro integrado, especializado en la atención a enfermos de Alzheimer con capacidad para 40 personas en Centro de Día y 59 plazas en residencia especializada. Y también una mini residencia con 56 plazas para personas mayores válidas.

Por último, el Ayuntamiento de Madrid dispone asimismo de 78 Centros Municipales de Mayores, repartidos por 21 distritos en que se divide Madrid, y en los que participan más de 200.000 mayores cada año en las diversas actividades de convivencia, aprendizaje y formación.

No se agota aquí el empeño del Ayuntamiento de Madrid por proporcionar recursos adecuados a las necesidades emergentes, sino que avanzamos día a día en este compromiso con los más mayores que nos permiten servirles y proporcionarles una mayor calidad de vida.

Queremos reforzar todos estos servicios. Los mayores de Madrid constituyen la primera preocupación de la Concejalía de Gobierno de Empleo y Servicios al ciudadano:

- Para los próximos años queremos llevar la Teleasistencia a más de 80.000 hogares de personas mayores que, en su mayoría, viven solas. Por eso hemos puesto en marcha la segunda fase del Programa “Madrid Acompaña” dirigido a las personas mayores que viven solas y a través del cual instalaremos con carácter totalmente gratuito el servicio de Teleasistencia Domiciliaria en 34.000 hogares en este año 2003.

- Vamos a atender especialmente a los cuidadores de mayores. Esas personas anónimas, sacrificadas, cuya abnegación y entrega a otros ha supuesto el abandono de proyectos vitales propios (tener familia propia, desarrollar una profesión, disfrutar de independencia, ...). Ellos son un claro ejemplo de lo que la red familiar puede llegar a hacer. Pero estos cuidadores, mujeres en su inmensa mayoría, necesitan que se les cuide. Y vamos a prestarles una atención adecuada.

- Vamos a estimular el ejercicio físico de mantenimiento para las personas mayores.

- Vamos a poner en marcha, con carácter general en el Municipio de Madrid, las comidas condimentadas a domicilio y vamos a activar dispositivos y proyectos que tengan que ver con el cuidado y la salud de la persona mayor, sus hábitos saludables, su salud buco dental, su salud mental..., etc.

- Vamos a motivar a la participación de los mayores en los foros en los que su presencia y su voz resultan imprescindibles.

- Vamos a poner en marcha un plan de equipamientos para las personas mayores que permitan incrementar los recursos en centros de convivencia y participación como son los Centros Municipales de Mayores, en centros de día para físicos y, sobre todo, en centros de día para enfermos de Alzheimer, con el consiguiente programa de "respiro de fin de semana" para sus familiares.

Concluyo. Una política pensada por y para las personas mayores no es sólo la relacionada con las pensiones y las prestaciones económicas, que, por supuesto, es importante. Es esencialmente una política dirigida a desarrollar su dignidad y autoestima, que, además de las pensiones, asegure los servicios sociales, los servicios sanitarios y el acceso a servicios culturales y de ocio.

Por eso, la política de mayores debe ser una política global, que tenga en cuenta todas sus necesidades, todas sus inquietudes y todos sus intereses. Creemos que la mejor forma de servir a los mayores es reforzar las políticas generales y locales que en los últimos años han contribuido a mejorar su calidad de vida y bienestar social.

Políticas que han permitido consolidar el sistema de protección social, garantizar las pensiones, mejorar la calidad de los servicios sanitarios y potenciar los servicios sociales sobre todo en el ámbito local.

Creemos que nuestro país, nuestras Comunidades Autónomas y nuestras ciudades, necesitan políticas serias y creíbles. Compromisos que se vayan a cumplir. Desde el Ayuntamiento de Madrid estamos trabajando con ilusión, con honradez y poniendo nuestro empeño en mejorar la calidad de vida de los mayores madrileños.

Mis mejores deseos para este Congreso. Les animo a que no decaigan en la importante labor que como mayores desempeñan en la sociedad.

Muchas gracias por su atención.

Mesa Redonda: “Libro Verde Sobre la Dependencia en España”

Fundación ASTRAZENECA: ***Sr. D. Julio Sánchez Fierro****, Patrono de la Fundación AstraZeneca;* ***Excmo. Sr. D. Eloy Ibáñez Bueno****, Embajador de España;* ***Sr. Luis Cayo Pérez-Bueno****, Director Ejecutivo del CERMI ;* ***Sr. D. Juan Díez Nicolás****, Catedrático de Sociología Universidad Complutense de Madrid.*

PRESENTACION

En octubre de 2002 el Patronato de la Fundación AstraZeneca acordó dar prioridad dentro de sus trabajos de estudio, investigación y colaboración social a la dependencia como fenómeno que va a marcar en muchos aspectos el devenir del siglo XXI.

Se acordó llevar a cabo un Libro Verde en el que se recogieran aquellas cuestiones y aquellos desafíos más significativos que deberían ser objeto de solución contando, tal y como ha señalado la Organización Mundial de la Salud, con la colaboración de las Administraciones Públicas, los profesionales, los interesados y sus familias, así como las Organizaciones no Gubernamentales.

Desde comienzos del 2003 ha estado reuniéndose en el seno de la Fundación Astrazeneca un Grupo de Expertos, de carácter multidisciplinar, que ha llevado a cabo estudios iniciales, ha recopilado abundante información, tanto en el plano interno, como en el internacional, y ha confirmado con análisis sociológicos las principales tendencias que se perciben en nuestra sociedad a propósito del envejecimiento y dependencia.

Se consideró importante contrastar los resultados de los primeros trabajos con la opinión de los sectores afectados (personas mayores, sector de la discapacidad, asociaciones familiares, colegios profesionales, asociaciones científicas, movimiento del voluntariado social, expertos en nuevas tecnologías, estadísticos y sociólogos).

A tal efecto en julio de 2003 se convocó un Seminario en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid, que tuvo lugar en San Lorenzo de El Escorial bajo el título "Situación actual y perspectivas de futuro de las personas dependientes".

27 expertos de una variada procedencia aportaron sus reflexiones y propuestas, que fueron discutidas en las correspondientes mesas de debate.

Con posterioridad los miembros del grupo de trabajo establecido por la Fundación Astrazeneca han continuado profundizando en los distintos extremos que deben afrontarse para la calidad de vida y la protección social de las personas dependientes.

Aunque los trabajos del Libro Verde de Astrazeneca sobre la dependencia en España estarán concluidos a finales de año se ha preparado un Avance de Conclusiones para ser presentado con ocasión del VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, que ha organizado CEOMA.

Posteriormente su redacción final se remitirá a los Poderes Públicos y se presentará a los medios de comunicación social, todo ello como una contribución a las actuaciones que se derivarán de los Acuerdos recientemente alcanzados por los Grupos Parlamentarios en la Comisión del Pacto de Toledo.

Con el avance de conclusiones que ahora presentamos queremos también aportar nuevos elementos para examen y consideración de cuántos participan en este importante Congreso Nacional.

Agradecemos a CEOMA la oportunidad de tomar parte en sus sesiones y de presentar así las líneas principales que están animando los trabajos de redacción del Libro Verde sobre la Dependencia en España.

Valladolid, 20 de Octubre de 2003

FUNDACION ASTRAZENECA

Grupo de Expertos sobre Dependencia:

- Julio Sánchez Fierro
- Luis Cayo
- Juan Diez Nicolás
- Mª Ángeles Treserra
- Antonio Jiménez
- Antonio Remartinez

Secretaria del Grupo:

- Manuel Martín
- Carmen González

I. CONSIDERACIONES GENERALES: Entorno Europeo. Principales líneas de actuación.

El fenómeno del envejecimiento y con él el aumento de personas dependientes, necesitadas de atención sociosanitaria, está produciendo una verdadera revolución para los sistemas nacionales de salud.

La dimensión del cambio que se está produciendo ha alcanzado niveles tan importantes que obliga a los Poderes Públicos a aprestarse a establecer nuevas políticas y nuevas estrategias para corregir deficiencias y desajustes.

Así pues, adoptar las medidas apropiadas para una atención integral del envejecimiento ha de ser una de las prioridades básicas para la sociedad del siglo XXI.

El envejecimiento de la población y las transformaciones de la estructura demográfica, consecuencia de la mayor esperanza de vida y del descenso de la natalidad, se han convertido en punto central de debates, y ello no solo por razones de equidad y de cohesión social, sino también por su creciente impacto económico en los sistemas de protección social.

Para hacer frente a estos problemas en Europa, sobre todo a partir de mediados de los años 90, se han ido formulando diversos planteamientos y emergiendo experiencias de distinto tipo.

Son emblemáticos el Libro Blanco del Reino Unido, preparado en 1998 por investigadores de la London School of Economics y también lo es la Ley alemana de 1995, que estableció el seguro obligatorio contra el riesgo de dependencia como una subespecie del seguro de enfermedad.

Pero también en España, ante estas transformaciones y cambios, se han producido propuestas e iniciativas.

A modo de ejemplo, a nivel nacional, cabe citar algunas aportaciones contenidas en el Informe de la Comisión Abril (1991), el Plan Gerontológico (1993), el Informe de la Subcomisión Parlamentaria establecida en el Congreso de los Diputados en 1997 y, más recientemente, el Informe preparado por el IMSERSO en 1999 o el reciente Plan de acción para las personas mayores 2003-2007, aprobado en Agosto pasado.

En el ámbito de las Comunidades Autónomas también se registran programas y medidas legislativas de alcance heterogéneo y sin apenas claves en común, pero que reflejan voluntad política a favor de la atención sociosanitaria de los mayores.

Ahí está el programa "Vida a los años" (Cataluña, 1986), el Plan Palet (Valencia 1995), el Plan de Atención a Personas Mayores Castilla y León o el de Madrid (ambos de 1998), sin olvidar algunas leyes autonómicas como las de Cantabria, Asturias o Valencia, que ponen el acento en los dependientes mayores.

Son todas ellas respuestas a una necesidad social patente que exige la colaboración de todos. En este sentido se muestran peticiones y recomendaciones de la ONU y de la OMS.

La ONU en Viena y en Madrid, con un amplio periodo de silencio (20 años) ha impulsado una mayor sensibilidad hacia el envejecimiento. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud en un Informe del año 2001, hace llamamientos reclamando la acción conjunta de familias, individuos, Administraciones Públicas, ONG's y del sector privado.

En todo caso hay que recordar que los 20 años transcurridos desde la anterior Asamblea Mundial del Envejecimiento han sido testigos de profundos cambios que afectan a modos de vida; a las características, dimensión y estructura familiar; a las escalas de valores, a la investigación, a la medicina, a los fármacos, a la alimentación y a los planes y acciones en el campo de la salud pública. Son cambios que han generado nuevos desafíos, pero que han contribuido a mayor esperanza de vida a abrir mayores posibilidades para el bienestar y la salud de los mayores.

El envejecimiento, más que un problema, es un fenómeno de ámbito mundial, que tiene singular importancia para Europa y en especial para España.

En la actualidad España es el séptimo país del mundo con más población envejecida. Es más, en el año 2050, si no cambia la evolución demográfica, seremos los más viejos del mundo.

Hay previsiones, según las cuales, a mediados del siglo XXI, el 44% de nuestra población tendrá más de 60 años.

Ante estos problemas y ante la dimensión y la diversidad de las demandas sociales es necesario aprestarse a trabajar, a buscar medios y a optimizar recursos.

Hoy por hoy las respuestas son heterogéneas y hay quienes consideran que ello es positivo, pues permite ofrecer soluciones, alternativas y diversidad de enfoques en función de distintos entornos.

Todos sabemos las graves dificultades que el llamado Estado del Bienestar está teniendo en determinados países europeos, como Francia o Alemania y que es preciso esforzarse en mantener la sostenibilidad de la protección social en Europa. No hacerlo sería poco responsable.

Así las graves dificultades financieras por las que actualmente atraviesa el sistema de protección social alemán, y su sanidad, son bien conocidas. Ello ha obligado a los dos grandes Partidos a alcanzar acuerdos restrictivos, pero realistas, porque no es recomendable establecer o ampliar derechos sociales sin contemplar su sostenibilidad económica.

Con todo no es bueno generalizar diagnósticos ni terapias para consolidar protección social en Europa porque son muy distintos los sistemas sanitarios y de Seguridad Social, diferencias que se agudizan si nos referimos a los mayores dependientes y a su atención sociosanitaria.

Un examen de la legislación de los Estados Miembros de la Unión Europea, enseña que, en función de vicisitudes históricas e institucionales, hay países que cuentan con protección de los mayores dependientes dentro del sistema de Seguridad Social, en tanto que otros optan por otorgar derechos o bien ofrecen ayudas a través de Servicios Sociales, generalmente gestionados de forma muy descentralizada.

De otro lado, la búsqueda de soluciones en esta materia a través del sector privado (provisión de servicios y aseguramiento) tiene sus limitaciones y también. Pero es lo cierto que, a diferencia de la provisión de servicios que presenta esperanzadoras iniciativas, el desarrollo del seguro privado de dependencia hasta hoy ha sido reducido. Los ejemplos del Reino Unido y de EEUU son elocuentes al respecto. Sin duda, el factor coste está ahí y el importe de las primas también.

Se han hecho algunos estudios, no muchos, sobre los costes directos generados por las situaciones de dependencia.

Algunos lo han estimado en España por encima de los 320.000 millones de pesetas o, si se prefiere, por encima de los 1.900 millones de Euros. No faltan algunos que duplican estas cifras, adicionando también los gastos por adaptación de centros e instituciones hospitalarias hasta llegar a situar el coste en torno a los 10.000 millones de Euros.

En todo caso la aparición del seguro de dependencia como rama específica de la Seguridad Social es muy reciente.

El ejemplo más significativo, como ya dijimos, con carácter es el de Alemania, complementario del seguro obligatorio de enfermedad.

En cualquier caso, la cobertura social de la atención sociosanitaria y de la dependencia, en términos de debate jurídico, se encuentra en una fase bastante preliminar, especialmente si la comparamos con otros ámbitos de la Seguridad Social como las pensiones o la asistencia sanitaria.

Concretar y concordar planteamientos sobre la cobertura social de la dependencia, sus modalidades y sobre todo la dimensión sociosanitaria es una tarea urgente, sin que ello suponga descuidar otros aspectos también importantes para promover y preservar la salud de los mayores.

Centrándonos en la protección de los mayores dependientes, una comunicación de la Comisión Europea al Consejo (COM (2001) 723) señala tres grandes objetivos:

- El acceso de todos a las prestaciones por dependencia.
- Un alto nivel de calidad asistencial.
- La sostenibilidad financiera de las prestaciones.

Estos tres objetivos fueron aprobados durante la Presidencia Española en Barcelona en marzo de 2002 y se constituyen como tales en otros tantos retos de la política social europea para el siglo XXI.

Más allá de pronunciamientos oficiales comunitarios es lo cierto que habrá que trabajar mucho para contar con instalaciones, equipamientos y profesionales suficientes y bien organizados y que habría que huir de planteamientos meramente técnicos, porque hay un creciente consenso en el papel central de las familias, por razones de cercanía, efectividad y afectividad, lo que no implica ignorar que las estructuras familiares son en Europa cada vez más reducidas, más inestables y más sujetas a movilidad y que los mecanismos legales de conciliación de vida laboral y familiar distan de funcionar a pleno rendimiento.

Así pues, el incremento de atención asistencial externa a la familia parece inevitable, lo que se traducirá en un incremento del gasto dedicado a esta cobertura social.

Algunos expertos comunitarios llegan a firmar que por efecto del envejecimiento demográfico el porcentaje de gasto destinado a sanidad y asistencia de larga duración en algunos países europeos se incrementará hasta 4 puntos del PIB. Buscar recursos adicionales, tanto públicos como privados es por completo necesario y habrá que hacerlo de forma coherente con el modelo de protección social respectivo. No será lo mismo en los países que inscriben la dependencia y, en particular, la atención sociosanitaria en el ámbito de la Seguridad Social financiada con cotizaciones que en los que optan por el modelo de servicios públicos financiados con impuestos.

En el primer caso están Alemania (1995), Luxemburgo (1998) y Bélgica (Región de Flandes, 2001).

Más recientemente Francia (2002) ha instaurado una prestación de Seguridad Social específica para las situaciones de dependencia de las personas mayores.

Otros 6 Estados Miembros de la Unión Europea (Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Reino Unido y Suecia) la dependencia de las personas mayores y su atención sociosanitaria no se plantean como un derecho basado en cotizaciones, sino como un derecho universal de los ciudadanos, sostenido con impuestos y gestionado a través de servicios sociales, con mayor o menor colaboración del sector privado y en todo caso con un claro protagonismo de las Corporaciones Locales.

Por último, el modelo de Grecia, Italia, Portugal y en cuarta medida España, se sitúa más en el ámbito de las ayudas sociales y fiscales que en el de los derechos en sentido estricto.

En España, no obstante hay elementos de los otros dos modelos: Seguridad Social para la gran invalidez y atención sociosanitaria en los términos estrictamente sanitarios de la reciente Ley de Cohesión y Calidad.

Con independencia de cual sea la configuración jurídica de estas coberturas sociales, es fundamental optimizar la gestión de los recursos disponibles y promover nuevas actuaciones dentro de planes coordinados a escala nacional y también, cuando sea posible, a escala comunitaria.

Ahora bien, la protección de los mayores dependientes y su atención sociosanitaria no es solo una cuestión de derechos, ni solo un problema de dinero. También cuenta y mucho la calidad y de equidad en las prestaciones y de los servicios.

Es lo cierto que en este terreno queda mucho trecho por recorrer, pero no faltan algunas experiencias de interés como la del Reino Unido, país en el que se ha establecido un organismo

nacional independiente (National Care Standars Commission) para control de la calidad asistencial de los mayores dependientes.

También en Italia se ha establecido un Ley Marco para evitar desigualdades ante la descentralización de los servicios. Introduce un sistema armonizado para garantizar, al menos, un nivel mínimo de asistencia.

En Francia se ha aprobado un Plan Nacional con objetivos de calidad, que comprende la obligación de elaborar una "estrategia del establecimiento o centro sanitario o sociosanitario", especificando para cada uno Centro en qué se traducen dichos objetivos.

En Bélgica y Alemania el cumplimiento de las normas sobre cualificaciones del personal e instalaciones es una condición para obtener el reembolso de gastos por parte del Sistema de Seguridad Social.

En Bélgica también se han realizado algunos proyectos piloto y en Dinamarca se ha promovido un sistema de garantía de calidad a nivel local.

Asimismo están empezando a establecerse algunos planteamientos sobre calidad en la asistencia a domicilio, siendo Francia pionera en este punto.

Pero la calidad depende también de la disponibilidad de suficiente personal con la debida cualificación.

Los cuidados de larga duración absorben mucha mano de obra y es lo cierto que en bastantes países de la Unión Europea se registran graves situaciones de escasez de personal, que se verán incrementadas por el progresivo envejecimiento de la población y por la extensión de las enfermedades crónicas y, sobre todo, por la intensidad asistencial que requieren las personas que sufren enfermedades neurodegenerativas.

Así pues, calidad asistencial y recursos humanos cualificados están íntimamente ligados. Para ello los Estados Miembros de la Unión Europea, sus Poderes Públicos habrán de establecer aquellas líneas estratégicas que sean precisas, de modo que estas profesionales sean suficientemente atractivas. Retribuciones, jornada de trabajo, estabilidad en el empleo y condiciones en que se presten los servicios sociosanitarios son relevantes al efecto. Fatiga laboral y desarrollo de habilidades y destrezas específicas son cuestiones básicas del personal en estos establecimientos y en la asistencia a domicilio.

Atendidos estos aspectos, el sector de atención sociosanitaria a mayores dependientes ofrecerá importantes oportunidades de empleo. Estamos ante un auténtico yacimiento de empleo dentro del modelo sanitario y de los Servicios Sociales.

En todo caso es indispensable insistir en la racionalización y el control del gasto en la atención sociosanitaria de mayores dependientes. No es tarea fácil, porque los agentes o gestores son diversos y la importación de los gastos debe redistribuirse con frecuencia entre distintos Presupuestos Públicos, sanitarios y de Asuntos Sociales.

Hay países como Francia y Portugal que operan en el marco de un esquema general estructurado por objetivos nacionales.

En otros países como Austria se ha optado por implantar límites nacionales al gasto, reforzándolo con un Acuerdo entre el Estado y los Landers.

En Dinamarca y en Luxemburgo el control es más minucioso y se ejerce en base a un Plan de asistencia individualizado.

En consecuencia, es importante el discurso de los derechos y también el de la financiación, pero la calidad y el control del gasto deberían merecer una atención mayor a la hora de adoptar posiciones políticas al respecto.

Habrá que comparar experiencias y valorar buenas prácticas. Este es el planteamiento general para el fortalecimiento de los sistemas de Seguridad Social en Europa, para reforzar el modelo social europeo. Hagámoslo también para la cobertura de la atención sociosanitaria de las personas dependientes.

Es éste también el mejor camino que podrían seguir los responsables políticos de la asistencia sociosanitaria a nivel nacional y en las distintas Comunidades Autónomas y ello porque la implantación efectiva del Estado de las Autonomías ha supuesto la existencia de un dispositivo asistencial sanitario y de unos servicios sociales que están atribuidos de modo pleno a los Poderes Públicos Autonómicos.

Vivimos, pues, un momento crucial en el que se hace más necesario que nunca evitar problemas de coordinación entre los Servicios de Salud y los Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas y de éstas entre sí.

Hoy también es más necesario que nunca evitar que se agudicen diferencias entre distintas Comunidades Autónomas en cuanto a las prestaciones y servicios que ofrecen o promueven.

Existen razones de cohesión y de solidaridad interterritorial que así lo demandan. Pero también hay razones de oportunidad que no es posible desconocer. Dejarlo para otro momento sería arriesgado por el creciente número de mayores dependientes, no menos de 1.800.000 y computando dependencias menores en el entorno de los 3 millones largos.

Por eso, es preciso trabajar juntos y buscar, a través de un Pacto de Estado, un modelo básico de protección de las situaciones de dependencia en España. La Comisión del Pacto de Toledo ha esbozado en sus trabajos la necesidad de una pronta regulación que haga posible un sistema integrado que aborde desde la perspectiva de la globalidad el fenómeno de la dependencia, con participación de la sociedad y plena implicación de las Administraciones a todos los niveles. Igualdad de trato y financiación suficiente, con expresa referencia a que habrá supuestos de contribución económica por los usuarios.

No cabe ignorar ni los problemas políticos ni los competenciales ni tampoco la diferente lógica a la que responden la asistencia sanitaria, universalizada, y los servicios sociales, que atienden a consideraciones vinculadas al nivel de renta.

Pero la trascendencia social de este problema llevará a buscar criterios compartidos que, en cualquier caso, deberán poner por delante a los mayores dependientes y a su salud y bienestar, porque son ellos el verdadero centro del modelo sociosanitario.

Con ocasión de las pasadas Elecciones Autonómicas y Municipales los partidos políticos hicieron una referencia a esta problemática, pero con una amplitud de detalle muy desigual.

Importa mencionar aquí de modo especial medidas del Programa del Partido Popular orientadas a la teleasistencia domiciliaria, los centros de día, las residencias, los cuidados paliativos, el establecimiento de centros de referencia para el Alzheimer y otras demencias, el desarrollo de programas y de solidaridad intergeneracional, todo ello desde una perspectiva integral, teniendo en cuenta las necesidades de los dependientes y de sus familias.

También se auspicia la creación en cada Comunidad Autónoma de un órgano encargado de coordinar los servicios sociales y sanitarios y de información y atención a los mayores dependientes y a sus familias y consideramos preciso establecer un plan estratégico de gestión socio-sanitaria, que se traduzca en fijar criterios estables para optimizar la asistencia en función de las respectivas circunstancias sociales y demográficas (edad media de la población mayor, niveles de discapacidad, dispersión geográfica, importancia y características urbano y rural, etc.) para definir políticas de construcción de centros propios y de concertación con la iniciativa social y privada.

Igualmente es necesario impulsar acuerdos interautonómicos de cooperación para afrontar las situaciones derivadas de movilidad geográfica (traslado familiar por motivos laborales) y otros resultantes de necesidades asistenciales, con el apoyo también de las Corporaciones Locales.

Así pues, dentro nuestro sistema de protección social debería haber un auténtico y bien organizado espacio sociosanitario, capaz de ofrecer una atención integral y flexible para responder a las peculiaridades y aspectos territoriales concretos.

Hay que apostar por un marco jurídico básico común, pero adecuado a la distribución de competencias de las distintas Administraciones y capaz de mejorar la salud, la calidad de vida y el bienestar de los mayores.

II. PRINCIPALES CONCLUSIONES SOBRE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA: Avance provisional.

Tal y como señalábamos en la Presentación de este documento que se aporta al VI Congreso organizado por CEOMA en Valladolid, la Fundación Astrazeneca en colaboración con la Universidad Complutense organizó un seminario sobre la situación y el futuro de la dependencia en España, en el que participó CEOMA a través de su Presidente poniendo de relieve aquellos aspectos que inciden de manera más significativa en las personas mayores.

Las conclusiones más significativas alcanzadas en el Seminario de El Escorial se reproducen a continuación.

Los ponentes en sus intervenciones y los participantes a través de sus comentarios y propuestas han destacado la prioridad que dentro de las políticas sociales debe reconocerse al establecimiento de un sistema de protección para las personas dependientes. Este va a ser, sin duda, el gran desafío del siglo XXI, tanto en España como en el conjunto de la Unión Europea.

Partiendo del concepto de personas dependientes en su día formulado por el Consejo de Europa hay que destacar que son más de 40 millones de los europeos que esperan ver resueltos de una manera equitativa y solidaria sus problemas y los problemas de sus familias.

En España 3,5 millones de personas discapacitadas, en su gran mayoría con edades superiores a los 65 años, reclaman también una atención creciente hacia su protección social.

El año europeo e internacional de las personas con discapacidad, que celebramos en el 2003, y la reciente Asamblea Mundial del Envejecimiento constituyen dos referentes especialmente importantes para abordar esta tarea.

A escala comunitaria, hay que destacar que la próxima Constitución que nos daremos los europeos y que entrará en vigor el próximo año incluye ya una referencia explícita a la protección de las personas dependientes, admitiendo tanto la vía de la Seguridad Social como la de los Servicios Sociales.

El Consejo Europeo de Barcelona (2002), dio su respaldo a este planteamiento, animando a los Estados Miembros a seguir avanzando en la atención hacia las personas dependientes y sus familias.

Con todo, la realidad legislativa en los Estados Miembros de la Unión Europea, es extraordinariamente diversa, si bien podrían agruparse los modelos en tres grupos:

Seguro de dependencia como rama de la Seguridad Social (lo que implica pago de las correspondientes cotizaciones). En este caso están, Alemania, Austria, Zona Flamenca de Bélgica y, en alguna medida, Francia.

Derecho público universal, financiado en base a impuestos y desarrollado a través de servicios sociales descentralizados (Países Nórdicos y Holanda).

Servicios Sociales ofrecidos como ayudas sociales (económicas y/o técnicas), en función del nivel de renta. En este grupo está, Grecia, Italia y Portugal.

En el caso de España se pudo constatar que en este momento existe un modelo mixto: Gran invalidez (Seguridad Social), atención sociosanitaria (Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud) y ayudas sociales (IMSERSO, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales), además de apoyos fiscales (desgravaciones en el IRPF), teniendo en cuenta tramos de edad (65 a 75 años o 75 y más) o por discapacidad.

Igualmente se registran no pocos motivos de preocupación por la falta de personal cualificado y por la insuficiente definición de una política de recursos humanos, tanto a efectos de Instituciones cerradas como de la asistencia a domicilio.

Esta necesidad, según la Organización Mundial de la Salud, debería ser debidamente cubierta a través de los correspondientes procesos formativos, tanto de los cuidadores formales (médicos, personal de enfermería, voluntariado) como de los cuidadores informales (principalmente el núcleo familiar).

Cualquiera que sea la metodología que se siga, y ello vale tanto para España como para el resto de los Estados Miembros de la Unión Europea, habrá que valorar los costes a cargo de las familias que con frecuencia no se visualizan, pero que comportan un esfuerzo muy notable y, en algunos casos, creciente (por ejemplo enfermedades neurodegenerativas).

Las distintas intervenciones producidas en el Seminario han permitido constatar la necesidad de contar con un dispositivo asistencial ágil, pero también con indicadores de calidad que permitan evaluar el grado de satisfacción de las personas protegidas y de sus familias (unos 8 millones de familias).

La incorporación, cada vez mayor, de la mujer al mercado de trabajo evidenciará la insuficiencia del actual modelo de protección que gira de forma fundamental en torno a la familia. Esto habrá de ser tenido en cuenta a efectos del catálogo de prestaciones, de instalaciones, equipamientos y dependencias y de profesionales debidamente cualificados para atender y entender las necesidades de las personas dependientes.

En este sentido se ha puesto énfasis en la necesidad de enfocar la formación sobre la base de cinco planos:

- La formación de las propias personas dependientes
- Las familias cuidadoras.
- Los profesionales sanitarios

- Los voluntarios
- El personal de las Administraciones Públicas

Es importante destacar la necesidad de ser sensibles al llamado ”síndrome del cuidador” tratando de evitar que se adueñe de las familias, de los voluntarios o de los profesionales. Los expertos destacan como signos de la presencia de este síndrome los siguientes: impaciencia, irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentración, depresión, disminución de la vida social, negación a aceptar el significado de la enfermedad, fatiga constante, insomnio, sentimiento de culpabilidad y problemas de salud (alteraciones físicas y/o mentales).

Como premisas a tener en cuenta por los cuidadores convendría tener presente siempre las siguientes:

- El cuidador ha de fomentar la independencia y la estima del paciente.
- El ámbito de actuación de un cuidador no debe limitarse al paciente, sino extenderse también a la familia.
- En la tarea de cuidar lo primero es la persona y ,por tanto, habrá que tener presente los principios y valores de humanidad, solidaridad, cariño, generosidad, compromiso y honestidad.
- El cuidador no puede olvidarse del cuidado de si mismo (mantener su salud garantiza el desempeño de su propia tarea).
- El buen cuidador debe ser un buen comunicador (entender y saber interpretar lo que siente la persona dependiente en cada momento).

La formación de los cuidadores debería comprender la psicoeducación de familias y cuidadores, el desarrollo de habilidades de comunicación y su capacidad para enfrentarse a situaciones críticas y conocimientos suficientes para hacer un seguimiento de la situación de dependencia, de modo que pueda ofrecer en cada momento el apoyo necesario.

En particular, en lo concerniente a la institución familiar como punto de referencia fundamental para el cuidado de las personas dependientes, se ha puesto de relieve la necesidad de atender también sus problemas, coordinando las actuaciones de las distintas Administraciones Públicas competentes (Estado, Autonomías, Ayuntamientos). Ello habría de traducirse en ayudas que, a su vez, habrían de organizarse de modo escalonado:

- Organización, conocimiento y oferta de atención a domicilio.
- Oferta de formación gratuita a las familias.
- Compensación a las ONG´s y Asociaciones familiares que puedan colaborar en estos servicios con la debida solvencia.
- Supervisión de eficiencia en las prestaciones.
- Desgravaciones o bonificaciones fiscales, además de ayudas directas.
- Centros de día y teleasistencia para ayudar a la conciliación de la vida familiar y laboral.
- Organización de procedimientos para el descanso y respiro familiar.

El debate en el Curso permitió destacar que es muy importante tener en cuenta los cambios que está experimentando la familia (estructura más reducida, menor estabilidad, mayor movilidad) lo que habría de ser tenido en cuenta a la hora de organizar las prestaciones y la atención a las personas dependientes. También se incidió en la importancia de la afectividad y de las situaciones de agotamiento que en el entorno familiar pueden producirse en ocasiones.

Desde la perspectiva sociológica, los expertos hicieron una descripción sobre como valoran las familias las medidas que hasta ahora se han adoptado por los Poderes Públicos e igualmente cual es la opinión de las propias personas dependientes, valorando a estos efectos circunstancias de edad, sexo, educación, nivel de ingresos. Así mismo, estos estudios sociológicos permitieron conocer mejor el tipo de ayudas que más se valoran por parte de las

familias y de las personas dependientes y cuál es su opinión en torno a la financiación y sostenimiento de estos servicios.

En el Curso también pudo conocerse en directo la opinión de los representantes de lo profesionales sanitarios. Como aspectos más relevantes habría que destacar la necesidad de planificar la organización y la formación de estos profesionales teniendo en cuenta el gran cambio demográfico que se está produciendo en todo el mundo.

En opinión de dichos representantes una política de atención sociosanitaria necesita de una mayor implicación de las Administraciones Públicas a fin de garantizar:

- Equidad de acceso y de disponibilidad de los servicios.
- Garantía de calidad en las instalaciones y en la prestación de la asistencia.
- Efectividad y adecuación de dichas prestaciones.
- Dignidad y aceptabilidad por parte de los usuarios y de los profesionales.
- Eficiencia y coste-efectividad sostenibles.

Los aspectos prevencionistas y la coordinación entre la atención primaria y las distintas especialidades, en particular la geriatría, señalaron como objetivos prioritarios. Sobretodo, la promoción de la salud de los mayores es indispensable porque es la mejor manera para añadir calidad de vida a la esperanza de vida. En otro caso estaríamos ante un gran fracaso. En todos estos extremos insiste la Organización Médica Colegial.

Desde la perspectiva del personal de enfermería, la atención sanitaria debería estar basada en principios de:

- Calidad asistencial.
- Seguridad del paciente.
- Humanismo.
- Mayor calidad con menor coste.

Los esfuerzos de la Organización Colegial de Enfermería se están centrando en estos objetivos, desarrollando un importante dispositivo que, basado en los objetivos de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, quiere ofrecer una formación de calidad, de inspiración humanista.

La utilización de las nuevas tecnologías ofrece posibilidades hasta hace poco inimaginables para contribuir a la calidad de vida y a una mayor autonomía de las personas dependientes. Pero es necesario no instalarse en la entelequia y actuar sobre la base de los siguientes criterios:

- Distinguir entre tecnología aplicada a usuario final y/o aplicada al personal de ayuda.
- No todas las nuevas tecnologías son aplicables a la dependencia. Habrá que tener en cuenta aspectos de accesibilidad y de diseño universal.
- Es importante buscar tecnologías debidamente probadas para garantizar su empleabilidad y obtenerlas a bajo precio.
- La aceptación de una nueva tecnología depende siempre de que seamos capaces de convencer a los potenciales usuarios de sus ventajas.
- Las nuevas tecnologías ayudan, pero no lo solucionan todo.
- Las nuevas tecnologías aplicadas en exceso podrían generar aislamiento.

Las Organizaciones de Mayores confluyeron en sus planteamientos con las consideraciones llevadas a cabo también por el CERMI (Comité Español de Representantes de Minusválidos). Unos y otros saludan como positivo el debate cada vez más importante que se está produciendo en nuestro país en torno a la dependencia, pero estiman que es preciso pasar

de los interrogantes a las respuestas, tanto a favor de quienes son mayores dependientes como de las personas con discapacidad que todavía no han cumplido los 60 y más años.

Unos y otros piden que se establezca un sistema de protección social que garantice prestaciones suficientes e iguales en todo el territorio nacional, que podrán complementarse o no desde otros ámbitos.

Desde distintas perspectivas en el Curso se ha insistido en la necesidad de una regulación de la dependencia en España que evite situaciones de privilegio o de desigualdad y que tenga como base un Pacto de Estado, que de estabilidad a los mecanismos y procedimientos de atención a las personas dependientes.

Hubo oportunidad de conocer con detalle la gran tarea que ha venido desarrollando el IMSERSO y su papel de promotor de la cohesión territorial en este ámbito social tan sensible. Otro tanto cabe decir de algunas experiencias autonómicas como la catalana desde 1986, la del Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid y la regulación innovadora contenida en la Ley cántabra sobre dependencia.

También se hizo referencia a los esfuerzos en pro de la coordinación y de la cooperación en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y en la Subcomisión del Pacto de Toledo en el Congreso de los Diputados, cuyos trabajos se encuentran muy avanzados y se espera que auspicien una regulación adecuada del sistema de protección social de las personas dependientes.

La responsabilidad de la Administración del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, así como el papel que deba corresponder a la iniciativa privada deberían, pues, estar debidamente definidas, con realismo y con una financiación sostenible.

En todo caso un sistema de protección social de las personas dependientes debería tener muy en cuenta, además de aspectos éticos de indudable relevancia, la opinión no solo de las instituciones públicas, sino también de todos los sectores concernidos. De esta manera se favorecerá una mayor coordinación de los esfuerzos (los públicos y los privados) y, más allá de cualquier tentación de ingeniería social, se podría alcanzar un objetivo fundamental: mayor autonomía y más vida independiente para quienes padecen situaciones de dependencia.

ANEXO

COMISION PARA LA VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PACTO DE TOLEDO

3.- DEPENDENCIA

"No deja de ser cierto que a lo largo de la historia siempre han existido ciudadanos en situaciones de dependencia, ya que por razones de edad, enfermedad o deficiencia, parte de la población ha necesitado ser ayudada o atendida por terceras personas en el desarrollo cotidiano de las actividades de su vida. Tradicionalmente, el cuidado de las personas dependientes se realizaba directamente en el seno de las familias, y más concretamente esta labor era asumida por las mujeres como parte de su no reconocido trabajo; sin embargo, los profundos cambios que se están produciendo en el ámbito familiar y social ponen a prueba estos tradicionales modelos de protección social.

Resulta por tanto necesario configurar un sistema integrado que aborde, desde la perspectiva de la globalidad, el fenómeno de la dependencia. Ello debe hacerse con la

participación activa de toda la sociedad y con la implicación de la Administración Pública a todos sus niveles, todo ello a través de la elaboración de una política integral de atención a la dependencia en la que quede claramente definido el papel que ha de jugar el sistema de protección social en su conjunto.

La Comisión considera necesaria una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección, teniendo en cuenta la distribución de competencias entre las distintas administraciones públicas, garantizando los recursos necesarios para su financiación y la igualdad de acceso.

En determinados supuestos, podrá preverse la contribución de los usuarios para la financiación de estos servicios".

Mesa Redonda: “La Protección Social de la Dependencia”

Sr. D. Antonio María Sáez Aguado, *Gerente de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.*

DATOS DE POBLACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN

El colectivo de las personas mayores (mayores de 65 años) supone en la Comunidad autónoma de Castilla y León uno de los sectores de población más importantes para los servicios sociales, tanto por su volumen, que alcanza el 22,7% del total, (medio millón de personas), como por las necesidades que presentan, especialmente en lo relacionado con las situaciones de dependencia. La media en España de personas mayores es el 16,3.

Ambos sexos	Total	65 y más	T. Envejec. (>64 / total)	80 y más	T.Sobreenv. (>80 / >64)
CASTILLA Y LEÓN	2.456.474	556.655	22,66%	141.612	25,44%
AVILA	163.442	42.284	25,87%	11.247	26,60%
BURGOS	348.934	74.529	21,36%	18.689	25,08%
LEÓN	488.751	119.596	24,47%	28.966	24,22%
PALENCIA	174.143	39.337	22,59%	10.039	25,52%
SALAMANCA	345.609	80.354	23,25%	21.477	26,73%
SEGOVIA	147.694	34.583	23,42%	9.038	26,13%
SORIA	90.717	24.367	26,86%	7.057	28,96%
VALLADOLID	498.094	85.609	17,19%	20.146	23,53%
ZAMORA	199.090	55.996	28,13%	14.953	26,70%

Esperanza de vida al nacer (en años)

	Mujeres	Varones
Castilla y León	83,9	76,7
España	82,5	75,3

POLÍTICA SOCIAL PARA PERSONAS MAYORES EN LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

En términos generales la política de la Junta de Castilla y León, plasmada en el Plan Sectorial (2000-2003), respeta el siguiente orden de prioridades:

- En primer lugar fomentar la participación activa de los mayores en la vida social, mediante su intervención en programas de animación sociocomunitaria: actividades en Centros de Día, Club de los 60, Universidad de la Experiencia, asociacionismo, voluntariado, etc.
- En segundo lugar facilitar el apoyo a la familia y el acceso de los mayores a los recursos sociales y comunitarios, lo más cercanos posibles a su entorno, de modo que puedan continuar viviendo con autonomía en su medio habitual; utilizando recursos básicos como la ayuda a domicilio o la teleasistencia.
- A medida que se incrementa el nivel de dependencia, la Junta de Castilla y León pone a disposición de los mayores una red de centros que posibilite tanto la atención social, como los servicios de estancias diurnas en un ámbito cercano a los usuarios.
- En última instancia, oferta una red residencial de centros cercanos al usuario, capacitada para proporcionar atención especializada a los mayores que lo necesiten y especialmente dirigida a personas cuyo grado de dependencia sea muy notable.

OCIO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN:

OBJETIVO: ***Promover la participación en el ocio activo y creativo y en actividades culturales para el desarrollo personal y la integración social.***

- Situación Actual

El Club de los 60 cuenta en la actualidad con más de 100.000 socios.

En 2003, 17.200 personas mayores realizaron un viaje a través del Club de los 60, lo que supone un incremento del 19'4% respecto el año 2002.

El programa de termalismo está dirigido a personas mayores de 60 años que residan en Castilla y León, se lleva a cabo en 6 balnearios de la Comunidad que prestan tratamientos termales. En 2003 el programa contó con 1.000 plazas desarrollándose en dos campañas, primavera y otoño.

En el curso 2002-2003, se puso en marcha el nuevo Programa Interuniversitario de la Experiencia, en el que participan las 8 Universidades de la Comunidad de Castilla y León y se matriculaon 1.761 alumnos en nuestra región.

El auge del asociacionismo de las personas mayores de nuestra Comunidad se refleja en las casi 1.490 asociaciones de personas mayores.

La Junta de Castilla y León viene prestando apoyo económico al asociacionismo a través de la financiación del programa de desarrollo comunitario y animación sociocultural de la Confederación Regional de Jubilados y Pensionistas de Castilla y León, destinando 6.599.233'55 € en los cuatro últimos años (2000-2003).

- Actuaciones Futuras

Impulsar los programas de ocio, cultura y participación vinculados al Club de los 60. Promover la implantación, en colaboración con las entidades públicas y privadas, de la "Tarjeta del Club de los 60".

Extender el Programa Interuniversitario de la Experiencia a los municipios del ámbito rural con mayor población, y facilitar el acceso de los mayores a las nuevas tecnologías.

Desarrollar programas de preparación a la jubilación que permitan una mejor adaptación de los mayores a esta etapa de la vida, y fomentar los programas de voluntariado desarrollado por y para las personas mayores.

Potenciar el asociacionismo de personas mayores, especialmente en el medio rural, y reforzar el apoyo al Programa de Desarrollo Comunitario y Animación Sociocultural.

Reforzar la participación de este colectivo, impulsando los Consejos Provinciales de Personas Mayores.

CENTROS DE DÍA:

OBJETIVO: ***La atención social en los centros de día facilita al mayor la permanencia en su entorno mediante servicios generales y la participación en actividades que promueven el desarrollo personal y la integración social.***

- Situación Actual

En la actualidad 176 de las 186 Zonas de Acción Social de Castilla y León, cuentan con un Centro de Día (94% del total).

En Castilla y León hay 279.995 socios en 49 Centros de Día de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales.

En los próximos años la Junta de Castilla y León financia la construcción de nuevos centros de día en toda la Comunidad. En 2003 se invertieron más de 9 millones de euros en la ampliación de la red de Centros de Día.

- Actuaciones Futuras

Ampliar y modernizar la red de Centros de Día, hasta alcanzar al 100% de las Zonas de Acción Social.

ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Haremos aquí una especial referencia a la atención a las personas mayores dependientes en la Comunidad Autónoma de Castilla y León a través del siguientes esquema:

1. Concepto de dependencia
2. Marco normativo de atención integral a la dependencia
3. Servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia
4. Servicio de Estancias diurnas
5. Atención al Alzheimer y otras demencias
6. Atención Residencial
7. Iniciativas en marcha y de futuro

1.- CONCEPTO DE DEPENDENCIA

• La ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1980) establece el concepto de dependencia en los siguientes términos:
"la restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal (asearse, vestirse, comer, beber y cuidar del propio bienestar)"

• El CONSEJO DE EUROPA (1998) define el término dependencia como:
aquel estado en el que se encuentran las personas mayores que "por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria"

• A los efectos de la LEY DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES DE CASTILLA Y LEÓN, se entiende por dependencia:
"la situación en la que se encuentra una persona mayor que, por disminución o pérdida de autonomía física, psíquica o sensorial, precisa ayuda para las actividades de la vida diaria y/o protección o supervisión de sus intereses"

2.- MARCO NORMATIVO:

LEY 5/2003, DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN CASTILLA Y LEÓN

Aprobada por las Cortes de Castilla y León el 13 de marzo de 2003

Dedica un TÍTULO a la ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES, destacándose principalmente:

a) Adaptación de los recursos a las necesidades individuales.

b) Fomento por las Administraciones Públicas de la participación de las entidades privadas (en especial, sin ánimo de lucro) en la atención a las personas mayores.

c) Prestación coordinada de servicios sociales y sanitarios, tanto públicos como privados desde las entidades vinculadas a los Sistemas de Acción Social y Salud.

d) Apoyo adecuado a las familias y cuidadores:
- Subvenciones públicas
- Ayudas a los cuidadores familiares
- Ayudas a distintas personas que ejerzan como cuidadores.
- Exenciones fiscales

e) La Junta de Castilla y León fomentará la creación de entidades tutelares.

3.-AYUDA A DOMICILIO Y TELEASISTENCIA:

OBJETIVO: ***La permanencia del mayor en su entorno habitual a través de apoyos que proporciona la red básica de Servicios Sociales***

- Situación Actual

Desde 1996 a 2002 el número de usuarios se ha incrementado en un 125%, pasando de 7.630 personas a 17.200 en Castilla y León.

En 2003, la Junta de Castilla y León destinó al servicio de ayuda a domicilio, a través del Acuerdo Marco con los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales 23.538.448 € lo que supone un incremento del 20,17% con respecto a 2002.

Actualmente 3.905 auxiliares prestaron el servicio de ayuda a domicilio en Castilla y León con un total de 3.261.767 horas de servicio en 2002.

Castilla y León cuenta con una cobertura del 3’11% sobre población mayor de 65 y más años frente al 2’8% de cobertura estatal. Así mismo un 6’71% de los mayores de 75 años de nuestra Comunidad cuenta con este servicio.

El número de usuarios del Servicio de Teleasistencia en Castilla y León ha pasado de 4.382 en 1996, a 14.000 en 2002, lo que supone un incremento del 219%.

- Actuaciones Futuras

Incrementar la cobertura del Servicio de Ayuda a Domicilio en un 45% a lo largo de la Legislatura, con el objetivo de alcanzar la cifra de 25.000 usuarios.

Aumentar en un 40% los beneficiarios del Servicio de Teleasistencia que financia la Junta de Castilla y León.

Favorecer la creación de empleo asociado a estos servicios especialmente femenino, y con importancia en el medio rural.

4.- ESTANCIAS DIURNAS:

OBJETIVO: ***Ofrecer durante el día atención integral de carácter socio-sanitario a las personas mayores que padecen limitaciones en su capacidad funcional con el fin de mejorar o mantener su nivel de autonomía personal mientras permanecen en su entorno familiar.***

- Situación Actual

El servicio de estancias diurnas se presta en Castilla y León tanto en centros residenciales como en centros de día.

Castilla y León cuenta con casi 2.000 plazas de estancias diurnas, de las cuales 482 son de titularidad de la Junta de Castilla y León, además 245 se prestan en régimen de concierto con otras entidades.

En 2003 la Junta de Castilla y León financió la construcción de más 280 plazas de estancias diurnas en nuestra comunidad una gran parte de las cuales se encuentra en el medio rural, acercando así los recursos a las personas mayores que viven en este ámbito.

- Actuaciones Futuras

Impulsar los programas de respiro familiar, especialmente mediante el incremento de plazas públicas de Estancias Temporales y de Estancias Diurnas, permitiendo una mayor accesibilidad de los ciudadanos a estos recursos a través de la creación de nuevos servicios de este tipo así como de la concertación.

5.-ATENCIÓN A ENFERMOS DE ALZHEIMER:

- Situación Actual

Se estima que en Castilla y León hay en torno a 29.000 enfermos de Alzheimer, lo que supone el 5,5% de prevalencia sobre la población de 65 y más años.

De las 1.960 plazas de estancias diurnas existentes en Castilla y León el menos 500 son dedicadas a la atención a personas con Alzheimer.

- Actuaciones Futuras

Establecer un Acuerdo Marco en relación con los programas dirigidos a los enfermos de Alzheimer y a sus familias.

Promover la existencia de Centros de Día para Enfermos de Alzheimer en las poblaciones de más de 20.000 habitantes.

6.- ATENCIÓN RESIDENCIAL

OBJETIVO: ***El incremento en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores en los centros residenciales pasa por la adecuación de los recursos a las necesidades.***

- Situación Actual

Castilla y León cuenta en la actualidad con 31.571 plazas residenciales lo que supone un índice de cobertura del 5,67% según censo de 2001.

Se está llevando a cabo la aplicación del Plan de mejora de la calidad en la atención residencial en centros dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales (Decreto 30/2001), que supondrá la transformación de plazas de válidos en asistidos e incremento de plazas de asistidos en 11 residencias y 1.368 plazas.

El programa de mejora y accesibilidad de centros dependientes de entidades locales y sin ánimo de lucro, supondrán en los próximos años una inversión de 15.000.000 €, con la transformación de 2.500 plazas de válidos en asistidos y adaptación de los centros a la normativa.

- Actuaciones Futuras

Apoyar la construcción de nuevos centros residenciales en aquellas zonas que aún precisan incrementar su índice de cobertura.

Incrementar las plazas concertadas en un 50% a lo largo de la presente Legislatura.

Continuar el proceso de transformación de plazas de válidos en plazas para personas dependientes, tanto en centros propios como en otros públicos y privados sin ánimo de lucro.

7.- INICIATIVAS EN MARCHA Y DE FUTURO

IMPULSAR LA APROBACIÓN DE UNA LEY DE ORDENACIÓN SOCIOSANITARIA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

El objetivo es adecuar el ordenamiento jurídico de Castilla y León a las nuevas realidades, planteando un marco común de intervención y una regulación de las relaciones mutuas entre los Sistemas de Acción Social y de Salud, que beneficiará especialmente a las personas con dependencia y a sus familias. El fenómeno de la dependencia requiere, sin duda, nuevas respuestas por parte de los poderes públicos, las cuales plantearemos en la mencionada Ley desde una perspectiva de participación coordinada de los dispositivos sociales y sanitarios.

POTENCIAR LAS ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Con el objetivo de mejorar la efectividad y eficiencia de los distintos servicios.

MEJORA DE LA ATENCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIOSANITARIA.

Esto conlleva por un lado desarrollar los cuidados domiciliarios a dependencia: ayuda a domicilio, respiro familiar, y por otro impulsar la atención integral en los centros de servicios sociales: farmacia sociosanitaria y recursos de convalecencia sociales (estancias temporales).

Inauguración Segunda Jornada

Ilmo. Sr. D. Carlos Mª Martínez Martínez, *Director de la Obra Social de Caja Madrid*

Quiero en primer lugar agradecer y felicitar a CEOMA, con quien Obra Social CAJA MADRID comparte objetivos de actuación, la invitación que nos ha hecho para participar en este VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores.

Mi felicitación por la oportunidad y actualidad de los temas que se van a tratar debido a la importancia que, desde la elaboración del Plan Gerontológico de 1988, cobra la protección social de las personas mayores en España.

El aumento del número de personas mayores es sin duda una señal de progreso, para el 2050 la proporción de personas de edad se duplicará, pasando de ser una de cada diez personas a una de cada cinco. El envejecimiento demográfico, claramente manifiesto en los países desarrollados, evoluciona también a un ritmo más rápido en los países en vías de desarrollo.

Concretamente en España, el número absoluto de personas de 65 y más años sobrepasará los 8,5 millones en el año 2025, pero el número de personas muy mayores (octogenarios, nonagenarios y centenarios) se triplicará entre 1980 y 2025. La población mayor del futuro inmediato será muy mayor.

Tal y como indica Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, una transformación mundial de estas características afecta a las personas, a los hogares, a las comunidades y prácticamente a todas las áreas de la sociedad. Las medidas políticas, y en general las actitudes sobre el envejecimiento deben evolucionar también.

Este envejecimiento demográfico que sin duda es una señal de progreso es también, un reto para nuestra sociedad, ya que debe garantizar que la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos de plenos derechos.

Este trascendental y básico objetivo que se plantea el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002, está totalmente en consonancia con los de Obra Social, por ello año tras año promueve iniciativas que favorezcan la mayor calidad de vida de estas personas, sus familiares y cuidadores.

En general, tanto a través de los proyectos propios como de los proyectos en colaboración, el área de atención a personas mayores de Obra Social CAJA MADRID procura favorecer la puesta en marcha de iniciativas pioneras que presentan nuevas soluciones de atención social, buscando siempre complementar las acciones institucionales, tanto públicas como privadas.

La realidad de la dependencia no es un fenómeno actual. Siempre ha habido personas que han necesitado ser atendidas por terceros para el desarrollo de su vida cotidiana, pero con el envejecimiento de la población aumentan las demandas de recursos sociales, por ello todos debemos tomar conciencia del gran reto que supone la atención a la misma.

El papel y la importancia de las personas dependientes debe potenciarse siempre. Las personas mayores deben involucrase en la toma de decisiones con respecto a cómo se ofrece la atención y los cuidados. Las necesidades sociales, emocionales y psicológicas deben adquirir la misma importancia que las físicas o sanitarias.

Con la participación en este VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, que versa sobre la "Protección Social a la Dependencia", estamos ante una cuestión de importancia global que debe recibir una atención especial por parte de todas las fuerzas sociales. Por eso, queremos colaborar en la búsqueda de soluciones a la situación actual y futura del colectivo de mayor edad, y a que no se descuiden las medidas de protección social.

Promover la participación plena de las personas mayores en base a los principios del envejecimiento activo, mejorar la imagen social de la vejez, lograr unas relaciones de igualdad en sus relaciones sociales y mejorar la calidad de vida de los mayores dependientes, son los retos que todas las fuerzas representadas en este Congreso nos planteamos y de nuestro esfuerzo depende el éxito de este empeño.

Ilmo. Sr. D. José Carlos Baura Ortega, *Subdirector General de Planificación, Ordenación y Evaluación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*

Quiero felicitar, en primer lugar, a la Junta Directiva de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, por la calidad de los contenidos de este Congreso y el brillante elenco de conferenciantes y participantes en las distintas mesas de trabajo. Igualmente quiero destacar que la organización de este Congreso revela la capacidad de trabajo y la ilusión de un grupo de personas mayores volcadas en la solidaridad con los de su generación.

Como indica Cicerón: "El espíritu permanece despierto, con tal que se tenga interés por las cosas que uno hace" (Cato maior de senectute, XVII y VII).

Estoy seguro de que las sesiones de análisis y debate que van a tener lugar, supondrán una valiosa aportación a la solución del problema de la dependencia, garantizando una vida digna a los españoles; en esta situación.

Permítanme unas breves reflexiones sobre el hecho de llegar a ser persona mayor.

La preocupación fundamental de las personas de edad es siempre la misma en cualquier lugar del mundo: vivir el máximo tiempo posible, pero conservando en el seno de la colectividad los roles que le dan sentido a la vida de la persona. El ser humano no puede pensarse a si mismo, si no es como miembro de una colectividad que constituye su grupo de referencia.

Creemos en una concepción del desarrollo humano que, partiendo de la dinámica y el devenir de la existencia, valora la vejez corno una etapa más de la vida con características propias. Positivas, potenciables y entrenables. Los mayores, según sus capacidades y recursos, son esenciales en muchos ámbitos de la relación social. Desde el traspaso de conocimientos y saberes a las siguientes generaciones hasta llegar normalmente a lo que se empieza a conocer como envejecimiento productivo. Su actividad en muchas ocasiones propicia un aporte económico familiar que repercute en un crecimiento de la economía a nivel nacional

No conceder el lugar apropiado a las personas mayores es partir de una sociedad o comunidad que no respeta ni potencia la participación de las personas de edad. La sociedad pasaría a ser un conjunto de seres humanos que a su vez se niegan una etapa de sí mismos.

Como señala Hegel en su libro titulado la "Fenomenología del Espíritu", "el ser humano completo, sólo es, en cuanto se le reconoce".

Pero no todo debe ser trabajar y ayudar. El esparcimiento es tan necesario en la época de la vejez como en las anteriores. En una vida llena de actividades, el esparcimiento aporta un equilibrio saludable entre la tensión y la distensión. Participa entonces e 1 la plenitud del conjunto de esta vida y del valor de estímulo que de ello se deriva. El IMSERSO a través de sus distintos programas de vacaciones quiere aportar su grano de arena a este fin.

Centrándome en los contenidos de este Congreso, todos ustedes saben que en la sociedad española perduran algunos de los antiguos. problemas que han tratado los servicios sociales durante estos últimos años. A estos se han añadido nuevas necesidades que se enmarcan en un proceso de cambios estructurales, presentes en mayor o menor medida, en el conjunto de los países de la Unión Europea. Entre los más acuciantes, con fuerte repercusión en la cohesión socia y en los objetivos, adecuación y límites de los servicios sociales, destaca el de la dependencia, situación originada -en gran medida - por los cambios demográficos y sociales acontecidos en]a sociedad española durante los últimos veinte años.

El número de niños y jóvenes ha disminuido en el conjunto de la población. Las tasas de natalidad " mortalidad se encuentran prácticamente igualadas. E incluso en varias Comunidades Autónomas el número de muertes supera al de nacimientos.

Nos encaminamos hacia una sociedad cada vez más envejecida y con un número mayor de personas dependientes.

En concreto, en España hay algo más de siete millones de personas mayores de 65 años, alrededor del 17% de la población total. En pocos años alcanzaremos una tasa de mayores de 65 años superior al 20% de la población. Actualmente, las Comunidades Autónomas de Castilla-León, Aragón, Asturias y G3licia tienen un porcentaje de mayores superior al 20% de la población y la tendencia general es el incremento a corto plazo de estas tasas. Nos encontramos, en España, en una situación de desequilibrio demográfico en el que los procesos migratorios en curso están paliando estos problemas.

Casi tres millones de españoles tienen 75 años o más. Los altos niveles de dependencia de este grupo de población es su mayor problema asistencial, que se traduce en necesidades crecientes de ayuda a domicilio, servicios de teleasistencia y plazas residenciales, en resumen, en un fuerte incremento de las necesidades de cuidado.

El debate relacionado con las situaciones de dependencia y su consiguiente impacto en los sistemas de protección social y en los ámbitos de la vida privada, ha comenzado a tomar consistencia en nuestro país recientemente.

Hasta ahora, éste era un tema de análisis e investigación circunscrito a los ámbitos de expertos y entidades directamente relacionadas con esta problemática.

Sin embargo, después de un proceso de acercamiento al tema desde diferentes enfoques disciplinares, se ha producido una rápida maduración que nos ofrece foros de tanta consistencia como este Congreso organizado por CEOMA.

Creo que es obligado reconocer que la dependencia es uno de los importantes retos a los que España debe dar respuesta inmediata. La aprobación de una Ley de Protección a las situaciones de Dependencia es un tema reclamado desde todos los ámbitos. Sin embrago, dada la complejidad y las consecuencias sociales y económicas que una situación de este tipo conlleva, creo que es importante actuar con el máximo rigor, en posesión de suficientes datos para el análisis y propuestas que fundamenten las decisiones a tomar.

En este momento está muy avanzado el proceso de elaboración de propuestas para esta Ley- Coordina esta tarea la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, a través de una Comisión de expertos que trabajará durante seis meses, estando previsto que concluya antes de finalizarse la Legislatura.

En esta línea de trabajo, recientemente el IMSERSO ha difundido un documento del Consejo de Europa aprobado por el Comité Europeo de Cohesión Social sobre “La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes" (Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias).

Este informe aborda un gran número de aspectos relacionados con el desarrollo de política que den respuesta a las necesidades de este grupo de ciudadanos, subrayando una serie de principios que deberían presidir cualquier actuación en esta materia:

- La puesta en marcha de un modelo de atención centrado en la persona.
- Realizar prestaciones de carácter integral procedentes del sistema sanitario y social.

- La prevalencia de los apoyos y servicios domiciliarios de acuerdo con el principio "envejecer en casa".
- La evaluación de las personas en función de su situación de dependencia, por encima de otros indicadores.
- El desarrollo de un modelo equitativo y accesible desde el punto de vista económico.

Considero que es sobradamente conocido que desde el IMSERSO, llevamos años promoviendo este debate y dando pasos en el desarrollo de un modelo acorde con los principios que acabo de expresar.

Prueba de ello es la reciente aprobación del Plan de Acción para personas mayores 2003 - 2007. Dicho Plan, en su Área Primera sobre Igualdad de oportunidades desarrolla ampliamente en su Objetivo segundo una propuesta de un sistema integral de protección económica y sociosanitaria a las personas mayores en situación de dependencia.

Asimismo, con fecha 25 de julio de 2003, se aprobó el programa que establece *la ayuda económica ;de apoyo al cuidado de personas mayores dependientes en su hogar*. Algunas Comunidades Autónomas ya han puesto en marcha programas similares, que trataremos de coordinar e implantar en aquellas CC. AA. que aún no los tienen formalizados. Es un programa cofinanciado entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y las Comunidades Autónomas.

Nos encontramos ante un reto de gran magnitud si queremos abordar dignamente la atención a las personas mayores dependientes. Será necesario diversificar al máximo las fuentes de financiación, dando el papel y el protagonismo que se merecen, a todos los implicados en esta tarea: las propias personas dependientes, sus familias, las diferentes administraciones, el sistema sanitario, los servicios sociales y, cómo no, la iniciativa social, con o sin fin de lucro.

Este es nuestro gran reto, la búsqueda y consecución de un nuevo modelo de servicios sociales cohesionado y solidario que aproveche la experiencia de todos los sectores involucrados. y permita que los ciudadanos y ciudadanas reciban unos servidos de calidad, extendidos a toda la población. La dependencia es el gran reto del presente siglo.

Quisiera acabar mi intervención con las siguientes palabras del gran escritor argentino Jorge Luis Borges, tomadas de su libro *El elogio de la sombra*: "La vejez (tal es el nombre que otros le dan), puede ser el tiempo de nuestra dicha".

Espero que lo que aquí se va a debatir y las conclusiones de las ponencias, especialmente, nos sirva a los responsables de las Administraciones Públicas, para propiciar la mejo. de las soluciones.

Conferencia: "La Protección a las Personas en Situación de Dependencia en España (*)

Profesor D. Gregorio Rodríguez Cabrero, *Catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá de Henares.*

1. LA POBLACIÓN DEPENDIENTE Y SUS CARACTERÍSTICAS

Definimos la situación de dependencia como aquella que afecta a las personas que sufren algún tipo de discapacidad para la realización de actividades de la vida diaria relativas al cuidado personal, movilidad en el hogar y extradoméstica y realización de una serie de actividades domésticas que se consideran básicas.

La EDDES 1999 no nos proporciona información sobre las situaciones de dependencia, se limita a informar del número de discapacidades que sufren las personas entrevistadas y el nivel de gravedad de cada una de las discapacidades, es decir, informa de la dependencia más en función de las discapacidades de la vida cotidiana que de las personas que sufren la dependencia. La relación entre ambas, discapacidades y gravedad, y su estratificación por niveles de dependencia (moderada, grave y severa) requiere de un análisis específico.

Es necesario, por otra parte, no sólo considerar las personas dependientes que viven en su hogar (a las que se refiere en exclusiva la EDDES 1999), sino también aquellas otras personas con dependencia que viven en una residencia, si bien constituyen un pequeño porcentaje del total. Ambos colectivos, los que viven en domicilio (propio o ajeno) y los que viven en algún modo de residencia, constituyen la población española en situación de dependencia.

En cuanto a la población española que vive en su domicilio y que sufre alguna situación de dependencia hemos definido un indicador sintético de dependencia en base a 12 discapacidades de las cuales 8 son de tipo personal (3 de movilidad en el hogar, 4 de cuidado personal y 1 de desplazamiento fuera del hogar) y 4 de tipo instrumental (realización de actividades domésticas), aplicando a cada una de ellas su correspondiente nivel de gravedad (moderado, grave y severo). El número de discapacidades que acumula una persona en situación de dependencia y su correspondiente gravedad es la base de partida de la estimación realizada. Por otra parte, no hemos considerado como dependientes las personas que sufren solamente dos discapacidades de orden moderado. La "población dependiente moderada", por tanto, es la población que tiene tres o más discapacidades de orden moderado más la población con una y dos discapacidades consideradas graves. En el mismo sentido, consideramos como "dependientes graves" aquellos dependientes con tres o más discapacidades de orden grave y menos de diez, más la población dependiente moderada con 10 y más discapacidades. Finalmente, la población "dependiente severa" es la suma de todos los dependientes severos, más los dependientes graves con diez y más discapacidades.

En suma la población dependiente estimada que vive en su domicilio es de **1.487.910 personas de 6 y más años, de los cuales 1.017.104 son personas mayores (68%) y 470.806 (32%) están comprendidos entre los 6 y los 64 años**.

---

* Este trabajo forma parte de otros previos recientemente publicados: "La protección social de la dependencia " (Fundación Alternativas) o en fase de publicación: "La población dependiente en España" como capítulo del libro coordinado por Demetrio Casado (editorial CCS): "Respuestas a la dependencia funcional".

De este colectivo, los varones constituyen el 34,5 por cien y las mujeres el 65,5 por cien. Si agrupamos la población por niveles de dependencia el resultado es que el 17,5 por cien sufre una dependencia severa, el 36,2 por cien está en una situación de dependencia grave y el resto, casi la mitad de todo el colectivo, es decir, el 46,2 por cien, está en una situación de dependencia moderada. Por otra parte, hay que destacar que la población dependiente con 85 y más años viviendo en domicilio alcanza un volumen poblacional de 268.724 personas, lo que supone el 26,4 por cien de la población de 65 y más años y el 18 por cien de la población total en situación de dependencia, es decir, casi la quinta parte de la población dependiente tiene 85 y más años.

En definitiva, el perfil global mayoritario de la población en situación de dependencia es, por tanto, es como sigue: **predominio de personas mayores y mujeres, siendo los dependientes graves y severos poco más de la mitad de todo el colectivo en situación de dependencia**. Obviamente, esta estimación es simplemente una aproximación a lo que sería la demanda bruta subjetiva de la necesidad de cuidados personales e instrumentales. Es preciso tener en cuenta que una parte de este colectivo quedaría excluida después de pasar por el control de una evaluación social y/o sanitaria, lo que supondría una reducción del colectivo real de personas a proteger.

A la estimación antes realizada debemos añadir la población que vive en residencias y que sufre algún tipo de dependencia. Se trata de una estimación compleja ya que no existen fuentes fiables de información. Estimamos la población en situación de dependencia viviendo en diferentes tipos de residencias en 160.997 personas. De estas, la mayoría es población con dependencia grave, 37 por cien, los graves constituyen el 27 por cien y los moderados el 36 por cien.

En definitiva, y considerando toda la población en situación de dependencia, en domicilio y en residencia, estimamos en **1.648.907 dicho colectivo**. De estos, el 90 por cien viven en su domicilio y el resto, el 10 por cien, viven en residencias (ver **CUADRO 1**).

CUADRO 1

POBLACIÓN DEPENDIENTE A DOMICILIO Y EN RESIDENCIAS EN ESPAÑA EN 2000

	MODERADOS	GRAVES	SEVEROS	TOTAL	% a y b de cada grupo de población dependiente
1.Población 6-64					
a) Domicilio	258.471	158.317	54.018	470.806	95,2
b) Residencia	6.826	5.650	11.064	23.540	4.8
TOTAL	265.297	163.967	65.082	494.346	100
2.Población 65 +					
a) Domicilio	429.755	3 80.908	206.441	1.017.104	88,1
b) Residencia	51.340	37.394	48.723	137.457	11,9
TOTAL	481.095	418.302	255.164	1.154.561	100
TOTAL 1+2	746.392	582.269	320.246	1.648.907	
TOTAL DOMICILIO	688.226	539.225	260.459	1.487.910	90.2
TOTAL RESIDENCIA	58.166	43.044	59.787	160.997	9.8
% TOTAL DE CADA GRUPO DE PERSONAS DEPENDIENTES	45.3	35.3	19.4	100	

FUENTE: Elaboración propia en base a la EDDES 1999 para la población dependiente que vive en su domicilio. Para la población dependiente que vive en residencias la estimación se ha hecho en base al estudio del IMSERSO "Gasto sanitario en residencias". En cuanto a la población de menos de 65 años que vive en residencias la estimación se ha realizado en base a la información del Centro de Documentación del Real Patronato para la Discapacidad. Primera presentación de este cuadro en el trabajo Protección Social de la Dependencia (F.Alternativas).

2. EL MODELO INFORMAL DE CUIDADOS.

El sistema español de atención a las personas en distintas situaciones de dependencia se basa abrumadoramente en la solidaridad informal, particularmente de la familia, siendo las mujeres el núcleo estructural, cuantitativa y cualitativamente, de la estructura de cuidados. A gran distancia, y en términos esencialmente asistenciales, se sitúa el sistema público de servicios sociales y las prestaciones monetarias de la Seguridad Social. Aquí vamos a analizar esquemáticamente la naturaleza del sistema de cuidados informales español, típico ejemplo de modelo mediterráneo de cuidados informales, a través de la consideración de tres indicadores:

lugar de residencia de la persona dependiente, el tiempo semanal de cuidados y su duración a lo largo del tiempo. Obviamente la solidaridad familiar con las personas dependientes es amplia y sólida en la mayoría de los países de la UE. La diferencia, respecto de otros modelos (nórdico, y en menor medida, el continental) reside en la mayor o menor presencia del sistema público de cuidados que en el caso español, como luego veremos, es residual.

Tal como puede verse en el **CUADRO 2,** casi el 62 por cien de las personas cuidadoras viven en el domicilio de las personas en situación de dependencia y son miembros del mismo hogar. Exactamente, 864.730 personas cuidadoras viven en el mismo hogar que la persona dependiente. El resto, presta los cuidados desde fuera del hogar (527.085 personas), pero hay que tener en cuenta que en su gran mayoría son familiares (el 60,3 por cien, en su gran mayoría hijas). Únicamente el 1 por cien son cuidadores empleados que viven en el hogar, exactamente 10.712 cuidadores. En todo caso, prácticamente la casi totalidad de la población estimada en situación de dependencia que vive en su domicilio recibe cuidados de tipo personal, exactamente el 95 por cien.

En relación con los cuidadores principales que viven fuera del hogar de las personas en situación de dependencia (y que constituyen el 60,5 por cien de los cuidadores que residen fuera del hogar), cabe destacar el hecho de que los empleados domésticos no residentes suponen un volumen de 75.100 personas , es decir, el 23,5 por cien de los cuidadores principales no residentes en el hogar. La suma total de empleados domésticos, internos y externos, alcanza un volumen total de 85.812, es decir, el 6,1 por cien del total de cuidadores. A su vez, los cuidadores de los servicios sociales, tanto públicos como privados (el 81,3 por cien son públicos según la encuesta), suponen el 5,5 por cien del total de personas cuidadoras principales no residentes o, de otra manera, el 2,4 por cien del total de cuidadores, incluyendo residentes y no residentes.

CUADRO 2

RESIDENCIA DE LAS PERSONAS QUE PRESTAN CUIDADOS PERSONALES Y TIPO DE CUIDADOR PRINCIPAL FUERA DEL HOGAR

RESIDENCIA DE LAS PERSONAS QUE PRESTAN CUIDADOS PERSONALES	%	TOTAL CUIDADORES
1. En el hogar y son miembros del mismo	61,5	864.730
2. En el hogar y son personas empleadas	1.0	10.712
3. Fuera del hogar	37,5	527.085
TOTAL	100	1.402.527
TIPOS DE CUIDADORES PRINCIPALES NO RESIDENTES EN EL HOGAR		
Familiares de todas las clases	60,5	193.079
Empleados domésticos	23,5	75.100
Servicios Sociales públicos y privados	5,5	33.431
Amigos y vecinos	10,5	17.601
TOTAL	100	319.211

FUENTE: Elaboración propia en base a EDDES 1999 (INE)

La atención a las personas en situación de dependencia se realiza fundamentalmente a través de los cuidados personales y esta suele medirse en tiempo de cuidados, bien sea informal o formal. La medida del tiempo nos da una idea de la carga que los cuidados suponen en el conjunto de la sociedad y, de manera particular, en la población informal cuidadora. El coste que este supone, tanto directo (en tiempo) como indirecto (coste de oportunidad y estrés) forma parte de la ecuación del coste de la dependencia.

El modelo español de cuidados personales de las personas dependientes puede caracterizarse como modelo **altamente intensivo en tiempo de cuidados** (número de horas de atención semanal), **extenso en el tiempo** (número de años) y con **elevados costes indirectos** (coste de oportunidad) y que, en gran medida, es soportado por la mujer. Aquí haremos referencia de manera concreta a los dos primeros.

Como puede verse en el **CUADRO 3** casi el 45 por cien de las personas en situación de dependencia recibe más de 40 horas de atención a la semana, es decir, más de 5 horas diarias de cuidados. En el caso concreto de los dependientes severos, el 62,2 recibe 60 y más horas de ayuda semanal, del mismo modo que el 35 por cien de los dependientes graves y el 25 por cien de los dependientes moderados. Si, finalmente, consideramos todos los que reciben más de 30 horas a la semana de cuidados personales, casi cuatro horas y media de atención diaria por el cuidador principal, el porcentaje supera la mitad de toda la población dependiente.

CUADRO 3

NÚMERO DE HORAS DE CUIDADOS PERSONALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL POR SEMANA SEGÚN NIVELES DE DEPENDENCIA (%)

Nº HORAS POR SEMANA	MODERADOS	GRAVES	SEVEROS	TOTAL %
Hasta 7 horas	19,3	13,3	2,2	13,6
De 7 a 14	20,9	15,0	4,6	15,3
De 15 a 30	19,0	17,8	9,7	16,6
De 31 a 40	9,6	10,1	9,7	9,8
De 40 a 60	6,1	9,0	11,6	8,3
Más de 60 horas	25,1	34,8	62,2	36,4

Fuente: Elaboración propia en base a EDDES 1999 (INE)

Nuestro modelo de cuidados latino no solo es intenso en tiempo de cuidados (horas/semana) sino también muy extenso en el tiempo si tenemos en cuenta que casi el 42 por cien de las personas dependientes recibe atención personal por el cuidador principal durante más de 8 años (ver **CUADRO 4**). Es muy significativo sociológicamente que algo más del 62 por cien de las personas dependientes reciba cuidados personales más de 4 años. Ello supone una gran carga personal y social sobre el cuidador principal. Hay que añadir, finalmente, que la duración media de los cuidados personales sobrepasa ligeramente los 6 años que, en el caso de la familia (parientes en general) llega a los 6 años y medio y que en el colectivo de 6 a 64 años sobrepasa los 7 años.

CUADRO 4

NÚMERO DE AÑOS DE CUIDADOS PERSONALES QUE RECIBE LA PERSONA DEPENDIENTE (%)

NÚMERO DE AÑOS DE CUIDADOS	MODERADOS	GRAVES	SEVEROS	TOTAL %
Menos de 1 año	7.6	7.3	10,5	8,2
De 1 hasta 2 años	13,3	11,3	12,0	12,3
De 2 hasta 4 años	17,7	17,1	17,2	17,4
De 4 hasta 8 años	19,9	20,6	21,6	20,5
Más de 8 años	41,5	43,7	38,7	41,6

Fuente: Elaboración propia en base a EDDES 1999.

- Según la EDDES 1999, la población cuidadora de las personas en situación de dependencia aquí estimada (que seguramente es menor que la población cuidadora española) viene a situarse alrededor del millón cuatrocientas mil de personas. De estos el 33,7 eran varones y el 66,3 por cien mujeres. La encuesta no hace sino corroborar lo ya sabido, es decir, que las mujeres son el colectivo que soportan el peso fundamental del sistema de cuidados personales de las personas en situación de dependencia. Ahora bien, si consideramos el sexo del cuidador principal se refuerza aún más el carácter femenino del modelo de cuidados español de forma que las **mujeres constituyen el 74 por cien los cuidadores y los hombres el 26 por cien**.

La gran mayoría de las personas principales cuidadoras se sitúa en el tramo medio de edades de forma que, por ejemplo (ver **CUADRO 5**), de cada diez cuidadores cuatro tienen entre 45 y 64 años. Igualmente de cada diez cuidadores principales casi tres tienen menos de 35 años. Lo que resulta especialmente significativo es que un tercio de los cuidadores principales tenga 65 y más años. El envejecimiento de la población, junto a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, está suponiendo indudablemente un desplazamiento de la población cuidadora hacia los tramos elevados de edad. En este sentido hay que destacar que algo más de uno de cada cinco cuidadores principales tiene una edad comprendida en el tramo de los 65 a los 74 años. Durante los años venideros, casi con seguridad, tendrá lugar un progresivo envejecimiento de la población cuidadora paralelo, como decimos, al proceso general de envejecimiento y al cambio de roles de la mujer.

CUADRO 5

EDAD DEL CUIDADOR PRINCIPAL (%)

Hasta 34 años	13,4
De 35 a 44	12,9
De 45 a 54	19,2
De 55 a 64	21,4
De 65 a 74	21,5
De 75 a 84	10,6
85 +	1,0
TOTAL	100

Fuente: Elaboración propia en base a EDDES 1999

Cuando relacionamos al **cuidador principal respecto de su actividad económica**, teniendo en cuenta edades y sexo, constatamos algunas diferencias importantes entre los cuidadores Por una parte, como ya antes señalamos, el peso dominante de las cuidadoras (74 por cien) en comparación con los cuidadores varones (26 por cien). Por otra parte, el peso comparativamente superior de las cuidadoras que están en el tramo de 44 a 65 años (44 por cien) respecto de los cuidadores varones que están en el mismo tramo (30 por cien), lo que revela el menor peso de la mujer en el mercado de trabajo. De hecho, de cada cien mujeres cuidadoras en dicho tramo de edad 71 tienen como ocupación "sus labores", siendo el total de mujeres cuidadoras que se dedican a sus labores el 63 por cien, un porcentaje, insistimos, que sin duda tenderá a variar durante los años venideros. Ello contrasta con el porcentaje de hombres que tiene como ocupación sus labores: 12 por cien de los cuidadores varones. La mayoría de los cuidadores varones, por su parte, se sitúa en el tramo de edad de más de 65 años (49 por cien del total de cuidadores varones) lo que contrasta con el porcentaje de mujeres cuidadoras que están en el mismo tramo (28 por cien). Asimismo, de cada cien cuidadores varones 43 están jubilados. Es decir, que el perfil mayoritario en términos relativos entre los cuidadores varones es la ocupación de "jubilados" (132.801 personas) y edad superior a los 65 años (132.471); por el contrario, el perfil dominante en la mujer cuidadora es el de ocupación "sus labores" (490.566 cuidadoras) y edad comprendida entre los 45 y 64 años (244.678).

3. COBERTURA PROTECTORA DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE

Podemos aproximarnos al análisis de la cobertura protectora del sector público mediante dos vías: la primera, a través de la encuesta EDDES 1999 en la que los entrevistados nos dicen que servicios y prestaciones monetarias reciben; la segunda, y como contraste con la anterior, mediante la información que nos proporcionan los registros administrativos.

Teniendo en cuenta la confusión de la EDDES 1999 en cuanto a las prestaciones monetarias en la que se mezclan pensiones contributivas por invalidez y pensiones no contributivas con ayuda a tercera persona, nos centraremos de manera particular en las prestaciones técnicas y servicios cuya información está más ajustada a la realidad en el sentido que existe una mayor correspondencia aproximada con la información administrativa.

a) Respecto de los **servicios comunitarios y prestaciones técnicas** podemos ver en el **CUADRO 6** el volumen y distribución de los beneficiarios de los servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia y servicio de respiro. Un total de 52.260 personas reciben dichos servicios. La tasa de cobertura global es muy baja: 2,7 por cien en cuanto al servicio de ayuda a domicilio, 0,3 por cien de cobertura en teleasistencia y 0, 5 por cien en el servicio de respiro. Las tasas de cobertura escasamente varían por grados en teleasistencia y servicio de respiro. Únicamente los dependientes severos tienen una cobertura más elevada por el servicio de ayuda a domicilio (7,6 de dicho colectivo). Se trata, por otra parte, de unos servicios que en su gran mayoría se reciben gratuitamente: entre el 70 y el 80 por cien de los beneficiarios, siendo el porcentaje de los que pagan dicho servicio entre el 7 y el 14 por cien. En todo caso, insistimos, se trata de una tasa de cobertura radicalmente insuficiente para atender las necesidades de cuidados de la población dependiente. Hay que advertir que estamos hablando de los servicios utilizados por la población dependiente estimada, que son una parte de la oferta global de plazas comunitarias que son consumidas por otros colectivos de personas que, aparentemente, no serían dependientes.

CUADRO 6

PERSONAS QUE RECIBEN PRESTACIONES TÉCNICAS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN COMUNITARIA SEGÚN NIVELES DE DEPENDENCIA (%)

	MODERADOS	GRAVES	SEVEROS	TOTAL	%
Ayuda domicilio gratuita	5.412	11.117	15.336	31.865	78
Ayuda domicilio pagada	903	1.936	3.098	5.937	14,5
Ayuda domicilio mixta	833	889	1.321	3.043	7,5
TOTAL	7.148	13.942	19.755	40.845	100
% cobertura	1,0	2,6	7,6	2,7	
Teleasistencia gratuita	347	1.584	1.462	3.393	79,8
Teleasistencia pagada	482	-	104	586	13,8
Teleasistencia mixta	273	-	-	273	6,4
TOTAL	1.102	1.584	1.566	4.252	100
% cobertura	0,2	0,3	0,6	0,3	
Servicio de respiro gratuito	1.663	2.292	1.073	5.028	70,2
Servicio de respiro pagado	350	45	152	547	7,6
Servicio de respiro mixto	671	650	267	1.588	22,2
TOTAL	2.684	2.987	1.492	7.163	100
% cobertura	0,4	0,5	0,6	0.5	

Fuente: Elaboración propia en base a EDDES 1999.

b) En cuanto a la cobertura protectora resultante del análisis de la información administrativa, tanto en los referentes a servicios como a prestaciones monetarias, contributivas

y no contributivas, por ayuda de tercera persona tenemos (ver **CUADRO 7**) que el grado de cobertura bruto (parte de las personas dependientes pueden recibir dos o más prestaciones: ayuda de tercera persona y ayuda domiciliaria, por ejemplo), alcanza a una cuarta parte de la población dependiente. Es decir, el 25,6 por cien de las personas dependientes recibe algún tipo de servicio o prestación monetaria por razón de la situación de dependencia.

Esta cobertura es ligeramente inferior a la media en las personas en situación de dependencia con 65 y más años (24 por cien) y superior a la media en los menores de 65 años (30 por cien). Si consideramos el peso de las prestaciones monetarias y los servicios observamos como las prestaciones monetarias tienen un peso muy superior a los servicios en la población dependiente con menos de 65 años mientras que en los mayores de esta edad es justamente lo contrario. Los colectivos de discapacitado

Por otra parte, la población dependiente severa menor de 65 años tiene un elevado grado de cobertura bruta, casi el cien por cien, reduciéndose a algo menos de la mitad en la población dependiente grave de ese mismo colectivo. La conocida capacidad de movilización y reivindicación de los colectivos de discapacitados explica este relativamente elevado nivel protector en este campo. En lo referente a la población mayor de 65 años la cobertura bruta supera el 36 por cien del colectivo de personas en situación de dependencia, al 27 por cien de los dependientes graves y al 14 por cien de los dependientes moderados.

En suma, existe una protección bruta de partida no desdeñable pero claramente insuficiente para hacer frente a las necesidades de la población de dependiente de hoy y, sobre todo, de los años venideros en los que el impacto del envejecimiento, los cambios en el tamaño y funciones de la familia y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, harán necesaria una política de protección a la dependencia universal y efectiva. Además, hay que tener en cuenta que esta cobertura no presupone su eficacia protectora, es decir, la adecuación de las prestaciones y servicios a las necesidades reales de la población en situación de dependencia según sus grados de discapacidad. Simplemente se trata de una aproximación al actual nivel de cobertura en función de los recursos actualmente disponibles.

CUADRO 7

COBERTURA PROTECTORA DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN ESPAÑA POR GRADOS DE DEPENDENCIA Y TIPO DE PRESTACIONES en 2001 (Total Beneficiarios y %)

	MODERADOS	GRAVES	SEVEROS	TOTAL
2.DEPENDIENTES DE 6 A 64 AÑOS				
Servicios	14.359	16.949	11.064	42.372
Prestaciones monetarias		53.654	53.654	107.308
TOTAL BENEFICIARIOS	14.359	70.603	64.718	149.680
% Cobertura	5,4	43,0	99,4	30,3
2.DEPENDIENTES DE 65 +				
Servicios	43.583	80.710	81.391	205.684
Prestaciones monetarias	21.700	33.485	11.785	66.970
TOTAL BENEFICIARIOS	65.283	114.195	93.176	272.654
% Cobertura	13,6	27,3	36,5	23,6
TOTAL POBLACIÓN DEPENDIENTE BENEFICIARIA	79.642	184.798	157.894	422.334
% COBERTURA	10,7	31,7	49,3	25,6

Fuente: Elaboración propia (Fundación Argentaria). Las prestaciones monetarias que se recogen son la ayuda de tercera persona por pensión de gran invalidez y pensión no contributiva (invalidez superior al 75%), asignación por hijo a cargo (discapacidad superior al 75%), ayuda de tercera persona Lismi, pensión a favor de familiares, tanto de la Seguridad Social como de las Mutualidades de Funcionarios. En cuanto a los servicios se recogen los siguientes: ayuda a domicilio, residencias de válidos y asistidos, centros de día para personas mayores y discapacitados; para evitar una sobreestimación de cobertura de servicios no se incluye la teleasistencia que en buena medida suele comprenderse en la ayuda a domicilio.

4. PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA

El modelo actual de protección social a las personas en situación de dependencia tiene una naturaleza asistencial, es decir, discrimina económicamente a importantes colectivos; además, es insuficiente, injusto y desequilibrado territorialmente.

La dependencia es un riesgo social con amplia incidencia en nuestra sociedad, tal como hemos visto. La extensión actual del problema y su impacto futuro demandan una respuesta por parte de la sociedad española y del sector público. La protección social a la dependencia implica una extensión y perfeccionamiento del Estado de Bienestar y de sus dispositivos, tal como lo están haciendo países de nuestro entorno (Alemania, Austria, Francia, Luxemburgo) o se adelantaron hace años (caso de los países nórdicos). Los países del sur de Europa, particularmente España e Italia, en los que el envejecimiento de la población es una realidad irreversible en los años venideros, tienen como reto fundamental de la política social, entre otros retos importantes (la incorporación social de la población inmigrante y la lucha contra la exclusión social en egeneral), la protección social de la dependencia bajo como un sistema de cobertura universal, coherente y equitativo. Un sistema que proteja las situaciones de dependencia apoyando activamente la solidaridad familiar, sustituyendo a la mujer en su rol histórico de cuidador principal y que, además, genere externalidades positivas como son la mejora de la calidad de vida general de la población y la creación de empleo en servicios comunitarios.

La protección de la dependencia encuentra soporte constitucional en el Artº 41 de la CE bajo el que cabe comprender dicha protección como derecho subjetivo en el ámbito de la extensión y perfeccionamiento de la Seguridad Social "para todos los ciudadanos" que precisen "asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad".

La protección de la dependencia viene avalada por varias vías: a) La recomendación del Defensor del Pueblo del año 2000 sobre "**La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológico y otros aspectos conexos**" en la que se señala la oportunidad y conveniencia de la "implantación de las medidas necesarias para dar a la situación de dependencia una regulación coherente, eficaz y eficiente en el marco del sistema de Seguridad Social"; b) también hay que señalar el "**Acuerdo para la mejora y el desarrollo del sistema de Protección Social**" (3 de Abril de 2001) entre el Gobierno y las organizaciones sociales y empresariales en el que se aborda el problema de la dependencia con el compromiso de crear una comisión de estudio preparatoria de la acción legislativa que, finalmente, se ha puesto en marcha en octubre de 2003; c) también, la aprobación por el Congreso de los Diputados el 2 de Octubre de 2003 del documento "Recomendaciones del Pacto de Toledo" en el que se incluye una recomendación adicional a favor de "**un sistema integrado que aborde, desde la perspectiva de la globalidad, el fenómeno de la dependencia...a través de la elaboración de una política integral de atención a la dependencia**"; d) finalmente, hay que destacar las declaraciones de organizaciones sociales a favor de un seguro de dependencia, tal es el caso de CEOMA (Confederación Española de organizaciones de Mayores) que el 21 de octubre de 2003 aprobó el documento "Bases para una ley estatal de protección social a las personas con dependencia" bajos los principios de universalidad, igualdad, equidad y solidaridad.

La **cobertura de las distintas situaciones de dependencia**, teniendo en cuenta los posicionamientos del Defensor del Pueblo, debe ser **universal** superando el actual marco asistencial en el ámbito de los servicios sociales y ampliar las prestaciones sanitarias del sistema nacional de sanidad que tienen que ver con situaciones de dependencia. La protección social de la dependencia supone garantizar cuidados de larga duración que, por su propia naturaleza,

pueden ser sociales, sanitarios o mixtos. La atención sanitaria es actualmente universal y gratuita, pero incompleta ya que no se contempla de manera clara la prestación de rehabilitación, entre otras prestaciones sanitarias relacionadas con la dependencia.

Ahora bien, la protección de los cuidados personales, o ámbito de los servicios sociales, es la laguna a cubrir tanto por su actual naturaleza asistencial como por el hecho de que su coste es superior en conjunto a la atención sanitaria. La laguna protectora actual por excelencia son las prestaciones sociales para la atención personal, informal y formal.

La intensidad protectora de las prestaciones sociales dependerá, en primer lugar, de la gravedad de la dependencia evaluada por equipos multidisciplinares de las CCAA y podría fijarse en tres grados: moderado, grave y severo y en función del tipo de necesidades (instrumentales, personales, mixtas). La evaluación de las situaciones de dependencia debe ser mixta, sanitaria y psicosocial. Existe una tradición consolidada de evaluación de la dependencia, los equipos de valoración de la discapacidad, cuya experiencia debería tomarse en consideración en el diseño de los equipos o comisiones de valoración.

Las prestaciones pueden ser en dinero, en servicios o mixtas. Las prestaciones en servicios (directamente provistas por el Sector Público, concertadas con el sector privado o mediante cheque-servicio) suelen presentarse como el ideal de prestación ya que se genera empleo, el recurso empleado puede ser más efectivo y de evaluación relativamente eficaz. Sin embargo, existen problemas o limitaciones que exigen tener en cuenta la prestación monetaria para que el dependiente la utilice como compensación al cuidador informal o como ayuda para financiar la contratación de cuidador en el mercado: en primer lugar de tipo cultural (la fuerte tradición familiar de cuidados en España de acuerdo con la cual los dependientes prefieren en principio que les cuide un familiar cercano), de coste (hasta cierto punto algunas necesidades sólo requieren un cuidado informal, instrumental y de acompañamiento que abarata la prestación a la vez que se cumple el fin; pueden existir lugares alejados y zonas de montaña en los que sólo la prestación monetaria es eficaz por la lejanía del servicio), de elección (hay que tener en cuenta la libertad de la persona dependiente, o de su familia, para decidir quién debe cuidarle y cómo) y, por último, existe en la actualidad y posiblemente durante algún tiempo un problema de recursos (los bajos niveles de oferta de servicios públicos y privados que pueden impedir o limitar la utilización del servicio por parte de la persona dependiente).

La libertad de elección entre prestación monetaria y servicios debe ser modulada estableciendo límites en función de la necesidad a proteger y el grado de dependencia. Los equipos sociosanitarios o de evaluación de la situación de dependencia son los que deben modular la elección entre servicios o prestaciones, o una combinación determinada, tomando en cuenta la opinión y deseos de la persona dependiente y de su familia. En todo caso, las prestaciones en servicios tienen que ser superiores a las monetarias como incentivo al uso de los servicios sociales, fomento del empleo que conllevan y, también, por el propio coste de los servicios sociales.

A estas prestaciones dirigidas a proteger a la persona dependiente hay que añadir la protección al cuidador/cuidadora que asume en el caso español un elevado coste directo en tiempo, además de costes de oportunidad y estrés. Nos referimos no a las ayudas fiscales que entendemos deben excluirse por su baja efectividad y regresividad, sino al apoyo directo a la persona cuidadora reconociendo el tiempo de excedencia por cuidados a efectos de la carrera de seguro así como la oferta de servicios de respiro, información y formación para los cuidados.

La **financiación del seguro de dependencia** La financiación de las prestaciones va dirigida a cubrir una parte del coste de la dependencia y no excluye el copago. Ningún modelo europeo de protección tiene una cobertura ilimitada. La financiación de la dependencia en los diferentes modelos, continentales y nórdicos, se limita a garantizar unas prestaciones monetarias

o ayudas básicas o unas prestaciones en servicios cuyo límite, en este último caso, son los precios públicos existentes o un porcentaje de los mismos. La financiación debería ser mixta ya que son varias las Administraciones Públicas implicadas en la protección de la dependencia, además de la aportación del usuario. El modelo de financiación debe ser objeto de acuerdo entre las Administraciones Públicas y los agentes sociales. Un modelo posible podría ser el siguiente: la Seguridad Social financiaría las prestaciones de la población dependiente, tanto monetarias como en servicios, con carreras de tipo contributivo así como las cotizaciones de la población trabajadora en situación de excedencia por razón de cuidados a un familiar. Ambas financiadas con una fracción de las cuotas de la cotizaciones sociales desde el día de inicio de la vida laboral por trabajadores y empresarios. Los incapacitados para el trabajo tendrán el mismo derecho a las prestaciones y servicios si bien su financiación se hará con cargo a los impuestos generales del Estado, con el fin de respetar la separación de fuentes de financiación, tal como se acordó en el Pacto de Toledo en 1995 y en 2003.

Se integrarían también en una única fuente de financiación aquellos gastos sociales relacionados con la dependencia y que en la actualidad están incluidos, por ejemplo, en el Plan Concertado de Prestaciones Básicas Municipales o en el 0,52% del IRPF. Las desgravaciones fiscales actuales se destinarían a las prestaciones monetarias y servicios ya que su eficacia actual es dudosa.

Las CCAA aportaría la red sanitaria que está bajo su competencia y la red residencial o especializada. A las transferencias ya realizadas de sanidad hay que añadir la parte correspondiente de la Administración Central para financiar los servicios y la parte adicional propia que las CCAA añadirían para financiar el mantenimiento de la red de servicios. Por su parte los Ayuntamientos garantizarían el mantenimiento de la red de servicios comunitarios (Ayuda a Domicilio, Centros de Día, algunas residencias y servicios complementarios).

Es decir, la Seguridad Social financiaría las prestaciones monetarias concedidas a las personas dependientes para compensar el coste de sus cuidados personales o compensar al cuidador, las cuotas de seguro de las personas cuidadoras en situación de excedencia y, por último, el coste de los servicios sociales comunitarios y residenciales.

La extensión de la red de servicios sociales públicos es crucial en la actualidad tanto por razones de baja tasa de cobertura, como por la necesidad de que sea una red de referencia por su calidad, al mismo tiempo que garantiza la acreditación de la red privada de servicios, cuyo papel en la producción de servicios sociales es hoy una realidad, sobre todo en la oferta residencial. Sin una red extensa de servicios sociales la opción mayoritaria seguiría siendo durante mucho tiempo la de las prestaciones monetarias. Una primera consecuencia del desarrollo de una ley de protección social a la dependencia sería un plan urgente de inversión en servicios comunitarios.

El **gasto en protección de la dependencia** dependerá tanto de los recursos y servicios ya existentes como de la extensión e intensidad protectora que se defina por un hipotético sistema protector. El gasto público en cuidados de larga duración, sin incluir el gasto sanitario, (con la excepción de Luxemburgo, Alemania, Grecia, España y Portugal) suponía en **2000 una media del 1.3 del PIB** desde un máximo en Dinamarca (3% del PIB) y Suecia (2.8% del PIB) a los mínimos de Italia (0.6% del PIB) y Reino Unido, Austria, Francia e Irlanda (0.7%) del PIB (Informe Conjunto de la **Comisión y Consejo de la Unión Europea, 2003**). El dato de España no aparece en el mencionado informe del Consejo de la UE, como decimos, pero existen algunas estimaciones del gasto en prestaciones monetarias y servicios sociales para personas mayores dependientes (**Rodríguez Cabrero, 1999**) que irían desde un máximo del 0.3% del PIB incluyendo las desgravaciones fiscales en 1995 (además de las prestaciones económicas y servicios de las Administraciones Públicas) al 0.2% del PIB sin desgravaciones fiscales. Para 1998 (**Montserrat Codorniu y Rodríguez Cabrero, 2002)** la estimación del gasto público y

privado de tipo social realizado para personas mayores dependientes (es decir, excluyendo el gasto sanitario) es del 0.3% del PIB y del 0.2% del PIB en el caso del gasto público . Para el año 2001 dichos porcentajes se estiman rían respectivamente del 0,37% y del 0,31% del PIB.

En cuanto a las cuantificaciones del gasto social y sanitario de un hipotético seguro de dependencia público cabe destacar la estimación de **López y Casado (2001**) según la cual el gasto público y privado en cuidados de larga duración para personas mayores (no incluye el gasto sanitario) para el año 2026 se situaría entre el 0.8 y el 1.2 del PIB. Nuestra estimación para el año 1998 es de un coste en servicios sociales en torno al 0,8% del PIB en la hipótesis de una cobertura de "toda" la población mayor dependiente (**Rodríguez Cabrero y Montserrat Codorniu, 2002**). Mas en concreto, y en referencia al último estudio sobre el gasto público en protección a la dependencia y aplicando el modelo alemán en base a los resultados de un estudio de costes de varias CCAA, y una vez descontado el gasto privado de las familias, el gasto público social mínimo resultante sería para el año 1998 del 0.81% del PIB (en la hipótesis de prestaciones solamente en servicios) y del 0.71% del PIB en la hipótesis de que la mitad de la población dependiente opta por la prestación en servicios y la otra mitad opta por la prestaciones monetarias (el 75% de la prestación en servicios). Recientemente, y para el año 2002, **Julia Montserrat (2003**) ha estimado el gasto en protección a la dependencia, en la hipótesis de una cobertura universal de las personas mayores dependientes en 1,32% del PIB, del cual 0,89% sería en servicios sociales y 0,43% en servicios sanitarios.

En nuestro caso y teniendo en cuenta que el gasto estimado en servicios sociales y prestaciones monetarias no sanitarias es actualmente del 0,31% del PIB (0,20% en personas mayores y 0,11% para los dependientes menores de 65 años), la cobertura hipotética completa de la población dependiente estimada exigiría un esfuerzo adicional del 0,89% del PIB (0,64% del PIB en personas mayores dependientes y 0,25% en personas menores de 65 años). A ello habría que añadir el gasto sanitario adicional necesario para cubrir las necesidades sanitarias relacionadas con las situaciones de dependencia.

El esfuerzo adicional de gasto social es asumible dado nuestro nivel de desarrollo y riqueza, el margen de crecimiento del gasto social (que durante los últimos años ha sufrido una fuerte contención y retroceso como participación del PIB) y, sobre todo, el principal argumento es que la protección social de las situaciones de dependencia forma parte de una extensión necesaria de las políticas sociales en pro de la calidad de vida de los ciudadanos afectados y de sus cuidadores. Esa es la razón por la cual ha pasado a formar parte de la agenda política. El modelo resultante de cobertura, el tipo de prestaciones, la forma de financiación y la gestión del mismo no es un problema meramente técnico sino, también y sobre todo, un problema de elección política.

5. A MODO DE RESUMEN

La población dependiente estimada es de 1.648.907 personas de las cuales el 90 por cien vive en su domicilio, viviendo el resto en algún tipo de residencia. Se trata de un colectivo en el que los dependientes mayores de 65 años son el 68 por cien del total, del mismo modo que las mujeres son el grupo mayoritario (65,5 por cien). De cada cien personas en situación de dependencia 19 son severos, 35 graves y 45 moderados.

Esta población dependiente recibe cuidados personales en su inmensa mayoría, siendo los de tipo informal los predominantes. De cada cien personas dependientes que reciben atención personal 61 lo son por miembros del hogar y en el mismo hogar del dependiente; igualmente casi 38 personas dependientes son atendidas desde fuera del hogar, en su gran mayoría por familiares (60 por cien). Se trata de un modelo de cuidados intenso en horas por

semana (por ejemplo, reciben más de 60 horas de atención semanal el 25 por cien de los dependientes moderados, el 35 por cien de los dependientes graves y el 62 por cien de los dependientes severos) y extenso en el tiempo (casi el 42 por cien de los dependientes recibe más de 8 años de atención). La gran mayoría de los cuidadores son mujeres, en concreto el 74 por cien de los cuidadores principales son mujeres, en su gran mayoría amas de casa (63 por cien del total de mujeres cuidadoras), situadas en gran medida en los tramos de edad que van de los 45 a los 64 años. El perfil dominante de hombre cuidador, por el contrario, es el de persona jubilada y con más de 65 años.

Además, hay que destacar el bajo grado de cobertura de la población dependiente por parte de los servicios comunitarios: la ayuda a domicilio sólo alcanza al 2,7 por cien de dicha población, la teleasistencia al 0,3 por cien y el servicio de respiro al 0,5 por cien. Cuando sumamos a la cobertura de servicios de ayuda a domicilio y de respiro las prestaciones monetarias, excepto las pensiones contributivas, y excluyendo las desgravaciones fiscales, tenemos como resultado una tasa media de cobertura del 20,7 por cien de la población dependiente (según la encuesta EDDES 1999). Ello no quiere decir, que estas prestaciones sean eficientes y eficaces, simplemente indican de manera muy aproximada una cobertura de la población por parte del actual sistema de prestaciones monetarias y técnicas. Por ello, y desde las fuentes administrativas, hemos estimado una tasa de cobertura, por prestaciones monetarias y servicios del 25,6% de la población dependiente en la que se da un peso importante de los servicios en la población mayor dependiente y un peso superior de las prestaciones monetarias , respecto de los servicios, en el colectivo de 6 a 64 años.

Desde el punto de vista de la protección de las personas dependientes hemos sostenido la necesidad de una cobertura universal (Pacto de Toledo 2003), en función de los distintos grados de dependencia y mediante la combinación de prestaciones monetarias y de servicios. El modelo de financiación sería mixto, mediante cotizaciones e impuestos, en función de la distinta naturaleza contributiva o no contributiva. La gestión del sistema sería mixta, estarían implicadas las distintas Administraciones Públicas, y exigiría un esfuerzo de coordinación entre los sistemas de protección implicados (sanitario y servicios sociales) y entre los diferentes niveles de gobierno.

BIBLIOGRAFÍA

Casado Marín, D. y López Casasnovas, G. (2001), "*Vejez, dependencia y cuidados de larga duración"*. Barcelona: Fundación la Caixa.

CEOMA (2003) "Bases para una Ley Estatal de Protección Social a las Personas con Dependencia". Madrid: CEOMA.

Consejo y Comisión Europeos (2003), "*Apoyar las estrategias nacionales para el futuro de la asistencia sanitaria y los cuidados a las personas mayores"*. Bruselas.

Defensor del Pueblo (2000), "*La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos"*. Madrid.

Durán Heras, Mª A. (1999), "*Los costes invisibles de la enfermedad"*, Fundación BBVA, Madrid.

IMSERSO (2003) *Informe 2002 Las Personas Mayores en España*. Madrid: MTAS.

INE (2001), "*Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999" (EDDES)*. Madrid: INE.

Montserrat, J. (2003), "*Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: gasto razonable versus gasto actual*". Mimeo, Universidad Ramón Llull /Jornadas de Políticas de Intervención Social.

Rodríguez Cabrero, G. (Coor.) (1999), "*La protección social de la dependencia"*. Madrid: IMSERSO.

Rodríguez Cabrero, G. y J. Montserrat (2002), *Modelos de atención sociosanitaria. Aproximación a los costes de la dependencia*. Madrid: IMSERSO.

Rodríguez Rodríguez , P. (1998), "*El problema de la dependencia de las personas mayores*", *Documentación Social*, nº 112.

Clausura del VI Congreso

Excmo. Sr. D. Francisco Javier León de la Riva, *Alcalde de Valladolid.*

Alteza Real Doña Cristina de Borbón, Excmo. Sr. Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, Excmo. Sr. Presidente de la Junta de Castilla y León, Sr. Presidente de la Confederación Nacional de Organizaciones de Mayores, demás autoridades, señoras y señores.

Es para mí un auténtico honor tomar la palabra en este acto de clausura del *VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores*, y tener con ello la oportunidad de felicitar a CEOMA por una trayectoria que ha convertido a la Federación en punto de referencia y encuentro para todas las entidades que vertebran la actividad relacionada con nuestros Mayores.

Bajo el lema "*Vida activa toda la vida*", más de medio millar de representantes de la Tercera Edad, profesionales sociosanitarios y expertos en envejecimiento, se han dado cita en nuestra ciudad para tomar parte en la sexta reunión nacional de la Confederación Nacional de Organizaciones de Mayores, convocada en la recta final de este 2003 declarado Año Internacional de la Dependencia.

Los ponentes de este Congreso –en unión a los participantes en la I Feria del Mayor que se ha celebrado de forma paralela al encuentro– han abierto otras tantos frentes de reflexión y debate cuya altísima pertinencia hace imposible establecer un orden de prelación entre ellos.

Estoy convencido de que este foro de reflexión con epicentro en Valladolid marcará un antes y un después en...

- el análisis de los colectivos de Mayores en los que la dependencia alcanza cotas elevadas, así como el exhaustivo conocimiento de sus necesidades, sus expectativas, y su situación socio-familiar;
- lo hará también en todo aquello que se refiere al envejecimiento activo y a la calidad, la "cualidad" y la financiación pública y privada de los servicios específicamente diseñados para Mayores;
- y, por supuesto, en el asentamiento de unas bases legales y normativas para garantizar la protección jurídica de las personas dependientes.

Como les decía al principio, y como ahora reitero en nombre de todos los vallisoletanos y en el mío propio, ha constituido una enorme satisfacción para Valladolid el tener la oportunidad de constituirse en plaza abierta para el intercambio de experiencias.

Valladolid siempre ha sido un inmenso cruce de caminos, una... "encrucijada"; un lugar propicio para hacer una alto en el camino antes de proseguir con la tarea, siempre esencial, que nos asigna la vida. Ennoblecer esta tarea es nuestra responsabilidad y no cabe delegación alguna.

Vida activa toda la vida, sin más demora.

Muchas gracias.

***Excmo. Sr. D. Eduardo Rodríguez Rovira**, Presidente de CEOMA*

Alteza Real
Autoridades, Congresistas:

Ante todo, recogiendo el sentir general de los presentes, quiero manifestaros, Alteza Real, nuestro profundo agradecimiento por el honor de contar con vuestra presencia en nuestro Congreso. Apreciamos mucho la sensibilidad social de Vuestra Alteza, especialmente en relación con las personas mayores. Todos los que nos encontramos hoy aquí la recordamos como Embajadora de Buena Voluntad de Naciones Unidas para la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada el año pasado.

Está ya terminando el VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. Se acaba de presentar en el pleno el resultado de 12 ponencias todas sobre distintos aspectos de la Dependencia. Sólo nos quedará después de este acto de clausura oficial, la votación del Proyecto "Bases para una Ley Estatal de Protección Social para las Personas Dependientes", en el que manifestaremos, sobre este tema tan acuciante, la opinión de las 15 Organizaciones Nacionales de Mayores y 10 Autonómicas que componen CEOMA, con cerca de un millón de miembros de base, más las de otras 12 asociaciones nacionales o autonómicas que participan en el Comité Ejecutivo. No se trata de una genérica reivindicación más de los mayores, sino de propuestas concretas que entregaremos al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a los miembros de la Comisión Parlamentaria del Pacto de Toledo y a los agentes sociales.

Hemos tenido también ocasión de escuchar las excelentes conferencias de Doña Ana Botella y el Prof. Gregorio Rodríguez Cabrero, las vivencias de Doña Margarita Retuerto y de Don Andrés Aberasturi, las importantes intervenciones de Don Julio Sánchez Fierro, del Prof. Juan Díez Nicolás de Don Luis Cayo Pérez y del Dr. Don Antonio María Sáez Agudo y esperamos con interés las noticias que sobre el Pacto de Toledo nos traerán durante el almuerzo el Presidente de la Comisión parlamentaria Don Jesús Merino y Don Tomás Burgos.

Sólo me queda, si me permite Vuestra Alteza, manifestar el agradecimiento del Comité Ejecutivo del Congreso a los que han hecho posible que se pueda haber realizado este Congreso. A la Junta de Castilla y León, a la Alcaldía de Valladolid, al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del IMSERSO, al Ministerio de Sanidad y Consumo, que lo declaró de Interés Sanitario. Y a las entidades privadas, todas ellas bien conocidas por su responsabilidad social. La Fundación AstraZéneca y Eulen Servicios Socio sanitarios cuyo apoyo en este Congreso ha sido decisivo. La Obra Social de Caja Madrid, la Fundación ONCE, la Fundación Telefónica, cuyas organizaciones de jubilados forman parte de CEOMA, y la Fundación Mapfre Medicina, cuyo Premio "Toda una Vida Profesional" será entregado a continuación.

El lema de nuestro Congreso "Vida Activa, toda la Vida" se ve materializado en cuatro personalidades castellano leonesas que serán homenajeadas dentro de unos momentos: Doña Lola Herrera, Don Julián Marías, Don José Jiménez Lozano y Don Enrique Fuentes Quintana.

También hay un deber de gratitud con el Comité de Honor, presidido por S. M. el Rey, con todas las entidades jurídicas, que sin ser organizaciones de mayores, han puesto su nombre apoyando el Congreso, así como las ilustres personalidades, la mayor parte miembros del Consejo Asesor de CEOMA, o del Consejo Nacional de Mayores, que han formado parte del Consejo Asesor del Congreso, respaldando nuestros trabajos.

Tengo que hacer una mención expresa al importante grupo de expertos que ha colaborado estrechamente con nuestros ponentes en la parte oculta de este Congreso, que ha durado 9 meses. Pienso que el modelo de alianza estratégica entre expertos y representantes de

los mayores para el trabajo riguroso sobre propuestas concretas, significa un cambio cualitativo en nuestro sector.

Y por supuesto, Alteza, felicitar a todos los congresistas aquí presentes por su trabajo. Este es un congreso de inscripción. La mayoría son dirigentes de asociaciones de mayores a quienes el traslado y estancia en Valladolid les supone un gran esfuerzo. Esfuerzo que hoy Alteza Real se ve recompensado con Vuestra Presencia.

Muchas Gracias

Excma. Sra. Dña. Lucía Figar Lacalle, *Secretaria General de Asuntos Sociales.*

Alteza Real

Distinguidas personalidades

Señoras y señores:

Es para mí un honor acompañar a Su Alteza Real, la Infanta Doña Cristina, en este solemne acto de clausura del VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, que ha girado en torno a una cuestión trascendental, como es la de la protección social de la dependencia.

Es indudable que nuestras sociedades deben reflexionar acerca de las implicaciones que se derivan del proceso de envejecimiento, de las cuales, quizá la más importante, es la necesidad de adaptar nuestra organización social al fenómeno de la dependencia.

Como está sucediendo en nuestro país, que ya ha comenzado a dar los primeros pasos de ese debate sereno que debe conducirnos al diseño de una política integral de atención a las personas dependientes.

Así el acuerdo de renovación del Pacto de Toledo, ha incluido una nueva recomendación, que apuesta por abordar el fenómeno de la dependencia desde una perspectiva integral y con la participación activa de todas las Administraciones y del conjunto de la sociedad civil.

Tan sólo una semana después, y como primer paso en el cumplimiento de esta recomendación, hemos constituido, en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, una comisión de expertos, que tras un estudio riguroso, debe presentar al Gobierno propuestas para una adecuada cobertura de las situaciones de dependencia.

Porque debemos ser conscientes que nos encontramos ante un nuevo escenario demográfico caracterizado por una mayor longevidad.

Un proceso que es evidentemente positivo, pero que sin embargo plantea desafíos derivados, fundamentalmente, del aumento del número de personas que necesitan de la ayuda y de los cuidados de otras para poder desenvolverse en su vida cotidiana.

Y también de los cambios que se están produciendo en la estructura familiar que son consecuencia, en buena medida, de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo.

Surge, por tanto, un debate en torno a cómo atender esas nuevas necesidades sociales, y acerca de su financiación.

Nuestro país, estoy convencida, deberá hacer un esfuerzo para encontrar fórmulas novedosas que nos permitan implicar al conjunto de la sociedad civil en la provisión de estos nuevos servicios.

Deberemos ampliar la acción protectora de nuestro sistema de protección social, que debe ir mucho más allá de los meros cuidados médicos y sanitarios, para abarcar otras áreas como, por ejemplo, la formación y el apoyo a las familias y a los cuidadores.

Tendremos que superar con éxito el reto que significa prestar unos servicios con los mayores estándares de calidad.

Y habremos de garantizar la sostenibilidad de dichos servicios buscando fórmulas de financiación novedosas.

La dependencia es, sin duda, el reto fundamental que habremos de abordar.

Concluyo, pues, estas palabras felicitando a la Confederación Española de Organizaciones de Mayores por haber elegido este tema como eje de vuestras reflexiones.

Y agradeciéndoos, Alteza, el firme compromiso social que siempre ha demostrado la Corona, que es para todos nosotros un estímulo permanente para continuar con nuestra tarea.

Muchas gracias

Excmo. Sr. D. Juan Vicente Herrera Campo, *Presidente de la Junta de Castilla y León.*

Alteza, con el respeto y el afecto que merece, saludamos su nueva presencia en nuestra tierra que expresa sin duda, en este caso, la tradicional sensibilidad de nuestra Familia Real con todas, y digo todas, las cuestiones que garantizan el avance y el progreso hacia una sociedad mejor, hacia una sociedad más justa como las que han sido objeto de este congreso.

Permitid Alteza que, en nombre de la Comunidad de Castilla y León, exprese en primer lugar todo nuestro orgullo y muestre, de nuevo, la satisfacción por el ejemplo de vidas muy cumplidas que han sido premiadas en este acto con ocasión de este Congreso.

El orgullo y el ejemplo por la trayectoria, por la vida activa para toda la vida de Don Enrique Fuentes Quintana, de Don Julián Marías, de Don José Jiménez Lozano, de Doña Lola Herrera, premiada creo que con muchos méritos, pero de forma demasiado prematura.

Y también, como no, el respeto a la trayectoria profesional de uno de nuestros grandes hombres de universidad, del Catedrático Doctor Ortiz Manchado, Premio Mapfre de reconocimiento de toda una trayectoria profesional.

Alteza, para la Comunidad de Castilla y León es un privilegio haber albergado, durante estos días, el VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. De haber tenido, por ello, la oportunidad de colaborar con la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, y con las Instituciones y Entidades cuyo patrocinio lo han hecho posible.

Castilla y León es la comunidad española con mayor esperanza de vida, y en consecuencia, la que presenta el porcentaje más alto de personas mayores. Conocemos, por lo tanto, el valor de la experiencia y los deseos que nuestros mayores tienen de participar, de una manera más activa, en la sociedad.

Estamos trabajando para construir una comunidad definitivamente comprometida con sus mayores. Porque representan casi uno de cada cuatro ciudadanos. Porque cada día nos reclaman, con renovado grado de exigencia, mayor participación en la vida social y cultural. Porque la elevada esperanza de vida de los ciudadanos de Castilla y León nos obliga a ofrecer nuevos recursos en el domicilio, en los centros de días y en las residencias.

Por ello, la Junta de Castilla y León se siente especialmente vinculada con los mayores y con sus Asociaciones. Con las casi 1.500 Asociaciones con las que colaboramos, sin duda el mayor número de toda Europa. Con los 300.000 socios de nuestros 176 Centros de Día.

Nuestro objetivo, por ello, es avanzar en mayores prestaciones para los casi 100.000 socios del "Club de los 60", y para los casi 2.000 mayores que todos los días nos dan un ejemplo de ganas de aprender a través de la Universidad de la Experiencia.

En la misma dirección, consideramos fundamental seguir fomentando los programas de voluntariado entre nuestros mayores, así como su decidida incorporación al uso de las nuevas tecnologías de la comunicación, consolidando iniciativas de notable éxito durante los últimos años.

En definitiva, se trata de hacer efectivo el lema de este Congreso "Vida activa toda la vida", y ofrecer nuevas alternativas de ocio, de cultura y de participación a quienes, con su esfuerzo y sacrificio, han levantado y han sostenido nuestra sociedad.

Pero nuestros mayores también tienen dificultades y problemas, cuya resolución estamos obligados a acometer. Para ser capaces, entre todos, desde la conjunción de los esfuerzos públicos y la iniciativa privada, de ofrecer atención en su domicilio, también a través de los medios de la sociedad de la información, a quienes comienzan a perder algunas de sus capacidades.

Pretendemos ofrecer ayudas y beneficios fiscales a las familias que atienden a mayores dependientes en su domicilio, tal y como refleja ya el Proyecto de Presupuestos de nuestra Comunidad para el próximo año.

Queremos disponer de un mayor número de estancias temporales de respiro, que alivien la carga que para las familias representa el cuidado de personas dependientes.

Y finalmente, nos proponemos ampliar los recursos residenciales para personas mayores, precisamente en una Comunidad, Castilla y León, que ya ha superado la cobertura recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Aunque tenemos en cuenta que éste es un dato puramente estadístico.

En definitiva, queridos amigos, tenemos que ser capaces de ofrecer un conjunto de recursos y de alternativas que se adapten a las variadas necesidades de los mayores. Necesidades de influencia y participación en la vida social, de ayuda en la realización de actividades diarias y de asistencia profesional en los centros especializados. Dar continuidad a esta red de recursos diversificados constituye una prioridad para los Castellanos y Leoneses.

Este es el compromiso de una Castilla y León solidaria. De una Castilla y León que quiere seguir contando con sus mayores. De una Castilla y León que precisa del esfuerzo de todos, sin distinción de edades. De una Castilla y León que se siente especialmente orgullosa de quienes, a un tiempo, representan sus raíces y forman parte de su presente y de su futuro.

Este Congreso ha debatido sobre estas cuestiones, desde la experiencia y el conocimiento directo de todos sus participantes. No tengan duda de que tomaremos buena nota de sus propuestas.

Y entre éstas, quiero recoger, en particular, su demanda de regulación de la atención a la dependencia, una necesidad sentida y una reclamación creciente por parte de las asociaciones de mayores a los poderes públicos.

Es propósito de la Junta presentar en esta Legislatura un Proyecto de Ley de Ordenación Sociosanitaria y Atención a la Dependencia, con el que pretendemos, en el ámbito de nuestras competencias, ordenar más racionalmente el sector, ordenar esa coordinación de esfuerzos a la que anteriormente me refería; y ofrecer nuevas alternativas a las personas dependientes y a sus familias.

Castilla y León ha sido una de las primeras Comunidades Autónomas en aprobar una Ley sobre Derechos y Deberes de las Personas Mayores. Queremos seguir avanzando. Queremos seguir mejorando la atención y la calidad de vida de nuestros mayores. Y lo queremos hacer con ellos, con todos ustedes, y con su fuerte y ejemplar movimiento asociativo.

Muchas gracias

Conferencia Final en el Almuerzo de Clausura.

Excmo. Sr. D. Tomás Burgos Gallego**, Diputado por Valladolid, portavoz del Partido Popular en la Comisión del Pacto de Toledo del Congreso de los Diputados.**

Quisiera agradecer a CEOMA, y en especial a su Presidente, D. Eduardo Rodríguez Rovira, la deferencia que han tenido para conmigo invitándome a participar en la clausura de este Congreso.

Es para mi un gran orgullo y una enorme satisfacción, como Diputado por Valladolid haber tenido la ocasión de asistir a este acontecimiento social de primer orden. Y haber sido testigo del altísimo nivel de las intervenciones, del compromiso de los intervinientes y de la amplísima participación alcanzada.

Este ha sido un Congreso que ha supuesto todo un éxito de organización, planificación, desarrollo y sobre todo una relevante aportación a un debate social de gran calado: la problemática de la dependencia en España. Me felicito y les felicito por ello.

Después de tres años dedicados a estudiar y analizar el envejecimiento de la población en España, y todas las cuestiones asociadas al mismo, como son el sistema de pensiones, la atención a los mayores, la sanidad, el protagonismo creciente de la tercera edad…la Comisión del Pacto de Toledo concluyó el pasado día 2 de octubre sus trabajos con la aprobación de 23 recomendaciones para el futuro del sistema de protección social.

He tenido la responsabilidad de representar al Grupo mayoritario de la Cámara, al Grupo Popular, en los trabajos de esa Comisión, y creo sinceramente que se ha hecho un buen trabajo.

Sin duda en los tiempos que corren cabe decir que en el origen de la decepción política, del desencanto que algunos ciudadanos expresan respecto de la actividad política, está en el hecho de que se espera demasiado de ella en ocasiones.

La política tiene sus límites y éstos han de ser conocidos por los ciudadanos. No todo puede ser resuelto porque no disponemos ni de los recursos ni de las varitas mágicas que permitan dar soluciones inmediatas y totales a los fenómenos que se nos presentan. El envejecimiento de la población es uno de esos fenómenos para los que necesitamos ir avanzando iniciativas graduales, solventes y razonables.

Si toda buena acción política comienza por decir la verdad a los ciudadanos, hemos de explicar con claridad que la evolución demográfica de España nos plantea para el futuro un desafío de enorme magnitud, con indudables consecuencias en todos los órdenes.

Y este es un reto para la política. Para la buena política. Para la que contribuye a la pacificación social, cuando se practica como acuerdo, como pacto, como compromiso. Creo que la renovación del Pacto de Toledo ha sido un ejemplo de cooperación inteligente porque ha contribuido y va a contribuir a trasladar tranquilidad y seguridad a nuestros mayores de hoy y de mañana.

El Pacto de Toledo no ha pretendido dar soluciones puntuales a todos los problemas que sabemos que existen en nuestra protección social. No era su misión ni nuestro encargo. En una sociedad compleja y plural como la nuestra no pueden eliminarse todas las situaciones de injusticia, desprotección, maltrato…porque son cambiantes y surgirán otras nuevas. A veces

incluso resulta difícil ponerse de acuerdo sobre qué derechos, asistencia, cobertura...han de considerarse como los más adecuados para enfrentarse a ellas.

Pero hemos de intentarlo permanentemente, porque el coste de no hacerlo es demasiado alto

El Pacto de Toledo es una iniciativa para establecer un marco en el que desarrollar las políticas sociales en España. Un marco común, respetado por todos y del que nadie ha de salirse. Que otorgue fiabilidad y referencias a los Gobiernos futuros. Que habrán de seguir fielmente sus orientaciones.

Su desarrollo estos años ha sido muy positivo para España.

Ha servido para reforzar un derecho, básico para las personas mayores, el derecho a la tranquilidad.

Que no es sólo un concepto económico ligado a la seguridad de una renta. Es sobre todo un concepto asociado a la dignidad, a la consideración social de los mayores, a su respeto, para que no sean objeto de manipulación no mercadeo electoral como en el pasado.

Las pensiones no pueden ni deben ser sustraídas al debate político. Pero sí pueden establecerse con claridad los límites de ese debate. Y las prioridades que han de establecerse. Y que estas sean establecidas y compartidas por todos.

Y una de las prioridades más claras para el futuro es buscar soluciones a la Dependencia.

La Dependencia no estaba en el debate político cuando se suscribió el Pacto de Toledo en el año 1995. El Gobierno y los Agentes Sociales la incorporaron en el Acuerdo Social de 2001.

Ahora el renovado Pacto de Toledo ha colocado la Dependencia en el centro del debate político. Y está aquí para quedarse. No puede obviarse ya por ningún responsable político en estas materias.

Se requiere una respuesta integral, global, acordada, estudiada…entre Administraciones Públicas, iniciativa social y privada, que delimite un espacio para la responsabilidad individual y social. Con una adecuada cobertura pública y un eficaz sistema de garantías, pero con un importante componente complementario que pasa por una regulación del seguro privado de dependencia, que lo haga más atractivo.

Tenemos que acertar con el modelo. Que ofrezca seguridad y justicia. Las ideas y propuestas de este congreso serán de enorme utilidad.

Es bueno que sepamos que la respuesta no depende solo de la labor de las AA.PP. Tratar a alguien justamente no es igual que cuidar de alguien.

En esta sociedad podemos tener obligaciones de justicia, y hemos de velar porque esas obligaciones se cumplan. Pero necesitamos un sentido de adhesión y afecto. Esa es la base. Si eso falta al menos tendremos la justicia y las garantías públicas. Pero creo que no será suficiente.

Creo que se atribuye a Freud la idea de que hay tres profesiones imposibles: educar, curar y gobernar. Imposibles en el sentido de que son tareas que no están del todo en la mano de

quien las ejerce. Necesitan ineludiblemente la colaboración de sus destinatarios. Sin esa participación lo que hay es adoctrinamiento, mera química, control.

Creo que este tema es un ejemplo de la necesidad de una implicación activa de la sociedad. De sus organizaciones y grupos organizados.

CEOMA es hoy un referente imprescindible hoy en las políticas referidas a los mayores. Creo que su papel es básico para ayudarnos a acertar en el modelo de atención a la dependencia que necesitamos. Como en todos los procesos de discusión pública resulta esencial la crítica, y aun más las aportaciones constructivas.

Este Congreso ha sido un gran paso en esa dirección, que estoy seguro de que tendrá continuidad en el futuro y resultará eficaz en el objetivo que todos perseguimos.

Muchas gracias.

PREMIOS ENTREGADOS
EN EL MARCO DEL VI CONGRESO

PREMIO MAPFRE MEDICINA " A TODA UNA VIDA DE ENTREGA PROFESIONAL" AL DR. D. OLEGARIO ORTIZ MANCHADO.

Texto a completar por la Fundación Mapfre

PREMIO “VIDA ACTIVA TODA LA VIDA”

Durante el acto de clausura del VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores se hizo entrega por parte de la Infanta Cristina de Borbón los premios "Vida Activa Toda la Vida", que concede la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA).

Los galardonados fueron el Excmo. Sr. D. Enrique Fuentes Quintana, el Excmo. Sr. D José Jiménez Lozano, Lola Herrera y D. Julián Marías.

En nombre de los premiados, pronunció unas palabras de agradecimiento el Excmo. Sr. D. Enrique Fuentes Quintana

Agradecimiento Excmo. Sr. D. Enrique Fuentes Quintana, economista.

1. A mediados del mes de julio del año 2003, Eduardo Rodríguez Rovira, Presidente de CEOMA, me comunicaba que la comisión organizadora del VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores y el Comité Organizador local de Valladolid habían acordado otorgarme el Premio "*Vida Activa toda la Vida*", lema del Congreso añadiéndome los motivos generosos de su fundamento *"por su fecunda trayectoria personal y profesional, para ejemplo ante la sociedad de lo que dicho lema significa"*. Ese Premio me llegaba con la agradable noticia de la compañía en la que lo recibía: tres indiscutibles personalidades castellano-leonesas: Lola Herrera, Julián Marías y José Jiménez Lozano.

Como grato deber, he recibido el encargo de la organización del Congreso para que asumiese en este día el testimonio de los premiados ante la distinción que nos llegaba y que se nos entregaba con la presencia cordial y solemne del pleno de quienes asistís a esta jornada de clausura del VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. Un Congreso que se celebra en un escenario bien grato para mí: el de la ciudad de Valladolid en cuya Universidad y en su Facultad de Derecho había iniciado mi carrera universitaria como catedrático, explicando las asignaturas de Economía Política y Hacienda Pública que habían de reclamar mi atención y mi trabajo en el largo período que nos separa hoy del curso académico de 1957-58 y que marcan, al mismo tiempo, el largo desempeño de mis obligaciones derivadas de mi vocación docente.

Desearía cumplir con este encargo del Congreso haciendo constar que le asumo con el agradecimiento de permitirme convivir con cuantos asistís a él, con una concurrida presencia que prueba la vitalidad de vuestra Confederación y la fuerza integradora de los fines que ésta trata de servir.

2. Siempre he pensado que un Premio debe estimarse por quien lo recibe en función de tres valores:

- Por la personalidad de la institución que lo concede. Una personalidad que debe apreciarse por sus finalidades generales y por el propósito al que trata de servir esa convocatoria del Premio que ha creado.
- Por la compañía de quienes lo reciben.
- Por la admiración y respeto hacia quienes en este acto nos lo entregan.

Si se parte de la consideración de estos tres valores, cabe afirmar que no es posible que otras alternativas alcancen calificaciones mejores de las que coinciden en el Premio del año 2003.

El Premio que se nos concede tiene un intérprete: la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). Una organización de carácter cooperativo creada con el propósito de la coordinación, el fomento, la representación, el estudio y la defensa de los intereses de las personas mayores. Se trata de una organización joven pues sus Estatutos datan de febrero del año 2000 y la Asamblea Constituyente del 4 de mayo del mismo año.

Su corta vida, sin embargo, ofrece un testimonio ejemplar de la laboriosidad y la entrega de los que han participado en cada uno de los días que nos separan de la fecha de su creación. Quienes simplemente hayan tenido la oportunidad de asistir a este último Congreso, habrán observado que la presencia continuada de sus asociados y la pasión con la que se han discutido sus propuestas ha sido, en verdad, extraordinaria. Propuestas que versaban sobre un tema actual de no fácil solución: la protección de las personas dependientes en España.

No puede extrañar que una Confederación tan joven se haya asentado tan pronto en la sociedad española. El motivo básico de este hecho se encuentra en el conjunto de problemas que registra la sociedad española en el campo de su población. En efecto, los mayores hemos adquirido una presencia extraordinaria que convierte este dinamismo en una fuente de preocupación obligada. Un dato elemental: la relación entre el número de personas de 65 y más años, por cada 100 personas de menos de 15 años, que alcanzaba, al comienzo de siglo, el índice del 16%, apunta en el último disponible de 2001 a 2002, un 107%. Esa transformación tiene un eco en muchos aspectos de la vida social y política de un país y demanda el conocimiento de todos. No debería existir en España ningún ciudadano que desconociese al menos los rasgos generales del problema de las edades de nuestra población. Se afirma justamente en esta importancia de los mayores en nuestra sociedad un dato que ha venido a nuestro presente, no para desaparecer rápidamente, sino para agravarse en la medida en que el tiempo transcurra, cuyos rasgos, comportamientos y propiedades deberían conocerse por todos los españoles. Cabe poca duda de que este es un propósito al que la Confederación debe extender su mirada y su conocimiento y el de todos los de cuantos la integran: el estudio y la defensa de los intereses de las personas mayores no puede ser, ni fundada ni razonable, si no va precedido de un análisis que entienda bien los rasgos a que responde el complejo momento que vive la población de España.

A este espíritu de conocer para dirigir y reformar los extremos en los que se manifieste una debilidad en nuestra estructura demográfica, aparece la consigna o el lema a que ha respondido la VI reunión del Congreso que celebramos este año. Porque realizar una *vida activa toda la vida* tiene dos aspectos diferentes. En primer lugar, ser un premio singular que afecta a quien tiene la suerte de practicar ese lema. En efecto, este Premio tiene, al mismo tiempo, el valor de responder a una vocación elegida y cultivada con acierto y servida con fidelidad. Pero, al mismo tiempo, el lema puede y debe constituir una vía para no perder la actividad de esa población der mayores y seguir contando con esa actividad por quienes pueden realizarla. Los graves problemas que plantea el crecimiento extraordinario de las poblaciones de mayores ha intentado resolverse a través de las jubilaciones anticipadas o, simplemente, de las jubilaciones reduciendo el límite de la edad como única solución con claro desprecio a las soluciones alternativas, entre las cuales se encuentra la prolongación en el trabajo practicando una *vida activa toda la vida* que encuentra, por ello, dificultades, obstáculos y problemas graves en las sociedades actuales.

Lo que no cabe duda es que recibir un premio por contar con una *vida activa durante toda la vida* constituye un bien del que nos alegramos diariamente quienes lo hemos recibido. A este premio personal de gozar de una actividad continuada, se añade el reconocimiento público que nos concede vuestra distinción otorgada con palabras tan generosas.

3. Un premio lo es más si se disfruta en buena compañía. Una característica importante que se cumple plenamente en nuestro caso ya que el premio de este año se conjuga

en el plural generoso de los cuatro intérpretes que lo compartimos: una actriz (Lola Herrera); un filósofo (Julián Marías); un tercer personaje que es imposible definir con el desempeño de una única profesión porque ha sido y es poeta distinguido, novelista y ensayista mil veces premiado y periodista extraordinario (José Jiménez Lozano).

Para un profesor de Economía constituye su premio adicional el formar parte de ese grupo singular al que habéis elegido como los mejores intérpretes del lema de este Congreso *"Vida activa durante toda la vida"*.

El valor de un Premio depende, cuando se recibe en compañía -como es el caso- de la calidad de los acompañantes. Por pensar así creo que mis palabras de agradecimiento en nombre de los premiados me obligan a referirme a su singular personalidad que me hace tan grata su compañía.

El jurado de este VI Premio ha tenido el acierto de iniciar su concesión seleccionando a una mujer, venciendo así la inercia que tanto domina entre los españoles al limitar el campo de sus decisiones a la elección de un varón como fácil y frecuente alternativa. De esta inclinación de los jurados cuentan estos premios con un seguimiento de esa tradición limitativa. La única mujer que figura entre los premiados en las cinco ediciones anteriores es la inolvidable Gloria Fuertes cuya sensibilidad se expresaba con su voz grave y a la vez sentida, inolvidable en el arte de narrar sus cuentos, sus poesías, que siempre recordamos con afecto cuantos hemos tenido la suerte de escucharla y el placer de leer a nuestros hijos sus narraciones inolvidables.

Siguiendo este ejemplo singular de elegir una mujer para destacar su *vida activa durante toda la vida*, el jurado nos ha regalado la presencia de una actriz: Lola Herrera.

Pronunciar simplemente su nombre hoy es para muchos españoles asociarlo al título de una novela convertida después en obra teatral que tiene un título *"Cinco horas con Mario"* y un autor, tan querido como admirado en estas tierras de Castilla: Miguel Delibes. Pero es el caso que la versión teatral de esta novela se asocia, también, a su intérprete singular: Lola Herrera, que ha logrado convertir en sus representaciones de las "*Cinco horas con Mario"* las horas en días, más tarde en años, de actuaciones inolvidables para cuantos hemos tenido la suerte y la oportunidad de asistir a sus representaciones. Representaciones que han tenido dos etapas: la que marca su estreno en 1979, que permaneció diez años en la cartelera, y su repetición el año 2001, a partir del cual las interpretaciones de Lola Herrera aseguran hoy su presencia en el Teatro Real de Madrid.

Es evidente que toda actriz o actor buscan, a lo largo de su vida, el hallazgo de una comedia y de un personaje capaz de inspirar su actuación en la escena teatral y muchas veces esta búsqueda no consigue dar con el texto deseado. Lola Herrera ha tenido la suerte de encontrarlo en el personaje de la Carmen (Menchu) de *"Cinco horas con Mario"* hasta el punto de merecer el elogio singular de su autor, Miguel Delibes: *"no puedo concebir mi personaje de "Menchu" si no es encarnado por Lola Herrera"*.

Esa aventura mil veces vivida de las *"Cinco horas con Mario"* no ha sido gratuita para la actriz porque representar un monólogo dramático tiene para quien lo interpreta un coste extraordinario psíquico y físico ya que sólo logrará el éxito deseado si se vive con el dramatismo y la angustia que dominan la obra.

Lola Herrera cuenta en su activo como actriz la singular distinción de haber realizado el proyecto solicitado por la Junta de Castilla y León de volver sobre una trilogía de las obras de Delibes, incluidas *"La hoja roja"* y *"Las guerras de nuestros antepasados"*.

* * *

Julián Marías es el segundo personaje que figura en esta peculiar composición del VI Premio que concede vuestra Confederación. He tenido la suerte de vivir en su compañía desde hace muchos años: los 62 que van de mis tiempos de estudiante que terminaba su bachillerato y en los cuales trabajaba diariamente con su *"Historia de la Filosofía"*, considerándole como mi profesor a distancia, según le calificábamos todos los estudiantes de mi generación.

Tuve la suerte de conocer y vivir, con este profesor virtual a distancia, en el primer Senado de nuestra democracia cuando los dos trabajábamos como senadores por designación real en el solemne edificio de la Plaza de la Marina Española. En ese Senado de las Constituyentes, Julián Marías trabajaba como lo ha hecho a lo largo de sus días: con su bien probada competencia y con sus valiosas propuestas, siempre razonadas y expuestas con su claridad habitual de gran profesor que siempre ha sido para presentar los textos que debían componer la Constitución de 1978.

He tenido después, como todos los españoles, la oportunidad de disfrutar con la lectura de sus *"Ensayos sobre España"* y de escucharle en muchas de sus conferencias. Sus colaboraciones en la prensa diaria, escritas en un español envidiable, brindaban a quien las leía, cómo volcaba Julián Marías su razón en los temas diarios y los problemas que vivíamos los españoles. Una lectura de la que siempre obtuve pensamientos que permitían conocer mejor esas cuestiones cotidianas con las que apoyar nuestras propias ideas.

Julián Marías no puede estar presente con nosotros en este día por razones de su edad y su salud pero estoy seguro de que estará trabajando en Madrid y lo seguirá haciendo al desplazarse en el verano a su admirada Soria sin perderse, en ningún caso, la oportunidad de hacernos llegar su prosa y sus ideas en el inmediato futuro.

En todo caso, practicará, donde quiera que resida, de manera ejemplar, el lema del Congreso: *"Vida activa toda la vida"*, que ha constituido el lema diario de su conducta.

* * *

El tercer personaje del Premio del VI Congreso de Mayores es el que se ha concedido al más premiado de los escritores españoles: José Jiménez Lozano, castellano viejo nacido en el pequeño pueblo de Ávila, Langa, y hoy vecino de Alcazarén. Sus lugares de nacimiento y residencia actual denuncian, al mismo tiempo, su capacidad de vivir y escribir desde el retiro y el silencio. Esos pequeños pueblos castellanos, alejados del bullicio de las grandes ciudades que hacen difícil la reflexión e impiden crear la verdadera literatura.

Este personaje se licenciaría en Derecho y Filosofía y Letras en dos universidades castellanas: Valladolid y Salamanca. Sobre esa base firme iniciaría sus estudios de Periodismo en la Escuela Española de Periodismo de Madrid, que concluirá en un año clave de su vida: 1962, y con sus 32 años cumplidos ingresará en el diario vallisoletano de *"El Norte de Castilla"*.

Un periódico que yo conocía muy bien desde mi niñez porque puntualmente llegaba cada día a la casa que mis padres tenían en la finca de nuestra familia situada cerca de Carrión de los Condes y cuyo nombre (*Abadía de Benevívere*) expresaba, con claridad y con acierto, lo que era realmente para la chiquillería que disfrutábamos en ella. Pero ese nombre resultaba bien inadecuado para nuestros mayores. Castilla y España vivían entonces, en la década de los 30, dominados por la II República, unos momentos bien difíciles para su agricultura y para los agricultores, bien contrarios al *"benevívere"* que proclamaba el nombre de lo que constituía su campo. Muchos de esos años 30 registraron cosechas cortas que traían el malestar de los agricultores, una situación que no se solucionaba cuando las cosechas eran mayores, porque los precios de los productos agrarios caían de sus niveles creando la ruina del campo. Aprendimos entonces que las buenas cosechas no eran capaces de crear mayor bienestar pues, con

abundancia, nadie garantizaba el precio de los productos agrarios, lo que hacía que la abundancia de la producción agraria fuera tan temida como la situación de los campos que registraban las malas cosechas.

Todo ello hacía que la agricultura fuera para trabajadores y empresarios una amarga ocupación.

En esos años, mi padre esperaba la llegada diaria de *"El Norte de Castilla"* porque, al decir de él, ofrecía la mejor información de los problemas del campo y de sus preocupaciones. Mi padre y sus hermanos siempre buscaban *"El Norte de Castilla"* y sus trabajos y opiniones constituían el tema de información y discusión de las tertulias del pueblo de Carrión.

Volví a encontrarme con *"El Norte de Castilla"* cuando gané la cátedra de Economía y Hacienda Pública de la Universidad de Valladolid. *"El Norte de Castilla"* era entonces el de los principios de los años 60 en el que había ingresado Jiménez Lozano y que dirigía Miguel Delibes y en el que convivían los escritores que integraban la formidable generación de periodistas que hacían de *"El Norte de Castilla"* uno de los mejores diarios de España. En él estaban, además de Delibes y Jiménez Lozano, José Luis Martín Descalzo, Francisco Umbral, Manuel Leguineche, César Alonso de los Ríos, que se convertirían todos ellos, más adelante, en firmas destacadas de la prensa española.

José Jiménez Lozano sería Subdirector de *"El Norte de Castilla"* en 1978 y Director en 1992. Las páginas del periódico de esos años están llenas de trabajos de Jiménez Lozano que los lectores no olvidaban nunca, concediéndoles un lugar en la lectura inicial que probaba su interés por colaborador y colaboración. A veces estos escritos no estaban firmados pero sus lectores los reconocíamos como propios de Jiménez Lozano porque su prosa tenía una peculiaridad y una calidad que revelaba su autoría para quienes seguíamos en el periódico sus escritos.

Pero José Jiménez Lozano no se ha encerrado tan sólo en sus escritos periodísticos. Tiene tras de sí una obra ingente en los campos de la novela, del ensayo y de la poesía.

Esa labor desbordante fue reconocida a lo largo de todos los años de su carrera, cosechando los premios más destacados: Premio de Castilla y León a las Letras por el conjunto de su obra (1988); Premio Nacional de las Letras Españolas; Premio Luca de Tena de Periodismo (1994); Premio Nacional de Periodismo Miguel Delibes (2000). Esa relación de premios singulares había de cerrarse con la más brillante: Premio de Literatura en lengua castellana Miguel de Cervantes (2002).

Sé bien que estos recuerdos que he traído a vuestra consideración constituyen tan sólo los signos externos de un personaje castellano extraordinario que comparte con mi alegría personal el Premio que hoy se le ha entregado con motivo del VI Congreso que lleva por título *"Vida activa toda la vida"*.

4. Un Premio debe valorarse, finalmente, como afirmaba al principio de mis palabras, por la persona que nos lo entrega y el acto en el que se realiza, al elegir la presidencia singular de este acto de clausura y el ambiente en el que tiene lugar. Porque es el caso de que este VI Congreso de Mayores invitó a uno de los personajes más queridos por los castellanos, Su Alteza Real la Infanta Doña Cristina, que ha sabido corresponder a todas las demandas de su presencia realizadas desde Valladolid. Como todos ustedes conocen, Su Alteza Real, la Infanta Doña Cristina, aceptó en su día la invitación para calificar, bajo su nombre, el Premio de Investigación Económica convocado y concedido anualmente por la Consejería de Economía del Gobierno de la Junta de Castilla y León. Esa invitación fue aceptada y la demanda de su presencia concedida, una decisión que ha llevado a contar con su presencia en los ocho años que el Premio ha cumplido.

Esa presencia activa se registra también en este VI Congreso Nacional de Mayores y en la entrega del Premio que recibimos que adquiere, por ello, para todos nosotros, el valor adicional que acompaña a la solemnidad del acto y el afecto con el que recibimos la distinción de manos de Su Alteza Real, la Infanta Doña Cristina. Gracias por todo ello: por esta mañana que nos permitís disfrutar en la clausura de este VI Congreso para Mayores organizado por vuestra Confederación, por la cordialidad que habéis sabido poner en esta convivencia con nosotros y gracias, Infanta Cristina, por vuestra presidencia en este acto que nos deja el recuerdo de una jornada en la que celebramos el lema del VI Congreso: *"Vida activa para toda la vida"* que desearíamos, en el tiempo que nos aguarda, convertir en realidad para todos los que vivimos este acto.

EL CONGRESO EN IMÁGENES Y EN LA PRENSA

ACTIVIDADES PRECONGRESUALES

Los actos desarrollados con motivo del VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores fueron más allá de las jornadas de ponencias celebradas los días 20 y 21 de octubre en Valladolid. Previamente, la sede de CEOMA en Madrid acogió dos encuentros con el fin de aclarar conceptos de cara a la gran cita.

Coincidiendo con el Día Internacional de las Personas Mayores, el pasado 1 de octubre, CEOMA organizó una Mesa Redonda con el objetivo de repasar las conclusiones del V Congreso y evaluar el seguimiento de los compromisos adquiridos.

La Mesa estuvo presidida por D. Ignacio Buqueras i Bach, presidente del Comité Ejecutivo del V Congreso y moderada por Miguel Bordejé Antón, presidente de CEATE. En la sesión, intervinieron Concepción Cristellys de la Torre, presidenta de la Hermandad de Jubilados de los ministerios de Comercio, Economía y Hacienda; Eva García Blanco, vicepresidenta de la Hermandad de Pensionistas de la Administración Local; Vicente Herrero Herrero, gerente de la Asociación de Jubilados y Pensionistas de Ibercaja y Dolores San Antonio, presidenta de CONFAV.

La base científica de los actos preparatorios del VI Congreso corrió a cargo del catedrático de la Universidad Complutense Félix Pérez y Pérez, quien el pasado 8 de octubre dio una conferencia sobre Biofisiopatología de la Discapacidad del Hombre.

En la imagen, D. Félix Pérez y Pérez, D. Eduardo Rodríguez Rovira, presidente de CEOMA y Dña. Maite Ruiz de la Parte, Secretaria General del Comité Ejecutivo del Congreso durante la conferencia impartida en la sede de CEOMA.

ACTIVIDADES SOCIALES DURANTE EL CONGRESO

CONCIERTO

Los Congresistas pudieron disfrutar del recital ofrecido, el día 20 de octubre, por el Coro "Amigos de la Zarzuela", (en la imagen), y del concierto de la Orquesta Sinfónica de Castilla y León.

Misa solemne en la Catedral de Valladolid Oficiada por el Arzobispo D. Braulio Rodríguez Plaza

VISITA A PEÑAFIEL
Los congresistas tuvieron la oportunidad, el día 19, de visitar el Castillo de Peñafiel.

INTERVENCIONES DURANTE EL CONGRESO

Mesa Redonda: “Libro Verde Sobre la Dependencia en España”

Fundación ASTRAZENECA: D. Julio Sánchez Fierro, Patrono de la Fundación AstraZeneca; Excmo. Sr. D. Eloy Ibáñez Bueno, Embajador de España; D. Luis Cayo Pérez-Bueno, Director Ejecutivo del CERMI; D. Juan Díez Nicolás, Catedrático de Sociología Universidad Complutense de Madrid.

Inauguración del VI Congreso

Excma. Sra. Dña. Ana Pastor Julián, Ministra de Sanidad y Consumo

Excmo. Sr. D. Guillermo Sierra. Arredondo, Presidente de la Organización Médica Colegial

Excma. Sra. Dña. Rosa Valdeón, Consejera de Familia y Bienestar Social de Castilla y León

Conferencia Inaugural

Excma. Sra. Dña. Ana Botella Serrano, Concejal de Gobierno de Empleo y Servicios al Ciudadano del Ayuntamiento de Madrid.

En la imagen Dña. Marisa Viñes, Dña. Mª Rosa Lunas, D. Antonio Jiménez Blanco, Dña. Ana Botella, D. Francisco de las Marinas, Dña. Carmen Marco y D. Javier García Pérez.

Las Excmas. Sras. Dña Ana Pastor, Ministra de Sanidad y Dña. Ana Botella, Concejal de Gobierno de Empleo y Servicios Sociales al Ciudadano del Ayuntamiento de Madrid, intercambian impresiones sobre el Congreso con el Excmo. Sr. D. Francisco Javier León de la Riva, Alcalde de Valladolid.

Mesa Redonda La Discapacidad: “Experiencias Personales”

La mesa estuvo presidida por Dña. Carmen de Alvear, Secretaria General de CEOMA e intervinieron Dña. Carmen García Sabadíe, de la Oficina del Paciente de la Comunidad de Madrid y D. Andrés Aberasturi, periodista y Presidente de la Fundación Nido.

Mesa Redonda: “La Protección Social de la Dependencia”

D. Antonio María Sáez Aguado, Gerente de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junto a él en la mesa, D. Marcial fuentes, Dña. Nieves Ramos, D. Antonio Sáez, Dña. Mayte Ruiz de la Parte, presidenta de la mesa y D. Rafael González Vergara.

Inauguración Segunda Jornada

Ilmo. Sr. D. Carlos Mª Martínez Martínez, Director de la Obra Social de Caja Madrid

Ilmo. Sr. D. José Carlos Baura Ortega, Subdirector General de Planificación, Ordenación y Evaluación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Dr. D. Juan Manuel Martínez Gómez, Director Nacional Eulen Servicios Sociosanitarios, Geriatra

Conferencia: “La Protección a las Personas en Situación de Dependencia en España

Profesor D. Gregorio Rodríguez Cabrero, Catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá de Henares.

Clausura del VI Congreso

La Infanta Dña. Cristina saluda al Alcalde de Valladolid en presencia de Dña. Lucía Figar, Secretaria General de AA.SS y Dña. Rosa Valdeón Santiago, Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León.

S.A.R la Infanta Doña Cristina saluda a los miembros de Comité de Recepción de CEOMA. En la imagen D. Francisco de las Marinas, Doña Carmen Marco y Doña Marìa Rosa Lunas, Vicepresidentes de CEOMA.

Dña. Mayte Ruiz de la Parte, Dña. Lucía Figar, D. Juan Vicente Herrera, S.A.R. la infanta Dña. Cristina, D. Francisco Javier León de la Riva y D. Eduardo Rodríguez Rovira.

Excma. Sra. Dña. Lucía Figar Lacalle, Secretaria General de Asuntos Sociales.

Excmo. Sr. D. Juan Vicente Herrera Campo, Presidente de la Junta de Castilla y León.

PREMIOS ENTREGADOS EN EL MARCO DEL VI CONGRESO

Premio Mapfre Medicina “A toda una vida de entrega profesional”

La Infanta Dña. Cristina entrega el premio al Dr. D. Olegario Ortiz Manchado.

Premio “Vida activa toda la vida”

S.A.R. la Infanta Dña. Cristina con los galardonados: el Dr. D. Olegario Ortiz Manchado, Lola Herrera , el Excmo. Sr. D. Enrique Fuentes Quintana y el Excmo. Sr. D José Jiménez Lozano.

El Excmo. Sr. D. Enrique Fuentes Quintana recibe el premio de manos de la Infanta Dña. Cristina.

S.A.R. la Infanta Dña. Cristina hace entrega de su galardón a Lola Herrera.

El Excmo. Sr. D. José Jiménez Lozano es felicitado por la Infanta Dña. Cristina.

D. Julián Marías cuyo delicado estado de salud le impidió recoger personalmente su premio.

El Excmo. Sr. D. Enrique Fuentes Quintana, durante su intervención agradeciendo la concesión del Premio "Vida activa toda la vida" en nombre de todos los galardonados.

Presentación de conclusiones y cierre del Congreso

D. Miquel Sánchez i López; Dña. Carmen Quintanilla, D. Eduardo Rodríguez Rovira; D. Lorenzo Rodríguez Durántez; D. Santiago Serrano; Dña. Elvira López Martín y D. Manuel Serrano Herrero.

“Bases para una Ley Estatal de Protección a las Personas con dependencia”.

D. José Luis Rey Mora, D. Juan Ramón Gallo, D. Licinio de la Fuente, D. Manuel Ocaña Losa y D. Luis Álvarez, ponente.

ALMUERZO DE CLAUSURA

Conferencia Final en el Almuerzo de Clausura

Excmo. Sr. D. Tomás Burgos Gallego, Diputado por Valladolid y miembro de la Comisión del Pacto de Toledo del Congreso de los Diputados**.**

D. Jesús Merino, presidente de la Comisión del Pacto de Toledo, durante su intervención en Almuerzo de Clausura.

Los congresistas durante el Almuerzo de Clausura.

Diferentes vistas del Salón de plenos durante los actos del Congreso.

MESAS DE LAS PONENCIA

Bases para una Ley Estatal de Protección Social a las Personas con Dependencia
D. Luis Álvarez Rodríguez, Presidente del Grupo Mayores de Telefónica, ponente.

Ponencia 1.- La población dependiente. Características sociodemográficas
D. Rufino Blanco Ruiz de la Prada, ponente; Dña. Loles Díaz Aledo**,** presidenta de la Mesa; D. Modesto Prieto Galán, secretario; D. José Luis Álvarez García, vocal.

Ponencia 2.- Epidemiología y causas de la dependencia. Prevención de la misma.
Dr. D. José Fornes Ruiz, ponente; D. Alejandro Fernández-Pombo, presidente de la mesa; Dr. D. Ángel del Oso Cantera, vicepresidente; Dr. D. Eladio García García, vocal.

Ponencia 3.- Valoración de la dependencia. Niveles.
D. José Colldefors Valcárcel, ponente; D. Luis Ángel de la Viuda Pereda, presidente de la mesa; Dña. Concepción Cristellys de la Torre, vicepresidenta; D. José Comitre Bello, secretario.

Ponencia 4.- El envejecimiento activo
Dña. Carmen Marco Marco, ponente; D. Jesús Sánchez Martos, presidente de la mesa; D. Fulgencio Ruiz de Laencina, vocal; Dña. Rocío Fernández Ballesteros, experta.

Ponencia 5.- Aspectos sociales y familiares de la dependencia. Los cuidadores. Aspectos intergeneracionales
Dña. Carmen de Alvear, ponente; D. Rafael Termes Carreró, presidente; D. Francisco Viver Bondía, secretario; Dña. Dolors Colom, experta.

Ponencia 6.- Provisión de Servicios a Personas Dependientes
D. Javier García Pérez, ponente; D. Javier García Mellado, vicepresidente de la mesa; Dña. Eva María Carreira Vaquero, secretaria.

Ponencia 7.- El gasto público y privado en atención a la dependencia. Financiación Presente y futura
D. Mario Cugat, ponente; D. Higinio Raventós Negre, presidente de la mesa.

Ponencia 8.- Modelo y metodología de cuidados. Normas generales.
D. Modesto Chato de los Bueys, ponente; D. Esteban Pérez Almeida, presidente de la mesa.

Ponencia 9.- Calidad. Acreditación de centros y servicios. Formación.
D. Francisco de la Marinas Alférez, ponente; D. José Lladró Dolz, presidente de la mesa; D. Antonio Burgueño, experto-asesor.

Ponencia 10.- La Protección Jurídica a los mayores dependientes
Dña. Marisa Viñes Millet, y D. Antonio Martínez Maroto, autores; D. Rafael Pineda Soria, presidente de la mesa; Dña. Lola San Antonio, vocal.

Ponencia 11.- La protección de la dependencia en la Unión Europea. MODELOS
D. Francisco Sanabria Celis, ponente; D. Antonio Jiménez Blanco, presidente de la mesa; D. Rafael Sánchez-Plaza, vicepresidente; D. Alfredo Arévalo, secretario.

Ponencia 12.- Legislación y planes de atención a la dependencia en las Comunidades Autónomas españolas
D. Conrad Ensenyat i Sacristán, ponente; D. Manuel Serrano Herrero, vicepresidente; D. José Muñoz Puerta, secretario.

I FERIA DEL MAYOR: "MAYORES EN ACCIÓN"

Vistas del espacio dedicado a la I Feria del Mayor “Mayores en Acción”.

RUEDA DE PRENSA DE PRESENTACIÓN DEL CONGRESO (16 de septiembre de 2003)

Diferentes momentos de la Rueda de Prensa de presentación del Congreso. Valladolid 16 de septiembre 2003.

El Presidente de CEOMA, D. Eduardo Rodríguez Rovira, atiende a los numerosos medios asistentes al Congreso.

REPERCUSIÓN EN PRENSA

DIARIO MEDICO Miércoles, 22 de octubre de 2003

ENTORNO

Rodríguez Rovira en el VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores

"Queremos una legislación nacional que incluya financiación y planes"

Valladolid ha acogido el VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, en el que se han establecido las bases para elaborar una ley estatal de protección a las personas dependientes. Eduardo Rodríguez Rovira, presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (Ceoma), ha destacado que la ley es fundamental para lograr una mayor financiación que se traduzca en mejoras para las personas mayores.

CARLOS MENDEZ Valladolid

El VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores ha establecido las bases para elaborar una ley estatal de protección a las personas dependientes. Así lo ha explicado Eduardo Rodríguez Rovira, presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (Ceoma), quien ha señalado que con una ley nacional se acabaría con la dispersión legislativa existente: "Queremos que haya financiación, y por ello hay que comenzar con la ley, para que este dotada presupuestariamente [illegible] go se elaboren l[illegible] Rodríguez Rovira do lo que se ha ahora, "ya que p planificaba, y co bia financiación, se cumpla".

Protección social

La sexta edición del congreso se ha centrado en la protección social de las personas dependientes. Rodríguez Rovira ha destacado que aún estamos muy lejos de la media de la UE. Además, ha recordado que el gasto social en España es muy bajo respecto al resto de Europa: "Un 19 por ciento del PIB, frente a un 27 por ciento. Sería necesario incrementar un punto en sanidad, otro en protección a la familia, otro en pensiones y un 0,6 por ciento en atención a los mayores dependientes".

Rodríguez Rovira ha afirmado que considera necesario seguir manteniendo el

ABC | MIERCOLES 22/10/2003 | Sociedad | 67

Las asociaciones de mayores piden una ley de Dependencia que se financie con el IRPF

Las actuaciones que proponen equivalen a 2.300 millones de euros anuales

● La Infanta Doña Cristina clausuró ayer en Valladolid el VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores y brindó el apoyo de la Corona a las personas dependientes

ABC/B. MERINO

VALLADOLID. El VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, que ayer clausuró en Valladolid la Infanta Cristina, reclamó una Ley Orgánica de Dependencia cuyas actuaciones, cuantificadas en cerca de 2.300 millones de euros al año, sean financiadas por el IRPF, informa Efe.

El presidente de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (Ceoma), Eduardo Rodríguez Rovira, explicó que las bases para la citada ley apuestan por la creación de un nuevo impuesto que se recaudaría a través del IRPF. Sin embargo, Rodríguez matizó que «si se considera más viable a corto plazo la vía de contribuciones a la Seguridad Social, Ceoma lo apoyaría en aras a la rapidez para la puesta en marcha de esta Ley».

En el caso de que fuera aprobada, la ley propuesta en este congreso daría cobertura a más de un millón y medio de españoles mayores de 65 años que necesitan de algún tipo de ayuda para desarrollar su vida cotidiana. Y las actuaciones que contempla crearía un total de 2.068 empleos, lo que disminuiría la tasa de desempleo en España en un 2,03 por ciento.

Doña Cristina entrega a Jiménez Lozano el premio «Vida activa toda la vida» ICAL

ley estatal de protección social a las personas dependientes», establece que dicha norma deberá ser una Ley Orgánica que otorgue derechos subjetivos a los ciudadanos. Así se podrá exigir responsabilidades y su cumplimiento a nivel estatal, con independencia de las competencias que tengan las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos en su aplicación y gestión.

Apoyo de la Corona a los mayores

Durante el acto de clausura, la Infanta Doña Cristina transmitió el apoyo de la Corona a la petición de las organizaciones de mayores de proteger la dependencia como tanto afecta a la calidad

res en nuestra sociedad» y animó a las administraciones a trabajar desde dentro con las organizaciones para «construir soluciones». Y además recordó las propuestas de la Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada a iniciativa de la ONU: «El reconocimiento de los avances conseguidos por las generaciones de nuestros mayores; la consideración de la vejez como una etapa activa con sus matices propios, y la transmisión y el intercambio de experiencias y conocimientos como engrandecimiento de la sociedad».

En este acto, Doña Cristina entregó los premios «Vida activa toda la vida»

COMUNICACIÓN

Prisa reduce su resultado un 44 % pese a la mejora de «El País»

ABC

MADRID. El Grupo Prisa registró en los nueve primeros meses de 2003 un resultado neto de 47,61 millones de euros, lo que representa un 44 por ciento menos que el mismo periodo del año pasado. Las ventas crecieron un 5 por ciento, hasta 988,76 millones de euros. Además, el resultado de explotación creció un 4 por ciento. Este incremento se debe a una subida de circulación de diarios y al crecimiento de los ingresos publicitarios que han compensado el descenso de ingresos por venta de libros y derechos (8,5 por ciento). El beneficio antes de impuestos creció un 10 por ciento hasta los 73,11 millones. El crecimiento de los resultados operativos, unido a la mejora de la variación del circulante, generó un flujo de caja operativo de 47 millones de euros.

En estos meses, «El País» mejoró su resultado operativo un 23 por ciento, alcanzando un margen EBIT del 26 por ciento. Por su parte, el diario deportivo «As» consolida su crecimiento tanto en ingresos de circulación, con un incremento del 13,5 por ciento; como en difusión, un 14,7 por ciento más.

En radio, la Cadena Ser aumentó su rentabilidad un 3,7 por ciento en la facturación total y un 2,3 por ciento en los ingresos publicitarios. Por último, los ingresos de Santillana

60 | Expansión, martes 21 de octubre de 2003

ENTORNO

VI CONGRESO NACIONAL DE ORGANIZACIONES DE MAYORES

El envejecimiento de la población amenaza el Estado del Bienestar

España es el séptimo país del mundo con más población anciana. De seguir así, en 2050 los españoles serán los habitantes más viejos del planeta. El sistema de protección social está en alerta.

ANA MARTÍNEZ, Madrid

España es el séptimo país del mundo con un mayor porcentaje de ancianos. Casi siete millones de personas son mayores de 65 años, el 17 por ciento de la población. De ellas, un millón no se valen por sí mismas en la vida cotidiana. Una disminución severa o total de sus capacidades físicas o mentales de la que se hacen cargo familiares o cuidadores. Así lo asegura el *Libro Verde de la dependencia*, promovido por la Fundación AstraZéneca, que se presentó ayer en el VI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores celebrado en Valladolid.

La ministra de Sanidad y Consumo, Ana Pastor, que fue la encargada de inaugurar el acto, destacó el compromiso del Gobierno de garantizar la "igualdad efectiva" de los ciudadanos en materia de sanidad y servicios sociales. Pastor señaló que el hecho de que la sociedad española se

Ana Pastor inauguró ayer en Valladolid el VI Congreso Nacional de

La sostenibilidad del sistema social

España es, según datos de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD), el país de la Unión Europea con mayor esperanza de vida -de 82,7 años en mujeres, y de [illegible]

Federico García Lorca, María Teresa León y Rafael Alberti.

CULTURA

El Festival de Otoño arranca en Madrid con el musical 'Orients'

Valladolid acoge hoy un Congreso Nacional que busca mejorar la calidad de vida de los mayores

■ La urgencia de leyes para mejorar los servicios sociales centrará el debate ■ Ana Botella pronunciará la conferencia inaugural y será clausurado por la Infanta Cristina ■ José Jiménez Lozano recibirá el premio «Vida Activa, Toda la Vida»

El VI Congreso Nacional de Mayores que se inaugura hoy en la capital de Castilla y León buscará mejorar la calidad de vida y los servicios sociales de las personas de la tercera edad. Con el lema «Vida activa toda la vida», esta convención va

Raúl Mata
Valladolid

Las personas mayores son uno de los motores principales de nuestra Comunidad. Así lo señaló el presidente de la Junta de Castilla y León, Juan Vicente Herrera, quien además declaró que va a intentar poner en marcha nuevas políticas que les beneficien, ya que son uno de los principales tesoros de nuestra tierra.

En España hay casi siete millones de personas mayores de 65 años, es decir el diecisiete por ciento de la población. De ellas, un millón no se valen por sí mismas en la vida cotidiana al padecer una disminución severa o total de sus capacidades físicas y mentales, por lo que dependen de familiares o cuidadores para vestirse, comer, desplazarse, disfrutar o asearse.

Por eso y para recordar su importancia este amplio sector de la sociedad van a ser los principales protagonistas en el VI Congreso Nacional que se va a celebrar estos días en Valladolid.

Hoy alrededor de seiscientos representantes de asociaciones de la Tercera Edad para debatir sobre la protección social a la dependencia. En total se presentarán doce ponencias y las bases para una ley estatal

filadelfiana, organizada por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (Ceoma), reflexionará y debatirá sobre la reducción parcial, severa o total de capacidades físicas e intelectuales de este sector de la población, así como sus posibles soluciones paliativas. Ana Botella, presidenta de honor de Edad Dorada-Mensajeros de la Paz, será la personalidad encargada de pronunciar la conferencia inaugural de este Congreso, que será clausurado mañana por la Infanta Cristina.

Asimismo, en la última jornada los más de seiscientos participantes van a realizar una conclusión final en el que se van a aprobar las bases para una ley estatal de protección a las personas dependientes, para mejorar su situación y que las familias que ayudan a estas personas reciban una mayor cuantía económica.

Pero no todo serán análisis y debates, los asistentes que vengan a la capital de Castilla y León podrán disfrutar de un recital de Zarzuela que correrá a cargo del grupo «Amigos de la Zarzuela de Valladolid».

El certamen comenzará a las 9:30 horas con una mesa redonda titulada «Un libro Blanco para la protección de las personas dependientes». Minutos más tarde, Ana Botella pronunciará la conferencia inaugural «La Atención Social a los Mayores en una gran ciudad», en la que estarán presentes, entre otras personalidades, la ministra de Sanidad, Ana Pastor, el presidente de las Cortes de Castilla y León, José Manuel Fernández Santiago, la consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, Rosa Valdeón, el alcalde de Valladolid, Francisco Javier León de la Riva, y el presidente de la Diputación de Valladolid, Ramiro Ruiz Medrano.

Ana Botella saluda a un grupo de mujeres en su última visita a Castilla y León

Valladolid, también se va a celebrar la I Feria del Mayor «Mayores de Acción», que se podrá visitar en el Pabellón de Cristal de la Institución Ferial de Valladolid. Está previsto que las autoridades recorran los veinte «stands» que componen el certamen en los que se mostrarán productos y servicios específicos para las personas mayores, como publicaciones, revistas, viajes y material para discapacitados.

Ana Botella con Juan Vicente Herrera y Javier León de la Riva

Ana Botella abre hoy en Valladolid el Congreso Nacional sobre los Mayores

La necesidad de nuevas leyes para mejorar los servicios sociales serán el centro de los trabajos del encuentro pág. 49

Ofensiva de Rajoy contra el Plan Ibarreche

INSTITUCIONES Y ENTIDADES COLABORADORAS DEL VI CONGRESO NACIONAL DE ORGANIZACIONES DE MAYORES