

**LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA: PERSPECTIVA
GERONTOLOGICA Y OTROS ASPECTOS CONEXOS.**

RECOMENDACIONES DEL DEFENSOR DEL PUEBLO E INFORMES DE
LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA Y DE LA
ASOCIACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE GERONTOLOGÍA.

I N D I C E

I. RECOMENDACIONES DEL DEFENSOR DEL PUEBLO SOBRE LA ATENCION SOCIO SANITARIA Y ASPECTOS CONEXOS	7
II. LA ATENCION SOCIO SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA (INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA).	16
CAPÍTULO 1. LA PROTECCIÓN JURÍDICA A LAS PERSONAS MAYORES EN ASPECTOS SOCIO SANITARIOS DENTRO DEL MARCO LEGAL EXISTENTE	17
I. INTRODUCCIÓN.	18
II. LA PROTECCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN LA LEGISLACIÓN DE CARÁCTER GENERAL.	20
A. La protección jurídica desde el código civil.	20
1. Revisión del art. 211 del código civil.	21
2. Reforma del art. 203 del código civil,	24
3. Facilitar la autodesignación de tutor para los supuestos de una futura incapacitación.	25
4. Regular determinados contratos atípicos,	25
5. Revisión del derecho a la prestación de alimentos.	26
6. Fomentar el recurso de la curatela.	27
B. La protección jurídica desde el código penal.	28
C. El sistema fiscal y las personas mayores.	30

III. LA PROTECCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO. ANÁLISIS A NIVEL ESTATAL Y A NIVEL AUTONÓMICO.	30
A. A nivel estatal.	30
1. Referencia a la Constitución Española	30
a. El concepto de lo sociosanitario.	30
b. Distribución de competencias en materia de servicios sociales.	32
c. Los Estatutos de Autonomía y la Asistencia Social	33
d. El papel de las Corporaciones Locales.	34
2. Ley General de Sanidad.	35
a. El respeto a determinados derechos fundamentales recogidos en la Constitución.	36
b. Derecho a la protección general de la salud.	37
c. Derecho a la igualdad en el acceso a la prestación de los servicios sanitarios.	38
d. Derecho a participar en la política sanitaria y en el control de su ejecución.	39
e. Derecho a atención sanitaria integral y a la coordinación de los recursos	40
f. Derecho a la información.	42
g. Derecho a la confidencialidad.	44
3. Plan Gerontológico.	45
a. Reivindicaciones económicas.	46
b. Salud y asistencia sanitaria.	47
c. Servicios Sociales.	47
d. Cultura y ocio.	48
e. Participación.	49
4. Ley General de Seguridad Social y legislación laboral.	50
a. La legislación laboral y su especial incidencia en el apoyo a los cuidadores.	51

b. La protección económica	53
c. Pensión complementaria	55
d. La protección de la dependencia	56
B. A nivel autonómico.	59
1. Sistema catalán	62
2. Plan de atención sociosanitaria de Castilla y León	65
IV. CONCLUSIONES/PROPUESTAS.	69
CAPÍTULO 2. ANALISIS DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL MARCO DE LA ATENCION SOCIOSANITARIA.	72
I.INTRODUCCIÓN	73
II.EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA DEMANDA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES.	77
III. LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA.	82
A. La definición de “dependencia”.	82
B. Cuantificación de la dependencia.	82
C. Perfiles y necesidades de familiares cuidadores.	84
IV.PERSPECTIVAS DE FUTURO: LA CRISIS DEL APOYO INFORMAL Y EL ADVENIMIENTO DE LA DEPENDENCIA COMO NUEVA NECESIDAD SOCIAL.	90
A. La crisis del apoyo informal.	90
B. La necesaria intervención profesional en las situaciones de dependencia.	92
C. La configuración de los cuidados de larga duración como nueva necesidad social.	93

V. EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL	
DE LOS SERVICIOS SOCIALES	96
A. Evolución de los servicios sociales en España.	97
B. Servicios sociales dirigidos a las personas mayores	101
1. Hogares y clubes.	101
2. Adaptaciones de viviendas.	103
3. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).	105
4. Servicio de Teleasistencia.	109
5. Centros de Día.	110
6. Estancias Temporales en Residencias.	113
7. Sistemas alternativos de alojamiento.	114
8. Servicios institucionales.	118
C. Los sistemas de acceso a los servicios.	124
VI. VALORACIÓN GLOBAL Y PROPUESTAS.	125
A. Potenciación del SAD	128
B. Modelo de cuidados institucionales de larga duración.	131
C. Apoyo a familias cuidadoras.	134
D. Acceso a los servicios y sectorización.	136
E. Formación e investigación.	138
F. Promoción de cambios en la filosofía de los servicios sociales.	140
CAPÍTULO 3: ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA.	142
I. ASPECTOS ESPECIFICOS.	143
A. Introducción.	143
B. Características de la enfermedad en las personas mayores.	148
C. Cambios actuales en los patrones de la enfermedad.	149
D. Clasificación de las personas mayores en base a sus necesidades sanitarias.	150

1. Personas mayores sanas.	151
2. Personas mayores enfermas.	151
3. Ancianos de alto riesgo.	151
4. Paciente geriátrico.	152
E. Características que debe reunir la asistencia sanitaria a las personas mayores.	152
F. Organización de la asistencia sanitaria a las personas mayores en España.	154
II. LA ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA.	155
A. Programas específicos.	156
1. Cartera de Servicios de Atención Primaria	156
2. Programa del Anciano.	157
B. Dificultades en la planificación y ejecución de los Programas.	158
1. Escasez de tiempo por paciente.	158
2. Escasez de formación en geriatría de los profesionales.	159
3. Ausencia de servicios de geriatría de referencia.	162
C. Atención domiciliaria.	163
D. Coordinación.	164
E. Control de calidad.	165
III. ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN GENERAL.	166
A. Especialidades de uso más frecuente por las personas mayores.	167
B. Formación en medicina geriátrica.	168
C. Riesgos de la hospitalización en las personas mayores	169
D. Discriminación por edad.	172
E. Adecuación de las hospitalizaciones.	176
F. Control de calidad.	177

IV.	ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN GERIATRIA.	178
	A. Actuaciones desarrolladas.	179
	1. El programa “Vida als Anys”, Cataluña.	179
	2. Criterios de ordenación de servicios	181
	3. Otras experiencias.	184
	B. Características de la asistencia geriátrica.	185
	C. Rentabilidad de asistencia geriátrica.	187
	D. La formación especializada en geriatría.	188
	E. Recursos y carencias existentes.	190
	1. Por hospitales.	190
	2. Por número de especialistas en geriatría.	192
	3. Por tipos de unidades.	193
	F. Coordinación.	194
	1. Coordinación con atención primaria.	195
	2. Coordinación con los servicios sociales.	196
	V. CUIDADOS CONTINUADOS Ó DE LARGA DURACIÓN	197
	A. Atención domiciliaria.	199
	B. Atención en instituciones.	202
	VI. LA COORDINACIÓN SANITARIA	204
	A. En atención primaria-especializada.	205
	B. Entre servicios sanitarios y sociales.	206
	VII. PROPUESTAS.	207
	A. Asistencia sanitaria en general.	207
	B. Atención primaria.	209
	C. Atención especializada en general.	210
	D. Asistencia geriátrica.	211
	E. Cuidados sanitarios de larga duración.	213
	F. Coordinación.	215

I. RECOMENDACIONES DEL DEFENSOR DEL PUEBLO SOBRE LA ATENCION SOCIO SANITARIA Y ASPECTOS CONEXOS

A lo largo de los años de funcionamiento de la Institución del Defensor del Pueblo se ha puesto de manifiesto, en un número significativo de quejas, la situación de aquellas personas que, por no precisar un tratamiento exclusivamente sanitario, ni requerir sólo una atención social, encuentran dificultades para solucionar sus problemas, al no ser cabalmente atendidos ni por el sistema nacional de salud, ni por los sistemas de acción social.

La persistencia de la indicada situación parece aconsejar la constitución de un espacio sociosanitario o, cuando menos, el establecimiento de los adecuados cauces de coordinación, que permitan dar una respuesta coherente a aquellas personas que presentan problemas a los que no es posible dar una solución mediante la aplicación de medidas exclusivamente sanitarias o sociales.

Es muy cierto, sin embargo, que las distintas administraciones públicas no han permanecido impasibles ante la indicada cuestión. Así, en el año 1993, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el entonces Ministerio de Asuntos Sociales celebraron un acuerdo marco de coordinación sociosanitaria, cuya primera aplicación fue un convenio de colaboración para la atención sociosanitaria de las personas mayores. Por su parte, en el ámbito autonómico también se han implantado instrumentos destinados a la constitución de un espacio sociosanitario, siendo el más destacado de todos ellos el programa desarrollado en Cataluña a partir de 1986, al que han seguido más tarde los establecidos por otras comunidades, como es, a título de ejemplo, el caso de la Comunidad Valenciana, donde, en el año 1995, se implantó el programa especial para la atención a pacientes ancianos, a pacientes de larga evolución y a pacientes en situación terminal (PALET) y se suscribió un acuerdo de coordinación sociosanitaria por las consejerías de Sanidad y Consumo y de Trabajo y Asuntos Sociales. Por su parte, en Castilla y León se aprobó, en el año 1998, un plan de atención

sociosanitaria. En otras comunidades, se han previsto asimismo algunas medidas para la coordinación de los servicios sanitarios y de los servicios sociales.

Así las cosas, parece llegado el momento de disponer de un marco coherente y generalizado respecto de la atención sociosanitaria. En efecto, el previsible incremento de determinados segmentos de la población que precisan este tipo de atención y, en especial, las personas dependientes, aconseja que se estudie la posible implantación de las medidas necesarias para establecer un espacio sociosanitario.

Precisamente con objeto de conocer la situación actual de la atención sociosanitaria en España y cuáles podrían ser las posibles líneas para perfeccionarla, el Defensor del Pueblo consideró oportuno encargar sendos estudios a sociedades científicas de reconocido prestigio en un ámbito en el que las medidas de índole sociosanitaria resultan más necesarias: el de las personas mayores. Más en concreto, en fecha 16 de julio de 1998, se suscribieron convenios con la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y con la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. El primero de ellos tenía por objeto analizar la legislación en la materia; estudiar los instrumentos de coordinación establecidos entre las administraciones sanitaria y social; analizar los recursos sanitarios y los recursos sociales; y examinar los aspectos financieros. Por su parte, el segundo de estos informes se dirigía a obtener un análisis cualitativo, mediante el cual se aportara el criterio de los profesionales de la sanidad y de los servicios sociales sobre los problemas de la situación actual de la atención geriátrica y gerontológica, en aspectos tales como la coordinación, la interrelación y la provisión, así como las perspectivas de futuro sobre los mismos.

Los estudios elaborados por ambas sociedades científicas se acompañan a esta recomendación. Uno de estos informes ha sido

confeccionado por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y está dividido en cinco capítulos. En el primero de ellos, se analiza la protección jurídica de las personas mayores en aspectos sociosanitarios; en el segundo, se examinan los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria; el tercero versa sobre la asistencia sanitaria a las personas mayores; el cuarto atañe a la atención social a estas personas; y, por fin, el quinto y último capítulo se refiere a los costes y a la financiación de la atención sociosanitaria. El estudio recoge, además, como apéndice, un capítulo relativo a la inclusión de la dependencia como situación o contingencia específicamente cubierta por el sistema de Seguridad Social, así como una extensa bibliografía.

Los textos base de cada uno de estos capítulos han sido elaborados, respectivamente, por Antonio Martínez Maroto, Pilar Rodríguez Rodríguez, Antonio Carbonell Collar y Juan Ignacio González Montalvo, María Teresa Sancho Castiello y Gregorio Rodríguez Cabrero, habiendo asumido la coordinación general Juan Ignacio González Montalvo. Además de los autores de los textos base, han sido asimismo autores del informe Gonzalo Bravo F. de Araoz, Francisco Guillén Llera y José Manuel Ribera Casado, presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

Por su parte, en el segundo de estos estudios, realizado en el marco del convenio celebrado con la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología, se analizan las necesidades sociosanitarias de la población dependiente, recogándose para ello, mediante la intervención de profesionales del espacio sociosanitario, los ejes del debate teórico que se desarrolla en los campos profesionales de la sanidad y de los servicios sociales, con especial incidencia en las perspectivas futuras. Aparte de una serie de conclusiones y propuestas, también se incluyen, como anexos, una ficha resumen de los grupos de discusión, la composición de estos grupos y la documentación y bibliografía

consultada. La autoría del estudio corresponde a Gregorio Rodríguez Cabrero.

Conviene advertir que la elaboración de ambos informes no se ha llevado a cabo aisladamente; muy al contrario, se ha puesto un especial cuidado en la coordinación de ambos trabajos, para buscar así la complementariedad de los enfoques básicos con los que ambos están concebidos.

Los estudios realizados por ambas sociedades científicas contienen, en consecuencia, valiosas propuestas, dignas de ser tomadas en consideración a la hora de reflexionar acerca de las pautas a seguir para constituir un marco coherente y armónico para la prestación de la atención sociosanitaria a los sectores de la población que la precisan y, de modo especial, a las personas mayores. La Institución del Defensor del Pueblo debe dejar, por tanto, expresa constancia de su agradecimiento a ambas sociedades por el esfuerzo realizado al elaborar los estudios encargados y por los resultados obtenidos, reconocimiento que ha de extenderse a su disposición a sufragar una parte de los costes de aquéllos.

Estos estudios recogen una serie de propuestas de carácter técnico en los distintos aspectos que han sido analizados, por lo que no parece procedente reiterarlos formalmente a la hora de concretar el contenido de la presente recomendación. Su inclusión como anexos de la misma persigue precisamente la finalidad de poner a disposición de las administraciones con competencia en la materia las medidas que, en el criterio de estas dos sociedades científicas, serían necesarias para conseguir una atención sociosanitaria que respondiese a las notas de la eficacia y de la eficiencia.

Es necesario advertir, por último, que, en concordancia con el contenido de los repetidos estudios, esta recomendación, junto a los aspectos que atañen propiamente a la atención sociosanitaria a las personas mayores, se extiende a algunos aspectos conexos que guardan una íntima relación con dicha atención y que quedan enmarcados en ramas del derecho tales como la legislación civil, penal y laboral.

En consideración a lo expuesto, y en uso de las facultades que le confiere el artículo 54 de la Constitución y el artículo 30 de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, esta Institución formula las siguientes

RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Primera. Que se valore la oportunidad y conveniencia de estudiar las medidas necesarias para perfeccionar la asistencia sanitaria prestada por el sistema nacional de salud en el ámbito de la geriatría, teniendo para ello en cuenta, en su caso, las propuestas recogidas en los informes que se acompañan a esta recomendación.

Segunda. Que, tomando como precedente el acuerdo marco de coordinación sociosanitaria, así como el convenio de colaboración para la atención sociosanitaria de las personas mayores, suscritos con el entonces Ministerio de Asuntos Sociales en el año 1993, se estudien, conjuntamente con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, las medidas a adoptar para conseguir la dispensación coordinada de servicios sanitarios y de servicios sociales a las personas que precisen ambos tipos de prestaciones.

Tercera. Que se estudie la conveniencia de plantear en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la posible adopción de acuerdos, dentro de las funciones de coordinación, planificación, comunicación e información que tiene encomendadas, en torno a las pautas a seguir para la implantación generalizada, en coordinación con las administraciones competentes en el ámbito de los servicios sociales, de un espacio sociosanitario, para dar respuesta a las necesidades de los segmentos de la población que precisan la prestación integral de medidas sanitarias y sociales, con consideración especial de las personas mayores dependientes.

2. Al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Primera. Que se valore la oportunidad y conveniencia de estudiar, en coordinación, si fuera necesario, con el Ministerio de Sanidad y Consumo, 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.

Segunda. Que se estudie la posible implantación de nuevas medidas en el ámbito de legislación laboral a fin de favorecer la compatibilidad del desarrollo de la actividad laboral con la prestación de cuidados a las personas dependientes, siguiendo la línea iniciada por la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

Tercera. Que se incluyan en el Plan Gerontológico las medidas necesarias para perfeccionar la prestación de servicios sociales a personas mayores y disponer al efecto de recursos sociales en número suficiente, teniendo en cuenta, en su caso, las

propuestas recogidas en los informes que se acompañan a esta recomendación.

Cuarta. Que, tomando como precedente el acuerdo marco de coordinación sociosanitaria, así como, el convenio de colaboración para la atención sociosanitaria de las personas mayores, suscritos con el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 1993, se estudien, conjuntamente con este Ministerio, las medidas a adoptar para conseguir la prestación coordinada de servicios sanitarios y servicios sociales a las personas que precisen ambos tipos de servicios.

Quinta. Que se estudie la conveniencia de plantear, en el marco de la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales, la posible adopción de acuerdos, dentro de las funciones de coordinación y cooperación que le están encomendadas, en torno a las pautas a seguir para la implantación generalizada, en coordinación con las administraciones competentes en el ámbito de la sanidad, de un espacio sociosanitario, para dar respuesta a las necesidades de los segmentos de la población que precisan la prestación integral de medidas sanitarias y sociales, con consideración especial de las personas mayores dependientes.

3. Al Ministerio de Justicia.

Primera. Que se valore la oportunidad y conveniencia de elaborar los correspondientes proyectos legislativos, para regular, de manera armónica, en el marco de la legislación civil, todos los aspectos que atañen a las personas mayores, como son los internamientos involuntarios en centros geriátricos, los derechos de las personas internadas en los mismos y su limitación cuando

esta sea precisa para proteger su vida, salud o integridad física, o las de terceras personas.

Asimismo, que se considere la conveniencia de regular expresamente la posibilidad de que, antes de la declaración de incapacidad, la persona interesada pueda preconstituir el régimen de tutela que le debe ser aplicado en caso de ser declarado incapaz, tomando para ello el precedente establecido por la legislación civil de Cataluña.

Segunda. Que se estudie la posible modificación de la legislación penal, al objeto de dar una mayor protección a las personas mayores dependientes cuando son víctimas de hechos delictivos, en especial a través de la consideración que debe darse a la vejez en el marco de la regulación de la agravación de la responsabilidad penal.

4. Al Ministerio de Educación y Cultura.

Primera. Que se estudien las medidas a adoptar para que se impartan los conocimientos necesarios en geriatría en el marco de los estudios de medicina, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional y trabajo social, así como en las enseñanzas de cuantas otras profesiones guarden conexión con la atención a las personas mayores.

II. LA ATENCION SOCIOSANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA (Informe de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología).

***CAPÍTULO 1. LA PROTECCIÓN JURÍDICA A LAS PERSONAS
MAYORES EN ASPECTOS SOCIOSANITARIOS DENTRO DEL
MARCO LEGAL EXISTENTE***

I. INTRODUCCIÓN.

La idea de equiparar vejez a marginalidad en lo social, a inactividad en lo laboral, a pobreza en lo económico e incluso enfermedad en lo sanitario, es algo que aunque nos quede lejos, conviene tener en cuenta, porque no es mucho el tiempo transcurrido desde el que esa forma de pensar estaba instaurada en los estereotipos de vejez, ni tampoco, aún hoy, está totalmente erradicada de la forma de pensar de muchos ciudadanos.

Los cambios operados son realmente espectaculares y sin ánimo de proporcionar datos, porque no es el lugar probablemente, es necesario reconocer que el perfil general de los mayores ha cambiado. Ha cambiado la percepción que ellos mismo tienen de su propio grupo etario en conjunto y la que cada uno tiene de sí mismo, y también la forma en la que se contempla el fenómeno de "edad avanzada" por el grupo que todavía no ha llegado a esa etapa vital.

Con independencia de lo anterior hay una serie de factores que han determinado cambios significativos dentro del colectivo de personas mayores y que son los que están, quizás, propiciando parcelas en las que se pueden dar más fácilmente casos de desprotección jurídica. Los factores fundamentales que han operado este cambio y que tienen mucho que ver con la aplicación de determinadas normas jurídicas son principalmente los siguientes: El considerable aumento de las personas mayores de ochenta años. El incremento del número de personas mayores que viven solas. El aumento constante de la necesidad de cuidados y la crisis, sino quiebra en algunos lugares, del sistema de apoyo informal.

Esto para las personas mayores es muy importante, porque lógicamente en todos los campos, y por ende en el cuerpo jurídico los planteamientos son muy diferentes a como eran hace apenas una o dos décadas.

La situación emergente de determinados planteamientos jurídicos, que son usados en ocasiones como fenómenos reivindicativos y que en otras ocasiones ponen de relieve el quebranto jurídico que ciertas normas sufren en su aplicación a las personas mayores, hace que los profesionales de la gerontología en general y los propios mayores deban conocer más a fondo las cuestiones jurídicas que tienen especial aplicación en gerontología.

Los cambios habidos en el campo de la gerontología hacen que se tengan que replantear necesariamente los principales objetivos hacia los que estaba dirigida la política social en los años anteriores. Parece aconsejable por un lado que se tenga que replantear el Plan Gerontológico y por otro que haya que buscar un reforzamiento especial en la protección jurídica de las personas mayores, sobre todo de las personas mayores dependientes.

El presente trabajo se plantea con dos partes bien diferenciadas, en primer lugar resulta absolutamente necesario tener en cuenta aquellos déficits jurídicos de carácter general, para tratar de subsanarlos, para después en segundo lugar acudir a aquellas partes que pueden ser más concretas y específicas y que tienen que ver con lo sociosanitario en sentido estricto.

Creemos que si determinados temas generales no se subsanan, difícilmente la atención social y sanitaria a la persona mayor va a estar suficientemente garantizada, ni van a poder reclamarse como injustas o ilegales aquellas situaciones que lo sean, porque ni existirá la

información ni los caminos adecuados, ni en definitiva la conciencia general de supuestos denunciables, que algunas actuaciones pueden tener.

II. LA PROTECCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN LA LEGISLACIÓN DE CARÁCTER GENERAL.

A. La protección jurídica desde el código civil.

Independientemente de que haya quien piense que nuestro código civil es suficientemente claro y determinante en el ámbito de los derechos personales, tenemos que reconocer que en la materia que nos ocupa ni siquiera la reforma de 1983, con todo y haber sido importante, significativa y eficaz en su conjunto, ha venido a resolver algunos problemas que las personas mayores tienen planteados, y ello por la siguiente razón: el legislador parece que no tenía en su punto de mira a los mayores y por lo tanto tampoco ha considerado especialmente sus problemas y aquellas incidencias de matiz que deberían tener muchos de los artículos del código civil. Y no solo no se ha tenido en cuenta a las personas mayores sino que parece desprenderse del estudio del articulado que no se ha contado con un asesoramiento expreso para estos temas; y así resulta que los que tienen que analizarlo, interpretarlo y aplicarlo tienen serias dificultades, cuando de personas mayores se trata. Indudablemente el punto de mira estaba puesto en otros colectivos prioritariamente.

Por ello, parece aconsejable insistir en que si no quedan claros determinados postulados genéricos respecto a los derechos personales y libertades individuales, difícilmente se van a poder entender otros derechos más concretos.

Así, aunque sea someramente, no podemos olvidar que se viene reiterando con relativa urgencia la revisión de algunos artículos del código civil que van a tener especial significación en la salvaguarda de los derechos de los mayores. Entre otros tratamos de los siguientes :

1. *Revisión y perfeccionamiento del art. 211 del código civil, relativo a internamientos involuntarios.*

La redacción actual del artículo 211 del C.C. (párrafo primero) dice: “El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial. Ésta será previa al internamiento, salvo que por razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas. El internamiento de menores se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor”.

La redacción anterior del artículo 211 del C.C. (párrafo primero) decía: “ El internamiento de un presunto incapaz, requerirá la previa autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso, en el plazo de veinticuatro horas”.

Si la redacción del art. 211 del código civil tenía dificultades de interpretación, la reciente reforma sobrevenida como consecuencia de la Ley del Menor, ha sido realmente perjudicial para el colectivo de personas mayores, hasta el punto de que hay interpretaciones constatadas de juzgados que indican la no aplicabilidad de este texto

legislativo al internamiento de las personas mayores en centros residenciales. E incluso interpretaciones contradictorias dentro de la misma circunscripción judicial. Pero dejando este punto que puede ser extremo y que por suerte no es la interpretación más generalizada ni en la judicatura ni en la doctrina, debemos insistir en una nueva revisión del texto que tenga en mente los problemas del mayor, y las presiones que sobre ellos se ejercen en relación con su ingreso en una residencia para personas mayores.

Así sería aconsejable establecer sistemas intermedios de validación de manifestación de voluntad de una persona mayor, sistemas que por otra parte ya vienen funcionando en otros ordenamientos jurídicos de nuestro entorno. Esto garantizaría la toma de decisiones de aquellos que sin estar incapacitados pueden verse presionados por determinados condicionantes o por intereses personales no propios sino de las personas que se sienten obligadas a atenderles. Estos sistemas de validación intermedios son eficaces para determinadas decisiones personales, para las que sí estaría capacitada la persona mayor y dejaría la ineficacia para otras decisiones más complejas.

Debería especificarse concretamente la aplicación de este artículo a los internamientos carentes de declaración de voluntad expresa de las personas mayores, para que no existiera ninguna duda, por la gravedad de la casuística y por la importancia de las lesiones jurídicas que se suelen causar, o que al menos pueden causarse.

Asimismo convendría declarar a lo largo del artículo qué se entiende por urgente en lo que a internamientos involuntarios se refiere y dejar los supuestos de urgencia más o menos cerrados, enumerándolos.

Por último este artículo debería ser más explícito respecto a la custodia de los bienes materiales que el ingresado en un centro no puede controlar. Queda ahí un vacío importante, para el supuesto del presunto incapaz, o aquel que deviene en presunto incapaz estando ingresado, que no se aborda desde ningún sitio y supone realmente una situación extremadamente delicada.

No son pocos los que entienden que el desarrollo adecuado del art. 211 hubiera requerido una ley específica que contemplara los distintos tipos de internamientos y los diferentes colectivos de personas a los que se dirige, pero cuando menos la situación del interno requeriría la aprobación de un estatuto “ad hoc” que regulara y garantizara la salvaguarda de los derechos de las personas mayores tantas veces vulnerados. Este estatuto podría ser similar al que regula la situación de los internos de instituciones penitenciarias. Evitaría la mayor parte de ilegalidades que pueden producirse en este tipo de centros que únicamente están salvaguardados por las normas de carácter general.

El anteproyecto de ley de procedimiento civil contempla algunas de estas situaciones y probablemente puedan quedar resueltas, pero en el momento de hacer este informe todavía no es posible entrar en su análisis, dados los cambios a que lógicamente puede estar sometido, hasta que sea definitivamente aprobado.

2. *Reforma del art. 203 del código civil, ampliando la obligación que tienen los funcionarios y autoridades públicas de denunciar los presuntos casos de incapacidad a todos los profesionales que tengan contacto, por razón de sus puestos de trabajo, con estas personas.*

Dice el art. 202 del código civil que corresponde promover la declaración al cónyuge o descendientes y, en defecto de éstos a los ascendientes o hermanos del presunto incapaz. Continúa después el art. 203 diciendo que el ministerio fiscal deberá promover la declaración si las personas mencionadas en el artículo anterior no existen o no lo hubieren solicitado. A este fin las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del ministerio fiscal.

La legitimación activa queda clara a partir de estos artículos del código civil, pero se entiende que dicha obligación debería ser exigida también a todos los trabajadores del Estado en todas sus posibles variables y a aquellos que prestan sus servicios en el sistema privado y como consecuencia de sus cargos o puestos de trabajo, detectan un presunto caso de presunta incapacitación. La importancia de este tema lógicamente no necesita de mayores comentarios. Así saldrían a la luz muchos casos de incapacitación que actualmente, por diversas causas, pero muy especialmente por falta de familiares interesados en el tema, son puestos en conocimiento del juez, o del ministerio fiscal.

Se entiende asimismo que se denunciarían aquellos casos que realmente y por diversas razones deberían ser incapacitados, ya que los

profesionales pueden objetivar mejor lo que se entiende por urgente y necesario en las declaraciones de incapacitación.

3. *Facilitar la autodesignación de tutor para los supuestos de una futura incapacitación.*

Partiendo del incremento de determinadas demencias, y en especial de la enfermedad de Alzheimer, y teniendo en cuenta el elevado número de personas que previsiblemente van a tener carencias importantes en relación con su capacidad de autogobierno, sería importante que el art. 234 del código civil previera como posible tutor de la persona mayor incapacitada a aquel a quien hubiera designado el incapaz, mediante documento notarial, cuando se encontraba en pleno uso de sus facultades.

Asimismo facilitaría en buena medida la previsión anteriormente referenciada el hecho de crear un Registro de “Previsión de Tutelas” que permita al juez conocer si la persona en proceso de incapacitación hizo designación de tutor.

4. *Regular determinados contratos atípicos, suscritos normalmente , o con mayor frecuencia, por personas mayores, que tienden a conseguir una renta o servicio social vitalicios o cambio de un bien inmueble o de un capital.*

Resulta actualmente frecuente la suscripción por parte de personas mayores de determinados contratos que tienen por objeto conseguir la prestación de un servicio o una renta a cambio de la entrega de un bien inmueble. Este tipo de contratos, denominados

atípicos, ni se hicieron ni se desarrollaron pensando en lo que actualmente son y de ahí la gran cantidad de problemas que de ellos se derivan cuando los aplicamos a estos supuestos, un tanto irregulares, de los que son parte activa las personas mayores.

Entre ellos el más típico de los atípicos, es el contrato de vivienda-pensión, que no deja de tener una naturaleza híbrida y en el cual el único derecho que le corresponde a la persona mayor contratante o contratista es el derecho a recibir las cantidades acordadas y nada más. Los riesgos de cara a una empresa insolvente son grandes y la posibilidad del impago de una pensión de estas características genera grandes problemas y no menores riesgos para las personas mayores.. La posibilidad de resolución del contrato por parte del contratista (persona mayor) sería la solución óptima que facilitaría la eficacia del contrato y así se debería recoger en la revisión que se pide de todos estos temas en el código civil. Debería por tanto regularse expresamente este contrato y autorizar la resolución del mismo al que percibe la renta, por incumplimiento de esta obligación.

5. *Revisión del derecho a la prestación de alimentos.*

El derecho de alimentos que está perfectamente estructurado en la línea ascendente (hijo menor que reclama al padre), no tiene tanta versatilidad por lo que respecta a la línea descendente (padre que reclama a hijo). Convendría en este como en otros temas tener en cuenta que esta situación de solidaridad familiar es recíproca y como tal debe entenderse. La quiebra de este derecho se produce fundamentalmente porque es el propio mayor quien tiene irremediablemente que solicitar tal derecho y esto produce fricciones graves en la formulación de la demanda desde el momento en que no se entiende suficientemente, como correcto, el planteamiento de semejante

demanda, por razones, obviamente, de tipo sentimental. De ahí que sean muchas las situaciones en que no se plantea demanda por consideraciones emocionales subjetivas, que mantienen al presunto derechohabiente en situación absolutamente desventajosa e injusta. De ahí que se pida incesantemente que sea el propio ministerio fiscal el que en determinados casos y , al menos, cuando se comprometen fondos públicos, pueda ser el que inicie el expediente de reclamación.

6. *Fomentar el recurso poco utilizado de la curatela.*

Dentro de las instituciones tutelares, la curatela supone un avance importante para determinados tipos de protección en el colectivo de personas mayores. Viene a ser como una tutela a medida, en donde se propicia la ayuda, pero solo el tipo de ayuda que se requiere y no otra, ni más ni menos. Así se protege aquello que debe protegerse sin ejercer ningún exceso en la protección, ni anular determinadas facultades que operan adecuadamente.

Se pide, por tanto, un cuidado especial en el análisis y estudio de cada caso de incapacitación para facilitar el tipo de institución tutelar adecuado. La labor de los juzgados debería tener que verse auxiliada en todos los casos por una serie de informes complementarios que harían del trabajo judicial un verdadero estudio ponderado de aquello que conviene a cada caso concreto. Si esto sucediera así, serían muchas más las situaciones en las que estaría presente la curatela y esto redundaría en un mayor beneficio, con toda seguridad, de los incapacitados. Debiera ponerse en conocimientos de los juzgados la necesidad de que en todo proceso de incapacitación de persona mayor se contara con diferentes informes técnicos, cuantos más mejor, para que tras un estudio detenido de cada caso pudiera fomentarse mucho más la utilización del recurso tutelar de la curatela, como alternativa al

todo o nada que supone la no incapacitación o la incapacitación genérica.

B. *La protección jurídica desde el código penal.*

La protección básica de las personas mayores se consigue desde distintas áreas. Si importante es el campo civil que acabamos de ver, no lo es menos el campo penal, que supone una prevención especial de determinadas conductas a la par que reprime otras, lesivas de los derechos de los ciudadanos.

El vigente código penal, aprobado por Ley Orgánica 10/1995 no considera la vejez en sí como circunstancia especial para matizar algunas acciones punibles, y solo indirectamente se puede traer a colación esta circunstancia en la tipificación de algunas faltas o delitos que veremos en su momento.

Inicialmente debemos dejar constancia de las siguientes carencias, que repercuten en una peor defensa de los derechos de las personas mayores:

1- Hubiera sido bueno que una norma tan reciente no hubiera olvidado considerar como circunstancia agravante de la responsabilidad penal el hecho circunstancial de la vejez, cuando ésta se da en el sujeto pasivo del presunto delito o falta. Esta perspectiva hubiera hecho posible un tratamiento más justo, y homologado con otros ordenamientos.

2- Se ha perdido una buena ocasión para tipificar o delimitar con mayor concreción dentro de determinados delitos o faltas, aquellas acciones que suponen “maltrato” para algunos

colectivos, entre los que no podemos olvidar al de las personas mayores. Aunque bien es verdad que el término genérico de maltrato es consustancial a la mayor parte de acciones delictivas recogidas en el código, hubiera sido bueno referenciar el maltrato físico, psicológico e incluso el económico, así como unir determinados delitos o faltas a la figura del maltrato en personas mayores, del mismo modo que en la tipificación de otras acciones punibles se hace referencia a otros colectivos.

3- Por último, tendría que mencionarse directamente el hecho del abandono de personas mayores dependientes, que tienen muy limitada su capacidad de autodefensa y que en definitiva pueden ser objeto de otras acciones punibles.

Las personas mayores dependientes se encuentran, no obstante, directamente referenciadas en todos los artículos que hablan de incapaces y en los delitos y faltas relativos a derechos y deberes familiares. Pocas más son las referencias expresas que podemos encontrar, de lo que se deduce que sin entrar en la protección genérica que pueda prestar el código penal, la específica y concreta hacia las personas mayores dista mucho de ser la más adecuada. Lo que por un lado podría ser plausible, el considerar a las personas mayores como ciudadanos normales, no deja de ser comparativamente hablando, injusto, dado que otros colectivos están más directamente reflejados y entendemos, con independencia de lo anterior que la realidad de los hechos impone la necesidad de una consideración especial, como grupo vulnerable, objeto directo de muchas acciones punibles y con menos recursos de todo tipo para instrumentar su propia y adecuada defensa.

C. *El sistema fiscal y las personas mayores.*

Se venía pidiendo con reiteración, en éste como en otros temas, una revisión adecuada de la política fiscal, que tuviera en cuenta determinadas situaciones de desventaja de las personas mayores, y ello desde la perspectiva de la persona individual mayor, sujeto de declaración y desde el punto de vista de la familia con mayores a su cargo.

Sin ánimo de entrar a fondo en esta cuestión se recoge simplemente que la reforma llevada a cabo recientemente y que entró en vigor el uno de enero de 1999 ha asumido la mayor parte de las demandas planteadas. Bien es verdad que las medidas fiscales pueden parecer insuficientes cuantitativamente hablando, pero no por ello debemos dejar de anotar la sensibilidad que ha existido al respecto en la reciente reforma fiscal.

III. *LA PROTECCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO. ANÁLISIS A NIVEL ESTATAL Y A NIVEL AUTONÓMICO.*

A. *Análisis del desarrollo normativo sociosanitario a nivel estatal.*

1. *La Constitución Española. Situación competencial. Las categorías social y sanitaria.*

a. *El concepto de lo sociosanitario.*

La situación de la población mayor en España ha cambiado obviamente, por la evolución demográfica, la situación económica, el

perfil de los mayores y las características sociales y familiares del entorno. Ello ha hecho que paulatinamente los problemas tengan que irse resolviendo desde una nueva perspectiva que ya no es unidimensional, sino que supone una concatenación de elementos y disciplinas. Nace así la consideración multifacial de los temas relacionados con las personas mayores, y muy concretamente se empieza a hablar desde hace unos años de lo “sociosanitario”, como contexto de referencia para la resolución de algunos de los principales problemas que los mayores tienen. Se habla, así pues, de la consideración de muchos problemas desde al menos una doble vertiente social y sanitaria, que debe ser tomada en cuenta conjuntamente a la hora de la resolución de los problemas. La demanda sociosanitaria es pues una realidad. Y esta realidad no es lógicamente ajena al mundo del derecho positivo, al mundo de la norma, y desde esa faceta vamos a formalizar un acercamiento a esta realidad.

La característica esencial de la actuación sociosanitaria se encuentra en la necesidad de coordinación y actuación al mismo tiempo sobre un mismo sujeto y desde distintas áreas o campos. Se eleva a categoría principal el abordaje global de los problemas dado que una actuación de estas características es mucho más eficaz y eficiente.

Los modelos sociosanitarios nacen al amparo de las leyes autonómicas, o mejor dicho, del desarrollo de las mismas.

La primera Comunidad que empieza a hablar de estos temas es la Comunidad Autónoma de Cataluña con el programa “Vida als anys”, a partir de una Orden de 29 de mayo de 1986. A partir de aquí se van a ir configurando una serie de centros y servicios que nacerán y se consolidarán con esta categoría de sociosanitarios.

b. *Distribución de competencias en materia de servicios sociales.*

Resulta claro que de acuerdo al art. 149 de nuestra Carta Magna la competencia de los servicios sociales corresponden a las Comunidades Autónomas, las cuales los desarrollarán a través de sus respectivos Estatutos de Autonomía.

Con independencia de lo anterior parece claro que compete al Estado la regulación de todas aquellas condiciones que ayuden a mantener la igualdad entre todos los españoles. Asimismo es estatal la coordinación general sanitaria y el régimen general de la Seguridad Social. El art. 149.1.16 confiere al Estado esta 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.

El principal problema radica en que se producen dos sistemas diferentes de reparto de competencias en el mundo sanitario y en el mundo de los servicios sociales. Así, del mismo modo que puede existir un cierto sistema unitario de tipo jurídico en el campo de la sanidad y que parte de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, e incluso del propio Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, esto no sucede en los Servicios Sociales, en donde en modo alguno existe el sistema unitario referenciado, y no se da más que una

amalgama de disposiciones que emanan del Estado, de las Administraciones Autonómicas y de la Administración Local. En todas ellas no hay un hilo conductor o referencial y mucho menos una interdependencia o conexión. Así las cosas, parece claro que en gran parte, la coordinación sociosanitaria que debería ser competencialmente hablando tema asignado a la Administración Central, queda en manos de las diferentes Comunidades Autónomas, con la posible dispersión que ello puede acarrear. Y todo ello salvando esos otros principios generales atribuidos constitucionalmente al Estado y que tienen una relativa influencia en el tema que nos ocupa. (en lo que se refiere a los principios de igualdad, solidaridad, cooperación interterritorial, coordinación general etc...).

c. *Los Estatutos de Autonomía y la Asistencia Social o los Servicios Sociales.*

Al haber contemplado la propia Constitución la posibilidad de que las Comunidades Autónomas asuman todas o algunas de las competencias estatales en materia de Asistencia Social y Servicios Sociales se ha producido en realidad un traspaso de estas competencias de forma generalizada a los Entes Autonómicos, porque en principio así se ha desarrollado en sus respectivos Estatutos de Autonomía. Y esto se ha hecho sin excepción alguna. Cuestión diferente, aunque no vamos a entrar en ella, es el tema de los Servicios Sociales de la Seguridad Social en donde existiría una competencia compartida, al menos si nos movemos dentro de lo que se estipula en la propia Constitución. 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 atendiendo a las fuentes de financiación que de los servicios sociales se derivan.

Debe quedar claro que el sistema jurídico derivado de la Constitución no favorece especialmente el desarrollo normativo de la coordinación sociosanitaria, simplemente por la diversidad de Instituciones competentes sobre todo en lo social y también por qué no reconocerlo, porque ese complejo camino de las competencias en el campo social no se corresponde con las áreas sanitarias, en donde hay una Ley General que articula un sistema mucho más coherente en principio, y por supuesto mucho más unitario.

d. *El papel de las Corporaciones Locales.*

La Constitución española delimita la organización territorial del Estado. No obstante lo anterior y a diferencia de lo que hace con las Comunidades Autónomas, no especifica ni delimita las competencias de los Entes Locales, en los temas objeto de este informe. El art. 137 establece la organización territorial del Estado y reconoce al municipio determinada autonomía para la gestión de sus intereses. Hay que ser conscientes de que éste es el espacio primero de participación de todos los ciudadanos y el lugar donde mejor se van a detectar los distintos problemas y por ende donde las soluciones pueden ser las más ajustadas a las posibles necesidades. La ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local es la norma fundamental, que regula el ámbito de la actuación municipal.

Para nuestro tema de referencia bástenos saber que las competencias en materia sociosanitaria son mínimas. Tienen algunas facultades de planificación, recogidas en la Ley de Bases del Régimen Local y pueden prestar servicios sociales y de promoción o reinserción (art. 25 de la citada ley) y deben prestarlos aquellos municipios con más de 20.000 habitantes.

Otro tema importante en el que también tienen competencias y que indirectamente tiene que ver con las cuestiones sociosanitarias es el relacionado con el transporte accesible, la movilidad y la eliminación de barreras arquitectónicas.

Las provincias tienen un nivel competencial aún menor, que se limita a cooperación y coordinación de los servicios municipales, pudiendo prestar asistencia técnica, jurídica y económica. Existe también la posibilidad de crear demarcaciones supramunicipales, mancomunidades, sin que pueda privarse a los municipios de sus competencias.

2. *Ley General de Sanidad.*

La protección de la salud, derecho constitucional de todos los ciudadanos del Estado Español, reconocido en el art. 43 y 49 del texto constitucional, requería en su momento que los poderes públicos desarrollaran determinadas medidas que lo hicieran eficaz. Una de las primeras medidas adoptadas fue la publicación de la Ley de 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad, que es el principal eslabón de una cadena de reformas absolutamente necesarias.

Como características más importantes de la ley se deben resaltar las siguientes :

- La designación a partir del título VIII de nuestra constitución, de las Comunidades Autónomas como las competentes en materia de Sanidad.

- La reserva para el Estado de las funciones de coordinación general, entre otras.

- La introducción de la participación ciudadana en la organización y gestión de la Sanidad a través, entre otros, de los Consejos de Salud de Area.

Partiendo de aquí, no podemos dejar de tener en cuenta que según la mayor parte de las encuestas consultadas, el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es bueno. Incluso de muy satisfactorio lo califican el 70% de los consultados y solamente un 10% tiene una opinión negativa. Así haremos un análisis general de la legislación de asistencia sanitaria para detectar, a nuestro entender, donde se producen los principales fallos o quiebras legales, o simplemente incumplimientos para que de alguna manera puedan ser tenidas en cuenta, de cara a subsanarlas en la medida de lo posible. Y todo ello lógicamente desde la perspectiva del usuario como persona mayor.

a. *El respeto a determinados derechos fundamentales recogidos en la Constitución.*

Con carácter general y retomados en la Ley General de Sanidad, concretamente en su artículo 10, que no son tenidos en cuenta suficientemente.

Con una brevísima referencia a este tema, ya tratado en la parte de protección general, se quiere dejar constancia que la propia ley, en base a la importancia del tema, vuelve a tocar en el principio de la misma la necesidad de respetar el derecho a la dignidad de la persona, a la intimidad que cada ser humano necesita y por supuesto a la no

discriminación por razones de edad, tema que trataremos con mayor profusión dentro de un apartado posterior.

b. *Derecho a la protección general de la salud.*

Entrando con mayor concreción en el principal objeto de la ley, está el derecho a la protección de la salud. Así 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 recoge el art. 4.

Queda claro que estamos hablando de un derecho positivo 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. Dado que el concepto de salud puede ser interpretado en sentido más o menos amplio, cabría un posible escape a considerar la salud de una u otra manera. Pero cualquiera que sea su acepción no cabe duda que existen algunos estados permanentes de carencia de salud que no son atendidos por el sistema. Quizás sea la falta de infraestructuras adecuadas, quizás la escasez de los recursos asistenciales o económicos, quizás la dejación de obligaciones. De cualquier forma los esfuerzos por una atención mejor y más generalizada a las carencias de “situaciones saludables”, en muchas personas mayores, sería racional. Probablemente los estados críticos de salud estén mejor atendidos, pero la enfermedad crónica o los procesos terminales ofrecen sustanciales déficits.

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 un cien por cien.

c. *Derecho a la igualdad en el acceso a la prestación de los servicios sanitarios.*

“Los poderes públicos garantizarán la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, de acuerdo a dispuesto en la Constitución” 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.

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, el cierre casi sistemático a ser receptores de órganos para trasplante, la preterización en determinadas cirugías, no deja lugar a dudas. La igualdad total está relativamente distante, por no decir lejos.

Con todo y ser importante lo anteriormente dicho, quizás hay que mencionar otro punto que no por incipiente deja de preocupar. Nos referimos a las diferentes formas de ver la reorganización de los servicios sanitarios de cara al futuro. La Comisión de Análisis y

Evaluación del Sistema Nacional de Salud que separa determinadas funciones e incluso les asigna diferentes partidas presupuestarias, puede ser la base de determinadas reformas en las que la sanidad pública quiebre en favor de nuevas fórmulas que plantean nuevos modelos de gestión (fundaciones, empresas públicas, consorcios, sociedades autogestionadas) que pueden hacer peligrar mucho más este irrenunciable principio de igualdad en el acceso a la prestación de los servicios públicos de salud.

Quizás una mejora en la forma de gestionar lo público, en vez de buscar alternativas de sustitución, pudiera ser la solución que no creara nuevas diferencias en las que necesariamente las personas mayores, y por razones absolutamente obvias, iban a quedar peor paradas.

d. *Derecho a participar en la política sanitaria y en el control de su ejecución.*

Es éste un derecho recogido en el art. 5 de la ley General de Sanidad. Aunque bien es verdad que no está recogido con una estructura muy clara, pero deja establecida la referida participación que en modo alguno se ha desarrollado.

Quizás la falta de interés de las Administraciones públicas y la dificultad que el desarrollo estructural de la misma conlleva han sido la causa de este incumplimiento por ahora.

No parece exagerado considerar que partiendo de que un gran porcentaje de los usuarios de los servicios sanitarios son las personas mayores, se pudiera estructurar para el futuro esta participación

representativa teniendo en cuenta los criterios al respecto de este colectivo en razón de determinadas cuotas de participación.

La importancia de la puesta en marcha de estos órganos de participación no debiera posponerse demasiado.

e. *Derecho a atención sanitaria integral, a la coordinación de todos los recursos sanitarios y sociosanitarios (abordaje integral y coordinado).*

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”.

Aunque sea verdad que la falta de coordinación general y de atención integral no es un problema que afecte especialmente a ningún grupo etario, no se puede dejar de poner de manifiesto que la demora en la acometida de esta función perjudica muy directamente a las personas mayores, mucho más necesitadas de esta coordinación que cualquiera otra persona de otra edad, en base fundamentalmente a que una de las características de la vejez suele ser la pluripatología.

La referencia en el campo de la salud mental es mucho más directa y explícita, así el art. 20.4. dice “ Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de

prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales y a la pérdida de salud en general". Dado que son muchas las personas mayores que están de lleno inmersas en el campo de la salud mental, por padecer enfermedades psíquicas, es necesario recordar que la casi totalidad de los cuidados de atención recaen sobre familiares directos, poniéndoles en una situación realmente delicada. Casi siempre son deficitariamente atendidos sobre todo en las etapas finales, en lugares inadecuados, lo que propicia la pluripatología y los ingresos intermitentes y en definitiva la aceleración del final de la vida en condiciones realmente carentes de las más mínimas cotas de calidad.

En este tema sí que sería importantísimo tener una red de servicios sociosanitarios perfectamente conectados, que tuvieran como punto de mira la situación de carencia de salud de la persona. La exigencia legal está concretamente ahí.

Estas funciones de coordinación están también recogidas en el Real Decreto 137/1984 de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud, en donde habla de las funciones de coordinación de los médicos y del equipo de atención primaria. De cualquier forma esta exigencia se encuentra latente en toda la legislación sanitaria.

Dentro de la atención integral es preciso hacer hincapié en las carencias de la atención domiciliaria, motivada por la inexistencia de equipos multidisciplinarios de atención primaria a domicilio, y de la que resultarían especialmente beneficiadas las personas mayores, así como el establecimiento de los servicios de hospitalización a domicilio, que no pasan de ser meros intentos o apenas experiencias sin demasiada implantación.

f. Derecho a la información.

La información puede diversificarse en varias facetas. Y aunque bien es verdad que en los últimos tiempos se está avanzando enormemente, no es menos cierto que falta una información especial y específica de los servicios sanitarios, de los derechos y deberes de los usuarios y sobre todo una información personal comprensible para la persona mayor sobre su proceso sanitario y la multiplicidad de factores concomitantes que a su alrededor proliferan.

Estamos ante el derecho personal, no genérico, como los anteriores, más vulnerado, y a nuestro entender más digno de respecto y cuidado. La ley no deja de ser tajante en la formulación de su articulado (art.10 LGS y 6 del R. D. 63/1995 de 20 de enero sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del sistema nacional de sanidad entre otros) aunque no por ello ha conseguido imbuir a los profesionales de la salud y también de los servicios sociales de esta filosofía en modo alguno nueva, ya que se desprende de la esencia misma de la consideración de la dignidad de la persona y del no reemplazo de su voluntad por ninguna otra.

Con independencia de la no procedencia de profundizar demasiado en este tema, sí que al menos debemos insistir también en la idea de diferenciar lo que significa informar y comunicar, la información es una parte de la comunicación a la que tenemos derecho. La comunicación supone otras técnicas y habilidades que no siempre que ejercen, aunque es el punto de mira hacia el que hay que ir.

Todas las teorías del consentimiento informado, tan en boga en estos tiempos no hacen sino recoger la formulación de un principio general del derecho tan antiguo como el derecho mismo.

Preservar la autonomía personal del usuario de los servicios sanitarios es fundamental. Que tenga toda la información que necesite y requiera, y exigir su consentimiento ante cualquier acto del que puedan derivarse consecuencias importantes para su salud es asimismo, o debe ser, norma de actuación en la praxis sanitaria.

El quebranto de este derecho pudiera verse mermado si se fomentase otro precepto legal, contenido en la misma ley, que exige tener perfectamente formados a los profesionales de los servicios de la organización sanitaria. El art. 18.14 dice textualmente: (los servicios de salud promoverán) “la mejora y adecuación de las necesidades de la formación del personal al servicio de la organización sanitaria”. La información a la persona mayor requiere una capacitación a la que hay que dedicar tiempo para adquirir conocimientos adecuados y métodos precisos.

Sin ánimo de insistir más en un tema del que existe consenso general, no podemos pasar por alto la mención al art. 10.6.b. que dice textualmente :”Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho (a decidir) corresponde a sus familiares o personas allegadas.” La redacción, al menos, resulta totalmente inadecuada y sin ánimo de otro tipo de cuestionamientos debería en cuanto fuera posible enmendarse la absoluta inadecuación de este texto a los postulados generales del Código Civil, que en modo alguno haría buena esta teoría. Los procesos de toma de decisiones están formulados en la teoría general del derecho.

g. *Derecho a la confidencialidad.*

Todos los usuarios de las Administraciones Públicas sanitarias tienen derecho a “la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y su estancia en Instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público” art. 10.3 de la Ley General de Sanidad. En idéntico sentido, aunque con mucho mayor detalle, se describe la defensa de este derecho en el art. 61 de esta ley.

Especial significado tiene este derecho que defiende la intimidad personal y la no divulgación de situaciones y detalles que pertenecen normalmente a la esfera personal, cuando se refieren a temas sanitarios. Quizás la vulneración de la confidencialidad, sobre la que existe en general un especial respeto, suele ponerse más de relieve entre el colectivo de personas mayores, en donde buscamos con frecuencia otros cauces de información que no son los directos, por presunciones de incompetencia, no siempre bien entendidas y casi nunca bien resueltas. Así, aunque éstas existan, es claro que debe haber un interlocutor idóneo específicamente señalado por la ley, que no siempre coincide con el que se tenga más a mano.

Parece necesario exigir mayores precauciones en la aplicabilidad de este derecho buscando siempre la legalidad y no basándonos en presunciones de primera vista que pueden resultar cuando menos improcedentes. La confidencialidad es igualmente importante en todas las etapas de la vida y si existe una mayor propensión a vulnerarse con las personas mayores es por no ser respetuosos con la persona del mayor, sujeto activo de todo tipo de derechos, hasta que exista una incapacitación señalada por el juez.

3. *Plan Gerontológico.*

En el ámbito social, a diferencia del sanitario no existe una ley de Servicios Sociales, a pesar de que, de tiempo en tiempo, se siente la necesidad de formular un replanteamiento de la cuestión y se piensa que si no la hubo en un principio no es malo que exista ahora. De cualquier modo el tratamiento de los temas sanitarios y sociales es realmente diferente en la Constitución Española y diferentes son las consecuencias de su incumplimiento.

Al objeto de seguir con el mismo esquema en los temas sociales que en los sanitarios, vamos a tener que recurrir al Plan Gerontológico y a la Ley General de Seguridad Social, ya que no existe Ley de Servicios Sociales a nivel estatal.

Debe quedar claro que aunque el objeto del presente informe es el ámbito sociosanitario, al no existir normas que aglutinen los dos sectores, en el ámbito estatal, tenemos necesariamente que recurrir a los preceptos sanitarios y sociales por separado aunque los analicemos siempre con una perspectiva sociosanitaria.

Así desde los servicios sociales, el Plan Gerontológico ha marcado una pauta de comportamiento social y ha sido la directriz de muchas de las políticas de servicios sociales de las Comunidades Autónomas. El Plan Gerontológico se elaboró desde el entonces Instituto Nacional de Servicios Sociales, dentro del Ministerio de Asuntos Sociales y fue asumido por la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales en la totalidad de sus miembros.

La vigencia fue fijada por la propia institución que lo elaboró para el periodo 1992-2000. El Plan estaba dividido en cinco áreas (pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura-ocio y participación), que analizaremos a continuación, al igual que hemos hecho con la ley de sanidad, en orden a precisar qué medidas están

recogidas y no se cumplen, qué otras no están y señalar aquellas que precisan de una expansión suficiente para que puedan satisfacer los estados carenciales. La diferencia con la Ley General de Sanidad es ostensible en el sentido de que en el ámbito sanitario estamos ante una ley que obliga. Por el contrario un Plan no deja de ser un instrumento de desarrollo de Políticas Sociales para personas mayores que marca unas directrices que después deben ser desarrolladas, si se puede, por las Comunidades Autónomas. Por lo tanto aquí de nuevo nos movemos en dos ámbitos diferentes.

El Plan Gerontológico fue un referente técnico y un marco general donde se establecieron las líneas básicas de actuación para el desarrollo de las Políticas Sociales. Trataremos de analizar brevemente y siguiendo el documento de la propia institución, en la parte que nos interesa, hasta donde están recogidas las bases en las que pueda asentarse una política de atención sociosanitaria, y cómo se han cumplido las recomendaciones que recoge.

a. *Reivindicaciones económicas.*

Establecía en líneas generales, el Plan, la revalorización de las pensiones existentes, que eran bastante bajas, y exigía la universalización de las mismas a través de las pensiones no contributivas. Debemos reconocer que este derecho a revalorizar las pensiones se está consiguiendo poco a poco y la implantación de una red no contributiva es ya una realidad desde la ley 26/90 de 20 de diciembre por la que se establecen en la Seguridad Social las prestaciones no contributivas, desarrollada posteriormente por el RD 357/91 de 15 de marzo. No se han conseguido y no está claro que se pueda conseguir a muy corto plazo, que las pensiones no contributivas sean iguales al salario mínimo interprofesional, ni la pensión

compensatoria para personas mayores dependientes, objeto de consideración de otro apartado al que nos remitimos. Pero en general han existido avances importantes.

b. Salud y asistencia sanitaria.

Para el tema que nos ocupa es éste el capítulo más significativo. Al igual que sucede con la Ley General de Sanidad que toca determinados temas sociales, aquí se determinan algunas medidas que están recogidas más ampliamente en la ley. El grado de cumplimiento se califica de bastante satisfactorio lo mismo en atención primaria que en la especializada. La atención a las personas mayores dependientes y las prestaciones rehabilitadoras se encuentran en mucha peor situación. Se valora muy positivamente y se considera una importante addenda para la pensión, el hecho de la gratuidad de las prestaciones farmacéuticas. Todo lo referente a coordinación entre los servicios sanitarios y de éstos con los sociales sigue acumulando serios déficits, como ya hemos constatado anteriormente. Pero lo mismo en la ley, que en el contenido de este plan existe base para reivindicar un desarrollo normativo que ampare esta recomendación o derecho.

c. Servicios Sociales.

Como también hemos señalado anteriormente el sistema estatal de servicios sociales no es comparable al sistema de salud e incluso al de seguridad social. Al no haberse constituido este sistema de servicios sociales como de pleno derecho, la gratuidad se ha instaurado como norma y se han creado bastantes desigualdades interterritoriales y no menos desconexiones.

Por lo que respecta al tema de nuestro interés, las redes de viviendas tuteladas, residencias asistidas, apoyos familiares, ayudas técnicas y sobre todo ayuda a domicilio, han crecido de alguna manera, aunque hay que matizar que lo que realmente ha experimentado un fuerte crecimiento han sido las residencias y lo más deficitario en el contexto actual es la ayuda a domicilio, donde son más de seis puntos en porcentaje lo que nos separa de la media europea. Quizás lo más destacable sea, a nuestro entender, que este crecimiento se ha caracterizado por una cierta falta de programación y coordinación, pero las redes sociales de prestación de servicios se han visto fuertemente reforzadas, en algunos programas hasta niveles recomendados por la Unión Europea. En muchas ocasiones las bases estructurales, elementales, para conseguir una coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios, se encuentran establecidas, dependiendo su implantación, fundamentalmente, de decisiones políticas.

La red de servicios de atención domiciliaria es con toda seguridad una de las más necesitadas de crecimiento tanto cuantitativo como cualitativo en orden a conseguir una fundamentación básica de enganche con los servicios de atención sanitaria. Este sería una de los déficits primordiales.

d. *Cultura y ocio.*

Determinadas actividades de ocio tienen en cierto modo que ver con la coordinación sociosanitaria de forma más o menos directa, aunque bien es verdad que la mayor parte de estas actividades solo puede relacionarse muy indirectamente. Me refiero a lo que se considera la estrella de estos programas, exactamente los dedicados a Vacaciones y Termalismo Social, sobre todo este último puede tener una estrecha

relación con temas sanitarios, que evidentemente requerirían una mejor consideración y coordinación.

e. Participación.

La participación de las personas mayores en los temas sanitarios ha quedado clara anteriormente y más claro ha quedado que con independencia de lo que explicita la Ley General de Sanidad siguen sin desarrollarse los cauces de participación necesarios. Cuestión diferente es la relativa a los temas sociales en donde las indicaciones del Plan Gerontológico han tenido mejor respuesta tanto en lo que se refiere al asociacionismo en general de las personas mayores, como a los modos de regirse en las mismas, a través de estatutos que cada vez permiten mejores cauces de participación. Mención especial requiere el Consejo Estatal de las Personas Mayores, que lleva funcionando varios años y que supone una buena vía de asesoramiento para la planificación y la gestión de los programas sociales.

Todo ello supone actualmente un considerable avance, pero realmente queda aún mucho camino que andar para que tengamos una efectiva participación de los mayores en las decisiones que posibiliten vías de acceso más fácil a la prestación de los servicios.

Con esto se puede resumir, en cuanto al Plan Gerontológico se refiere, que las directrices marcadas por el mismo han sido relativamente asumidas y desarrolladas, y ha tenido un grado de cumplimiento general muy alto, aunque pueda constatarse que ni se ha hecho todo ni a veces de forma acertada. Pero al igual que hemos resaltado en los temas sanitarios, la coordinación, incluso dentro de las mismas áreas sociales, no ha sido la que cabría esperar y desde luego no ha sido la necesaria. Se puede constatar un aumento de los

programas y los servicios pero han sido pocos o han caído en saco roto los intentos por hacer abordajes sociales y sanitarios conjuntamente, teniendo siempre en cuenta al receptor, como algo unitario.

Así pues, debe ser objetivo primordial de futuro, el factor coordinación en todos los sentidos, lo mismo en la información, que en la difusión de experiencias o en la gestión de programas. Sería importante no perder de vista esto, para la génesis de un nuevo Plan.

4. *Ley General de Seguridad Social y legislación laboral.*

La ley General de la Seguridad Social desarrolla en su articulado, reiteradas veces objeto de reforma, una serie de mecanismos que vienen a proteger de distintas formas y maneras situaciones o estados de necesidad, que de quedar desatendidos supondrían una quiebra total del estado de bienestar social. Dicho esto no quiere decir ni mucho menos que esta atención responda a un sistema coherente de protección, antes al contrario la casuística de las prestaciones no pasa de ser una relación seriada que nada tiene que ver ni con la coordinación, ni con la coherencia y a veces ni siquiera con la justicia. Así, hay muchas situaciones protegibles, que no tienen cobertura y para otras, la protección que se propicia no pasa de ser un parche que no resuelve el problema.

La cobertura social que se facilita a las personas mayores aunque no sea armónica ni tenga carácter universal, al menos existe. Pero lo que no existe a lo largo del articulado de la ley, entre otras razones, porque quizás no sea ese el lugar apropiado, es una visión panorámica que deje vías abiertas a la coordinación de los sistemas social y sanitario. La creación de un espacio coordinado de atención sociosanitaria es inexistente y supone por tanto un grave problema del

que tenemos que dejar constancia aquí, porque en principio no está resuelto y se debería, con cierta urgencia, pensar en su resolución.

Todo ello exige quizás replantearse el marco general en el que se mueve el sistema protector de la Seguridad Social. Este nuevo enfoque debe permitir una mejor perspectiva de coherencia y un marco general de coordinación, que permita atender las nuevas necesidades con nuevos métodos más eficaces, a través de una protección más armónica. Esta coordinación lógicamente no atañe solamente al sistema de la Seguridad Social, de forma interna, sino que requiere abrir el punto de mira y buscar una coordinación externa al sistema, que ponga en común programas y servicios que pretenden un mismo fin.

A la hora de analizar la Ley General de la Seguridad Social, la hemos unido a la legislación laboral concomitante o derivada. Nos vamos a limitar solamente a aquellos temas que a nuestro entender están más directamente relacionados con la coordinación sociosanitaria o que pueden ayudar, lógicamente, a resolver los problemas que plantea su inexistencia.

a. *La legislación laboral y su especial incidencia en el apoyo a los cuidadores.*

La gran importancia de los cuidadores familiares ya se ha puesto de manifiesto desde distintos foros en diversas ocasiones, de ahí que fomentar medidas que permitan compatibilizar el trabajo con la prestación de cuidados debe ser tarea prioritaria de cualquier tipo de política coherente, en la actualidad.

El proyecto de ley, (todavía en fase de elaboración y por lo tanto susceptible de cambios), para promover la conciliación de la vida

familiar y laboral de las personas trabajadoras se ha hecho eco de gran parte de las reivindicaciones que poco a poco han ido tomando cuerpo y estructura. Quizás el punto de partida de todas estas medidas lo encontremos en la Constitución Española. Así en su artículo 14 se habla de la igualdad ante la ley y de la no discriminación, el 39 trata de instrumentalizar los fundamentos de protección a la familia y el 9.2, establece que los poderes públicos removerán los obstáculos que impidan o dificulten la plena participación de los ciudadanos en los diferentes contextos de la vida política, económica, cultural y social.

La necesidad de las medidas recogidas en el proyecto de ley son eco de los profundos cambios surgidos en los últimos tiempos y consecuencia del reparto de tareas entre hombres y mujeres para que vaya habiendo una distribución cada vez más equilibrada de responsabilidades familiares y laborales.

Entre las medidas que se necesitaría establecer, se destacan las siguientes:

- El capítulo primero facilita la integración en la vida familiar dando oportunidades a hombres y mujeres respecto a poder pedir permisos y excedencias para el cuidado de la familia. Se amplía igualmente el derecho a la reducción de jornada. Y, por último, se tienen muy en cuenta entre las causas de extinción del contrato laboral determinadas ausencias que tienen que ver con el cuidado de la familia.
- El capítulo quinto establece unas reducciones importantes en las cotizaciones empresariales a la Seguridad Social a efectos de paliar en lo posible los períodos de excedencia, permisos etc... y con la finalidad de que no sean los propios empresarios los que

tengan que sufrir en alguna medida estas ausencias laborales y así desincentiven la creación de puestos de trabajo.

- En los capítulos siguientes se adaptan las medidas establecidas a las leyes reguladoras de la Función Pública, para que lo modificado en el estatuto de los trabajadores les sea de aplicación a los colectivos comprendidos en el ámbito de su aplicación, tal y como establece la propia exposición de motivos del proyecto de ley.

b. *La protección económica como marco de cobertura de las necesidades y demandas de las personas mayores.*

El papel preponderante y la primordial importancia de las pensiones para las personas mayores se recoge en cualquier tipo de consulta o muestreo actual o pasado. Siempre es primordial y constituye la base de la cobertura de las necesidades de las personas mayores. Supone la más importante preocupación sobre todo para las personas mayores y sus familias, que en muchas ocasiones tienen que hacer frente con una modesta pensión a los elevados costes que atender a la dependencia conlleva.

El desarrollo de las pensiones tanto contributivas como no contributivas ha supuesto un hito considerable y sin precedentes. Pero al igual que se reconoce esta situación, justo es reconocer también que a pesar de todo, las pensiones siguen siendo insuficientes, máxime si de paliar la dependencia se trata.

Las pensiones son además más bajas en las franjas de edad en las que mayor grado de dependencia se genera, y esto es así por razones

obvias dentro de un sistema contributivo. Los mayores de edad más avanzada, son los que tienen menos cobertura en las cotizaciones y donde inciden mayoritariamente las pensiones no contributivas.

La cantidad de voces, desde todos los puntos que exigen soluciones a este tema, son cada vez más ostensibles y difícilmente se va a poder seguir haciendo oídos sordos. Por otro lado el mantenimiento del actual sistema de pensiones público requiere para su estabilidad y duración que no existan cambios bruscos que puedan desestabilizar o poner en peligro toda la cobertura social. Nos encontramos así con una fuerte necesidad y una no menor demanda social que exige, por un lado, sensibilización para esta cuestión y por otro el desbloqueo de una importante resistencia de los poderes públicos a aceptar cualquier medida drástica que pueda desestabilizar un sistema consolidado.

Con independencia de esto, un sistema moderno de atención social a las necesidades y demandas de las personas mayores, no debe obviar por mucho tiempo, algo que países con un nivel de desarrollo económico y social parecido al nuestro tienen estructurado o en vías de hacerlo.

c. *Pensión complementaria que financie las situaciones derivadas de la dependencia.*

Aunque sea un objetivo estatal aumentar las pensiones en los tramos más desfavorecidos, no parece aventurado predecir que nunca van a ser suficientes 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.

Proteger a las personas mayores es antes que cualquier otra medida facilitar medios económicos suficientes para que puedan ser atendidas correctamente. Una buena atención sociosanitaria exige que el Estado atienda las demandas para dar respuesta a las necesidades, o si no tiene esa posibilidad, facilite al menos medios económicos que permitan una minoración del gasto que la persona y su familia debe realizar.

Si miramos el nivel de cobertura de los servicios sociales, fundamentalmente la prestación de ayuda domiciliaria, nos daremos cuenta de que estamos todavía a bastante distancia de la mayor parte de los países de nuestro entorno comunitario. De ahí que se tengan que tener en cuenta algunas medidas que se proponen en la mayor parte de los foros de profesionales de la atención sociosanitaria:

- 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.-
- Instauración de 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 de servicios.

El contenido de este tema obviamente daría para mucho, pero se ha puesto de relieve aquí, para dejar constancia de la importancia que este sistema, de complementar la pensión normal, está tomando. Con toda seguridad será el tema estrella de los próximos años y se debatirán las diferentes formas o modos de su implantación. Quedan muchas preguntas por hacer en este apasionante tema, pero hemos querido poner de relieve que en la protección sociosanitaria de las personas mayores esta es una carencia importante, que cada vez menos, se va a poder permitir un Estado moderno y preocupado por las necesidades de sus mayores.

d. *La protección de la dependencia en el sistema de la Seguridad Social.*

La protección de la dependencia en el sistema de la Seguridad Social español no tiene un abordaje coherente o coordinado, 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.

De aquí no cabe otra deducción que no sea un replanteamiento urgente del sistema que tenga en cuenta la magnitud del problema actual y que actúe en consecuencia.

A título de orientación y amparando la reivindicación de la reforma general y la consideración de este problema, conviene conocer cuales son los contenidos protectores del actual sistema.

Medidas económicas en favor de las 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

Por último se favorecen determinadas situaciones con respecto al cuidador informal o a la posibilidad de adquisición de servicios:

- Prestación por gran invalidez (50% t.p.)
- 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 para 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 de la misma 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 proveniente de una situación de 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 no da derecho a nada, lo que no deja de ser sorprendente e injusto. 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, de ahí que ésta tenga 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.

Del conocimiento de lo existente y uniéndolo con lo tratado en el apartado anterior podemos afirmar que la protección a los mayores viene primordialmente del establecimiento de un sistema de pensiones o de complementos que consideren adecuadamente la dimensión del problema y sirvan para paliar los graves quebrantos que la dependencia conlleva y que no están resueltos en modo alguno.

B. Análisis del desarrollo normativo sociosanitario a nivel autonómico.

La consideración de lo sociosanitario como contexto de referencia para la resolución de algunos de los principales problemas que las personas mayores presentan en la actualidad debería nacer al amparo de las leyes autonómicas y de su desarrollo. Algunas Comunidades Autónomas así lo han hecho, aunque la mayor parte de ellas no han

aprobado ningún tipo de normas específicas para su desarrollo. Con independencia de las cuestiones competenciales, anteriormente reverenciadas al respecto, la facultad coordinadora puede quedar asignada al nivel estatal, aunque parece más clara dicha facultad en lo referente al tema sanitario que en lo que respecta al tema de servicios sociales. Ello hace que el sistema jurídico derivado de la Constitución Española no favorezca especialmente el desarrollo normativo de la coordinación sociosanitaria, simplemente por la diversidad de Instituciones competentes y porque el camino de las competencias no es paralelo en las áreas sanitarias y en las de servicios sociales, en detrimento de éstas últimas, porque aquéllas tienen un sistema muchos más coherente en principio y por supuesto mucho más unitario.

La conveniencia, oportunidad e incluso la necesaria inminencia del establecimiento de un contexto sociosanitario de referencia es algo que nadie pone en duda, e incluso lo recogen de una u otra manera la mayor parte de las normas de uno u otro tipo de las Comunidades Autónomas. Pero con todo y ser cierto lo dicho anteriormente no es menos cierto que la puesta en marcha de este espacio sociosanitario, coherente y coordinado es tarea ardua y dificultosa que se encuentra con muchos problemas y no es de los menos importantes la cuestión económica. La atención globalizadora y la coordinación interinstitucional es referente permanente de casi todas las leyes de servicios sociales, o normas de posterior desarrollo, pero la práctica nos indica que realmente se ha avanzado muy poco en este tema y lo peor es que no se vislumbra un horizonte optimista, con todo y que la necesidad está ahí, insistente.

La primera referencia concreta de carácter normativo, que en relación con las personas mayores se hace desde las administraciones autonómicas es la Orden de 29 de mayo de 1986 que crea el programa "Vida a los años" de atención sociosanitaria a los mayores con larga

enfermedad y que la promulga el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña.

Tienen que pasar bastantes años para encontrar otra referencia significativa, que parte de la Comunidad de Valencia y es una Orden de 30 de marzo de 1995, de la Consellería de Sanidad y Consumo, que crea el PALET, programa especial de atención a pacientes ancianos, con enfermedades de larga duración y en estado terminal. Pretende potenciar y racionalizar los recursos sanitarios y coordinar las actuaciones de este sistema con el de servicios sociales, acercando la atención al entorno y potenciando las medidas alternativas.

Existen otras referencias en alguna otra Comunidad Autónoma más, pero siempre son parciales y sin un efecto significativo a la hora de su aplicación práctica. Así entre otras administraciones autonómicas tienen algún tipo de desarrollo normativo, la Comunidad Autónoma de Madrid, Galicia y Castilla y León. En algunas otras se hacen referencias expresas a la coordinación de los servicios sanitarios y los servicios sociales, aunque no haya un desarrollo normativo posterior, como sucede en la Comunidad de Castilla La Mancha y Andalucía.

Como referente se van a analizar con algún detalle los modelos de Cataluña, como el más contrastado por el tiempo que lleva funcionando y el de Castilla y León, uno de los últimos en ver la luz, que tiene, al menos a nivel formal, un desarrollo más completo, aunque a nivel práctico tenga un desarrollo muy limitado. Pero antes se recoge lo que en el ámbito autonómico y estatal existe al respecto, solo a título de mero conocimiento y recuento:

- Orden de 29 de mayo de 1986 sobre creación del programa "Vida als anys" de atención sociosanitaria a la gente mayor con larga enfermedad.

- Convenio de Coordinación sociosanitaria de los ministerios de Asuntos Sociales y Sanidad y Consumo. 1993. (Coordinación entre el Estado y las diversas Comunidades Autónomas).
- Acuerdo del Gobierno valenciano de 16 de mayo de 1995 en materia sociosanitaria. Viene precedido de una Orden de 30 de marzo del mismo año de la Consellería de sanidad y consumo, por la que se crea el programa especial de atención sanitaria a pacientes ancianos, a pacientes con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal. (Programa PALET).
- Acuerdo de la Comunidad de Madrid, entre la Consejería de Bienestar Social y Sanidad para optimizar los recursos existentes en temas sociosanitarios. Mayo de 1995.
- Elaboración del Plan de Atención Integral a los Mayores Andaluces (Paima) desde las Consejerías de Salud y Asuntos Sociales y la Dirección General de Salud Pública y el Instituto andaluz de Servicios Sociales.
- Decreto de 21 de enero de 1997, por el que se aprueba el Plan de Salud de Canarias. Con él se inicia el desarrollo de actividades dirigidas a la coordinación de los servicios sociales y sanitarios para una mejor atención a las personas mayores
- Orden de 7 de mayo de 1997 de concertación y acreditación de centros sociosanitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia, desarrolla el programa PASOS. Su principal aportación es la definición de tipos de centros y de usuarios que pueden beneficiarse de estos recursos.

- Decreto de 29 de enero de 1998 por el que se aprueba el Plan de atención sociosanitaria de Castilla y León. Es un Plan bastante ambicioso, que establece objetivos y calendario de compromisos. Va dirigido a personas mayores, a enfermos crónicos y enfermedades degenerativas, y establece al propio tiempo programas de prevención.

- Plan coordinado de atención sociosanitaria para personas mayores, realizado desde la Consejería de Sanidad del Gobierno de La Rioja. Crea la figura del Coordinador sociosanitario y la Comisión Coordinadora de asistencia.

- Plan Estratégico 1998/2001, del Instituto Nacional de la Salud, que marca como prioridad "la integración de los recursos sociosanitarios mediante consorcios con las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales y el Imsero y todas las instituciones dedicadas a estos cuidados" (de ámbito Estatal).

1. Breve análisis del sistema catalán de coordinación sociosanitaria.

Denominación: Programa "Vida a los años" de atención sociosanitaria a las personas mayores.

Objetivos fundamentales: Atender de forma integral, globalizada y unitaria a personas con carencias sociales y con grave enfermedad; así como buscar la coordinación entre las distintas administraciones implicadas y optimizar al máximo los recursos. Todo ello sin perder de vista el objetivo de envejecer en casa, por lo que la atención debería cuidar los métodos integradores y dejar al lado, en lo posible, la

segregación o tratamiento aparte, y se debería trabajar con un abordaje multidisciplinar y de forma concatenada.

Campos de actuación: La vejez es el principal de los campos de actuación, aunque existen otros; pero ciñéndonos a las personas mayores que deben reunir al menos estos condicionantes : que sean mayores de 60 años y con una enfermedad crónica, dependientes o semidependientes, que necesiten atención social y que tengan prescrito un tratamiento médico más o menos extenso en el tiempo.

Identificado en alguna medida el programa, sus objetivos y campos de actuación, conviene también hacer hincapié en que se prestan por un sistema mixto de atención directa y cuando esto no es posible a través de concertación de servicios. El modelo de prestación de los servicios es más o menos un modelo integrado, que efectúa sus prestaciones desde un espacio propio y con órganos directivos específicos del sistema, aunque son participativos de ambas áreas, es decir están formados por órganos de dirección de las dos áreas, la de servicios sociales y la sanitaria. No es un modelo sanitario en el que desde ese área se estructuran las prestaciones sociales, lo que le hace estar bien diseñado en principio.

La atención sociosanitaria se presta a través de una serie de centros y de servicios que a veces se facilitan directamente y otras desde los propios centros. Genéricamente se denominan Centros y Establecimientos sociosanitarios los que habitualmente dan atención en servicios sociales y en asistencia sanitaria, bien sean éstos dispensados de forma ambulatoria o en régimen de internamiento. Dentro de este tipo de centros están los "sociosanitarios de larga permanencia", los "centros sociosanitarios asistidos" y los "servicios de atención domiciliaria". Con independencia de este tipo de centros existe la atención sociosanitaria concertada, que tiene una fuerte implantación y

que se desarrolla fundamentalmente a través de equipos especializados para la atención a la "convalecencia", "larga estancia", "cuidados paliativos", "equipos de soporte a la atención primaria", "equipos de atención en centros hospitalarios" y "hospitalización de día".

Dentro del contenido de este programa se prestan coordinadamente asistencia sanitaria y servicios sociales a personas que lo demandan, con independencia de su cauce de aproximación a los servicios o de las características del centro en el que esté institucionalizado y también independientemente de lo anterior se establecen actividades sociosanitarias conjuntas que nacen del propio sistema sociosanitario. Por último, respecto al tema de la financiación, aunque los servicios se presten de forma global, conjunta y unitaria la financiación lleva cauces diferentes para lo social y para lo sanitario. Existe un sistema de cofinanciación entre el Instituto Catalán de Servicios Sociales y el Servicio Catalán de Salud. El usuario hace también una aportación según sus posibilidades. El programa ha tenido ya algunas variaciones desde el punto de vista financiero en las que fundamentalmente va primando la idea de un sistema de pago que tenga en su punto de mira la tipología del usuario.

Independientemente de la evaluación que pueda hacerse de la implantación y desarrollo de este modelo de atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma de Cataluña, parece acertado reconocer que además de ser la primera Comunidad Autónoma que puso en marcha dicho programa, los resultados han sido moderadamente positivos. Bien es verdad que como todo proyecto innovador no se ha visto libre de determinadas críticas más o menos fundadas. Para el presente informe debemos dejar constancia de que la implantación del programa está ahí y que de las evaluaciones realizadas se deja ver la necesidad de completar el sistema desde todos los ámbitos, por lo que tenemos que concluir que el desarrollo de la coordinación sociosanitaria, en este

modelo catalán requiere de mayores impulsos para que sea realmente un sistema eficaz para el ciudadano, ya que siguen existiendo grandes carencias en la coordinación y por ello o con independencia de ello, grandes lagunas asistenciales.

2. Breve referencia al plan de atención sociosanitaria de Castilla y León.

Denominación: Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León. Aprobado por Real Decreto 16/1998 de 29 de enero. Tiene una vigencia de 1998-2000.

Objetivos: El Plan tiene unos objetivos generales y otros específicos. Entre los generales destaca la globalización y el enfoque integral de la atención sociosanitaria, desarrollar una red completa de recursos asistenciales, reordenar los sistemas social y sanitario etc... independientemente de otros que aunque se catalogan de generales son específicos. Entre los específicos, que están abordados por colectivos, podemos resaltar la creación de los diferentes dispositivos de coordinación, la elaboración del mapa sociosanitario, la preparación y aprobación de la normativa que regula la autorización de centros y servicios, el manual de recursos, los sistemas de información, los equipos multiprofesionales, etc...

Colectivos a los que se dirige: El Plan habla de seis grupos concretos, personas susceptibles de utilización de prótesis u otras tecnologías, personas mayores con problemas de autonomía leve, personas mayores con patologías graves, enfermos en fase terminal con patologías graves con control sanitario básico y un fuerte apoyo psicológico y familiar, personas con discapacidad gravemente afectadas que van a requerir un control sanitario básico y un fuerte componente

de cuidados de rehabilitación y sociales y niños con deficiencia o en situación de alto riesgo de padecerla.

El Plan analiza después el cambio de criterios básicos de actuación pasando de un modelo tradicional de atención en el que el aspecto curativo era lo primordial, a otro en el que ponen de relieve la importancia de la atención integral, dando respuesta a todas las necesidades de las personas objeto del Plan. Valora la conveniencia de que esa atención se haga desde un abordaje multiprofesional y rehabilitador activo y todo ello con un modelo de organización de los recursos global, sectorizado, permeable, flexible y de gradual implantación. Todo ello teniendo en cuenta el convenio de colaboración INSALUD-IMSERSO.

Establece a continuación seis tipos de programas que resumimos del siguiente modo: 1.- Programas de enfermedades degenerativas que se dirigen a mejorar la atención a las demencias. 2.- Programas de enfermedades crónicas en fase terminal, encaminados a mejorar a las personas que las padecen. 3.- Programas de patologías crónicas asociadas al envejecimiento, cuyo objetivo es dar una respuesta integral a la variada patología que presentan. 4.- Programa de patologías crónicas no asociadas al envejecimiento. 5.- Programa de patologías psiquiátricas crónicas de larga evolución y mal pronóstico. 6.- Programas de prevención, identificación y atención temprana de grupos de alto riesgo, dirigido especialmente a menores de seis años.

Se crean después una serie de Comisiones que son las que se van a encargar de las tareas de coordinación, todas ellas incardinadas de una u otra forma dentro de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Habla el Plan de la figura del Coordinador Sociosanitario y de los diferentes equipos y unidades que van a hacer posible esta coordinación.

Con respecto a la financiación el propio Plan tiene prevista una asignación de 50.000 millones de pesetas para el periodo de vigencia 1998-2000, procedente de los presupuestos de la propia Comunidad Autónoma, con independencia de los que puedan llegar por otras vías, tales como la Unión Europea, Administración Central y distintas entidades privadas con convenios de colaboración. Parece, pues, lo más dificultoso de todo, la coordinación de este tipo de fuentes de financiación de tan diversa procedencia. Termina, por último el Plan estableciendo unos sistemas de evaluación del mismo.

Aunque no se especifica demasiado el modelo de coordinación, teniendo en cuenta que se crearán y regularán "ex novo" la composición, el funcionamiento y las estructuras de coordinación parece que estaríamos hablando de un modelo de coordinación integrado, que supondría una tercera vía o red, a diferencia del establecido en la Comunidad Valenciana, en aquella parte en la que tiene materia regulada, así como el de la Comunidad gallega para el tema de la ayuda a domicilio, aquel sería un modelo sanitario y éste un modelo coordinado. Vemos que las diferencias entre los modelos de la Comunidades Autónomas de Cataluña y de Castilla y León, con todo y tener enormes diferencias sociológicas y de otro tipo, no difieren demasiado, lo que nos indica que parece que existe cierta unanimidad en el conocimiento de lo que procedería hacer, con independencia de otras circunstancias.

Ante estos dos sistemas serían interminables las preguntas que nos podemos hacer, pero quizás la primera y principal sería si realmente el sistema sociosanitario está ya en marcha, funciona, es algo tangible o solo sirve para seguir debatiendo y profundizando en un discurso profesional y político del que no acabamos de salir y del que a la hora de la verdad encontrarnos muy pocas realidades. La creación

del nuevo escenario sociosanitario, que parte de la utilización de recursos sanitarios y sociales ya existentes, pero que añade recursos nuevos no pasa, en la mayor parte de las ocasiones. de ser un mero deseo sin excesivas concreciones. Pero incluso cuando sea realidad este sistema puede constituir una amenaza para el sistema público y gratuito de sanidad y para el avance necesario de los servicios sociales.

Ambas iniciativas son importantes desde el punto de vista legal, con independencia de la diversidad de sus respectivos campos de aplicación. El desarrollo conseguido en la Comunidad de Cataluña es considerablemente más alto que el llevado a cabo en la Comunidad de Castilla y León, pero desde el punto de vista legal son planes importantes y bien estructurados que suponen un avance claro y manifiesto en relación con las políticas de atención a las personas mayores. El Plan catalán ha necesitado de una gran número de normas de rango inferior hasta ir optimizando su perfecto acoplamiento de coordinación e igual le va a suceder al Plan de Castilla y León, quizás sea éste uno de sus principales defectos, la lentitud de su desarrollo normativo hasta el día de hoy. La asignación de recursos y la inconcreción, a veces de objetivos, en cierto modo confusos, son otros puntos memorables, que por no ser estrictamente legales no se entra en analizar. Todo ello, no obstante dentro de que supone una iniciativa altamente positiva y loable.

Podrían analizarse otros planes o experiencias, más bien de otras Comunidades Autónomas, pero entendemos que no tienen demasiado interés desde el punto de vista legal y sí pueden tenerlo desde el punto de vista de contenidos, por lo que entendemos van a ser analizados en las otras dos partes fundamentales, referidas a contenidos, de que consta este informe. Baste aquí recordar finalmente que el desarrollo normativo sociosanitario es relativamente poco, mucho más escaso todavía es aquel que aborda el tema de forma integral y globalizada; un

poco más desarrollado aquel que hace referencia a temas puntuales o sistemas experimentales, siempre de tipo parcial, relacionados con lo sociosanitario. Así pues, empieza a ser urgente la toma de decisiones políticas que desemboquen en compendios legislativos sobre los que asentar un adecuado sistema de atención sociosanitaria.

IV. CONCLUSIONES/PROPUESTAS.

De esta primera parte, en la que se ha tratado de hacer un recorrido por los temas legales más directamente relacionados con la coordinación sociosanitaria y las personas mayores, todo ello desde una perspectiva genérica, en primer lugar, como presupuesto básico, imprescindible y necesario, para pasar después a los aspectos más específicamente relacionados con lo sociosanitario, se pueden sacar las siguientes conclusiones que van acompañados de sus consiguientes propuestas :

1.- Desde el punto de vista legal es necesario ir fomentando en los legisladores y en los que propician las leyes, a todos los niveles, una cultura jurídica, que tenga en cuenta que las personas mayores, (dependientes especialmente) tienen unas necesidades que en modo alguno están contempladas en la legislación actual a ningún nivel. Los legisladores nunca legislan pensando en el mayor dependiente, ni siquiera en temas muy concretos y que les son casi de aplicación exclusiva. Después es preciso hacer la aplicación analógica y es la jurisprudencia, con los riesgos que esto lleva en nuestro sistema, la que tiene que suplir estas lagunas. Por ello se propone que en todo tipo de elaboración legal sea un referente sistemático la persona mayor en situación de dependencia. Este tema se puede abordar desde la legislación general y con este espíritu de referencia o desde una legislación especial que les considere como grupo unitario y

diferenciado. Cualquiera de las dos opciones es válida. Lo que hay que tener en cuenta es que la persona mayor debe ser el sujeto activo de sus propios problemas. Un abordaje desde la familia, por ejemplo, sería desde nuestro entender mucho más inadecuado.

2.- Hay una serie de reformas en torno al Código Civil, que reiteradamente se están pidiendo como de urgente consideración. Todas ellas están recogidas en la primera parte de este informe, a título de ejemplo traemos aquí de nuevo el tema de la autodesignación de tutor y los internamientos involuntarios, y parece oportuno proponer la reforma adecuada.

3.- Aunque el maltrato a la persona mayor no es todavía motivo de excesiva preocupación, no se debería obviar su regulación, de alguna manera, para no proceder como suele ser costumbre reiterada, a posteriori, cuando el problema es considerable.

4.- Establecer sistemas de información adecuados para las personas mayores y sus familiares en los que ésta se facilite de la manera completa y coherente, teniendo en cuenta siempre el principio de AUTONOMÍA PERSONAL y la consideración de sujeto activo, que salvo incapacitación, tiene toda persona con independencia de otras circunstancias. Aquí se habla más que de una propuesta de cambio a nivel legal, de la generalización de una buena praxis, que tenga en cuenta el estatuto personal de todo ciudadano, estatuto de plena capacidad, mientras un juez no determine lo contrario.

5.- Asumida la necesidad de la coordinación sociosanitaria y reconociendo lo menguado de su desarrollo normativo, debería profundizarse en la consolidación de normas de ámbito estatal, autonómico y local, que hicieran posible la creación, desarrollo e instauración de este sistema de atención. De aquí se derivarían normas

que tuviesen en cuenta los sistemas de financiación, la catalogación de las prestaciones etc...

6.- Abordar normativamente y del modo más eficaz posible la cuestión de incoherencia técnica que la legalidad admite en relación al tratamiento que se da a la dependencia. Así ésta es tenida en cuenta en la etapa de actividad laboral y como consecuencia se financia de alguna manera y se desprecia la dependencia sobrevinida en la etapa de jubilación. Debería quedar claro que se trata de una contingencia protegible en cualquier momento de la vida de una persona.

7.- Desarrollar legislativamente un sistema de coordinación y compensación interterritorial, en el que de alguna manera la Administración Estatal tuviera determinadas facultades, hasta donde fuera constitucionalmente posible, en orden a evitar descompensaciones o desequilibrios manifiestos, que ya existen y que irán en aumento.

***CAPÍTULO 2. ANALISIS DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN
EL MARCO DE LA ATENCION SOCIOSANITARIA.***

I. INTRODUCCIÓN: EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES.

La rápida evolución de las características y dimensiones de la población mayor de 65 años en las sociedades modernas ha dado lugar, entre otros muchos fenómenos, a un importante desarrollo de servicios y programas destinados a hacer frente a un conjunto heterogéneo de situaciones de necesidad que experimentan algunas de estas personas.

La amplitud y diversidad de fórmulas que se han ido desarrollando van desde la apertura de espacios y mecanismos de participación social de las personas y de los grupos, hasta la oferta de programas culturales y de ocio mediante los que ocupar parte del tiempo libre tras la jubilación, pasando por un gran elenco de programas de atención sociosanitaria. Muchos de ellos, sobre todo en lo que se refiere a los destinados a paliar la necesidad de cuidados de larga duración que padece un importante número de mayores de 65 años, exigen un grado de especialización considerable, por lo que ha sido necesario realizar un gran esfuerzo para ofrecer mayor calidad de atención, al tiempo que se incrementaba cuantitativamente la extensión de los servicios.

Pero, además, la evolución conceptual en la forma de entender tanto la atención como el propio diseño, ha sufrido cambios radicales. Los comienzos en la implantación de programas de intervención gerontológica de los países desarrollados, que pueden situarse a partir de la segunda guerra mundial, vinieron presididos por postulados unidireccionales consistentes en que la intervención se producía si y sólo si existía constatación de la incapacidad de los individuos para adaptarse a los cambios, tanto individuales como sociales (Lesseman, Martin.,1993). Esto era así en dos sentidos y en dos momentos. En

primer lugar, porque los mecanismos protectores de los servicios sociales sólo entraban en escena cuando ocurría una situación de necesidad social grave, a la que el individuo o su familia no pudieran dar respuesta (personas mayores indigentes, sin familia, enfermas...). En segundo lugar, y ya en el ámbito estricto de la intervención, porque los especialistas de la gerontología (que, sobre todo, procedían del mundo de la geriatría) se limitaban a intervenir en los aspectos relacionados con las pérdidas de las capacidades funcionales para desarrollar las actividades normales de la vida cotidiana (todo ello arropado por un gran número de instrumentos de valoración de esta capacidad). Fue la época del desarrollo institucional en todos los ámbitos. Existía consenso en cuanto a que toda persona que presentara síntomas de no poder desarrollar su vida con arreglo a las pautas de “normalidad” establecidas, habría de ser atendida. Lo habitual era que los cuidados se prestasen dentro del contexto familiar y sólo si éste era inexistente o fallaba, intervenían los sistemas formales de atención, previa prueba de escasez de medios económicos. En este último caso, la intervención se realizaba en ámbitos y contextos que situaban a las personas extra-muros de la sociedad (asilos hospitalares psiquiátricos, hospicios...).

Habría que esperar hasta los últimos años sesenta (década de los 80 en nuestro país) para que se produjera un giro conceptual radical. Poco a poco se abandona el discurso de la marginalidad y se van consolidando las posturas que hoy presiden la filosofía de protección social a las personas mayores, en términos de adaptación de la sociedad a las necesidades de este grupo de población y no al contrario. La consecuencia lógica de este cambio conceptual es que el mismo dará lugar, por una parte, al desarrollo de un amplio espectro de servicios sociales comunitarios, en detrimento de las estructuras asilares y hospitalarias que se ofrecían antaño como única solución a los problemas de los ancianos y ancianas con afecciones crónicas o

enfermedades mentales carentes de apoyo familiar. Por otra parte, se van implantando programas cuyo objetivo básico es buscar la integración y participación social de las personas mayores.

Por lo que se refiere a los servicios de atención, las evaluaciones que se realizaron desde los años setenta y a lo largo de la década de los ochenta sobre las condiciones de vida en las instituciones fueron ofreciendo resultados e informaciones tan negativos que llegó a provocarse un rechazo generalizado al sistema institucional en todo el contexto de la Europa occidental. Definitivamente, las posiciones que postulaban la marginación y el aislamiento en aras de una correcta “atención medicalizada” se han visto desplazadas por aquéllas que preconizan la integración social y, más aún, la normalización para hacer frente a los problemas de estos ciudadanos. Prueba de ello es que el lema “Envejecer en casa” se ha convertido en objetivo común de las políticas sociales de atención a las personas mayores de los países desarrollados (OCDE, 1996), si bien la evaluación de su cumplimiento no siempre arroja resultados satisfactorios. Así, el modelo comunitario de atención defiende la conveniencia de que los problemas de las personas se afronten allí donde se producen, sin que tengan que sufrir el desarraigo que genera el abandono del modo de vida habitual. En consecuencia, los servicios de atención giran en torno al domicilio, lo que ha dado y está dando lugar a una amplia gama de modalidades.

La evolución someramente glosada que se ha experimentado en lo que se refiere a servicios y programas gerontológicos, ha venido acompañada, además, de la asunción generalizada de la importancia de hacer diagnósticos e intervenciones sociales de carácter global. Esta perspectiva conlleva la consideración de las necesidades humanas en sentido comprensivo y no fragmentario. Lógicamente, al hacer análisis de necesidades con esta nueva dimensión, el resultado es que, además de ir desarrollándose programas y servicios comunitarios de

atención a personas mayores en casos de necesidad de ayuda, también se va incluyendo a la familia como destinataria de los mismos. Partiendo del reconocimiento del apoyo familiar como principal proveedor de cuidados y atenciones a las personas dependientes, el interés de los poderes públicos es favorecer ahora el mantenimiento de dicho apoyo mediante una oferta diversificada de prestaciones y servicios. Además de lo anterior, el análisis sistémico de las necesidades humanas conlleva que se consideren como objeto de intervención todas ellas. Desde esta perspectiva, en el caso de las personas mayores, aparece como prioritario atender, además de sus concretas necesidades de atención sociosanitaria, también cuestiones como la garantía de su autodeterminación, la participación social, el acceso a los bienes culturales, el aprovechamiento de su experiencia en beneficio de la sociedad, las relaciones intergeneracionales, etc.

En todo caso, los últimos años han supuesto un decisivo impulso en la creación de servicios y programas de todo tipo: comunitarios, institucionales, sociales, sanitarios, educativos, etc. En este capítulo se hará una somera revisión de aquellos aspectos que se consideran prioritarios como determinantes de las nuevas necesidades sociales, tales como el fenómeno del envejecimiento, el incremento de las situaciones de dependencia, el apoyo informal y su crisis, y la evolución del conjunto y de cada uno de los servicios sociales que tienen que ver con las situaciones de fragilidad o dependencia. Se finaliza realizando una valoración global de la actual (y muy escasa) oferta de servicios sociales existente hoy en España, proponiéndose también algunas líneas prioritarias de actuación para mejorarla.

II. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA DEMANDA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES.

Como ponen de manifiesto los datos oficiales publicados sobre la población censal de nuestro país, en el año 1.981 se había doblado el número total de personas registrado a comienzos de siglo. No obstante, según los datos de la última renovación censal (1.991), se ha podido detectar que en el decenio 1.981/91 el crecimiento total de la población ha sufrido una drástica disminución en relación con la pauta del período anterior.

Esta ralentización en el crecimiento poblacional se acompaña de una alteración importante de su distribución por grupos de edad, como puede observarse en la tabla 1.

TABLA 1: POBLACIÓN ESPAÑOLA, CLASIFICADA POR GRUPOS DE EDAD, DURANTE EL PERÍODO 1.960-1.991 (EN MILES DE HABITANTES)

AÑOS/	GRUPOS DE EDAD			TOTAL
	< 15	16-64	65 Y MÁS	
1.960	8.347,3	19.612,1	2.505,3	30.528,5
1.970	9.459,6	21.290,5	3.290,6	34.040,7
1.981	9.685,9	23.760,9	4.236,7	37.683,3
1.991	7.969,3	25.498,2	5.497,7	38.965,2
1.996	6.361,6	27.111,3	6.196,5	39.669,4

Fuente: Elaboración propia con datos del *Anuario Estadístico*. INE (varios años) y datos del Padrón Municipal

Los datos anteriores, ofrecidos en cifras absolutas, alcanzan acaso mayor significación si las presentamos en términos porcentuales como se hace a continuación (*tabla 2*).

TABLA 2: POBLACIÓN ESPAÑOLA, CLASIFICADA POR GRUPOS DE EDAD, DURANTE EL PERÍODO 1.960-1.991 (PORCENTAJES)

AÑOS/	GRUPOS DE EDAD				TOTAL
	< 15	16-64	65 Y MÁS	NO CONSTA	
1.960	27,34	64,24	8,21	2,11	100
1.970	27,79	62,54	9,67	----	100
1.981	25,70	63,05	11,24	----	100
1.991	20,45	65,44	14,11	----	100
1.996	16,0	68,3	15,6		100

Fuente: Elaboración propia con datos del *Anuario Estadístico*. INE (varios años) y datos del Padrón Municipal

En síntesis, puede decirse que en los últimos años el crecimiento de la población española, observada en su conjunto, se realiza de forma ostensiblemente decreciente, al tiempo que se experimentan cambios muy importantes en los grupos de edad extremos. Como se ha mostrado, de 1.981 a 1.991 ha descendido en casi dos millones el número de niños, mientras que en el citado año de 1.991 se registraban más del doble de personas mayores que en 1.960. En términos porcentuales, hemos pasado de un 27,3% de niños registrados en 1.960 a representar éstos solo un 16,0% del total de la población en 1.996. Con respecto a los mayores de 65 años, mientras el número de éstos en 1.960 suponía el 8,2% del total de la población, en 1.991 representaban ya el 14,1% de la misma y en 1.996 el 15,6%.

Hasta ahora los datos presentados corresponden a población observada. Sin embargo, para planificar es necesario trabajar sobre proyecciones demográficas. La evolución prevista en números absolutos y relativos correspondiente a la estructura de la población española por grupos de edad, puede verse en la *tabla 3*, de cuyo análisis se concluye que el fenómeno del envejecimiento va a incrementarse de manera notable en los próximos años..

TABLA 3:ESTRUCTURA PROYECTADA DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD.(1991-2026)

AÑOS	<15 AÑOS	%	15/64 AÑOS	%	65 Y MÁS	%
1.991	7.640.930	19,4	25.913.623	66,9	5.345.208	13,7
1.996	6.522.084	16,3	26.844.171	68,3	6.050.063	15,4
2.001	6.267.214	14,6	26.972.544	68,4	6.689.559	17
2.006	6.622.279	14,5	26.995.816	68	7.044.384	17,5
2.011	7.197.543	14,7	26.703.798	67,1	7.208.580	18,2
2.016	7.335.833	14,9	26.402.894	66	7.574.097	19,1
2.021	6.941.271	14,2	26.230.529	65,5	7.970.661	20,3
2.026	6.207.950	13,1	25.900.509	64,6	8.659.715	22,3

Fuente: Elaboración propia a partir de *Proyecciones de Población Española*. Instituto de Demografía. CSIC, 1994.

Una característica fundamental de la población anciana y que se irá agudizando con el paso del tiempo, es la que se ha llamado “envejecimiento del envejecimiento”, esto es, el gran aumento que se va a experimentar en el colectivo de población de 80 y más años (también denominado “cuarta edad”), cuyo ritmo de crecimiento será muy superior al del grupo de 65 y más años en su conjunto (ver *tabla 4*).

TABLA 4: EVOLUCIÓN PROYECTADA DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS Y DE 80 Y MÁS AÑOS (1.986-2.026), EN MILES.

AÑO	> 65 AÑOS	> 80 AÑOS
1.986	4.679,6	930,4
1.991	5.345,20	1.142,9
1.996	6.050,1	1.309,3
2.001	6.689,6	1.459,2
2.006	6.944,4	1.766,9
2.011	7.208,6	2.033,6
2.016	7.574,1	2.226,9
2.021	7.970,7	2.202,1
2.026	8.659,7	2.315,1

Fuente: Elaboración propia a partir de *Proyecciones de la Población Española*. Instituto de Demografía. CSIC, 1.994.

A efectos de planificación, relacionada con recursos dirigidos a las personas mayores, se considera de gran interés no perder de vista el efecto cohorte. Éste origina que el número de efectivos que se va incorporando cada año oscile en función de las fluctuaciones del mismo. Tenerlo en cuenta cuando se planifica significa ir ajustando la oferta al ritmo de la evolución de la potencial demanda.

Como se ilustra en la *tabla 5* la caída de la natalidad experimentada en España durante nuestra Guerra Civil y el período de postguerra, tendrá su lógica influencia sesenta y cinco años más tarde después de 1.936, es decir, a partir del año 2.001 y, por eso, el crecimiento del grupo > 65 años disminuirá llamativamente a partir de entonces. Durante ese período, sin embargo, va a crecer mucho el grupo de los mayores de 80 años. Dentro de este último grupo se dejarán notar los efectos de la bajada de la natalidad del período 1.936-1.950 a

partir del año 2.016, llegándose incluso en el quinquenio 2.016-2.021 a experimentar un crecimiento negativo.

TABLA 5: CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN MAYOR POR QUINQUENIOS (1.991-2.026)

PERIODOS QUINQUENALES	> 65 AÑOS	> 80 AÑOS
1.991/1.996	698.006	166.379
1.996/2.001	636.960	149.849
2.001/2.006	243.717	307.758
2.006/2.011	285.158	266.712
2.011/2.016	364.228	193.326
2.016/2.021	378.071	-24.885
2.021/2.026	658.573	113.037

Fuente: Elaboración propia a partir de *Proyecciones de la Población Española*. Instituto de Demografía. CSIC, 1.994.

Todos los expertos que estudian las consecuencias que para las sociedades modernas va a tener el fenómeno del envejecimiento coinciden en afirmar que el gran problema del mismo será cómo lograr dar cobertura a las necesidades de cuidados y atención de las personas dependientes, que se verán enormemente incrementadas aunque sólo incidiera sobre ellas el aumento del número de personas de avanzada edad.

III.- LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA.

A. *La definición de “dependencia”.*

El término dependencia, si bien es polisémico, se refiere, en el contexto de la protección social, a la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana. El Consejo de Europa (1998), después de largas deliberaciones, ha propuesto la siguiente definición: “son personas dependientes quienes, 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 los países donde se han desarrollado sistemas específicos de protección a la dependencia, suelen operativizar la “ayuda importante”, como “ayuda de otra persona”.

B. *Cuantificación de la dependencia.*

Según la investigación de ámbito nacional disponible en España sobre esta cuestión (INE, 1988, INSERSO, 1995 a y b, Encuesta Nacional de Salud, 1995) pueden realizarse estimaciones que no resultan siempre coincidentes. De todas ellas, la que se ha centrado más en los factores de la demanda y de la oferta de los cuidados de larga duración ha sido la desarrollada por el INSERSO (hoy denominado IMSERSO). Según esa última fuente, se cifra en un 25% el porcentaje de personas mayores de 65 años que residen en viviendas (no se incluye a quienes viven en residencias), que informaron precisar ayuda para la realización de alguna o algunas de las actividades de la vida cotidiana. Esto significa, en términos absolutos, que la dependencia, considerada de manera amplia, afectaría a alrededor de un millón y medio de personas. De ellas, 650.000 tienen más de 80 años. Las actividades para las que con mayor frecuencia precisan ayuda o no pueden realizarse son: realizar tareas domésticas (el 17%), bañarse o ducharse

(el 15% de los mayores de 65 años), o subir o bajar escaleras (el 12%). En cuanto al perfil de estas personas que se ven necesitadas de ayuda, hay un claro predominio femenino (el 66% de las mayores de 65 años y el 73% de las mayores de 80 son mujeres).

Al número mencionado de personas mayores dependientes que viven en sus casas, hay que sumar el de quienes viven en residencias, que son alrededor de 189.000, aunque no todas ellas son dependientes graves. Asimismo, hay que considerar el número de personas con graves discapacidades, que dependen de la ayuda de otra para realizar las actividades de la vida diaria y que cuentan entre 18 y 65 años. Según estimaciones realizadas a partir de la Encuesta de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, que aplicó el INE en 1986, podría fijarse el mismo en algo más de 150.000 personas (INSERSO/DATLAN, 1996).

Puede, pues, vaticinarse que en el año 2026 existirán alrededor de 2 millones de personas mayores con problemas de dependencia, con lo que estará cerca de haberse doblado la cifra actual. Naturalmente, dentro de este gran grupo existen grados de dependencia diversos. Circunscribiendo el término dependencia exclusivamente a la ayuda para el cuidado personal, las últimas prospecciones efectuadas calculan que el número potencial de personas a proteger por un eventual seguro de dependencia estaría situado alrededor de un millón (Rodríguez Cabrero, 1997).

Una característica propia de las situaciones de dependencia, es que cursan durante dilatados períodos de tiempo, lo que provoca que su atención haya venido a denominarse con la expresión *cuidados de larga duración*.

En definitiva, las tendencias de futuro señalan un incremento claro de la demanda de cuidados durante la vejez, tanto por la propia

evolución demográfica (sobre todo por el gran incremento de las personas mayores de 80 años), cuanto por la continúa expansión de la morbilidad a edades avanzadas.

C. *¿Quién cuida a las personas dependientes? Perfiles y necesidades de familiares cuidadores.*

Una vez conocido el número de personas que necesitan ayuda, la investigación mencionada del IMSERSO se propuso conocer también a cargo de quiénes estaba su atención permanente. La encuesta aplicada a personas mayores (N=2.500) incluía la pregunta ¿quién suele prestarle en mayor medida esta ayuda? que debía ser respondida por quienes dijeron precisarla. Pueden resumirse los resultados en la escueta afirmación de que la inmensa mayoría de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes son asumidos por familiares y allegados (el 86,5% del total que reciben), es decir, que los realiza el llamado apoyo informal. El inmenso caudal de dedicación en tiempo y esfuerzo que realizan las familias que cuentan en su seno con una persona mayor dependiente ha sido durante mucho tiempo muy poco reconocido y, en cierta manera, ha permanecido en la invisibilidad durante mucho tiempo. Sólo muy recientemente han comenzado a desarrollarse programas y medidas de apoyo a las familias cuidadoras.

Seguramente es consecuencia del desconocimiento de los datos reales sobre el peso de los cuidados, conocido internacionalmente como *carga del cuidador*, la existencia de una imagen social negativa con respecto a las familias que abandonan o dejan de prestar atención a sus padres o madres. Lo cierto es que la existencia de algunos lamentables casos de abandono familiar constituyen la excepción a la regla general. Al ser enfatizados éstos, especialmente por los medios de comunicación,

se ha creado un estereotipo que queda revelado como falacia cuando es contrastado con la investigación empírica.

Además de la encuesta dirigida a personas mayores de 65 años, en el contexto de la investigación sobre el apoyo informal, también se aplicó otra de ámbito nacional dirigida a las personas que se reconocieron como cuidadoras de ancianos/as. La encuesta fue aplicada por el CIS por encargo del IMSERSO y la metodología precisa, teniendo en cuenta que se desconocía el universo a investigar, hubo de ser compleja. El diseño de la muestra se planteó en dos etapas (N=21.099 viviendas contactadas en la primera fase para detectar cuidadores principales de personas mayores; N=1.700 entrevistas realizadas a cuidadores principales en la segunda etapa). Este tipo de investigación, mediante encuesta, fue complementada, asimismo, mediante un estudio cualitativo.

Como aspecto más destacado, puede afirmarse que se ha confirmado en estos estudios que el perfil típico de quienes cuidan a las personas mayores en España puede sintetizarse en la fórmula que ya se ha enunciado en otro lugar (Rodríguez, 1995^a) como de “género femenino, número singular”: *el 83% del total de cuidadoras/es son mujeres, y de ellas declaran que no reciben ayuda de nadie para la realización de este trabajo el 61,5%*. Es significativa, además, la masiva presencia de la figura de las hijas que se produce en España. Mientras en Estados Unidos, uno de cada cuatro hijos/as cuidadores son varones, en España sólo lo son uno de cada diez.

En cuanto a la edad, también se confirma para España lo que sucede en otros lugares, es decir, que el intervalo de edad del potencial cuidador se sitúa entre los 45 y los 69 años. Según la encuesta de la que estamos ofreciendo algunos resultados, tienen más de 45 años el 70% del total de personas cuidadoras. La edad media de éstas es de 52

años. El estado civil que predomina en es el de casados/as (76,6% del total de la muestra), siendo solteras/os el 15,8, viudas/os el 4,9% y separadas o divorciadas el 2,5%.

Por lo que se refiere a las modalidades de convivencia, persona atendida y quien le cuida viven predominantemente juntas de manera permanente (58,7%), viven temporalmente juntas en el 15,7% de las ocasiones, mientras que cuidan a una persona que vive en otra casa el 24% de los encuestados/as. *El 14% de las personas mayores dependientes que son atendidas por sus allegados viven solas.* En estos últimos casos parece que se reproduce y sirve también para algunas personas mayores dependientes la fórmula de “intimidad a distancia” que ha sido descrita por los especialistas (Lehr y Wilbers, 1989). Pero, desde luego, puede resultar especialmente dramática la situación de este grupo: ancianos y ancianas que, a su situación de dependencia de otras personas para realizar actividades de la vida diaria, deben añadir el peso del aislamiento y de la soledad.

Otros datos que se juzgan de gran interés para configurar el perfil son los que se refieren al nivel de estudios y a la situación laboral de los/as cuidadores/as:

- El 65,6% del conjunto de la muestra tiene un nivel de enseñanza muy bajo (sin estudios o primarios), mientras que, en el otro extremo, sólo cuentan con estudios universitarios, medios o superiores, el 6,1%.
- El 75% del total de personas cuidadoras no tienen actividad laboral alguna (son amas de casa el 50%, jubiladas/os el 15% y paradas/os el 9,7%).

- Sólo el 18,5% de la muestra desarrolla un trabajo remunerado, que compatibiliza con los cuidados; de estas personas, trabajan a jornada completa el 63,5%, a media jornada el 20% y durante horas sueltas el 14,3%.

La investigación de la que se han extractado algunos resultados también detectó los efectos negativos que el cuidado permanente provoca a quienes lo asumen a sus expensas. Se presentan agrupados según las tres dimensiones principales:

1- Efectos sobre la situación laboral:

- El 26% no puede plantearse buscar un trabajo.
- El 11,5% ha abandonado su trabajo a causa de los cuidados.
- El 12,4% se ha visto obligado a reducir su jornada laboral.

2- Efectos sobre el estado de salud:

- El 51% presenta cansancio habitual
- El 32,1% manifiesta estar deprimido.
- Un 29% cree que su salud se ha deteriorado a causa del cuidado.

3- Efectos sobre el tiempo de ocio y vida relacional:

- Un 64,1% ha sufrido una reducción sensible de su tiempo de ocio
- El 48% ha dejado de ir de vacaciones
- El 39% no tiene tiempo para frecuentar amistades.

Según estas investigaciones se ha podido conocer también que la traducción en tiempo de dedicación que precisan los cuidados y atenciones que se dirigen a las personas mayores dependientes son muy elevados

1 - Intensidad de la ayuda

- El 85% del total de personas entrevistadas en la muestra de cuidadores/as respondió que la ayuda que suministran es diaria
- Un 53% afirman que en los cuidados invierten más de cinco horas al día
- La media de horas de atención semanal es de 35 horas

2- Período de duración de los cuidados

- Un 28% declararon llevar más de diez años atendiendo a una persona mayor dependiente
- El 18,9% informaron llevar de seis a diez años
- Lleva cuidando de tres a cinco años el 25,7%

Lógicamente, una dedicación de esta envergadura (prácticamente la misma que una jornada laboral normal para muchas personas) sólo puede ser asumida por quienes disponen de tiempo libre y carecen de (o renuncian a) obligaciones sociolaborales, muy relacionadas con el desarrollo y la autorrealización personal. Ello explica que el perfil de las personas cuidadoras se concentre en la actualidad, según los datos que han sido ofrecidos, en personas que en su inmensa mayoría no tienen relación con el mundo laboral y también presentan un bajo nivel de estudios.

Como resumen de este apartado, puede afirmarse que la familia española (y de manera especial las mujeres) está soportando un peso abrumador sin que por parte de los poderes públicos se haya realizado un esfuerzo paralelo para mitigarlo en algo. Las dificultades establecidas para acceder a los servicios sociales (ayuda a domicilio, residencias, centros de día, estancias temporales, etc.) son de tanta envergadura que muchas familias que han demandado este apoyo se

han dado de bruces contra *el muro de los baremos*. Éstos suelen establecer requisitos tan rigurosos para poder acceder a los servicios públicos que el destino final de las solicitudes suele ser una lista de espera que se convierte en una “espera a Godot” porque nunca llega a producirse la entrada al servicio solicitado. La existencia de requisitos de acceso que nada tienen que ver con la circunstancia objetiva de “necesitar ayuda para las actividades de la vida diaria” se plantea en dos direcciones:

Por una parte, suele penalizarse la existencia de un familiar que está asumiendo el cuidado, lo que resulta verdaderamente paradójico e injusto para las familias, que observan atónitas cómo a su generosidad y entrega se responde por los poderes públicos con una puntuación negativa en el baremo.

Por otra parte, porque alcanzar un determinado (y escaso) nivel de renta suele ser motivo de exclusión. Muchas personas, y de manera muy especial las pertenecientes a las clases medias, se encuentran ante una nueva paradoja. Se les deniega el servicio público por sobrepasar el nivel de renta establecido en los baremos (son consideradas ricas), y, cuando acuden en busca de un servicio privado, no pueden pagarlo (son y se sienten pobres).

La perversión del sistema de acceso a los servicios sociales resulta tan flagrante que cada vez es más habitual que muchas familias decidan acudir a realizar la solicitud falseando la auténtica situación: fingen la existencia de una mala relación familiar, relatan situaciones de abandono y de insolidaridad entre los hermanos, lamentan no poder ofrecer atención suficiente, ocultan o falsean el nivel de renta. En definitiva, saben que el objetivo “conseguir puntos” se logra difícilmente si se declara que la persona mayor está bien atendida aunque con un esfuerzo personal y material excesivo por parte de la familia.

IV. PERSPECTIVAS DE FUTURO: LA CRISIS DEL APOYO INFORMAL Y EL ADVENIMIENTO DE LA DEPENDENCIA COMO NUEVA NECESIDAD SOCIAL.

A. La crisis del apoyo informal.

El panorama hasta ahora descrito más las tendencias de futuro que ya están apuntadas parecen reforzar también para España la certidumbre que ya se ha señalado por los teóricos del apoyo informal y de la atención gerontológica del mundo desarrollado (Jani-Le Bris, 1993; Jamieson, 1993; Sundström, 1994; Twigg, 1993, 1994; Twigg y Atkin, 1994; OCDE, 1996; European Foundation for the improvement of living and working conditions, 1995).

Comenzando por datos puramente objetivos, derivados de la evolución demográfica que se está experimentando en España, véase en la *tabla 6* cómo está evolucionando el llamado “potencial de cuidados familiares” (eufemismo utilizado por los demógrafos, que parecen no atreverse a decir explícitamente “potencial de cuidados por mujeres”).

TABLA 6: EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE POTENCIAL DE CUIDADOS A LAS PERSONAS MAYORES. ESPAÑA

Años	Indice A	Indice B	Indice C
1950	1,61	2,68	5,18
1970	1,34	2,18	3,98
1991	1,01	1,53	2,46
2011	0,96	1,35	2,00

Nota: En el numerador de los tres índices se considera el número de mujeres entre 45-69 años. En el denominador figura: Índice A (población mayor de 65 años); Índice B: (mayores de 70 años); Índice C (personas de 75 años y más)

Fuente: Fernández Cordon (1992): *Informe español para el Observatorio Europeo*.

Del análisis de esta evolución se concluye que cada vez existen menos mujeres en edad de cuidar y más ancianos/as que precisan cuidados de larga duración, y que esta brecha se incrementa con el paso de los años.

Otras cuestiones que influyen considerablemente en la provisión futura de cuidados en la vejez son la reducción progresiva del tamaño de las viviendas y, sobre todo, las grandes transformaciones ocurridas en los modelos de familia y que, sumariamente, se concretan en:

- Pérdida de su concepción como institución permanente (incremento del número de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios);
- movilidad geográfica de los distintos miembros de la familia (por estudios o cambios de trabajo);

- variedad de modelos coexistentes (incremento de personas que viven solas, familias monoparentales, uniones de hecho...);
- democratización en las relaciones intergeneracionales y entre los miembros de la pareja;
- permanencia de los hijos/as en la casa familiar hasta edades que llegan a superar los 30 años;
- incremento progresivo de la esperanza de vida y del número de personas mayores que necesitan cuidados permanentes;
- cambios profundos en la posición social de las mujeres y, por ende, en su rol dentro de la familia.

Existe, pues, un incremento de la función “asistencial” de la familia que debe conjugarse con una menor disponibilidad de tiempo para desarrollarla debido a la asunción de las nuevas funciones asumidas en el proceso de transformación que ha sido glosado y que se deriva, de manera muy especial, del cambio de rol de las mujeres, que se están incorporando de manera muy activa al mundo del trabajo retribuido y al conjunto de las instituciones sociales.

B. La necesaria intervención profesional en las situaciones de dependencia.

El desarrollo de la geriatría y de la gerontología han evidenciado, por otra parte, que ofrecer una atención de calidad a las personas dependientes no pueden hacerlo personas sin formación específica. La aplicación de determinados programas de intervención, según patologías o trastornos, exige disponer de unos conocimientos técnicos

suficientes. Afrontar determinados comportamientos, comunicarse con personas que pueden tener dificultad para expresarse, saber cómo manejar las situaciones de estrés, pasa por haber recibido formación y entrenamiento en las habilidades necesarias.

En resumen, puede afirmarse que las personas cuidadoras de ancianos o ancianas dependientes, aunque sean familiares, deben contar con información y formación suficientes para desarrollar esta labor de manera competente. Asimismo, y con independencia del tiempo que puedan dedicar al cuidado, éste debería ser siempre evaluado y supervisado por profesionales con formación y experiencia gerontológica.

C. *La configuración de los cuidados de larga duración como nueva necesidad social.*

Las transformaciones someramente indicadas: fenómeno del envejecimiento (en especial, crecimiento de los mayores de 80 años), incremento consiguiente de las personas dependientes (por aumento de la prevalencia de enfermedades y trastornos que producen dependencia y que se asocia a la edad muy avanzada) y crisis del apoyo informal están originando que los países desarrollados se planteen cómo desarrollar sus sistemas de protección social para dar cobertura suficiente a la nueva necesidad social sobrevenida: la dependencia.

Como ya se ha mencionado, y según se ha desarrollado con mayor amplitud en otros lugares (Rodríguez y Sancho, 1995, Rodríguez, 1998), esta nueva necesidad social no está prevista como situación o contingencia a proteger por nuestro Sistema de Seguridad Social, y, por tanto, no se encuentra cubierta más que de manera insuficiente por un

conjunto de servicios sociales que se hallan todavía lejos de constituir un verdadero “sistema” acabado de protección.

¿Por qué se dice que la provisión de cuidados en la vejez es una “nueva” necesidad social? ¿Es que no existían antes ancianos/as que precisaban cuidados? Por esgrimir el dato cuantitativo, recuérdese que el número de personas mayores de 80 años en los años 70 era de apenas medio millón. Además, los modos de convivencia predominantes por aquel entonces era el de la familia extensa: más del 70% de las personas mayores de 65 años vivían con los hijos u otros familiares (Informe GAUR, 1975). Por otra parte, como las enfermedades y trastornos que producen dependencia se incrementan sobre todo a edades muy avanzadas y no eran numerosos los ancianos/as que llegaban a ellas, existían relativamente pocas personas con gran necesidad de cuidados durante largos períodos de tiempo. Las que presentaban esta necesidad eran atendidas de forma “natural” en el contexto familiar, en el que existía la figura de la “madre de todos”, esto es, la mujer cuyo rol consistía fundamentalmente en una plena dedicación personal y vital a la atención de su casa y al cuidado de todos los miembros de la familia. Para los casos de abandono o de carencia de familia, existían asilos y residencias, como programa prácticamente exclusivo que se proveía por los recursos formales de atención.

La información con que ya se cuenta sobre el asunto de los cuidados de larga duración, así como el análisis de sus aspectos más significativos, ofrecen como primer resultado un amplio interrogante, al que las sociedades modernas están afrontadas. La cuestión es: ¿quién va a cuidar en la vejez?, y también cabe plantear ¿a quién será necesario cuidar, cómo serán los futuros demandadores de cuidados?

Como conclusión de cuanto se ha ido presentando hasta el momento en esta colaboración podría decirse que los datos e información relevantes sobre el asunto son:

- Cada vez existen más personas mayores con problemas de dependencia que demandan cuidados de larga duración y de gran intensidad (durante amplios plazos de tiempo y en largas jornadas de trabajo).
- Esos cuidados todavía se siguen prestando fundamentalmente en el contexto familiar, sobre todo por las mujeres y con un gran predominio de las hijas.
- La transitoriedad del perfil actual de la persona cuidadora es notable (cada vez hay menos mujeres cuyo rol se ajuste al de la tradicional ama de casa, con escaso nivel educativo y sin cualificación profesional).
- Las atenciones que precisan las personas dependientes, si quieren ser de calidad, han de estar controladas y seguidas por profesionales.
- Las personas que asumen el cuidado de un anciano/a con problemas de dependencia suelen experimentar graves problemas derivados del estrés originado por las circunstancias en que el mismo se desarrolla (Braithwaite, 1992; Rodríguez, 1996).

Todo ello nos está hablando de cambios, de procesos sociales en transformación a los que las sociedades deben adaptarse y, por lo que nos ocupa, relacionarlos con la adecuación de nuestros mecanismos de protección social a la actual configuración de las necesidades sociales. El viejo principio de subsidiariedad habría que arrumbarlo por

inadecuado a la actual estructura social y a las nuevas necesidades que están planteadas.

El resultado de las investigaciones evidencian que la inmensa mayoría de los cuidados durante la vejez se suministran todavía por el apoyo informal, aunque hay signos que problematizan el futuro de dicho sistema asistencial. No quiere decirse con ello que haya que pensar en sustituir el protagonismo de la familia en los cuidados a la vejez, sino que se considera imprescindible admitir que, en el futuro, ya el presente en muchas ocasiones, los cambios sociales experimentados se traducirán en la imposibilidad para muchas familias de asumir **todo** el cuidado a sus expensas, mucho menos si éste se encuentra a cargo de una sola persona. De las diferentes categorías de apoyo que existen, es seguro que la familia y los allegados de la persona mayor continúen satisfaciendo sus necesidades de apoyo emocional y estratégico o informativo, pero en ocasiones resultará imposible asumir a su exclusivo cargo el apoyo material que algunas personas precisan (24 horas de atención sobre 24 en los casos de grandes dependencias).

V. EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Llegados a este punto, es forzoso hacer una referencia al sistema de servicios sociales que tenemos en España, comenzando brevemente por su evolución, pasando después al análisis somero de cada uno de los servicios que tiene relación con las situaciones de dependencia, para terminar realizando una valoración global de las insuficiencias del sistema.

A. Evolución de los servicios sociales en España.

Al contrario de lo que ocurre con el desarrollo de las pensiones, la historia de la implantación de un sistema público de servicios sociales es bastante reciente en España. El marco constitucional (1978) y muy especialmente el artículo 50 de este texto sitúa el punto de partida del desarrollo de las políticas de atención a las personas mayores:

“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”

A partir de este marco referencial, en el que el Estado asume el papel de garante del bienestar de sus ciudadanos mayores, las 17 comunidades autónomas redactan sus respectivas leyes de servicios sociales, desarrollando legislativa y conceptualmente un amplio sistema de atención a las personas mayores.

La década de los 80 y los primeros años 90 han supuesto la generalización del actual modelo de servicios. Se ha producido un considerable incremento de los recursos sociales más tradicionales (hogares o clubes de jubilados y residencias), se han implantado de manera generalizada los servicios de atención domiciliaria, aunque su extensión y calidad es todavía muy deficientes, y, al tiempo, se han ido poniendo en marcha una amplia gama de servicios de carácter más innovador (centros de día, teleasistencia, sistemas alternativos de alojamiento, etc.). El desarrollo de unos y otros está suponiendo cambios cualitativos importantes en los principios ideológicos y filosóficos que rigen las políticas sociales de atención a las personas

mayores (Rodríguez, Sancho, 1995). Así, mientras que a principios de la década de los años 80 el objetivo prioritario de los servicios sociales públicos se centraba en la construcción de residencias dirigidas fundamentalmente a personas con un buen nivel de autonomía funcional pero con importantes problemas socioeconómicos, en la actualidad el diseño y la planificación de los servicios de atención a las personas mayores suelen estar presididos por postulados que enfatizan la necesidad de priorizar aquéllos que favorecen la permanencia en su entorno habitual, con especial énfasis en la atención domiciliaria. Según esta concepción, las residencias y otros servicios institucionales quedarían reservados para aquellas personas, generalmente mayores de 80 años, con problemas de dependencia funcional o cognitiva que les imposibilita seguir viviendo en su medio habitual con niveles mínimos de bienestar.

El desarrollo de los servicios sociales en los últimos años ha evidenciado la necesidad de diseñar planes globales de intervención que respondan a los diversos estados de necesidad de las personas mayores y que, en la medida de lo posible, ofrezcan recursos acordes a estas situaciones. En este sentido, entre todas las programaciones realizadas, merece la pena destacar, como referente de la política de Estado para este grupo de población, el Plan Gerontológico, marco de actuación para la década de los años 90 (INSERSO, 1993). Se trata de un diseño de intervención con un enfoque de atención integral, que se sistematiza en torno a 5 grandes áreas: Pensiones, Salud y Asistencia Sanitaria, Servicios Sociales, Cultura y Ocio y Participación. En cada una de ellas se establecen grandes líneas de actuación, objetivos y medidas para la cumplimentación de los mismos, así como los organismos responsables para llevarlas a efecto. En dicho Plan se desarrolla el contenido de los servicios y programas para las personas mayores, muy especialmente los que se circunscriben a los ámbitos social y sanitario, así como los

relacionados con el acceso a los bienes culturales, al ocio y la participación de este grupo de población en la vida social.

Quizás deba valorarse el Plan Gerontológico como un hito importante, más que por el propio desarrollo de servicios que él mismo ha impulsado (que también lo ha hecho), por haber contribuido de manera decisiva a un cambio conceptual en la consideración de las necesidades de las personas mayores y en la interpretación del fenómeno del envejecimiento de la población de las sociedades modernas. La perspectiva de globalidad que impregna el Plan atañe tanto al conjunto de necesidades que pueden experimentar las personas mayores y sus familias -desde las pensiones hasta el reconocimiento de su rol social-, como a los profesionales y al conjunto de la comunidad científica relacionada con la gerontología, pasando por la propia sociedad, que debe saber adaptarse a las transformaciones inherentes al cambio demográfico.

Pero lo cierto es que, cuando faltan menos de dos años para agotarse el período previsto de ejecución del Plan Gerontológico (el horizonte se situaba en el año 2000), puede afirmarse que las previsiones contenidas en el mismo están muy lejos de haberse cumplido. En el ámbito en el que más esfuerzo se ha hecho, como es el de desarrollo de equipamientos residenciales, el crecimiento se ha realizado de manera desordenada, con grandes desequilibrios territoriales y gran disparidad en los modelos de atención. En cuanto a los servicios de ayuda a domicilio, sobre los que el Plan Gerontológico había realizado una ambiciosa propuesta (alcanzar el 8% de *ratio* para el año 2000) puede decirse que el fracaso ha sido mayor, tanto en lo que se refiere a extensión del servicio como en cuanto atañe a la calidad de la atención y a los requisitos consiguientes de formación.

Se pasa a continuación, como se anunciaba arriba, a la glosa sumaria de uno de los dos grandes bloques en que cabe distribuir los servicios sociales: los que tienen un carácter marcadamente asistencial porque son los que están directamente relacionados con la atención a personas en situación de dependencia o fragilidad. Se dejan, pues, aparte y sin desarrollar el conjunto de servicios y programas más relacionados con el ámbito de la participación social.

Como pórtico o preámbulo de la descripción que se realiza de cada uno de los servicios, todavía quiere añadirse un comentario en relación con el conjunto de ellos. Tradicionalmente la organización de los servicios y programas asistenciales había respondido a las dicotomías que se establecen entre lo institucional y lo comunitario, o lo social y lo sanitario. Pero el desarrollo de los sistemas de atención, el mejor conocimiento de las necesidades y deseos expresados por las personas mayores y sus redes sociales, junto con las nuevas prioridades en política social han ido evidenciando la necesidad de superar aquellos viejos planteamientos y, en consonancia, intentar ofrecer un modelo de atención que integre los servicios en el entorno comunitario más cercano, de tal forma que puedan responder a las demandas y necesidades de las personas mayores y de sus familiares, con una concepción sistémica de la intervención. Como consecuencia de este planteamiento, ni la propia atención institucional debiera quedar fuera del ámbito comunitario, como un mundo aparte cerrado e infranqueable. Las residencias y otros centros de carácter institucional ocupan hoy un lugar importante y se configuran como una alternativa de calidad para determinada tipología de personas mayores. Incluir en su diseño y oferta de servicios la dimensión de integración social y de autorrealización de las personas que residen en ellas resulta una exigencia que cada vez más se va asumiendo como ineludible.

En definitiva, se considera que la evolución de las nuevas necesidades de atención detectadas a aquellas personas que precisan de ayuda y cuidados de larga duración requiere que los sistemas de atención se ajusten a dos criterios fundamentales:

1- El primero es el de *diversidad* en la oferta, lo que posibilita el ejercicio de la capacidad de elección y contribuye a una mejor adecuación entre necesidad y respuesta.

2- El otro es la *complementariedad*, que se configura como criterio clave, aplicado en ámbitos como: el mundo de lo social y lo sanitario, los servicios formales e informales, los múltiples proveedores públicos, privados e iniciativa social, etc.

B. Descripción de los principales servicios sociales dirigidos a las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia.

1. Hogares y clubes.

Son centros de reunión que promueven la convivencia de las personas mayores y la mejora de sus condiciones de vida a través de diversos servicios (IMSERSO,1995). No se han excluido de la enumeración en esta categoría, por la evolución que muchos de ellos están experimentando hacia centros polivalentes o multiservicios.

a. Servicios que suelen ofrecer los hogares.

- Información, orientación y asesoría
- Biblioteca.

- Cafetería y servicio de comidas.
- Peluquería.
- Podología.
- Actividades lúdicas y recreativas (excursiones, bailes, fiestas, cursos y talleres).
- Actividades sociales y formativas
- Animación y cooperación social (voluntariado, relaciones intergeneracionales,...)

Además de servicios del tipo de los reseñados, en algunos hogares o clubes, sobre todo los dependientes de alguna de las Administraciones Públicas, también se suministran otros servicios asistenciales de índole sanitaria y/o de atención para personas con problemas de dependencia: prevención sanitaria, chequeos en salud, rehabilitación menor, ayuda a domicilio, distribución de comidas y lavandería a domicilio, centro de día, etc. (algunos de estos servicios se describen en los epígrafes 3, 4 y 5).

Si bien en algún momento la valoración de los hogares no ha sido muy positiva, por sus indudables rasgos de marginalidad, una evaluación más profunda y a largo plazo de los mismos, muestra el importante papel que estos centros han desempeñado, y aún hoy continúan cumpliendo. De hecho, han contribuido de forma significativa a reforzar y crear redes de apoyo social entre las personas mayores, con todos los beneficios que esto conlleva, a implantar hábitos de vida más saludables y, en definitiva, a mejorar la calidad de vida de este grupo de población.

Desde algunos lugares se comienza a considerar estos centros como capaces de convertirse en el eje de un conjunto polivalente de programas y servicios de manera que, sin renunciar a su primigenio carácter de lugar de encuentro entre las personas mayores del lugar,

sirvan como centros de evaluación de necesidades y como dispensadores de servicios comunitarios.

b. Cobertura y estimación de necesidades.

En el año 1997 se ha estimado la existencia de alrededor de 4.700 centros de este tipo, lo que significa un índice de cobertura de 8,17 plazas por cada 10.000 habitantes, muy por encima del 4 por 10.000 establecido por el Plan Gerontológico. En todo caso existe un gran desequilibrio entre Comunidades Autónomas sobre este recurso (INSERSO, 1995)

c. Dependencia y gestión de los centros.

Existe una gran variedad en el aspecto de la titularidad. La mayoría de ellos dependen de una institución pública (ayuntamiento, CC.AA.), otros son de entidades sociales (Parroquia, Cajas de Ahorros) y muchos dependen directamente de una asociación de mayores. En este último caso, la gestión es totalmente autónoma de los socios. En los otros, lo normal es que exista una Junta de Gobierno, con amplia participación de las propias personas mayores, para decidir la programación de actividades y otras cuestiones relativas a la gestión.

2. Adaptaciones de viviendas.

Este programa tiene como objetivo dotar a la vivienda ocupada por una persona mayor de las adecuadas condiciones de habitabilidad y accesibilidad. La necesidad de potenciar este programa está justificada:

a) Por las situaciones carenciales que se han detectado en los equipamientos de bastantes de las viviendas de las personas mayores.

b) Porque las condiciones de la vivienda se configuran como requisito previo en la prestación de los servicios domiciliarios, difícilmente justificable en hogares que no reúnan condiciones mínimas de habitabilidad o que no sean accesibles para utilizar los servicios básicos cuando se está en una situación de dependencia.

Hasta el momento, finales de la década de los 90, el desarrollo de servicios de este tipo es incipiente. Suelen llevarse a cabo a través de ayudas económicas para la rehabilitación y adaptación funcional de las viviendas que lo precisan, si se cumplen los requisitos establecidos. El programa está a cargo de distintas instancias administrativas (central, autonómica, local), con diferentes tipos de convocatorias tales como:

- Subvenciones a fondo perdido para adquisición de mobiliario, reparaciones y adaptaciones con cuantía limitada.
- Préstamos sin interés hasta determinada cantidad económica.
- Otros préstamos de superior cuantía con muy bajos intereses.

Aunque no existen *ratios* de cobertura mínima, la cuantificación de las carencias en los equipamientos básicos de las viviendas de las personas mayores constituyen un buen indicador para el establecimiento de objetivos de intervención en este programa.

No debe considerarse por más tiempo como necesidad menor contar con una vivienda adecuada y accesible. Ajustarse al principio

“envejecer en casa” pasa, como cuestión previa, por contar con una vivienda que permita el desenvolvimiento normal de la vida cotidiana de las personas. En consecuencia debe estar generalizada la inclusión de las adaptaciones de viviendas dentro de los programas de ayuda a domicilio.

3. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).

Ha sido definido como un “programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado” (Rodríguez, 1997).

Los servicios que se ofrecen a través del SAD son muy diversificados. Van desde todo el conjunto que tiene que ver con la realización de tareas domésticas a la atención personal y ayuda en las actividades de la vida diaria (AVD), pasando por el cuidado y apoyo a las personas con graves dependencias (movilizaciones, manejo de sondas, etc.), sin olvidar las actividades que facilitan la integración social.

a. Servicios que suele ofrecer el SAD.

- Limpieza de la casa.
- Lavado y planchado de la ropa.
- Compra y preparación de comidas.
- Aseo personal.
- Movilizaciones y transferencias.
- Vestirse/desvestirse

- Peluquería.
- Cuidados sanitarios elementales.
- Podología.

También se prestan otros servicios complementarios, como son: acompañamiento, realización de gestiones, actividades de ocio, etc. Los servicios de teleasistencia, así como los de comidas a domicilio y lavandería se incluyen en ocasiones y por algunas entidades dentro de estos servicios complementario. Otras intervenciones más especializadas (psicosociales, de terapia ocupacional, de fisioterapia, etc.) son todavía muy escasas.

b. *Objetivos del SAD.*

- Facilitar la autonomía de sus usuarios.
- Conseguir cambios conductuales que mejoren la calidad de vida
- Fomentar hábitos saludables.
- Aumentar la seguridad personal
- Potenciar las relaciones sociales
- Lograr la permanencia en su medio habitual de vida en condiciones de dignidad.
- Evitar la institucionalización innecesaria.

c. Dependencia y funcionamiento del SAD.

El servicio de ayuda a domicilio se presta en España fundamentalmente por iniciativa de las Administraciones Públicas, y, sobre todo, por las corporaciones locales. La gestión y prestación del servicio suele correr a cargo de organizaciones de carácter no lucrativo, así como por empresas mercantiles o cooperativas de servicios, con quienes los ayuntamientos suscriben los correspondientes conciertos de servicios.

La organización y coordinación del SAD suele estar a cargo de los trabajadores/as sociales, aunque, en algunos lugares es un equipo multiprofesional el que se responsabiliza de su funcionamiento. La prestación directa de la mayoría de los servicios es realizada por auxiliares de atención domiciliaria, profesión sin reconocimiento académico claro, que recibe formación muy diversificada y con desigual calidad, impartida en la mayoría de los casos por la institución que suministra el servicio.

Las asociaciones de personas mayores y otras entidades de voluntariado están desarrollando de forma considerable los servicios complementarios.

En cuanto a la intensidad del servicio, varía considerablemente en función del: estado de necesidad, organización que lo presta, disponibilidad presupuestaria, etc. En cualquier caso, casi nunca se superan las 10 horas semanales, situándose en torno a 4 el promedio de horas a la semana de atención que se está prestando.

La coordinación entre la provisión de servicios de atención domiciliaria de carácter social y sanitario se configura como objetivo

prioritario de intervención, único camino para que este recurso responda a criterios de eficiencia y eficacia.

d. Cobertura y estimación de necesidades.

Recientemente se han dado a conocer los resultados de la única investigación realizada en España para conocer el alcance y características del SAD, que se ha desarrollado mediante un convenio de colaboración entre el IMSERSO y la FEMP. Según los resultados ofrecidos en la misma la cobertura actual del SAD no representa ni siquiera el un uno por ciento del total de personas mayores (Porto y Rodríguez, 1998). En la actualidad, y teniendo en cuenta que esos datos corresponden a 1996 puede realizarse una estimación para 1999 de alrededor del 1,5% en que podría situarse el porcentaje de personas mayores de 65 años que acceden al SAD. El Plan Gerontológico establecía llegar a una previsión de cobertura del 8% para finales de esta década, lo que significaría un esfuerzo de considerable magnitud en la consecución del objetivo “envejecer en casa”, que es el que se plantean tanto las propias personas mayores, como los responsables de los servicios de atención. Se está procediendo a la revisión de dicho objetivo del Plan Gerontológico, ya que se calcula que la *ratio* de extensión del SAD, difícilmente superará un 2% en el año 2000.

Se estima que en el futuro se desarrollará el SAD en mucha mayor medida de lo que se ha hecho en los últimos años. Pero, además de la extensión de la cobertura, habrá que atender a otros aspectos como son: la superación de los desequilibrios interterritoriales que actualmente existen, eliminación de las diferencias en las modalidades de acceso al servicio, corregir la gran diversidad existente en el sistema de contribución de usuarios/as al pago del coste del programa, etc.

4. Servicio de Teleasistencia.

Existen diversos sistemas de teleasistencia, muy perfeccionados tecnológicamente. La base de todos ellos consiste en un entorno informático con un terminal que se encuentra en el domicilio de la persona que es usuaria de este servicio. Consiste en un dispositivo que aquella lleva sobre sí, y que, al pulsarlo, desencadena una señal de alarma identificable en la central de escucha, donde, de manera automática, se muestra en el ordenador del operador/a los datos identificables y relevantes del usuario o usuaria. Inmediatamente, se produce el contacto telefónico con él o ella para detectar la causa de la llamada y buscar la solución más pertinente, incluyendo, si el caso lo requiere, el envío de ayuda urgente al domicilio de donde proviene la señal de alarma.

Las evaluaciones realizadas de este servicio (IMSERSO, 1997) indican que constituye un importante elemento de seguridad y tranquilidad, sobre todo para las personas mayores que viven solas o pasan gran parte del día sin ninguna compañía y son susceptibles de encontrarse en situación de riesgo. Paralelamente, se pretende también evitar o, al menos, retrasar una institucionalización que puede no ser necesaria.

La evolución y perfeccionamiento tecnológico de este programa ha abaratado considerablemente sus costes, lo que facilita la accesibilidad al mismo desde el sector público y/o privado.

a. Cobertura y estimación de necesidades.

Es este un servicio de implantación muy reciente en España, promovido desde las diferentes administraciones, ONGs. e iniciativa privada, por lo que todavía no se dispone de índices de cobertura significativos.

El Plan Gerontológico establece una ratio del 12,5% de las personas mayores que viven solas (en torno a un millón), lo que supondría alcanzar en el año 2000, en números absolutos, una cifra de unos 125.000 beneficiarios. Las estimaciones que se realizan para el año 1999 sobre cobertura de la teleasistencia sitúan la misma en alrededor de 50.000 usuarios, lo que evidencia, también en este servicio, el poco impulso que se ha dado a este Programa.

5. Centros de Día.

Se define este recurso como un “Servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socio-culturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual” (Sancho, 1996).

El objetivo general del centro de día es “favorecer unas condiciones de vida dignas entre las personas mayores dependientes y sus familiares, facilitando la continuidad en sus modos de vida y el logro de un mayor nivel de autonomía”.

La implantación de este servicio en España ha dado lugar en ocasiones a confusiones con otro tipo de equipamientos de funcionamiento diurno como son los Hogares y Clubes (a los que ya se

ha hecho referencia) y los Hospitales de Día, cuyos objetivos y actividades son bastante similares en algunas facetas. Algunas diferencias básicas entre estos tres recursos se establecen en la *tabla 7*:

TABLA 7: RECURSOS DE ATENCIÓN DIURNA

MODELO	DEPENDENCIA	OBJETIVOS	DURACIÓN DEL SERVICIO	DESTINATARIOS
HOSPITAL DE DÍA	servicios sanitarios	diagnóstico, tratamiento, rehabilitación ante problemas de salud	programa cerrado. período de pocos meses.	personas mayores enfermas; en su mayoría proceden del hospital
CENTRO DE DÍA	servicios sociales	prevención de la institucionalización, rehabilitación, mantenimiento del nivel de autonomía, apoyo a las familias	flexible. hay casos cronificados.	personas mayores con problemas de pérdida de capacidad funcional (física o psíquica)
HOGARES Y CLUBES	servicios sociales	prevención, socialización, información y formación.	indefinida	personas mayores independientes y semidependientes

a. Servicios que suelen ofrecer los Centros de Día.

a) Atención social:

- Detección, acogimiento, orientación y seguimiento de casos
- Coordinación del plan de intervención establecido.
- Relaciones con la familia.
- Establecimiento del plan de transporte.

b) Atención a la salud psico-física:

- Rehabilitación y control psico-físico.
- Actividades psicoterapéuticas.
- Terapia ocupacional.
- Higiene personal.
- Dietética.

c) Socialización y participación:

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Relaciones personales.
- Actividades de ocio y cultura.
- Actividades productivas.

b. Cobertura y estimación de necesidades.

También es éste un servicio de los de más reciente implantación en España, por lo que el número de centros puesto en marcha desde la iniciativa pública y privada es poco significativo. Aunque el Plan Gerontológico no ha establecido índices de cobertura, parece prudente fijar para los próximos años la necesidad de disponer de 2 plazas por cada 100 personas mayores de 80 años (y una por cada 100 personas entre los 65 y 80 años).

6 *Estancias Temporales en Residencias.*

Este programa posibilita la estancia en un centro residencial durante un período generalmente no superior a 60 días a aquellas personas mayores de 65 años que se encuentran, bien ellas mismas o las familias con quienes conviven, en algún estado eventual de necesidad, susceptible de solución o mejora mediante el acceso a este recurso.

Es un servicio que también sirve de apoyo familiar, al igual que el de centro de día, al cumplir una importante función de alivio para los cuidadores, favoreciendo así la permanencia de la persona mayor en el entorno familiar y, en consecuencia, evitando la institucionalización definitiva.

Los programas de estancia temporal en una institución ofrecen los mismos servicios que disfrutan las personas que residen permanentemente en éstas. No obstante, debe elaborarse siempre un plan de intervención personalizado para cada caso en el que se prevean, además de los consiguientes objetivos de carácter terapéutico-rehabilitador, las medidas que favorezcan una adecuada adaptación al centro y posterior reinserción familiar.

a. *Cobertura y estimación de necesidades.*

Es este otro servicio de carácter innovador en nuestro país y de reciente implantación, especialmente desde las Administraciones

públicas, por lo que no se dispone de cifras significativas de cobertura. El Plan Gerontológico establece medidas destinadas a favorecer la generalización de este servicio como son:

- a) Reserva de al menos un 2% de plazas destinadas a esta finalidad en las residencias dependientes de la Administración.
- b) Aprovechamiento de las plazas ocupadas por residentes fijos de centros públicos durante el período de sus vacaciones, mediante el establecimiento de las normas y compensaciones necesarias.
- c) Concierto con entidades privadas (Hoteles, Residencias, etc.) para la reserva de plazas con carácter temporal.

7. *Sistemas alternativos de alojamiento.*

Bajo esta denominación se agrupa una gama de alojamientos para personas mayores que, por problemas de vivienda, soledad o pérdida de autonomía se ven obligadas a abandonar su domicilio y optan por las soluciones más parecidas a su modo de vida habitual (Sancho, 1994).

a. *Características de los alojamientos alternativos.*

- Ubicados en el entorno habitual.
- Convivencia en grupos pequeños.

- Organizadas en torno a algún sistema de tutela.
- Diseño hogareño, no institucional.
- Autofinanciables en muchos casos por sus inquilinos.

La oferta que existe es bastante diversa, y se concreta en modalidades como las siguientes:

a) Apartamentos individuales o bipersonales, con una gama más o menos amplia de servicios que se ofrecen en el mismo edificio o en algún centro gerontológico cercano: lavandería, restaurante, comidas a domicilio, asistencia doméstica, servicios médicos y de enfermería, actividades de ocio y animación, etc.

La intensidad y modalidades de estos servicios complementarios varían en función del grado de dependencia de sus ocupantes, procurando adaptarse a sus diferentes estados de necesidad.

Estos apartamentos, que oscilan entre los 30 y 50 m²., suelen disponer de algún sistema de teleasistencia o simplemente de alarma conectada a la conserjería del edificio, lo que proporciona seguridad a sus inquilinos.

- b) Viviendas tuteladas ocupadas por grupos que oscilan entre las 4 y 10 personas.
- c) Viviendas comunales, que habitualmente son autogestionadas por las propias personas mayores que las ocupan.
- d) Minirresidencias de hasta 20 personas, desarrolladas sobre todo en el medio rural.

e) Acogimiento en diversas fórmulas, como acogida familiar, de convivencia intergeneracional, etc.

Básicamente, la tipología de alojamientos enumerada podría sintetizarse en torno a dos grupos: el formado por alternativas convivenciales y el que opta por alternativas individuales. Algunos inconvenientes y ventajas de estos modelos se reflejan en la *tabla 8*.

TABLA 8: SISTEMAS ALTERNATIVOS DE ALOJAMIENTO

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
ALTERNATIVAS CONVIVENCIALES	sentimientos de utilidad fomentan la autoayuda mejoran la autoestima permanencia en el entorno habitual	intimidad no garantizada problemas de convivencia
ALTERNATIVAS INDIVIDUALES	intimidad/privacidad ajuste servicio/necesidad autonomía/independencia fácil mantenimiento	soledad/aislamiento segregación costo elevado cuando aumenta la dependencia

El tipo de tutela que se ejerce en los diversos tipos de alojamiento varía mucho, siendo determinante el grado de dependencia de los miembros del grupo, así como el modo de convivencia que se practique: relaciones informales similares a las que se establecen en una pensión, ambiente de camaradería y apoyo mutuo, vida cuasi-familiar, etc.

En los últimos años varias CC.AA. han promovido un importante desarrollo de este tipo de alojamientos en zonas rurales, y siempre para

personas sin problemas de dependencia. La experiencia de otros países y los escasos años de implantación en el nuestro corroboran que este recurso ha de asumir una evolución hacia situaciones de necesidad de ayuda de muchos de sus ocupantes, por lo que sería conveniente una reformulación de los objetivos y filosofía de estos sistemas de alojamiento. En las planificaciones que se realicen para el futuro, las condiciones de accesibilidad en cuanto a su diseño, así como la programación de la intervención profesional, deberán posibilitar el acceso de las personas dependientes a estas casas.

b. Cobertura y estimación de necesidades.

A pesar de que en los últimos años se están desarrollando estos sistemas de alojamiento en todo el territorio español, su grado de implantación es muy escaso y, aunque no existe cuantificación separada de este recurso, se estima que no es todavía significativo numéricamente. El Plan Gerontológico establece una *ratio* de cobertura del 1% de los mayores de 65 años para el año 2000.

8. Servicios institucionales.

Están constituidos básicamente por residencias, pues, aun cuando existe otro tipo de oferta como centros sociosanitarios u hospitales de media o larga estancia, la inmensa mayoría se centra en aquéllas. Entre las definiciones de residencia que existen se destaca la siguiente: "Centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional, en el que viven temporal o

permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (Rodríguez, 1995).

Dentro de esta concepción, facilitar el mantenimiento de la autonomía se configura como objetivo general de atención que debería plantearse en estos centros.

La clasificación tradicional que distinguía residencias para personas mayores “válidas” o “asistidas” está siendo sustituida por una única tipología acorde con su definición; es decir, centros para personas con problemas de dependencia. En consecuencia, se está produciendo un rápido proceso de “reconversión” de las plazas para personas válidas, impuesta por la evidencia de una progresiva pérdida de capacidad funcional de las personas que las ocupan.

Existen grandes diferencias en la oferta actual en cualquiera de las dimensiones que se analicen: tamaño, ubicación, equipamiento, profesionales... Esta diversidad es notable según si la dependencia del centro corresponde a una C.A., a un Ayuntamiento, a una institución religiosa, a una gran empresa privada o a una pequeña.

En todo caso, su diseño arquitectónico debiera garantizar que las características de la residencia contribuyen a:

- Potenciar la independencia y la seguridad (evitando caídas, paliando discapacidades y actuando sobre la reducción de las capacidades sensoriales).
- Conseguir el equilibrio y la seguridad psíquicos (espacios definidos e identificables que compensen la desorientación espacial y fomenten el contacto con el exterior y la naturaleza).

- Respetar la intimidad individual.

- Provocar las relaciones sociales.

- Facilitar la labor del personal para el desarrollo de sus funciones.

Capítulo de especial interés es el que se refiere a los servicios que se ofrecen en las residencias y su consiguiente dotación de personal, aspecto éste en el que las diferencias una vez más son notables. En cualquier caso, un centro institucional que acoja a personas con problemas de dependencia deberá ofrecer a sus usuarios, además de la cobertura de sus necesidades básicas (alimentación, higiene, alojamiento...), una serie de servicios, traducidos en programas de intervención (SEGG, 1995), que, sumariamente, se relacionan a continuación.

a. *Programas de intervención en residencias.*

Sanitarios

- Atención médica.
- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.

Psicosociales

- Atención psicológica.
- Intervención con familias.
- Animación socio-cultural.

Para casos de deterioro cognitivo

- Orientación a la realidad.
- Entrenamiento de habilidades básicas.

Cuidados paliativos.

Éstos y otros servicios y programas a desarrollar en residencias pueden ser dispensados por profesionales pertenecientes a la propia institución o por los de los servicios sociosanitarios del área correspondiente. El tamaño de las residencias, el desarrollo y extensión de otros servicios y la tipología de los usuarios de aquéllas, condicionan una u otra alternativa.

b. Cobertura y estimación de necesidades.

Los últimos datos publicados (INSERSO, 1995) sobre cobertura de plazas residenciales ofrecían la cifra de 163.338, que corresponde a un porcentaje del 2,8 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años. De ellas, un 32,5% pertenecían al sector público, repartiéndose la titularidad del resto (67,5%) entre la iniciativa privada con fin de lucro, las asociaciones y organizaciones no gubernamentales.

La actualización ha seguido realizándose por el IMSERSO, que pone a disposición de los interesados esta información a través de Internet. Así se puede contar hoy con información sobre el crecimiento de plazas en residencias a lo largo de los últimos diez años. En la *tabla 9* siguiente puede observarse la evolución experimentada durante todo el período.

Aunque el crecimiento de plazas ha sido importante en los diez años analizados, sin embargo no se refleja claramente ese dinamismo cuando se atiende a la evolución de la *ratio* de cobertura: Habiéndose puesto en funcionamiento durante el período más de 82 mil nuevas plazas de residencias, este incremento no ha llegado a significar ni siquiera 1 punto en cuanto se refiere al aumento de la *ratio*. Ello se explica porque la expansión en la creación de este recurso ha corrido paralela, de manera coincidente, al aumento tan considerable que durante el lapso de tiempo analizado ha tenido el número de personas mayores de 65 años.

En la *tabla 10* se refleja con mayor detalle la situación de la oferta en el año 1998. Se incluye información correspondiente a número de centros y titularidad de los mismos y de las plazas correspondientes,

con el fin de poder analizar la distribución de las plazas que se produce entre el sector público y el privado. A efectos de comparabilidad, téngase en cuenta que en el año 1994 se contabilizaron 53.161 plazas públicas y 110.177 privadas.

Dos consideraciones conviene tener en cuenta al analizar esta información. Una es que en este inventario de centros y plazas no se realiza distinción por la tipología del centro, lo que quiere decir que no se conoce cuántos de los centros son residencias grandes, medianas o pequeñas, o cuántos de ellos ni siquiera son residencias, sino que se trata de viviendas o apartamentos. La otra consideración interesante a tener en cuenta es que tampoco pueden identificarse en esta recopilación aquéllas plazas que, aun cuando pertenezcan a centros de titularidad privada, son en realidad públicas por estar concertadas con la Administración.

c. Previsiones de incrementos en residencias y viviendas con servicios.

En su faceta cuantitativa, puede afirmarse que la oferta española actual en plazas residenciales está claramente por debajo de la demanda. Por lo que se refiere a plazas en viviendas y apartamentos, la estimación que puede realizarse de su extensión, que no ha llegado a poder cuantificarse de manera singular, es que sigue siendo muy insuficiente. El Plan Gerontológico planteaba como objetivos ajustados al crecimiento calculado para el año 2000 llegar a una *ratio* de cobertura del 3,5 en plazas residenciales y de un 1 en viviendas tuteladas o apartamentos con servicios. Teniendo en cuenta que la media de plazas disponibles en el conjunto de la U.E. está situada por encima del 5, podría considerarse que el objetivo de 4,5 resulta modesto, pero hay que tener en cuenta también que el Plan

Gerontológico hacía una fuerte apuesta por el desarrollo de servicios y programas comunitarios. En cualquier caso, el hecho cierto es que, aun siendo las residencias el recurso que más se ha desarrollado y sobre el que mayor esfuerzo se ha realizado, todavía no podemos decir que hayamos ni siquiera alcanzado la *ratio* del 3, como media de plazas en todo el Estado.

Los desequilibrios entre las diferentes CC.AA., como se ha mostrado en la *tabla 10* anterior, es una de las características más llamativas cuando se analiza la distribución de las plazas, lo que, una vez más, nos habla de la falta de equidad que se produce en el acceso a un recurso de tanta importancia como las residencias.

Obsérvese en la *tabla 11* la evolución en el número de plazas durante el período 1988-1998 en relación a la suma de las *ratios* 3,5 (para residencias) y 1 (para viviendas y otros alojamientos alternativos) que se establecían en el Plan Gerontológico. Se ha incluido en la tabla la hipótesis de que en el año 2006 se llegue a la *ratio* del 4,5, acumulativa de los dos tipos de recursos referenciados, para el cumplimiento de lo cual será necesario poner en funcionamiento **123.635** nuevas plazas entre residencias y viviendas tuteladas o apartamentos con servicios. Esto, evidentemente, significaría hacer, durante el período 1989-2006, un esfuerzo inversor verdaderamente importante para conseguirlo.

TABLA 11: EVOLUCIÓN DEL N° DE PLAZAS EN RESIDENCIAS Y OTRAS ALTERNATIVAS DE ALOJAMIENTO EN RELACIÓN A LA *RATIO* 4,5 DEL PLAN GERONTOLÓGICO.

<u>AÑO</u>	<u>>65 AÑOS</u>	<u>Nº PLAZAS</u>	<u>RATIO</u>	<u>DIFERENCIAL 4,5</u>
1988	4.961.456	106.488	2,15	-116.778
1994	5.761.767	163.338	2,83	-95.942
1998	6.330.373	188.862	2,98	-96.005
2006	6.944.384	312.497	4,5	0

Fuente: Elaboración propia.

C. Los sistemas de acceso a los servicios.

Como ya se ha mencionado arriba, el acceso a la mayoría de los servicios sociales para las personas mayores requiere una evaluación previa de necesidades que se realiza a través de la aplicación de baremos y otros instrumentos de valoración, considerados como el modo más objetivo de evaluación y posterior asignación de los escasos recursos existentes.

El peso de las diferentes situaciones que se valoran ha ido variando en los últimos años, adaptándose progresivamente a los actuales perfiles de usuarios de servicios y sus consiguientes estados de necesidad. Así, mientras que en el pasado el factor económico era decisivo en la asignación del recurso, en la actualidad se detecta una tendencia a primar otros aspectos y, especialmente, el grado de dependencia.

Las diferentes CC.AA. han elaborado en bastantes casos sus propios baremos de acceso, incluyendo *ítems* similares (salud, dependencia, situación sociofamiliar, aspectos económicos, vivienda), pero concediendo prioridad y peso diferente a cada uno de ellos.

Analizados en su conjunto, puede afirmarse que existen grandes discrepancias entre CC.AA., no sólo en cuanto a extensión cuantitativa y a la calidad de los diversos servicios, sino también en cuanto se refiere a las condiciones de acceso a los mismos. La opción de futuro debería ser caminar hacia la homologación de los requisitos, mediante un único modelo de evaluación de necesidades en todo el territorio español, con el fin que de que la diversidad en el modo de acceder a los servicios

sociales dejara de ser la norma, ya que, hoy por hoy, de ninguna manera puede decirse que se produzca equidad entre los diferentes territorios (en unos lugares las prestaciones son gratuitas; cuando existe aportación económica, ésta varía según los sitios; algunas reglamentaciones establecen tope de ingresos para considerar el acceso al servicio, otras no; los baremos e instrumentos de evaluación son divergentes, etc.).

Forzoso resulta recordar en este lugar, aparte las desigualdades que existen para obtener una prestación de los servicios sociales según la C.A. de residencia, la radical diferencia que se produce en el modo de acceso cuando los ciudadanos se colocan frente al sistema de servicios sociales que cuando lo hacen ante cualquiera otro de nuestros sistemas de protección consolidados (educación, sanidad, pensiones). En el primer caso, la posición que se adopta es la de “solicitante de una ayuda”, que la Administración discrecionalmente autorizará o denegará, mientras que, en cualquiera de los otros sistemas, el papel que se juega es el de ciudadanos que ejercen un derecho. Reconocer que las necesidades de atención continua que requieren las personas mayores dependientes es de naturaleza equiparable a tener una pensión o recibir atención sanitaria es algo que cada vez se admite de forma más generalizada, como lo demuestra el hecho de que en muchos de los países europeos se esté considerando la dependencia como un riesgo protegible por la Seguridad Social.

VI. VALORACIÓN GLOBAL Y PROPUESTAS.

Como conclusión de este capítulo cabe afirmar que los servicios sociales para atender la necesidad de cuidados de larga duración, en cuanto se refiere a su extensión y desarrollo, son sensiblemente más bajos en España que en la media de los países desarrollados. En plazas

residenciales, la oferta se sitúa en 2,9 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años como se acaba de mostrar, cuando la media de los encuadrados en el ámbito de la OCDE es de 5,1 (OCDE, 1996). En cuanto al servicio de ayuda a domicilio (SAD), la oferta se situaba en torno al 0,5% al inicio de la década de los noventa, mientras que las estimaciones que se realizan ahora no sobrepasan el 1,5% de *ratio*. Comparativamente con otros países europeos, España se encuentra a gran distancia de la cobertura del SAD que tienen, no ya los países nórdicos, sino otros más cercanos al nuestro en cuanto se refiere a protección social, como Francia, Alemania o el Reino Unido (en todos ellos se supera el 6% de *ratio*). El resto de los recursos (centros de día, alojamientos alternativos, etc.) no alcanzan significación estadística. Como consecuencia de nuestro todavía bajo desarrollo de recursos, el coste español en servicios sociales se encuentra sensiblemente por debajo del conjunto de los países desarrollados como se ha puesto de relieve en estudios comparados (Rodríguez Cabrero, 1990, 1998).

La protección, además, se extiende de manera insuficiente y desigual. Como se ha señalado reiteradamente (Rodríguez, 1992, 1995a, Rodríguez y Sancho, 1995), los servicios sociales no están garantizados como derecho y, dependiendo de los territorios del Estado en que vivan las personas mayores, cuentan con diferente extensión de recursos, distintos requisitos de obtención y desigual atención profesional. No existe una Ley básica que enmarque los servicios sociales en el conjunto de España, y así, obtener un servicio de apoyo en forma de una ayuda a domicilio, de una estancia diurna, o de una plaza residencial (por citar sólo algunos) puede ser relativamente fácil en algunos lugares, como, por ejemplo, en el País Vasco o en Navarra, y bastante más difícil en otros, como, por ejemplo, en Galicia o en Canarias. Funciona, además, en la oferta de los servicios sociales el principio de subsidiariedad. Esto quiere decir que los recursos suelen ofrecerse, aparte de en función de los presupuestos disponibles, mediante prueba de necesidad, es decir,

siempre y cuando se demuestre la escasez de rentas y la falta de apoyo familiar.

Sin embargo, los servicios sociales se proclaman en las leyes de servicios sociales de las diferentes CC.AA. como universales, es decir, accesibles a cualquier persona en situación de necesidad. Pero, hoy por hoy y como bien se ha señalado (Aznar, 1996) se trata de un derecho *debilitado*, que no puede compararse de ninguna manera al derecho subjetivo que tienen, por ejemplo, las pensiones de la Seguridad Social.

Parece obvio, en congruencia con lo anterior, que en España, como lo han hecho muchos de los países del resto de Europa, se plantee con seriedad la adopción de medidas tendentes a reparar las graves situaciones de desprotección que hoy existen. La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología considera y defiende que la forma de hacerlo de manera más eficaz es comenzar a debatir en el Parlamento una ley de protección a la dependencia, que garantice, dentro del esquema de la Seguridad Social, el derecho a recibir cuidados sociosanitarios de larga duración (ver propuesta final de este informe).

Sin embargo, entretanto se produce el consenso suficiente sobre tan trascendental medida, cabe desarrollar, de manera inmediata, un conjunto de medidas que mejoren el actual caos que se está produciendo en el sector de los servicios sociales. Se recomienda, en concreto, llevar a cabo una serie de actuaciones prioritarias que se incardinan en las líneas estratégicas siguientes:

- A. *Potenciación del SAD como alternativa eficaz y como programa generador inmediato de soluciones.***

Debería concederse una importancia crucial al desarrollo inmediato de este servicio (o mejor, conjunto de servicios). Conjunto de servicios porque el SAD debe ser contemplado desde una perspectiva amplia de **servicios comunitarios y de proximidad prestados en el domicilio de la persona dependiente** (Prestación personal de un conjunto diversificado de servicios, teleasistencia, adaptación de viviendas, comidas y lavandería a domicilio, acompañamiento, programas de intervención especializados dirigidos a las propias personas mayores y también a sus familias, etc.).

El impulso decidido y generalizado del SAD debe realizarse teniendo en cuenta también la potencialidad (y la conveniencia) que tiene esta dimensión comunitaria para llevar a cabo planificaciones individualizadas de los casos, que tengan en cuenta el aprovechamiento de todos los recursos existentes en el área de intervención, incluida, de manera muy especial, la **coordinación sociosanitaria** cuando es necesario combinar cuidados sociales y sanitarios.

La identificación de este programa como el más idóneo para desarrollarlo de manera inmediata obedece a las siguientes razones:

1. Escasez de cobertura actual en España, en relación con otros países de Europa.

El SAD en España, según estimaciones realizadas a partir de la última investigación desarrollada sobre el mismo (Porto y Rodríguez, 1998), no llega a más de 100.000 personas en este momento, lo que significa una *ratio* de cobertura por debajo del 1,4% de los mayores de 65 años. A efectos comparativos con la situación española, se ofrece en la *tabla 12* la proporción de personas mayores que se benefician de los programas de ayuda a domicilio en otros países de Europa:

TABLA 12: COBERTURA DE PROGRAMAS DE AYUDA A DOMICILIO EN EUROPA

<u>País</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Año de referencia datos</u>
Bélgica		1990
Dinamarca	1991	20
Finlandia	1990	24
Francia	1985	7
Holanda	1990	8
Reino Unido		1991

Fuente: OCDE: Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation. París, 1996.

2. Facilidad de implementación del SAD.

Al contrario de lo que ocurre con otros servicios sociosanitarios (residencias, centros de día, etc.), no son necesarias grandes inversiones en infraestructuras ni largos períodos de tiempo para desarrollar el SAD. Conviene, eso sí, homogeneizar la gran diversidad de formas de prestación que existe en el Estado, lo que requerirá dictar normas básicas que establezcan requisitos, formas de acceso y contenido del servicio.

3. Dar satisfacción a la propia demanda de las personas dependientes y de sus familias.

Según la investigación disponible en España, y en coincidencia con lo que ocurre en el conjunto de los países desarrollados, resulta

preferible para la mayoría de los afectados de dependencia (lo mismo que para sus familias) recibir atención en su propio domicilio.

4. El SAD es un recurso eficaz y más barato en cuanto a su mantenimiento que otros servicios.

Mientras el coste de la atención en residencias está alrededor de las 7.000 pesetas diarias y en un hospital en más de 40.000, el coste de atención personal en el domicilio puede estimarse, como media, en torno a las 1.700 pesetas. Pero, además del criterio económico, también hay que considerar que el SAD puede ofrecer una atención más adecuada a las necesidades detectadas que la que se ofrece con otros recursos, en términos de calidad de vida para las personas mayores.

5. El SAD es uno de los servicios identificados como “nuevo yacimiento de empleo”.

Desde el propio *Libro Blanco del empleo* (C.E., 1993), pasando por la opinión fundada de cuantos especialistas y expertos han analizado esta cuestión, el SAD es una fuente generadora de empleo, capaz de acoger un número importante de personas que, en la actualidad, tiene especialmente difícil el acceso al mundo del trabajo, en especial, los parados de larga duración y las mujeres de mediana edad.

En definitiva, la propuesta que realiza la SEGG dentro de esta línea estratégica de intervención se concreta de la manera siguiente:

- En el año 2006 se debería haber conseguido una ratio de cobertura del SAD del 5% de personas mayores de 65 años, con una intensidad de 7 horas semanales.

- El cuadro de profesionales cualificados del SAD (trabajadores/as sociales, enfermeros/as) deberá ser suficiente para desarrollar un trabajo adecuado de planificación, seguimiento y evaluación del programa.
- Tanto el personal auxiliar como los coordinadores y responsables del SAD deberán estar en condiciones de acreditar formación suficiente para el desarrollo de un trabajo de calidad.
- En los Centros de Salud deberá existir un profesional de enfermería responsable de los programas de atención domiciliaria, que será el responsable, junto con el trabajador/a social de los servicios sociales de los casos conjuntos de atención sociosanitaria.
- En el año 2005 se deberá haber extendido el servicio de Teleasistencia domiciliaria a 150.000 personas mayores dependientes o frágiles que pasen muchas horas en solitario, o que vivan solas o con otra persona mayor.

B. *Definición del modelo de cuidados institucionales de larga duración y extensión de servicios.*

Hasta hace poco tiempo el esquema básico de atención geriátrica incluía, además de los niveles asistenciales hoy existentes, otro más: las unidades de larga estancia. Se destinaban éstas a personas mayores enfermas con elevada dependencia física y deterioro mental, con un requerimiento en alto grado de cuidados médicos y, sobre todo de enfermería. Estas unidades se fueron implantado durante años en hospitales de crónicos, también llamados de larga estancia. A mediados

de los años 90 se estimaban en unas 10.000 las camas disponibles (INE, 1995).

El desarrollo y la evolución de otro tipo de equipamientos, muy especialmente de las residencias, que, como ya se ha señalado, se destinan hoy a un perfil de persona mayor similar al de estas unidades, ha puesto en cuestión para algunos la idoneidad de dicho nivel asistencial.

No obstante, y como ya se ha señalado en este informe, es necesaria una clara definición, tanto desde el sistema social como del sanitario sobre el modelo de cuidados institucionales de larga duración que se va a desarrollar en el futuro, así como de la definición de la tipología de sus usuarios y de su sistema de financiación.

La residencia, entendida como centro sociosanitario, podría ofrecer, además de los ya mencionados servicios de atención y cuidados, una buena calidad de vida para personas que residan en ellas, temporal o definitivamente. Por el contrario, el modelo hospitalario, concebido para una atención mucho más coyuntural y curativa, se encuentra más lejos de poder hacerlo, ya que el contexto en que se desenvuelve poco tiene que ver con la vida cotidiana de cualquier individuo.

En todo caso, la asunción generalizada de la alternativa residencial o sociosanitaria implica una estrecha colaboración y corresponsabilidad en los aspectos financieros, de tal forma que, desde los servicios sanitarios, se asuma el coste de los cuidados y atención sanitaria y sus correspondientes profesionales.

Además de la necesaria definición del modelo futuro de atención especializada en este nivel, también será preciso adoptar medidas para

que la extensión del número de plazas alcance en todos los territorios, al menos al 4,5% de población anciana. En cuanto a la calidad, deberían determinarse de manera explícita los estándares que garanticen la idoneidad de la atención y el plan de vida de las personas atendidas, poniendo siempre el acento en los principios de dignidad y autonomía. Finalmente, también habrá que afrontar la exigencia de un cuadro de profesionales con acreditada formación en geriatría y gerontología, así como contar con una *ratio* suficiente de personal de atención directa para conseguir esos objetivos de calidad.

En concreto, las propuestas que se realizan por la SEGG en esta línea estratégica son las siguientes:

- Alcanzar en el año 2006 una *ratio* de 4 plazas (por cada 100 personas mayores e 65 años) de atención en equipamientos que garanticen la calidad e idoneidad de los cuidados que precisan las personas dependientes.
- Establecer estándares de calidad mínimos en centros que atiendan a personas dependientes.
- Los centros deben acreditar que su *ratio* de profesionales garantizan, en cantidad y en calidad, la atención adecuada en todas las dimensiones de la persona (bio-psíquica-social).
- El número de auxiliares o gerocultores/as será, al menos, de 1 por cada 2 residentes dependientes.
- Existirán en el año 2001 módulos de financiación por cargas de trabajo, mediante los que se garantice que los organismos gestores de la asistencia sanitaria asumen el coste que corresponde a la atención sanitaria a la que todos los ciudadanos,

sin distinción de edad, tenemos derecho de manera universal y gratuita.

C. *Apoyo a familias cuidadoras.*

Las transformaciones sociales que están teniendo lugar en este final de siglo, sobre todo con el cambio de roles de las mujeres –y también de los varones- están originando que se vea como preciso replantearse cómo dar respuesta a las necesidades que antes se resolvían en el seno familiar.

Hoy por hoy, la insuficiencia de recursos sociales existentes para atender la demanda de cuidados de larga duración obliga a las familias y, en concreto, a las mujeres a seguir asumiendo esta función asistencial. Con ello se demuestra que, a pesar de los cambios mencionados, siguen siendo los hombros de las mujeres los que soportan la mayor parte del peso y del esfuerzo que no es asumido por los sistemas sociales de protección.

En cuanto a los poderes públicos, hay que estar bien atentos a las diferentes propuestas de apoyo a las familias que se realicen, porque algunas de ellas pueden tener el perverso efecto de condenar a las mujeres a seguir asumiendo en solitario un rol que las excluye socialmente. Ello ocurre, por ejemplo, cuando se ponen en marcha medidas de apoyo directo a las familias (ayudas económicas, permisos laborales, etc.) sin combinarlas con un amplio desarrollo de servicios sociosanitarios. Porque son éstos los únicos que pueden garantizar que, realmente, quienes optan por cuidar personalmente renunciando a muchos aspectos de su vida sociolaboral lo hacen auténticamente por elección. En definitiva, se estima que sólo es posible una auténtica *conciliación* si, ante un caso de dependencia, existen servicios

disponibles y accesibles que puedan complementarse y converger con la atención familiar.

Lograr una sociedad en la que sea posible que todos, varones y mujeres, puedan conciliar la atención a quienes precisan cuidados con la realización de la vida laboral y social pasa necesariamente porque se asuma por los poderes públicos una parte de esos cuidados, convirtiéndolos en “necesidad social” y eliminando, por consiguiente, el principio de subsidiariedad que ahora preside la filosofía de los servicios sociales. La forma que se considera más adecuada de realizarlo es mediante el impulso decidido y la generalización de servicios sociales coordinados con los servicios sanitarios que sean accesibles a todos.

Ni que decir tiene que la opción de priorizar los servicios no excluye otras formas de ayudas a las familias, como permisos retribuidos para períodos graves de enfermedad, acudir a visitas o consultas, excedencias para cuidado (como la existente para atender niños/as), como las que se contienen en la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Lo que se defiende en este informe es la necesidad de complementar estas medidas con una oferta de calidad en servicios formales de atención, asumidos por el Estado.

La extensión de los recursos ya mencionados en las dos líneas propuestas anteriormente servirán, también, como soporte y ayuda a las familias cuidadoras. Pero, además de ayuda a domicilio y residencias, se considera conveniente desarrollar las siguientes medidas:

- En el año 2006 deberán haber aumentado las plazas existentes en centros de día, hasta alcanzar una *ratio* de al menos el 2% por cada 100 personas mayores de 80 años.

- Establecer estándares de calidad obligatorios para ofrecer una atención de calidad en los centros de día.

- Generalizar los programas de estancias temporales en residencias, con adecuación de programas de intervención durante la estancia y seguimiento posterior del plan acordado.

- Extender los programas de vacaciones para dependientes (1 programa al menos, por área o sector sociosanitario)

- Facilitar a las familias la oportunidad de estar formadas para mejorar su situación como cuidadoras (reparto de guías, folletos, programación de cursos, etc.)

D. Acceso a los servicios y sectorización.

La sectorización debe ser el criterio que presida la organización tanto de los servicios sociales, como la de los recursos del sistema sanitario. La concreción de este sistema organizativo debería plasmarse en una definición de mapas sociosanitarios, en los que se tuvieran en cuenta las necesidades de cada área en cuanto se refiere a servicios y en los que estuvieran incluidos los recursos provenientes no sólo de la iniciativa pública, sino también los de la iniciativa privada y del sector benévolo. Todo ello garantizaría que se parte de la base de una estructuración lógica, operativa y, sobre todo, acorde con el modelo de atención integral que se defiende y que debiera presidir la actuación en materia de atención a las personas mayores.

Adoptar métodos de trabajo basados en la coordinación de los sistemas social y sanitario supone, como se ha demostrado en las

experiencias ya desarrolladas, un cambio radical en la manera de entender la intervención con las personas mayores. La utilización de ventanillas “únicas” en el acceso a los servicios y programas implica la asunción y desarrollo de una cultura de la atención integral allí donde se presente el estado de necesidad. La diversificación en la oferta de servicios y la interdisciplinariedad en la metodología pueden facilitar una atención de calidad a los múltiples problemas de este grupo de población.

Dentro de este nuevo sistema de organización racionalizada que se plantea deben establecerse sistemas homogéneos de valoración de las situaciones de dependencia, mediante el desarrollo de equipos multiprofesionales que lleven a cabo este proceso con criterios únicos y estandarizados.

Concretando la propuesta, sería preciso acometer las medidas siguientes, que podrían estar incardinadas en una norma básica de ámbito estatal:

- En el año 2006 se deberá disponer de un diseño completo de mapas de áreas o sectores sociosanitarios, integrando las actuales áreas de salud y las de servicios sociales.
- Debería existir en cada una de las áreas una comisión (o un gestor de casos) para garantizar los procesos de disposición y asignación de recursos. Ello requiere el reforzamiento de personal.
- Se debería crear al menos un equipo multidisciplinar de “evaluación de la dependencia”, en cada una de las áreas, formado, al menos, por un médico especialista en geriatría, un psicólogo y un trabajador social.

- Se debería eliminar los topes de ingresos para acceder al sistema de servicios sociales, estableciéndose requisitos de igual naturaleza en toda España.

- Deberá existir un “catálogo” mínimo y obligatorio de recursos de atención social y sanitaria, o sociosanitaria, que garantice la equidad en el acceso a los servicios sociales, en cualquier territorio de las diferentes CC.AA.

E- *Formación e Investigación.*

La atención integral de las personas dependientes exige contar con profesionales y personal de atención directa con acreditada formación en geriatría y gerontología, así como en técnicas de trabajo en grupo, en práctica de la interdisciplinariedad, etc. Para ello, se considera indispensable que se tomen decisiones claras tendentes a lograr que todos los agentes que intervienen en la atención de estas personas cuentan con conocimientos suficientes para garantizar la calidad de la asistencia.

Se propone, en concreto, la adopción de las siguientes medidas:

- Los profesionales de residencias y centros de día acreditarán que poseen conocimientos específicos y suficientes para el desarrollo de programas de intervención convenientes a cada tipo de patología (al menos 15 créditos).

- Los responsables y coordinadores del SAD y de Teleasistencia contarán con acreditación de que han recibido formación suficiente para desarrollar los trabajos de planificación,

seguimiento y evaluación para ofrecer atención individualizada de calidad (al menos 15 créditos).

- Los directores y gestores de centros y servicios tendrán formación suficiente tanto de contenido gerontológico como de técnicas de gestión y recursos humanos para garantizar la competencia de su trabajo (al menos 20 créditos).

- El personal cuidador de los distintos contextos (SAD, Teleasistencia, Centros de Día, Residencias...) debe acreditar la suficiencia de su formación en aspectos como: aspectos bio-psico-sociales de la vejez, técnicas de comunicación, escucha activa, relación de ayuda, etc. (al menos 10 créditos)

Para garantizar la formación mínima indispensable para desarrollar la práctica profesional en gerontología será preciso dictar una norma en la que se establezca el currículo adecuado a cada categoría profesional. En la misma, se hará referencia también a la conveniencia de la formación permanente.

La investigación es la vía idónea para avanzar en la mejora de la calidad asistencial. Por ello, es preciso un decidido impulso de la misma en variados y diferentes niveles:

- Las instituciones públicas y privadas gestoras de centros y servicios promoverán la investigación en los diferentes recursos de atención, mediante el establecimiento de incentivos claros a los profesionales que participen en programas de investigación.

- Tanto la Administración del Estado como las diferentes CC.AA. y Corporaciones Locales, en sus diversos ámbitos competenciales,

dedicarán anualmente una partida presupuestaria específica para impulsar la investigación en el ámbito gerontológico.

F. Promoción de cambios en la filosofía de los servicios sociales.

Superar la vieja concepción benéfico-asistencial de los servicios sociales, muy centrada en las necesidades más básicas de la persona, resulta ser una de las líneas estratégicas de intervención que se identifican como de mayor importancia para poder alcanzar el desarrollo que se precisa. Tanto en lo que se refiere a la propia evolución de los servicios sociales como en cuanto atañe a la necesaria coordinación con los servicios sanitarios.

Las actuaciones que en este ámbito podrían realizarse pueden ser concretadas de la siguiente manera:

- Identificación de los servicios de proximidad como sector prioritario para lograr avances en el desarrollo económico en los diferentes ámbitos territoriales (creación de empleo, - fortalecimiento de redes, desarrollo de recursos innovadores, etc.)
- Generalizar la práctica de actividades formativas en el ámbito profesional con contenidos de especialización en el ámbito de la intervención psicosocial de calidad.
- Programar actividades de encuentro entre profesionales de los ámbitos social y sanitario para intercambiar prácticas de intervención y lograr acuerdos de colaboración interdisciplinar.

***CAPÍTULO 3: ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS
MAYORES EN ESPAÑA.***

**I. LA ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES.
ASPECTOS ESPECIFICOS.**

A. Introducción.

¿Qué concepción tiene la sociedad española sobre el valor de las personas mayores, sobre el sentido de la vejez?. Responder a esta pregunta resulta básico para entender las características del desarrollo de los servicios sanitarios destinados a esta población en nuestro país.

Es posible que exista cierta hipocresía social en lo que se refiere a la consideración que merecen todas las personas mayores. Intelectualmente estamos convencidos de su valor y de la necesidad de su integración y respondemos como si actuáramos de hecho de ese modo. Por el contrario, enfrentados en la práctica al problema, se toman decisiones de un modo mucho más emocional, con motivaciones lejanas al desarrollo intelectual previo.

Por ello, el análisis de la “presión social” para resolver los problemas que el envejecimiento plantea a la sociedad española, el análisis del tipo de servicios sanitarios que se solicitan, puede resultar más aclaratorio y ofrecer más respuestas al interrogante que planteábamos inicialmente.

En los documentos, tanto oficiales (planes nacionales o de las CCAA) como de otro tipo, destinados a ofrecer soluciones a este problema se repiten de modo sistemático dos términos: carga y cuidados. Se proyecta una imagen de la vejez como la etapa de la vida inmersa en la dependencia. Se hace énfasis en la necesidad de custodia y se diseñan servicios que se destinan a ofrecer cuidados protésicos. Se

continúa actuando en la creencia de que la posibilidad de tratamiento de las enfermedades asociadas al envejecimiento es escasa, que la incapacidad es compañera inseparable de la edad avanzada.

Como consecuencia de ello, las tendencias de planificación se dirigen de modo casi exclusivo al desarrollo de servicios custodiales de baja complejidad (centros sociosanitarios, residencias, centros de día, atención domiciliaria, etc.). Es indudable que existen personas que se benefician, y mucho, de su existencia, pero ¿podemos considerar que con este tipo de servicios nuestro sistema está completo? ¿Existen razones técnicas para considerar necesaria una auténtica reorganización de los servicios sanitarios que los adapte a las condiciones de las personas mayores? Si esas razones técnicas existen ¿Cuáles son los motivos por los que no hemos conseguido aún un suficiente desarrollo de unidades específicas de atención al anciano en los niveles asistenciales sanitarios?

Pues bien, existen conocimientos técnicos que muestran que la enfermedad y la incapacidad en el anciano tienen posibilidades de prevención y tratamiento. Y existe suficiente evidencia científica sobre determinados tipos de organización de la asistencia especializada al anciano como para considerar demostrado este hecho. Así, en palabras de LZ Rubenstein, “el efecto de las unidades de valoración geriátrica adecuadamente estructuradas es impresionante. Pocos fármacos o técnicas quirúrgicas han demostrado reducir en un 28% la mortalidad a los seis meses, o para incrementar en un 68% la probabilidad de volver al domicilio tras el alta hospitalaria, reduciendo a la vez la incapacidad funcional asociada”.

¿Por qué, entonces, este tipo de estructuras no se han generalizado en nuestro país, líder por otra parte en algunos aspectos

mucho más “tecnificados” de la medicina?. Desde nuestro punto de vista, los motivos principales serían los siguientes:

1.-En la mayor parte de los casos, la evidencia científica ocupa un lugar secundario en la planificación. Según un estudio llevado a cabo por la RAND Corporation (Evidence Based Decision-making for Community Health Programs), el principal motor en la toma de decisiones de planificación es la presión social. Y ya hemos comentado el rumbo que sobre este tema ha tomado la demanda social en nuestro país. Ello es especialmente delicado cuando se planifica sobre los servicios dirigidos a sectores de la población que tienen escasa representación social y que requerirían de “abogados” que hicieran valer sus derechos aplicando el mejor conocimiento existente en cada momento, como es el caso de las personas mayores más frágiles.

Un análisis de los planes de salud, o sociosanitarios, de las Comunidades Autónomas nos muestra esta realidad. Se aprecia una gran disparidad entre los mismos, lo que en medicina se ha dado en denominar “variabilidad”. Su existencia revela desconocimiento en el área en el que se detecta y presupone una oportunidad para la comparación de resultados, ya que entre dos opciones, desde el punto de vista científico, una debe revelarse como mejor. Si no es la mejor la que se desarrolla caemos en la ineficiencia, y si se desarrolla de un modo “territorialmente desigual” en la falta de equidad.

2.- La presión sobre los planificadores y sobre los que tienen capacidad de decisión política no sólo procede de la sociedad como conjunto, sino también de algunos grupos de presión fácilmente identificables. En el tema que nos ocupa, la profesión médica, con alta cualificación técnica, con pautas de conducta

profundamente arraigadas a lo largo del tiempo y en la legítima esperanza (y el orgullo) de tener a mano soluciones para muchos de los problemas, se ha opuesto de modo más o menos sistemático a la mayor parte de los intentos de innovación.

Ello es especialmente cierto en áreas como la medicina geriátrica, en la que el desconocimiento no reconocido es la norma más que la excepción. Y es lógico. La mayor parte de los profesionales sanitarios jamás han recibido una formación reglada en aspectos específicos relativos al envejecimiento, máxime cuando los potenciales formadores (los especialistas en Geriátrica) se encuentran en gran parte fuera del ámbito académico y de los foros oficiales de decisión.

Y todo ello a pesar de que los principales organismos internacionales han puesto de manifiesto la necesidad de considerar a las personas mayores como un grupo de población con necesidades sanitarias especiales, de defender su derecho a la alta tecnología y a la atención especializada en aquellos casos que se beneficien de ella y de proyectar una imagen positiva de la vejez en todos los ámbitos sociales, pero especialmente en el ámbito sanitario. Como simple ejemplo, la Organización Mundial de la Salud afirma que la ausencia de implantación de la Geriátrica en los Sistemas de Salud sólo puede explicarse por el tradicional rechazo de la profesión médica a ser fragmentada.

En cualquier caso, los principales afectados por este “estado de la cuestión” no son otros que las personas mayores, que corren el riesgo de verse incluidos en redes paralelas de asistencia, de inferior calidad técnica, sin una oportunidad previa de evaluación especializada que valore sus posibilidades de tratamiento preventivo, curativo o rehabilitador.

Hoy en día, y por los motivos que previamente hemos expuesto estamos gestionando las crisis de cuidados, no la problemática de los pacientes concretos. Y es que, como también hemos comentado, nuestro sistema de servicios está cojo. Los hospitales están “llenos de viejos”, se dice para poner de manifiesto un problema, en lugar de para felicitarse del estado de salud conseguido en nuestro país. Por otra parte ésta es una tendencia que afortunadamente no se ha revertido en ningún país occidental durante los últimos años de paz. Es pues en ellos donde debe comenzarse a dar solución a los problemas, antes de que la incapacidad se haga irreversible, y la cascada de las complicaciones y la posterior necesidad de “cuidados continuados” (también financieramente gravosos por su prolongación en el tiempo) se ponga de manifiesto.

Esta interdependencia entre los niveles de atención debe ser bien comprendida y gestionada. Nada se resuelve pasando la responsabilidad de los cuidados (en muchos casos mal indicada) de un nivel a otro. Ello conlleva costes humanos y económicos. Ningún país ha resuelto este problema con soluciones exclusivamente custodiales.

No podemos decir, actualmente, que nuestro sistema de servicios esté completo en este ámbito. Sólo podemos felicitarnos de que, desde hace algunos años, existan algunas, todavía pocas, iniciativas con la voluntad de completarlo por parte de algunas instituciones del país. Pero debemos hacerlo en la dirección adecuada. No creemos que, en la mayor parte de los casos, sea la que está planteada.

Cualquier solución eficaz requerirá inversión. Inversión razonable y razonada, y consumo de recursos al fin y al cabo. El aprovechamiento de lo preexistente es tan sólo un parche parcial. Puede que lo preexistente no sea lo más adecuado.

B. Características de la enfermedad en las personas mayores.

Las personas mayores presentan algunas peculiaridades en su modo de enfermar y en sus necesidades de asistencia sanitaria. Algunas de sus características especiales son:

- a) Padecer **enfermedades específicas**. Determinados problemas de salud como los derivados de la patología cardiovascular (accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca), del aparato locomotor (artrosis, osteoporosis), neurológico (enfermedad de Alzheimer y otras demencias), órganos de los sentidos (cataratas, sordera, etc.) son mucho más prevalentes en este grupo de edad.
- b) Es frecuente la existencia de **pluripatología**: varias enfermedades, y sus efectos, se suman en una misma persona.
- c) Sus enfermedades adquieren **modos de presentación diferente** con manifestaciones atípicas e inespecíficas y **patrones evolutivos peculiares** con tendencia frecuente hacia la incapacidad y la dependencia.
- d) Muchas de estas enfermedades tienden a provocar **incapacidad funcional y dependencia**, especialmente si no se aplica un diagnóstico correcto y un tratamiento precoz.
- e) Sus enfermedades tienen **repercusión en diferentes áreas** de la persona: provocando problemas en las esferas mental, funcional y/ó social.

f) En ausencia del tratamiento adecuado, ó si éste es tardío, el **deterioro puede ser más rápido y marcado** que a edades anteriores y la **recuperación más lenta y difícil** que en los adultos más jóvenes.

g) El **tratamiento de sus enfermedades requiere consideraciones especiales** y algunas adaptaciones, como la selección de determinados fármacos y la exclusión de otros, el ajuste de las dosis en función de la edad, el uso de diferentes modalidades y objetivos en la rehabilitación, etc.

h) Como grupo de población, presentan una gran **heterogeneidad** interindividual tanto en su situación basal de salud y funcionalidad, como en la prevalencia de enfermedad, como en el pronóstico de sus problemas de salud y su capacidad de recuperación y de respuesta al tratamiento.

C. Cambios actuales en los patrones de la enfermedad.

Un hecho que ha caracterizado demográficamente al siglo XX ha sido el incremento en la expectativa de vida que ha tenido lugar en la sociedad occidental. A causa de una serie de mejoras sanitarias y, sobre todo, sociales una mayor proporción de personas alcanzan edades por encima de los 65 años. Ello, unido a un mayor control, en general, de las enfermedades agudas, especialmente las infecciosas, ha causado una modificación de los patrones del enfermar, con un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de las secuelas permanentes de algunas enfermedades agudas que son hoy menos letales. Otra de las consecuencias de estos hechos es el incremento del número de personas dependientes. Esto conlleva necesariamente

mayores necesidades de atención a este tipo de enfermedades y la necesidad de articular los elementos necesarios para, en primer lugar, intentar prevenir esa dependencia y, en segundo lugar, cuidar de la mejor manera posible a los portadores de este problema.

Lo que si puede decirse es que los ancianos, como grupo, son consumidores frecuentes de asistencia sanitaria. Los mayores de 65 años y los pensionistas consumen cerca del 70% del farmacéutico en atención primaria. En los hospitales, alrededor de un 50% de las camas se encuentran ocupadas por mayores de 65 años. Su tasa de ingresos es el triple, la de los mayores de 75 años llega a ser el cuádruple, que la de personas de los 15 a los 64 años. Sin embargo, también se ha identificado a las personas mayores como los usuarios que utilizan este tipo de recursos de forma más justificada que los adultos más jóvenes. Es decir, necesitan con más frecuencia asistencia sanitaria por que son la parte de la sociedad portadora de más enfermedades y problemas de salud.

D. *Clasificación de las personas mayores en base a sus necesidades sanitarias.*

Atendiendo a la situación y el estado de salud, suele clasificarse teóricamente a las personas mayores en varias situaciones posibles que pueden ayudar a comprender las diferencias en sus necesidades de atención sanitaria. Estas situaciones no son estáticas sino que existe movilidad entre ellas, a veces muy rápida. Existe un riesgo de progresión hacia situaciones de mayor deterioro si no reciben la asistencia sanitaria adecuada. Estos grupos son (INSALUD, 1995):

1. Personas mayores sanas.

No presentan enfermedades crónicas sintomáticas, ni otros problemas importantes de salud.

2. Personas mayores enfermas.

Los que presentan alguna afección aguda ó crónica no invalidante o que no cumple los criterios de paciente geriátrico.

Los dos grupos anteriores sólo se diferencian de los adultos en la edad cronológica. La problemática de enfermedad que padecen puede ser adecuadamente atendida y resuelta en los servicios sanitarios tradicionales y no suponen un reto especial para el sistema sanitario.

3. Ancianos de alto riesgo.

Personas mayores que residen en la comunidad y que sin cumplir todavía criterios de paciente geriátrico, se encuentran en un estado de equilibrio inestable que les acarrea un elevado riesgo de un incremento de cuidados y/ó de requerir atención institucional. Son los mayores de 80 años, los que viven solos, especialmente las mujeres, los que reciben pensiones escasas, los que han sido hospitalizados recientemente, los que tienen caídas con frecuencia ó toman múltiples medicamentos, etc.

Es esencial en este grupo de personas el acceso a la prevención y la detección precoz de sus problemas de salud que posibilite un diagnóstico y tratamiento eficaces. El riesgo de dependencia es alto si sus problemas no son bien tratados.

4. *Paciente geriátrico.*

Es el que cumple tres ó más de los siguientes criterios: edad superior a 75 años, presentar pluripatología, sus enfermedades tienen carácter invalidante, puede tener patología mental acompañante y padecer problemática social en relación con su estado de salud. En lo referente a la asistencia sanitaria, éste es ya un grupo de pacientes que plantea problemas especiales en su cuidado, diferentes a los de los adultos más jóvenes. Entre ellos, la prevalencia de las dificultades para su autocuidado, el deterioro cognitivo, las dificultades de sus cuidadores e incluso el riesgo de deteriorarse durante un ingreso hospitalario son elevadas. Por ello, precisan un tipo de atención especializado para su correcta asistencia y son los que tienen mayor necesidad de una adecuada coordinación sociosanitaria.

E. *Características que debe reunir la asistencia sanitaria a las personas mayores.*

Como hemos visto hasta ahora, las personas mayores son portadoras de una serie de peculiaridades que les diferencian de la población más joven. En ellas es más frecuente la fragilidad y la dependencia, no sólo a nivel biológico, sino también a nivel social. Además, hay subgrupos de personas entre los mayores que padecen ó están en riesgo de padecer las más graves consecuencias de la enfermedad y la incapacidad y es a ellos hacia los que hay que dirigir los recursos más diferenciados.

Como líneas generales, la asistencia sanitaria a las personas mayores debe reunir las siguientes condiciones (Salgado, 1983):

1. **Integral:** no debe limitarse al mero concepto biomédico de salud/enfermedad física, sino que debe abarcar las esferas funcional, mental y social (enfoque bio-psico-social-funcional).
2. **Integrada:** debe estar integrada en la red de asistencia sanitaria de la población general, aunque ello no es óbice para que disponga de recursos propios especializados de atención.
3. **Integradora:** debe perseguir la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual mientras sea posible con una calidad de vida digna. En cierto sentido, la institucionalización de una persona mayor se considera un fracaso de la asistencia geriátrica.
4. **Terapéutica y rehabilitadora;** debe pretender el diagnóstico y tratamiento eficaces que eviten las secuelas de incapacidad y dependencia. Debe evitar las actitudes meramente protésicas ó custodiales, que suplen las carencias de la persona sin pretender su prevención y su tratamiento causal.
5. Debe ser **precoz**, una vez aparecido el síntoma. De la precocidad de su instauración depende, en gran medida, el éxito terapéutico.
6. **Progresiva:** con mayor intensidad en las fases agudas de enfermedad y menor en fases subagudas ó crónicas.
7. **Continuada** en el tiempo. Para los pacientes de edad avanzada no existen diferentes momentos de enfermedad que los profesionales perciben como “agudos y crónicos”, ni “de corta ó larga estancia”, ni siquiera “primarios ó especializados”. El sistema asistencial debe ofrecer respuestas a las situaciones de los pacientes a modo de un “continuum” sin fisuras, sin preponderancia de un tipo de cuidados sobre los otros.

8. Debe disponer de una **dotación estructural adaptada** a las distintas situaciones de enfermedad de los mayores (atención en la comunidad y a pacientes ingresados, niveles de agudos, rehabilitadores y de larga duración) y a sus características anatómicas y funcionales.

9. Coordinada, de forma que los diferentes recursos necesarios, sanitarios y sociales, estén disponibles en el momento y el lugar en que se precisan.

F. *Organización de la asistencia sanitaria a las personas mayores en España.*

La situación en España es la de la ausencia de una planificación global sobre las condiciones que debe reunir la asistencia sanitaria a las personas mayores. Esta situación genera el hecho de las grandes desigualdades existentes: junto a Cataluña, que dispone de un sistema consolidado de atención, otras como Castilla-León y Castilla-La Mancha tan sólo disponen de planes sobre el papel y otras como Andalucía ó el País Vasco manifiestan su oposición al desarrollo de cualquier estructura específica de atención sanitaria a las personas mayores. ¿Es razonable, ó al menos justificable, un grado de desequilibrio de tal magnitud?

Las desigualdades generadas por las anteriores diferencias son notables y han motivado llamadas de atención. No sólo por parte de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, sino también por otras. La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) en su Informe-1997 señalaba las desigualdades existentes entre regiones y comunidades y destacaba la necesidad de mejora que deben experimentar la asistencia sanitaria a este grupo de edad.

II. LA ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

La atención primaria atiende la mayoría de los problemas de salud de las personas de todas las edades, y entre ellas de las personas mayores. El 97% de la población mayor de 65 años permanece residiendo en la comunidad y son los profesionales de atención primaria los que resuelven y cuidan de sus problemas de salud. Sin embargo, el hecho de que la atención primaria se ocupe de los problemas de ese grupo de edad no significa necesariamente que esos problemas estén bien resueltos, ni que la atención primaria esté capacitada para resolver todos los problemas de los mayores (Pérez del Molino, 1994). Existen, por ejemplo, múltiples estudios que evidencian el hecho de que la prescripción medicamentosa a las personas mayores en la comunidad, una de las tareas más frecuentes de la atención primaria y con menores dificultades en su evaluación, dista mucho de ser adecuada (Benítez, 1995) (Lucena, 1992) (García Domínguez, 1992) (Stuck, 1994) (Willcox, 1994).

Existe la tendencia a intentar sobrecargar a la atención primaria con la pretensión de que asista a problemas de salud que, pasado un límite poco definido, desbordan sus posibilidades, que es precisamente lo que ocurre con la atención a las personas mayores. El interés en esa pretensión suele proceder de los gestores sanitarios, puesto que la atención primaria resulta en algunos aspectos más económica, a corto plazo, que la especializada. Pero la calidad debe ser también un aspecto a tener en cuenta. La atención primaria se encuentra orientada como primera línea de asistencia sanitaria, pero sus recursos se quedan insuficientes cuando se trata de enfrentarse a problemas complejos, como son los pacientes mayores que padecen pluripatología, con enfermedades interrelacionadas de presentación atípica y complicaciones graves, que requieren el manejo en niveles asistenciales

especializados y una estrecha coordinación con los recursos sociales. No debe pretenderse que la atención primaria resuelva situaciones para las que no se encuentra equipada ni preparada y que excederían sus posibilidades de tiempo y de ámbito de actuación.

A. Programas específicos.

A diferencia de lo que ocurre en general en atención especializada, los planificadores y profesionales de Atención Primaria si han percibido la necesidad de adecuar el tipo de asistencia que se presta en ese nivel a las peculiaridades que presentan las personas mayores.

Este reconocimiento ha generado al menos dos tipos de actividades:

1. Cartera de Servicios de Atención Primaria (INSALUD, Secretaría General, 1995).

Se introduce desde 1995 el epígrafe “Prevención y detección de problemas en el anciano” (Servicio 316) el cual genera una serie de diez “Normas Técnicas Mínimas” que deben aplicarse a todos los usuarios mayores de 75 años con una periodicidad al menos bianual, y que incluyen:

- a) una anamnesis y exploración física dirigidas a síndromes y problemas frecuentes en este grupo de edad (incontinencia, caídas, consumo de fármacos, órganos de los sentidos, ingresos hospitalarios, convivencia),

b) la identificación de cada persona mayor como perteneciente ó no al grupo de “de alto riesgo”

c) una valoración estructurada que incluye las áreas clínica, funcional, mental y social (recomendándose la aplicación de los pertinentes índices y escalas estructuradas de evaluación),

d) para cada problema detectado debe realizarse una investigación de las causas y un plan de cuidados individualizado.

2. Programa del Anciano.

En muchas áreas sanitarias se ha elaborado y puesto en marcha este programa, que habitualmente incluye al menos el calendario de vacunaciones recomendadas por encima de los 65 años, un sistema protocolizado de valoración geriátrica, planes para la prevención y la detección de los problemas comunes en los pacientes de este grupo de edad y sistemática de la atención domiciliaria.

Sin duda que acciones como las mencionadas han contribuido a sensibilizar a los profesionales de las peculiaridades que plantea el abordaje de la enfermedad en este grupo de edad, pero su puesta en práctica está siendo lenta y con desigual grado de implantación. Algunos de los problemas con que se encuentra su realización se comentan a continuación.

B. Dificultades en la planificación y ejecución de los programas.

Respecto a la planificación de la asistencia al anciano, como se señaló más arriba, existen indicaciones precisas en algunas administraciones sanitarias, como es el caso del INSALUD, sobre atención primaria de salud a las personas mayores y normas técnicas específicas para su puesta en marcha. En muchas áreas de salud, además, el modelo de asistencia elegido se ha concretado en el “Programa del Anciano” ó del “adulto-anciano”, donde suelen especificarse de forma más detallada las acciones a llevar a cabo con las personas mayores.

La orientación de estas normas y de la mayoría de estos programas suele ser correcta, enfocando la asistencia hacia la valoración integral y la mejora funcional y de calidad de vida de las personas mayores, sin embargo su implantación y grado de cumplimiento son muy desiguales, existiendo áreas donde no se aplican y otras en que su aplicación es sólo parcial a un reducido número de centros de salud ó a un pequeño porcentaje de personas de un centro.

Existen varias dificultades a la hora de realizar estos planes.

1. Escasez de tiempo por paciente.

Una de ellas es la acuciante escasez de tiempo por cada paciente que existe en atención primaria. Es frecuente que la media de tiempo por paciente sea del orden de 3 a 6 minutos, mientras que la necesidad para una primera visita de evaluación geriátrica en atención primaria ha sido cuantificada en unos 40 minutos (Benítez, 1994).

Evidentemente, el tiempo necesario para una correcta historia clínica a una persona mayor, con una larga trayectoria vital tras de sí queda lejos de estos márgenes. Ello impide la valoración integral

adecuada de personas mayores con cierta complejidad clínica, funcional, mental ó social. La consecuencia inmediata es la práctica habitual de plantear tratamientos sin un diagnóstico previo, ó del tratamiento farmacológico meramente sintomático (más frecuente en los pacientes de más edad). No es extraño que de estas premisas se derive el consiguiente incremento del gasto farmacéutico, no siempre justificable y la realización de una medicina de baja calidad para los mayores.

2. *Escasez de formación en geriatría de los profesionales.*

Hasta la fecha en nuestro país no ha existido una formación específica y reglada sobre geriatría en las facultades de medicina. En noviembre de 1990 se regula la inclusión de la geriatría en la enseñanza de pregrado de las facultades de medicina con un plazo de tres años para su introducción, de manera que en 1.999 terminarán su licenciatura los primeros médicos que hayan recibido algunas horas de esta materia durante su formación de pregrado.

Sin embargo y a pesar de lo anterior, no existen departamentos de geriatría en las universidades españolas y en la mayoría de ellas ni siquiera profesores especialistas en la materia, a diferencia de lo que ocurre en países como el Reino Unido, Italia, Francia, EEUU ó Canadá. Así pues, en el mejor de los casos, se ha comenzado a impartir una materia nueva en algunas universidades sin profesores expertos en la misma.

La consecuencia directa de los dos hechos mencionados es que los médicos formados en España, si bien pueden poseer un nivel suficiente sobre el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades en general, no adquieren en su formación las destrezas específicas para

atender las necesidades que son peculiares de la población anciana (Benítez, 1994).

Esto acarrea que carezcan de los conocimientos adecuados para enfrentarse a algunos problemas que van a presentar sus pacientes como:

1. Los cambios fisiológicos que tienen lugar en el envejecimiento humano y las diferencias entre el envejecimiento y la enfermedad,
2. La diferente forma de presentación de la enfermedad,
3. Los llamados “síndromes geriátricos” (incontinencia de esfínteres, deterioro cognitivo, inmovilidad ó caídas),
4. La importancia de la asistencia sanitaria a las enfermedades crónicas y terminales en las personas mayores
5. La necesidad de la valoración integral y de considerar como complementos del diagnóstico clínico la incapacidad y la dependencia,
6. La importancia y la necesidad del trabajo en equipo interdisciplinario con otros profesionales no sólo sanitarios, sino también sociales, cuando se asiste a pacientes de edad avanzada.
7. La estrecha relación entre los problemas sociales y los sanitarios,
8. El correcto uso de los niveles asistenciales.

El resultado es que, al terminar su formación universitaria, la mayoría de los médicos españoles desconocen lo que es característico y peculiar en la fisiología y en la patología del paciente geriátrico, no han oído hablar del enfoque integral de los problemas de salud de estos pacientes, están orientados hacia una medicina “de agudos” ignorando prácticamente todo sobre los cuidados de larga duración, no han realizado prácticas en asistencia a domicilio ni en trabajo de equipo interdisciplinario y desconocen la importancia del balance entre el “curar” y el “cuidar” (magnificando la primera de estas funciones) y sobrevaloran las capacidades de la alta tecnología diagnóstica y terapéutica en detrimento del enfoque funcional y bio-psico-social de la asistencia sanitaria.

Como es lógico, todo lo anterior obliga al médico a una actitud de autoaprendizaje en el momento de enfrentarse a los problemas que plantean las personas mayores más complejas, aquéllas que llamábamos “de alto riesgo”.

La mayoría de los médicos no disponen de la motivación, el tiempo ó el lugar para realizar este aprendizaje de postgrado. La realidad final es que los pacientes mayores son tratados por extensión de lo conocido para los adultos más jóvenes. A veces los diagnósticos y tratamientos resultan eficaces, otras veces no.

En el caso de la enfermería, si bien es más frecuente que en las escuelas de esta profesión exista la asignatura de geriatría, a menudo es impartida por personas no especializadas ó especialistas de otras áreas y no suelen poseer un programa de prácticas en servicios de geriatría ni cuidados de larga duración (domiciliarios ó institucionales).

El caso es parecido para los trabajadores sociales. Un reciente estudio ha revelado que en la mitad de las facultades españolas donde

se forman estos profesionales no existe asignatura ni programa alguno dedicado específicamente a los problemas sociales de las personas mayores (Barjano, 1999), con lo que puede estimarse que cerca de la mitad de estos profesionales terminan su formación de pregrado sin recibir las habilidades necesarias para abordar los problemas específicos de uno de los grupos de personas que más van a necesitar de su actuación.

3. Ausencia de servicios de geriatría de referencia.

Otra dificultad es la ausencia de servicios de geriatría hospitalarios de referencia donde los profesionales de atención primaria puedan derivar a consulta a sus pacientes con una problemática más “geriátrica”.

Cuando los profesionales de atención primaria se ven desbordados por la complejidad de determinados pacientes geriátricos y deciden consultar con atención especializada, suele ocurrir que los portadores de ciertos problemas como son por ejemplo la pluripatología, las caídas, la incontinencia urinaria, el deterioro funcional ó mental de reciente aparición no son bien recibidos por las especialidades médicas habituales, ya que no se encuentran específicamente preparadas para resolver problemas de esta índole. En otros casos, se intenta aplicar a personas de edad muy avanzada una serie de soluciones que si bien resultan útiles en edades anteriores no son ya prácticas en este grupo de edad, como por ejemplo programar traslados diarios en ambulancia de personas incapacitadas para realizar unos minutos de rehabilitación, ó solicitar citaciones en las consultas de múltiples especialistas que transforman la búsqueda de diagnóstico en un difícil y molesto peregrinaje, ó la prescripción de medicaciones de manejo demasiado

complicado para la situación mental ó sensorial de algunos pacientes, etc.

Se da el caso, frustrante para el profesional de atención primaria, que una vez detectado un problema, éste no puede ser solucionado por no existir un servicio de geriatría de referencia donde aplicar los medios para el tratamiento. Existen ya publicaciones sobre ello en la literatura (Benítez, 1994), con lo que existe el riesgo real de desánimo de búsqueda de problemas de salud que no van a poder tratarse posteriormente. Esto es especialmente frecuente en casos de necesidad de recuperación funcional/rehabilitación, incontinencia urinaria, inmovilismo y deterioro cognitivo.

Otro problema de consecuencias similares es la derivación ó consulta “tardía” al servicio de geriatría, cuando poco puede hacerse ya por la mejoría del paciente. Este hecho ocurre a causa de la imagen “protésica” ó “paliativa” que tiene la especialidad en nuestro país.

C. *Atención Domiciliaria.*

La atención domiciliaria a las personas mayores es considerada como una actividad de la que es responsable la atención primaria (INSALUD, 1995). Se consideran candidatos a este tipo de asistencia:

- las personas mayores enfermas con incapacidad para desplazarse al centro de salud
- las personas mayores con enfermedad terminal que precisen cuidados paliativos
- las personas mayores cuyas circunstancias sociales les impiden desplazarse al centro de salud

- las personas mayores de 75 años en las primeras 72 horas tras el alta hospitalaria.

La mayoría de las áreas sanitarias disponen de programas de atención domiciliaria y este sector de asistencia se encuentra actualmente en creciente expansión. Se considera sin embargo que todavía sólo son incluidos en estos programas un número muy inferior a los candidatos a ellos. Suele tratarse de pacientes de gran complejidad (Hernando, 1992) para cuyo tratamiento resulta más que conveniente la coordinación con el servicio de geriatría y los servicios sociales de la comunidad.

D. Coordinación.

La coordinación de los equipos de atención primaria debe estudiarse en dos vertientes. La que debe tener lugar entre los profesionales del propio equipo y la que debe establecerse entre éstos y otros profesionales de fuera de él.

En el primer caso, si bien la atención primaria aporta sobre la asistencia tradicional un estilo de trabajo multidisciplinario, y existe buena voluntad en este sentido por parte de la mayoría de los profesionales, la realidad suele ser que no siempre existe una estrecha coordinación reglada, como puede deducirse del hecho de que en muchos centros de salud no existen reuniones interdisciplinarias periódicas programadas de comentarios de casos ni planes de cuidados conjuntos escritos con la aportación de los diferentes profesionales. En general, la coordinación intra-equipo suele ser informal, puntual y esporádica en lugar de formal, continuada y programada.

Respecto a la coordinación con otros niveles de fuera del equipo de atención primaria, ésta suele ser difícil. A menudo, los comentarios y los intercambios de puntos de vista con otros especialistas se limitan a la comunicación mediante meras “hojas de interconsulta”, de las que, además, el propio paciente ó sus familiares suelen ser portadores. La relación mejora notablemente cuando existe un servicio de geriatría en el área que dispone de una unidad de cuidados y/ó de coordinación comunitaria, ya que en estos casos es posible comunicar directamente por teléfono con el geriatra, comentar casos en sesiones ó reuniones periódicas en el propio centro de salud, e incluso realizar visitas conjuntas con el especialista en geriatría en el propio domicilio del paciente.

La coordinación organizada con los servicios sociales suele ser inexistente, a no ser que se disponga en el centro de trabajador social, ó se lleva a cabo en base al voluntarismo de los profesionales. En este sentido es especialmente notable la carencia (y deseable su creación) de comisiones sociosanitarias de distrito ó zona que constituya un foro donde profesionales de los servicios sociales y sanitarios puedan comunicarse, compartir información y tomar decisiones para lograr una mayor calidad asistencial y aprovechamiento de los recursos.

En cualquier caso, la coordinación siempre requerirá de la existencia de recursos específicos que puedan ser coordinados.

E. Control de calidad.

No existe en la actualidad ningún sistema de control de calidad en la atención al anciano en la comunidad. Únicamente tiene relevancia, como ocurre también en atención especializada, el control cuantitativo de dos aspectos, el volumen de actividad (cuánto se hace) y

el de gasto (cuánto cuesta lo que se hace). Además, las evaluaciones en atención primaria suelen orientarse más a los indicadores “de proceso” que a los indicadores “de resultado”.

Por ello se desconocen una serie de datos cualitativos de gran interés y que deberían preocupar a los responsables de la gestión ó, al menos, a los planificadores de dicha asistencia, como por ejemplo:

- los resultados de las medidas de prevención aplicadas,
- la adecuación de las prescripciones farmacológicas al diagnóstico y a la edad del paciente,
- el grado de resolución de los síndromes geriátricos como la incontinencia ó el deterioro cognitivo,
- el correcto uso de las posibilidades de la rehabilitación,
- el acceso a la tecnología de la atención especializada,
- las medidas realizadas en el domicilio de los pacientes.

III. ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN GENERAL.

Las personas mayores enfermas son actualmente los consumidores más frecuentes de atención especializada. Este hecho es especialmente notable (quizá por la facilidad de su cuantificación) en el uso de las camas hospitalarias, que actualmente se encuentran ocupadas en un 50% por este sector de la población cuya proporción en el total de la población está cercana al 16%. La tendencia en las próximas décadas será hacia una mayor necesidad del estancias

hospitalarias en pacientes de este grupo de edad (Saynajakangas, 1997) (Kannus, 1999).

Probablemente es a causa de este hecho y el correspondiente volumen de gasto que conlleva, por lo que el interés de los administradores sanitarios se centra desproporcionadamente más en reducir los costes que en mejorar la calidad de la asistencia. La preocupación actual se centra más en reducir el número de ingresos y la duración de éstos que en evaluar la adecuación de dichos ingresos ó estudiar la conveniencia de implantar niveles de asistencia sanitaria especialmente dirigidos a la problemática de este tipo de pacientes mayores.

De los dos párrafos anteriores se puede deducir que sólo se tiene en cuenta el hecho diferencial de la edad avanzada de los pacientes en el momento del gasto y no el momento de diseñar y ofrecerles una asistencia acorde a sus características.

A. *Especialidades de uso más frecuente por las personas mayores.*

Debido a los patrones de enfermedad de las personas mayores, existen una serie de especialidades, sobre todo quirúrgicas, que son más necesarias para la asistencia de este grupo de edad. Concretamente la urología, la oftalmología ó la traumatología son ejemplos de ello.

Muchas de las listas de espera quirúrgicas se encuentran pobladas por personas mayores que necesitan intervenciones. Algunas entidades patológicas resultan especialmente limitantes para la calidad de vida de estas personas, como por ejemplo las cataratas, las

enfermedades degenerativas articulares (artrosis, hallux valgus), la hipertrofia de próstata, etc. Es de hacer notar que en los últimos años se ha producido una disminución de las listas de espera en prácticamente todas las especialidades con la ganancia correspondiente en calidad de vida de las personas mayores para las que una solución tardía a su problema de salud puede ser ya, por desgracia, ineficiente si se demora durante años.

Por el contrario, en otras especialidades como es el caso de la rehabilitación, la atención a los pacientes mayores no se considera una prioridad ante las grandes necesidades de atención que presenta la población en edad laboral. Por ello es habitual que pacientes con patologías subsidiarias de tratamiento por esta especialidad como son el accidente cerebrovascular ó las fracturas de cadera ni siquiera se incluyan en las listas de pacientes candidatos a tratamiento por parte de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logoterapeutas, privándoseles del tratamiento de estos profesionales sin razones aparentes salvo la propia edad.

B. *Formación en medicina geriátrica.*

Puede decirse aquí lo mismo que se decía en el apartado de la atención primaria; los especialistas actuales no han tenido oportunidad, durante su etapa de formación universitaria, de recibir los contenidos básicos de la medicina geriátrica, por lo que su desconocimiento de las peculiaridades del modo de enfermar de este grupo de edad es grande. Una diferencia añadida con los profesionales de atención primaria radica es que la mayoría de los especialistas, además, únicamente buscan y reciben formación continuada de su área específica de trabajo, con lo que las posibilidades de llenar este vacío llegado ese momento son prácticamente inexistentes.

El resultado final es la falta de orientación integral de la mayor parte de la medicina actual que “compartimentaliza” en exceso la asistencia de pacientes complejos como son los ancianos ó los enfermos terminales. Como resultado, se han alcanzado cotas elevadas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, pero se genera a menudo insatisfacción en los pacientes que no ven resueltos sus problemas reales. En este proceso no sólo se han visto inmersas especialidades quirúrgicas ó de un sólo órgano, sino que también otras clásicamente integradoras como lo ha sido la Medicina Interna carecen hoy del enfoque bio-psico-social-funcional que requieren los pacientes geriátricos a causa de su complejidad en varias áreas simultáneamente.

Por las mismas razones que lo anterior, y a causa del desconocimiento del potencial de que disponen los pacientes de edad avanzada cuando son correctamente diagnosticados y tratados, es más frecuente que reciban en los hospitales un cuidado protésico ó paternalista que una atención dirigida a su diagnóstico preciso y a un tratamiento con enfoque funcional y rehabilitador. Por ejemplo, no se potencia en la mayoría de servicios hospitalarios (a veces todo lo contrario) la movilización y deambulación precoz, el mantenimiento y la reeducación de los esfínteres, o la conservación de las actividades de la vida diaria.

C. *Riesgos de la hospitalización en las personas mayores.*

Los diagnósticos más frecuentes que motivan la hospitalización en las personas mayores son los accidentes vasculares cerebrales, la insuficiencia cardiaca, las enfermedades pulmonares crónicas y agudas, las fracturas de cadera y las enfermedades neoplásicas.

Cuando ingresan en el hospital, estos pacientes suelen ser portadores de una serie de problemas asociados a su diagnóstico principal que les convierte en un grupo diferenciado y especialmente delicado del resto de pacientes hospitalizados. Entre estos problemas destacan las caídas (29% de ellos), el deterioro cognitivo (26%), los déficit auditivo (41%) ó visual (31%), la polifarmacia (38%), el insomnio (33%), la sintomatología depresiva (17%), la malnutrición (10%) ó úlceras cutáneas (9%), e incapacidades en las actividades de la vida diaria (Alarcón, 1996).

Además, durante la propia hospitalización, tanto la enfermedad que genera el ingreso como la propia hospitalización pueden presentar complicaciones. Las más frecuentes se resumen en la siguiente tabla:

- Tendencia a la inmovilidad
 - Úlceras por presión
 - Contracturas articulares
 - Enfermedad tromboembólica
 - Pérdida de tono y fuerza muscular
 - Hipotensión ortostática
 - Aceleración de la descalcificación ósea
 - Pérdida de capacidad aeróbica
- Confusión mental
- Desnutrición y deshidratación
- Alto riesgo de caídas
- Incontinencia urinaria y fecal
- Estreñimiento e impactación fecal
- Mayor riesgo de yatrogenia
- Incapacidad y dependencia
 - Funcional, psíquica y/ó social
- Institucionalización inadecuada
 - Aguda (hospital)

- Crónica (residencias, unidades de larga estancia)
- Pérdida de control y decisión sobre su vida
- Aislamiento social

De entre todas las complicaciones, el deterioro funcional provoca una repercusión especial en la vida posterior de la persona, ya que suele condicionar un incremento de su necesidad de cuidados. Este deterioro aparece en un 25% a 55% de las personas mayores hospitalizadas y afecta sobre todo a su capacidad para los desplazamientos y la deambulaci3n, el control de esfínteres y el aseo personal. (Alarc3n, 1996) (Galeano, 1997) (Guti3rrez, 1997). Este deterioro funcional puede presentarse sin una enfermedad concreta que lo justifique y suele persistir en el momento del alta del hospital e incluso meses despu3s. En los 3ltimos a3os, adem3s, los m3dicos de los hospitales sufren una fuerte presi3n por reducir las estancias medias de los pacientes ingresados, con lo que los pacientes son dados de alta en peor situaci3n (Shaughnessy, 1990).

La institucionalizaci3n es otro riesgo de la hospitalizaci3n. Paden en mayor medida este riesgo los pacientes m3s mayores, los que viven solos, los que ya sufrían incapacidad previa 3 la adquieren durante el ingreso y los que tienen estancias hospitalarias prolongadas (Rudberg, 1996). Cuando el deterioro es brusco, como suele ocurrir tras algunos procesos como los accidentes vasculares cerebrales 3 las fracturas, y no es totalmente reversible con el tratamiento adecuado (incluyendo rehabilitaci3n) la dependencia provoca una serie de necesidades de atenci3n personal 3 social que generalmente no ha podido ser sospechada antes de la hospitalizaci3n. Esa necesidad de cuidados no suele tener una respuesta inmediata de los servicios sociales, recayendo en los allegados del paciente la mayor parte de la carga de cuidados. Cuando no existen familiares 3 3stos (por diferentes motivos) no se hacen cargo de los cuidados tras el alta, el hospital se

encuentra ante una situación para la que no está preparado y para la que no dispone de recursos adecuados, generándose estancias hospitalarias inadecuadas y en ocasiones derivaciones mal planteadas.

Otro problema relevante en las personas mayores hospitalizadas es el exceso de frecuencia con que aparece en ellas la yatrogenia y la negligencia. Los estudios dirigidos a desvelar estos aspectos han demostrado que muchas diferencias de asistencia sanitaria en función de la edad no están justificadas, de lo que se hablará más abajo.

D. *Discriminación por edad.*

Aunque resulte difícil de creer, hace poco más de diez años se publicaba en una de las principales revistas médicas del país un artículo titulado “¿Hay que ingresar en hospitales de agudos a los mayores de 75 años?” Ese mismo artículo comenzaba con la frase “Hay una generalizada reserva a la admisión de ancianos en hospitales de agudos” (Fernández, 1987). Sirva la anécdota, impresionante pero real, para introducir un tema que si bien puede ser ignorado por los usuarios y otras personas ajenas al sistema, subyace en muchos miembros de las profesiones sanitarias. Si en algún momento ha llegado a manifestarse de forma tan explícita, podemos imaginar lo extendido que puede estar este pensamiento aunque no llegue a formularse.

Es probablemente en el terreno de la atención especializada donde se han producido los casos más notorios de discriminación por edad. Este fenómeno ocurre tanto dentro como fuera de nuestras fronteras y en el Reino Unido ha generado el término “ageism”, que podríamos traducir como “gerontofobia”, del que existen múltiples formas (Wetlwl, 1987). Podríamos diferenciar las siguientes actitudes:

1.- Una forma de discriminación por edad consiste en la adopción por parte de muchos profesionales sanitarios de una actitud paternalista e incluso protésica. El caso más habitual es el preguntarse el para qué llevar a cabo determinada actuación (intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico ó terapéutico) si al paciente ya le quedan pocos años de vida. Esta decisión, si bien puede ser coherente cuando se ha evaluado en profundidad la situación de un paciente, suele tomarse sin un análisis previo detallado de dicha situación individual y simplificarse sólo en función de la edad.

2.- La forma de presentación más larvada y frecuente es el escaso interés que los enfermos mayores, especialmente si son muy ancianos y dependientes, genera en algunos profesionales sanitarios. Muchos médicos y enfermeras, voluntaria ó involuntariamente, consideran a éstos como pacientes de segunda categoría, lo que les hace caer en el peligro de recibir una asistencia de menor calidad. Por ejemplo, es frecuente el menor esfuerzo diagnóstico, la menor aplicación de tecnología, el exceso en la prescripción medicamentosa, el mayor uso de restricciones físicas y de pañales absorbentes ó la tendencia a su ingreso en hospitales de apoyo en vez de en hospitales generales comparado con los pacientes adultos más jóvenes.

3.- Pero existen formas de ageismo más explícitas, reconocidas, e incluso socialmente aceptadas. Determinadas modalidades de tratamientos como los ingresos en cuidados intensivos, los trasplantes de órganos, algunos tipos de intervenciones quirúrgicas, el acceso a los servicios de rehabilitación ó el uso de ciertos procedimientos diagnósticos técnicamente sofisticados han sido y son con mayor ó menor frecuencia denegados “a causa de la edad” del paciente, casi siempre sin una base científica para

ello. Esto es especialmente frecuente en el momento de la introducción de cada nueva técnica. De hecho, si determinadas técnicas se aplican de forma generalizada a las personas mayores suele ser más por constituir estas personas los más frecuentes receptores de la asistencia que por un convencimiento expreso de no realizar una discriminación por edad. Con otras palabras, si no ingresaran, por citar dos ejemplos, personas mayores en unidades de cuidados intensivos ó en programas de diálisis, los médicos de esas especialidades tendrían progresivamente menos trabajo.

Se da incluso el caso de que algunos tratamientos que han demostrado una mayor eficacia en los ancianos que en los adultos más jóvenes sean menos empleados es aquéllos que en éstos. Este es el caso del tratamiento fibrinolítico en el infarto agudo de miocardio que se deshecha todavía en ocasiones sólo por la edad. Otro ejemplo de notable discriminación por edad es el hecho de que la mayoría de los programas de detección de cáncer de mama tengan una edad tope en los 50 ó 60 años para las mujeres que incluyen, siendo que la incidencia de este tipo de tumor se incrementa aún por encima de los 60 años de edad y suele seguir siendo entonces susceptible de tratamiento.

4.- Otra forma de “ageismo” consiste en culpar a los ancianos de consumir un elevado nivel de recursos que, evidentemente, ya no producen. Su versión más teórica e ilustrada, achaca el incremento del gasto sanitario de las últimas décadas al envejecimiento poblacional. Esto no es más que una falacia. Cuando se ha estudiado en profundidad este hecho a nivel supranacional se ha podido afirmar que el incremento de costes es debido más directamente a la aparición, desarrollo y empleo indiscriminado de tecnología y al aumento de otros costes de la

asistencia que a la propia edad de la población atendida. Por ejemplo, si se analizan los costes del último año de vida - aquel que más gasto ocasiona en el ámbito asistencial - en una persona de 65 años y en otra mayor de 80, se comprueba que en este último son bastante menores. A los 65 años los costes se multiplican por veinte, después de los 80 sólo por seis. Por el contrario, se considera que una asistencia bien dirigida y adaptada a la situación de los pacientes resultará menos costosa que en el caso contrario.

5.- Por último, aunque afortunadamente menos frecuente existe la actitud inconfesable públicamente, de los que piensan que las personas de edad muy avanzada resultan ya el extremo de la improductividad y de la falta de futuro por lo que debe restringírseles al máximo la aplicación de asistencia sanitaria, especialmente si es de alto coste.

Algunas de estas actitudes provocan, como consecuencia, efectos perniciosos en función de la edad como los que se han mencionado en los párrafos anteriores y otros documentados en la literatura (Kessel, 1998), como por ejemplo que se practiquen menos estudios analíticos y se dedique menos tiempo de consulta a las personas mayores (Radecki, 1988), la privación de ciertos tratamientos (Pettersen, 1995) (Nuckton, 1995), así como las mayores tasas de negligencia y yatrogenia en función de la edad en pacientes hospitalizados (Brenan, 1991). Todo lo anterior sugiere, en palabras de los autores del Harvard Medical Practice Study “el riesgo que tienen las personas mayores (a causa de su edad) de no recibir un nivel de atención sanitaria que cumpla los estándares esperados de una razonable atención médica”.

E. *Adecuación de las hospitalizaciones.*

Durante los años ochenta y primeros noventa, a medida que los gastos sanitarios y el porcentaje de personas mayores se incrementaban, se culpó a las personas mayores de utilizar los recursos hospitalarios de forma inadecuada, más por problemas sociales que sanitarios, y más por enfermedades crónicas que por agudizaciones. Se asumió por muchos, de forma gratuita, que muchos ingresos hospitalarios y muchas estancias de personas mayores en los hospitales eran inadecuados, injustificados ó de causa social. Y aun más, que ello era la causa del incremento de los costes de la asistencia hospitalaria.

En parte, esta creencia ha justificado y justifica el que se realicen los ingresos de las personas mayores con más frecuencia que los de los adultos más jóvenes en hospitales “de apoyo” ó “de descarga” ó a veces llamados “de cuidados mínimos”, más económicos pero a veces menos dotados personal y materialmente que los hospitales generales, en los que son hospitalizados sistemáticamente los pacientes más jóvenes y, por supuesto, los niños.

A medida que se ha ido evaluando la realidad mediante estudios objetivos, lo que se ha constatado es más bien la situación contraria. Por un lado, las personas mayores acuden a los servicios de urgencias e ingresan en los hospitales en situación de mayor gravedad que los adultos más jóvenes y necesitan más justificadamente el ingreso (González Montalvo, 1990, 1994) (Matorras, 1990). Por otro, si bien el número de estancias hospitalarias inadecuadas puede ser elevado, no lo es más entre los pacientes de mayor edad que entre los adultos más jóvenes ó incluso en los niños (Oterino, 1993) (Kemper, 1988).

F. Control de calidad.

Al igual que ocurre en la atención primaria, el control actual del proceso asistencial en atención especializada se dirige más hacia la cantidad y coste “de producción” que hacia la calidad de esa producción. El resultado es que se confunden como indicadores de una buena asistencia los meros indicadores de gestión como la reducción de la estancia media hospitalaria, el aumento del índice de rotación enfermo/cama ó la disminución del número de consultas externas de revisión.

Como consecuencia de esta orientación los pacientes más frágiles y que tienen mayores necesidades pueden verse perjudicados. Esto ocurrió, por ejemplo, cuando se implantó el modo de pago prospectivo en los hospitales americanos en la pasada década; se demostró que pudo reducirse el coste asistencial hospitalario reduciendo la estancia de los pacientes mayores ingresados por una fractura de cadera, pero estos pacientes se daban de alta con una significativa mayor incapacidad física y además necesitaban un mayor número de ingresos en residencias, en las que permanecían por más tiempo.

Por el contrario, no se utilizan los datos de otros aspectos que sí podrían ser indicadores de calidad en la atención hospitalaria a las personas mayores, como por ejemplo:

- incidencia de deterioro funcional durante el ingreso
- porcentaje de pacientes con una valoración integral
- porcentaje de pacientes sometidos a sujeciones físicas, sondajes ó pañales absorbentes
- pacientes que reciben rehabilitación
- pacientes que sufren caídas ó que se hacen incontinentes

- pacientes derivados a instituciones
- pacientes geriátricos con una planificación del alta adaptada a sus necesidades.

IV. ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN GERIATRIA.

A pesar del hecho del progresivo envejecimiento de la población española y de que esta realidad demográfica es bien conocida por todos los estamentos sociales y por el pueblo en general, llama la atención la escasa, y en muchas comunidades nula, actividad de planificación que se ha llevado a cabo en el sistema de asistencia sanitaria para adaptarlo a este hecho.

La propia Organización Mundial de la Salud desde el año 1974 viene realizando recomendaciones sobre la adecuación de los servicios asistenciales para las personas de edad y que tienen especiales necesidades de atención (OMS, 1974). El Plan Gerontológico (1993) proponía “implantar, de forma progresiva, unidades de geriatría hospitalarias”. Sin embargo, han sido pocos los hospitales y gerencias de atención especializada que finalmente han intentado promover esta cuestión.

En Atención especializada, a diferencia de lo que se ha ocurrido en atención primaria, el principal obstáculo con que se enfrenta la asistencia a las personas mayores es la falta de reconocimiento de las peculiaridades de estas personas en función de su edad. Con la excepción de la Comunidad Autónoma de Cataluña, en la que el programa Vida als Anys ha modificado notablemente esta situación, y las tímidas acciones de reordenamiento en el territorio INSALUD llevados a cabo entre los años 1993-1995, suele negarse sistemáticamente por los distintos organismos sanitarios la evidencia de

que determinados pacientes de edad avanzada presentan unas peculiaridades biológicas y sociales que les hace comportarse como pacientes diferentes que se beneficiarían de un sistema diferenciado de atención sanitaria.

A. Actuaciones desarrolladas.

Analizando, aunque sea someramente, las escasas actividades en este sentido llevadas a cabo durante la década de los 90, debemos comentar:

1. El programa “Vida als Anys”, Cataluña.

Este programa será comentado en otros apartados de este informe, puesto que contempla también actividades de índole social y de coordinación sociosanitaria. Haremos referencia aquí a lo que afecta a la asistencia sanitaria.

Sintéticamente, este programa, una vez que reconoce la existencia de una serie de pacientes con necesidades diferentes e insatisfechas en el sistema sanitario tradicional (ancianos, enfermos crónicos y pacientes terminales), planifica desarrollar un sistema de atención adaptado a las necesidades de esos colectivos. En lo referente a la asistencia a las personas mayores, se comienzan a utilizar como sistemática de trabajo la aplicación de la valoración integral y la asistencia en equipo interdisciplinario y se crean una serie de niveles asistenciales específicos para este tipo de pacientes: unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias ó UFISS (similares a los “equipos consultores geriátricos” en la literatura geriátrica clásica), hospitales de día, unidades de convalecencia (también conocidas previamente como

unidades de media estancia), unidades de larga estancia y equipos de atención domiciliaria ó de soporte llamados PADES.

Este Programa ha contado con un presupuesto propio y creciente que le ha permitido, por ejemplo, disponer ya en 1998 de 843 plazas en hospitales de día, 1.029 camas de convalecencia y 4.464 camas de larga estancia. También en 1998 se encontraban en funcionamiento 44 UFISS y 50 PADES (Servei Catalá de la Salut, memoria 1998).

Desde el punto de vista geriátrico, este programa ha podido ofrecer algunas mejoras en la asistencia a las personas mayores. Entre ellas, la introducción de las técnicas habituales de esta especialidad como la aplicación de la valoración integral y el trabajo en equipo interdisciplinario se considera que repercuten muy positivamente en la calidad de la atención a los pacientes de edad avanzada. Pero además, la puesta en marcha de una serie de niveles asistenciales que se adaptan a las diferentes situaciones de enfermedad y necesidades de estos pacientes y, más aún, el establecimiento entre ellos de una estrecha coordinación que facilita su actividad como un continuum asistencial, en lugar de comportarse como compartimentos aislados son hechos que deben considerarse como un avance en nuestro país en materia de asistencia geriátrica.

Quizá, con el paso de los años y la progresiva implantación del programa se dejan entrever algunas carencias. Entre ellas, y ciñéndonos a lo estrictamente sanitario, se echa en falta la presencia de la medicina geriátrica en la fase aguda de enfermedad en las personas mayores, lo que puede provocar que se practique una medicina más custodial que intervencionista. Este problema puede que se atenúe en el futuro si se implantan unidades de agudos en los hospitales generales, cuya conveniencia se va reconociendo progresivamente, y si se consigue mayor presencia de médicos especialistas en geriatría, lo que también

se va resolviendo con la formación de especialistas en esa comunidad y la contratación de los formados fuera de ella.

En definitiva, incluso contando con sus problemas, la creación y desarrollo del Programa Vida als Anys ha convertido a Cataluña en la comunidad, con mucho, más avanzada en la asistencia sanitaria a las personas mayores en España. En ciertos aspectos, puede suponer un ejemplo a seguir para otras comunidades que se planteen realmente planificar un modelo de asistencia orientado a las necesidades de las personas mayores.

Por último, considerando el territorio nacional en su conjunto, este Programa, ó la carencia de otros en otras comunidades, establece notables desigualdades en la asistencia sanitaria que perciben las personas mayores en las diferentes comunidades autónomas.

2. *Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores.*

Elaborado por la Secretaría General del INSALUD con la colaboración de un Grupo de Expertos representantes del INSALUD (atención primaria y especializada), IMSERSO (Plan Gerontológico), Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Sociedad Española de Medicina Familiar y Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Fue publicado en 1995.

Basándose en el reconocimiento de diferentes tipologías entre las personas mayores enfermas, con la clasificación expuesta más arriba en este Informe, y en la necesidad de un reordenamiento de recursos para adaptar la asistencia al grupo más complejo de estas personas, los

denominados “pacientes geriátricos”, establecía esencialmente dos novedades:

- la aplicación de una sistemática de trabajo que incluye la valoración integral individualizada y la coordinación social y sanitaria para la satisfacción de las necesidades de este grupo de usuarios de los sistemas de atención. Para ello se definía la composición de una serie de “Comisiones Socio-sanitarias” de área y de distrito, puntos de encuentro de las instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales implicadas en la asistencia a personas mayores donde llevar cabo una intervención integrada de los servicios sociales y sanitarios.
- la implantación progresiva de una serie de niveles asistenciales geriátricos en varias fases, para desarrollar la asistencia geriátrica especializada en la red hospitalaria general, aunque de una forma contenida. Se establecía la incorporación paulatina de equipos consultores y hospitales de día (Fase 1), unidades de agudos (Fase 2) y unidades de convalecencia (Fase 3). También la coordinación con la atención primaria para el apoyo en el tratamiento de los casos de pacientes geriátricos .

En virtud de este proyecto, se crearon comisiones sociosanitarias en varias áreas de salud y se pusieron en funcionamiento 14 equipos de valoración geriátrica, de desigual composición, en otros tantos hospitales del INSALUD.

Este plan, si bien teóricamente pudo ser un paso para el desarrollo de la atención especializada a las personas mayores, adoleció de varios problemas.

En primer lugar hubo de nacer e intentar implantarse sin la adjudicación de un presupuesto específico, con lo que difícilmente pudo salir de la fase de las intenciones.

En segundo lugar, quizá como consecuencia de lo anterior, ninguno de los equipos de valoración geriátrica pudo pasar tan siquiera de la primera a la segunda fase de desarrollo. Los profesionales de los equipos de valoración se encontraron con la capacidad de detectar problemas, aunque generalmente en fases tardías, y sugerir soluciones. Pero no fueron dotados con los mínimos recursos necesarios para aplicar sus recomendaciones. El efecto de su intervención no pudo tener un impacto remarcable. La mayoría de ellos se implantaron en hospitales en los que la dirección y el resto de los servicios, no sólo desconocían la utilidad, objetivos y fines de la especialidad de geriatría, sino que tenían ideas previas equivocadas (la más frecuente, la de que el geriatra llegaba para acelerar la salida del hospital de las personas mayores) y juzgaron el resultado de su actividad mediante parámetros inapropiados de gestión sin incluir criterios de calidad de la asistencia a este grupo de edad.

En tercer lugar, sin motivo claro aparente, se excluyó de las áreas piloto a aquéllas cuyo hospital general disponía ya de un servicio de geriatría en funcionamiento, lo que pudo modificar negativamente los resultados de las evaluaciones que se llevaron a cabo.

Sin presupuesto asignado, sin niveles asistenciales donde aplicar los principios de la medicina geriátrica, evaluados con criterios “de gestión” y no de calidad, sin un desarrollo progresivo de las distintas fases previstas, hubiera resultado sorprendente que este plan obtuviera unos resultados brillantes.

Por último, todos los proyectos en marcha quedaron paralizados tras el cambio de responsables del INSALUD ocurrido en 1995; fecha desde la cual no se han llevado a la práctica acciones dirigidas a la

asistencia especializada al anciano, ni siguiendo el plan previo ni otros alternativos.

3. *Otras experiencias.*

El resto de instituciones con responsabilidades sanitarias y comunidades autónomas no disponen hoy en día de actuaciones específicamente planificadas para los problemas de salud de las personas mayores como grupo, aunque si existen algunos planes que se encuentran todavía en fase previa a su aplicación práctica.

A menudo, se intenta depositar todo el peso de la atención a las personas mayores en determinada estructura como puede ser la atención primaria ó los servicios sociales. Este tipo de actuaciones suele responder a criterios economicistas y conllevan el riesgo de mala praxis. Bien por ofrecer respuestas de atención primaria a problemas que requieren el concurso de especialistas ó bien por pretender resolver con recursos sociales los problemas de salud que requieren un abordaje diagnóstico ó terapéutico.

Otras veces se diseñan planes para problemas concretos, como la enfermedad de Alzheimer, sin abordar previamente el marco de la atención global a las personas mayores, con lo que es grande el riesgo de que se quede en un sistema de “parcheo”, que fracase a la larga.

Con frecuencia, se elaboran planes teóricos sin tener en cuenta la opinión de los especialistas, que no sólo disponen de la mayor formación, sino que además se enfrentan cada día a los problemas reales de las personas mayores.

No obstante la situación dentro del país difiere entre comunidades como Castilla-León ó Castilla-La Mancha, en que existen incipientes planes sociosanitarios y se estima la necesidad de considerar la problemática especial de las personas mayores, frente a otras comunidades como el País Vasco ó Andalucía en que los responsables sanitarios reiteran que no figura entre sus prioridades la planificación de actuaciones específicas para este grupo de edad.

B. *Características de la asistencia geriátrica.*

La geriatría es una especialidad médica que ofrece una sistema diferenciado de atención para un tipo de personas mayores enfermas con una complejidad especial, llamados “pacientes geriátricos”, los cuales se caracterizan por presentar problemas en varias esferas (clínica, funcional, mental y social). Este tipo de pacientes sólo constituye una parte (entre el 10% y el 25%) de todos los ancianos con enfermedades importantes. Pero presentan una serie de características que les diferencian del resto de pacientes y en gran medida de los adultos más jóvenes. Las principales diferencias son su mayor fragilidad, diferente comportamiento clínico en las manifestaciones de la enfermedad y diferente respuesta a los tratamientos, mayor frecuencia de síndromes “geriátricos” (incontinencia, deterioro cognitivo, caídas, dificultades en la movilidad), necesidad de adaptaciones en la arquitectura y de ayudas técnicas, necesidad frecuente de cuidados continuados y necesidad de coordinación social y sanitaria.

El hecho de que en los hospitales generales los ancianos con esta problemática no sean habitualmente muy bienvenidos, es explicable debido a que en los servicios convencionales no se encuentran los profesionales, los recursos, la estructura asistencial o arquitectónica ni los instrumentos adecuados para el manejo de estas personas. Los

hospitales no se encuentran adaptados a las necesidades que la morbilidad provoca, ni a los modos de comunicación, condiciones de desplazamiento o de descanso, etc. que precisan los mayores. Existe una mutua y recíproca distorsión entre la adaptación (en este caso su ausencia) de las personas mayores a la hospitalización y de los hospitales hacia las personas mayores. Este es uno de los problemas asistenciales que intenta y debe resolver la geriatría.

El objetivo de la geriatría no es otro que mejorar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las personas mayores para aumentar su calidad de vida y poder facilitarles la permanencia en su domicilio propio siempre que sea posible. Para ello se plantea no sólo el correcto manejo de las enfermedades agudas y crónicas, sino la conservación de la autonomía y la independencia funcional y mantener la integración social en la comunidad durante el mayor tiempo posible.

La geriatría utiliza una serie de instrumentos que le son propios para estudiar de forma individualizada al paciente geriátrico y para establecer un plan de cuidados adaptado a su situación.

Los instrumentos de la geriatría son:

1. El conocimiento de las peculiaridades de la fisiología y la patología geriátrica,
2. La valoración integral individual: clínica, funcional, mental y social,
3. Los niveles asistenciales: unidad de agudos, unidad de media estancia, hospital de día, consulta externa, interconsulta u unidad de coordinación y cuidados comunitarios,
4. El trabajo en equipo interdisciplinario,
5. La coordinación con otros niveles sanitarios (especialmente atención primaria) y sociales (de la comunidad e institucionales).

El conocimiento de estos instrumentos se ha minimizado, generalmente por ignorancia, lo que ha conducido en parte a que su contenido se haya visto devaluado, infravalorándose la eficacia real de la Geriátrica como especialidad médica.

C. *Rentabilidad de asistencia geriátrica.*

La asistencia geriátrica hace años que ha demostrado fuera de nuestras fronteras una reducción de los costes de asistencia mediante una racionalización del uso de recursos sanitarios.

La eficiencia de la asistencia geriátrica en España ha sido revisado recientemente (González Montalvo, 1998) En nuestro país, puede decirse que, sin que el ahorro de costes sea el objetivo principal de la asistencia geriátrica, este tipo de asistencia ha podido demostrar que es posible ofrecer una asistencia hospitalaria especializada al anciano obteniendo además:

1. Una reducción de las estancias medias hospitalarias de los pacientes geriátricos, sobre todo de los ingresados a cargo de geriatría en unidades de agudos, pero también de los ingresados en otros servicios hospitalarios (principalmente de neurología, traumatología y otros servicios quirúrgicos) cuando esos pacientes son consultados precozmente al equipo consultor geriátrico,
2. Una reducción del número de pacientes que precisan institucionalización tras el momento del alta hospitalaria,

3. Una mayor rentabilidad y eficiencia (mayor número de ingresos, menor estancia media, reducción de costes de farmacia) y una reducción de la mortalidad en aquellos hospitales de apoyo en cuya plantilla se han incluido médicos especialistas en geriatría y en cuya actividad se han incorporado los instrumentos de esta especialidad (valoración integral, trabajo en equipo, planificación de la asistencia y del alta, clasificación de pacientes según sus necesidades sanitarias),

4. Un mayor rendimiento (mejores índices de actividad) en los hospitales de día a cargo de servicios de geriatría que en los hospitales de día que no están integrados en dichos servicios.

No puede considerarse hoy la geriatría como una especialidad gravosa para el sistema sanitario, salvo desde un desconocimiento profundo de la misma (Ribera Casado 1995), ya que cuando se ha evaluado su eficiencia el resultado ha sido de una superior calidad asistencial, a un coste menor que cuando los pacientes ingresan en otros servicios ó son atendidos por otros sistemas de atención sanitaria tradicional.

D. *La formación especializada en geriatría.*

En España existe la especialidad de Geriatría desde 1978, año en el que, además, se introdujo en el sistema MIR. Otros países europeos con esta especialidad reconocida son el Reino Unido, Italia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Suecia, Islandia y Liechtenstein. En Francia y Alemania existen titulaciones de rango inferior (dos años). También existe la geriatría en EEUU y Canadá. Existen en nuestro país 14 servicios de geriatría hospitalarios con capacidad docente para médicos por la vía MIR y adquieren su título de especialistas anualmente algo

más de 30 médicos. El programa de la especialidad seguido en nuestro país es similar al de otros países europeos que también tienen reconocida la especialidad y al de los Estados Unidos (Training and Manpower in Geriatric Medicine. British Geriatric Society, 1991) (Geriatrics Curriculum Development Conference and Initiative. 1994).

En 1999 hay en España 350 especialistas en geriatría. Todavía un número insuficiente. Según un informe de la Organización Médica Colegial de 1995, la tasa por 100.000 habitantes en España es 13 veces inferior a la del Reino Unido y 1,2 veces inferior a la de los EEUU, país éste con un índice de envejecimiento muy inferior al español (Organización Médica Colegial, 1995).

Durante la década de los años 90 en los que el índice de envejecimiento en nuestro país ha aumentado progresivamente hasta el 16% y se ha reducido la tasa de natalidad hasta llegar cerca de 1 hijo por mujer (la cifra más baja de la Unión Europea junto a Italia), se han formado por el sistema MIR tan sólo 198 geriatras mientras que el número de nuevos pediatras ha sido de 1.995 (10 veces más pediatras que geriatras) y el de ginecólogos de 1319 (7 veces más) (Organización Médica Colegial, 1995). Estos datos, que cuando menos resultan sorprendentes, revelan una de las paradojas de la especialización médica en España, que parece ir en dirección diametralmente contraria a la realidad demográfica del país. Además, el desequilibrio detectado resulta inquietante si se considera que es el propio Ministerio de Sanidad el que regula la distribución de las plazas MIR convocadas. Estos hechos motivan cierto grado de preocupación desde hace años (Garrido, 1993). En algunas comunidades, como la Comunidad Autónoma de Cataluña, se ha señalado la necesidad apremiante de reordenar esta situación ante la necesidad de contar con un mayor número de especialistas en geriatría, entre otras (Doy, 1998).

Por último resulta también paradójico, teniendo en cuenta la situación comentada que la geriatría sea la cuarta especialidad con mayor índice de desempleo (16% de especialistas en paro). Hecho que revela la escasa motivación de las administraciones sanitarias en el desarrollo de esta especialidad.

E. Recursos y carencias existentes.

1. Por hospitales.

En el año 1997, según el informe “Situación y perspectivas de la asistencia geriátrica hospitalaria en España” (Guillén F, Ribera JM. 1997) existían en nuestro país 12 servicios hospitalarios acreditados para la docencia, 17 servicios ó unidades más, sin acreditación docente, y 14 equipos de valoración geriátrica. En total, no había una representación de la especialidad más que en 43 hospitales del país, de un total de 790. Tan sólo en el 5,4% del total (MSD, 1996). De estos 43 hospitales sólo 29 disponían de una estructura específica a cargo de especialistas y sólo 17 contaban con hospitales de día (obviamente, no se incluyen los hospitales de día catalanes). Más de un tercio de los hospitales con geriatría no eran hospitales generales, sino hospitales de apoyo ó de otro tipo. Esta situación persiste en la actualidad, con la excepción de que algunos (dos) de los servicios sin docencia han recibido la acreditación durante los dos últimos años. La presencia de la geriatría en los hospitales españoles, teniendo en cuenta que estamos en uno de los países más envejecidos del planeta, puede calificarse de “anecdótica” ó “simbólica”.

La desigualdad es patente entre diferentes zonas del territorio. Existen comunidades, como Madrid, que dispone de varios servicios de

geriatria frente a otras que (aunque cueste creerlo) ni siquiera reconocen la especialidad en su cartera de servicios, como Andalucía y el País Vasco (!). Dentro de una misma comunidad autónoma, como la madrileña, existen áreas de salud que disponen de servicios de geriatría completos, otras de especialistas aislados (sin servicio) en grandes ó pequeños hospitales, otras de varios especialistas en hospitales de apoyo, con servicio estructurado ó sin él, y otras sin ningún tipo de estructura geriátrica (Arbelo, 1999). Algunos hospitales cuentan con hospital geriátrico de día y unidad de media estancia donde las personas mayores pueden obtener su máxima mejoría funcional, otros con uno de estos recursos y la mayoría con ninguno de ellos.

Podría decirse que, dentro de la escasez, la norma es la falta de equidad y la variabilidad. Dependiendo de la localización geográfica (casi, de la suerte) una persona mayor tendrá la oportunidad de recibir un tratamiento especializado completo, parcial ó de ningún tipo. Lo que de esta realidad trasluce es quizá el descuido de los planificadores sanitarios en ofrecer a este sector de la población una asistencia especializada, ó, al menos, el desinterés por corregir las marcadas desigualdades existentes.

Realizando una comparación cuantitativa somera de los 29 servicios de geriatría españoles con otros países de nuestro entorno, en el Reino Unido existen cerca de 300, en Alemania 70, en Italia 150, en Dinamarca existen en 11 de las 15 demarcaciones sanitarias. En Bélgica el 80% de los hospitales tienen una unidad de geriatría con camas propias y en Holanda el 78% de las 27 áreas sanitarias disponen de alguna estructura geriátrica en sus hospitales (Societa Italiana Geriatri Ospedalieri, 1996). Nuestro país, que comparativamente goza de la más elevada expectativa de vida, se está destacando por la parte

inferior en la tabla de la oferta de recursos sanitarios para las personas mayores.

2. *Por número de especialistas en geriatría.*

No existen recomendaciones oficiales en España sobre el número óptimo de especialistas en geriatría en ejercicio. Las recomendaciones de diferentes instituciones internacionales sobre el número ideal de geriatras para atender a la población de este fin de siglo aportan diferentes cálculos, que veremos a continuación:

- British Geriatrics Society (1990): recomiendan para el Reino Unido la existencia de un geriatra (consultant) por cada 10.000 personas mayores de 65 años. Serían necesarios 600 puestos en España.

- Rowe en los Estados Unidos (Academic geriatrics for the year 2.000. New England Journal of Medicine, 1987) calculaba la conveniencia de un geriatra por cada 3.000 personas mayores de 65 años, con lo que serían necesarios nada menos que 2.000 geriatras en el país.

Aun ateniéndonos a las recomendaciones británicas, más modestas y realistas y que consideran la geriatría como una especialidad de segundo nivel, postura más afín a la forma de pensar de la mayoría de los geriatras españoles (a diferencia de la concepción americana que la considera como especialidad de primera línea para cierto tipo de personas mayores), y teniendo en cuenta que el número de plazas hospitalarias de geriatría no llega a las 150, existe un déficit de unas 450 plazas hospitalarias de geriatras en el momento actual.

En el caso más optimista, en el que se crearan puestos hospitalarios para los geriatras de las promociones que terminan cada año su especialidad (unos 30 especialistas/año), se tardarían unos 15 años en equipar de geriatras la red hospitalaria. Pero en el año 2.015 las necesidades pueden haber cambiado ya. Evidentemente, en este aspecto el tiempo corre en contra de los servicios de salud que no lleven a cabo una planificación orientada a sus necesidades, y lo que es peor, a las necesidades de sus usuarios.

3. *Por tipos de unidades.*

En el documento del INSALUD “Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores” (1995) se hacían las siguientes previsiones sobre dos estructuras “tipo” como son los hospitales de día geriátricos y las unidades de agudos:

- Hospitales geriátricos de día (HGD): se recomendaba la creación de un HGD por cada 200.000 habitantes ó por cada 30.000 personas mayores. Teniendo en cuenta que existen unos 55 HGD en el país, las necesidades serían de unos 170 HGD de nueva creación.

- Unidades geriátricas de agudos (UGA): se recomienda la instauración de una UGA por cada 250.000 habitantes, por lo que las necesidades serían de 157 UGA. Teniendo en cuenta que existen 24 en la actualidad, se requeriría la puesta en marcha de 133 nuevas unidades de este tipo.

- Unidades de media estancia (UME): Es mucho más compleja la cuantificación de las necesidades, que podrían establecerse en función del número de camas necesarias. En la actualidad hay

aproximadamente 46 unidades, con cerca de 2.000 camas, cuando debieran existir entre 6.000 y 9.000 camas, aplicando criterios del Insalud o el ratio actual existente en Cataluña, respectivamente. Si las unidades fueran de 25 camas, se precisarían por tanto entre 160 y 240 UME adicionales.

Así pues, sea cual sea la forma elegida de evaluar los recursos de la asistencia especializada a las personas mayores en España, se obtienen cifras que impresionan por lo deficitario. Teniendo en cuenta, además, que deben considerarse estos servicios como el lugar idóneo para el desarrollo de las actividades no sólo de asistencia, sino también de docencia y de investigación en los temas relacionados con el envejecimiento, su carencia provocará consecuencias futuras también en esos otros aspectos.

F. *Coordinación.*

Clásicamente los servicios de geriatría han sido el único servicio de atención especializada que ya desde antes de que se empezara a hablar en España de coordinación sociosanitaria han mantenido una preocupación y una línea de trabajo con clara orientación hacia la coordinación entre los tres pilares básicos de la atención al anciano (Salgado, 1983): atención primaria, servicios de geriatría y servicios sociales.

1. *Coordinación con atención primaria.*

Existe la tradición en los servicios de geriatría españoles, que se mantiene en la actualidad, de dedicar la actuación de una parte de sus profesionales a mantener una actividad extrahospitalaria. Esta actividad se inició desde los años sesenta en el Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja y se ha mantenido en los servicios que posteriormente se han ido creando. Los diferentes servicios suelen dedicar desde un médico adjunto a tiempo completo en el menor de los casos, hasta varios equipos compuestos por médico, enfermera y auxiliar de enfermería, generalmente con infraestructura propia como vehículos, etc. Suelen recibir el nombre de “asistencia geriátrica domiciliaria” ó de “unidades de coordinación y cuidados comunitarios”.

Los pacientes atendidos por ellos suelen ser muy ancianos (edad media por encima de los 80 años) y portadores de elevadas tasas de incapacidad funcional y de deterioro cognitivo, la mayoría padecen algún déficit sensorial y frecuentemente problemas como inmovilidad (en más del 50% de los casos), incontinencia (cerca del 70%), caídas (casi el 25%). Desde el punto de vista social suelen tener pensiones inferiores a la media, muchos de ellos (el 25%) requieren ayuda social a domicilio y casi la mitad habitan en viviendas con importantes deficiencias (Valero, 1998) (González Montalvo, 1990) (Serra, 1992). La evaluación de estos pacientes geriátricos muestra una gran similitud con las personas que viven en residencias asistidas (Pascual, 1995).

La actividad de este nivel actualmente se centra en el mantenimiento de líneas abiertas desde el servicio de geriatría hacia los pacientes de la comunidad con posibilidad de interconsultas telefónicas, comentarios de casos en sesiones en los propios centros de salud y valoración conjunta de pacientes en sus domicilios. Actividades todas ellas que se originan a petición de los profesionales de atención primaria. Los resultados de esta interrelación suelen ser valoración geriátrica especializada de personas mayores con problemas complejos

para los que supone un trastorno acudir al hospital, propuesta de estudios complementarios, cambios de tratamiento ó de nivel asistencial (ingresos directos), etc. Los equipos geriátricos de atención comunitaria son valorados de forma positiva por los equipos de atención primaria en las áreas en que existe (Hornillos, 1999) (González Montalvo, 1990).

Existe una tendencia a la puesta en marcha y existencia de un tipo de equipos consultores basados en los recursos de la atención primaria sin el respaldo de la infraestructura de la atención especializada. Esto puede suponer, por el contrario, una duplicación de recursos, al tener una misión “no-especializada” que debería llevarse a cabo por los efectivos habituales de los propios centros de salud y, además, una medida carente de eficacia al no disponer de otros recursos diferentes a los de atención primaria con lo que los casos de personas mayores con problemas complejos seguirían siendo enviados a los servicios de urgencias para sus ingresos, a las listas de espera para las consultas externas ó quedarían sin recibir un tratamiento rehabilitador con la precocidad con que lo necesitaran.

2. *La coordinación con los servicios sociales.*

La coordinación con los servicios sociales ha recibido tanta consideración en los servicios de geriatría que siempre que ha sido posible han incluido en su propia plantilla a trabajadores sociales para hacer realidad la actividad cotidiana de trabajo en equipo interdisciplinario. Nuevamente, esta tendencia se inició en los años sesenta en el Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja, mucho antes de que se iniciara en el país el debate sobre los temas sociosanitarios. Y la geriatría sigue siendo el único sector de la atención especializada que ha insistido en contar entre sus miembros con trabajadores sociales.

La presencia de un trabajador social en el servicio de geriatría permite una evaluación en profundidad de la situación social de la persona mayor que se atiende en el servicio y, muy importante, desde los momentos iniciales de esa asistencia. Ello posibilita la movilización de recursos para la mejor atención de la persona y la planificación del alta. También, el trabajador social del servicio de geriatría ha sido un interlocutor de excepción para los profesionales de los servicios sociales tanto comunitarios como institucionales.

V. CUIDADOS CONTINUADOS O DE LARGA DURACIÓN.

Se entiende por cuidados continuados la prestación de servicios de larga duración destinados a individuos portadores de incapacidad establecida que precisan mantener al máximo sus limitados niveles de función, salud, y bienestar mental y social. Es la parte menos comprendida y atendida dentro de una red asistencial sanitaria, como la existente en España, que está más orientada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas que al cuidado de los problemas crónicos de salud y poco inducida a considerar los cuidados de las personas mayores como un “continuum” asistencial, más que un sistema compartimentado de servicios. Si existen, como vimos, fisuras en el diagnóstico, tratamiento y recuperación funcional en la enfermedad aguda de las personas mayores, estas fisuras no lo son menos en lo referente a los cuidados continuados. De hecho no existe un sistema estructurado y accesible de servicios continuados en el conjunto del país.

Este tipo de cuidados son requeridos por los pacientes portadores de enfermedades crónicas y de las secuelas de enfermedades agudas. Se ha calculado que cada español vive una media de quince años con

alguna forma de incapacidad. Aproximadamente el 25% de los mayores de 65 años precisa asistencia en alguna de sus actividades de la vida diaria. El número de estas personas subsidiarias de recibir cuidados continuados es ya importante en la actualidad y progresivamente creciente.

Debe mencionarse la necesidad de que previamente a la inclusión de una persona en cualquier programa de cuidados continuados es esencial la realización de una valoración integral previa por especialistas. Se da el caso (frecuente cuando se ha estudiado) de que muchas personas acceden a recursos que son inadecuados para ellas. Más aún, en muchas ocasiones con un adecuado tratamiento sanitario ó social previo podría haberse evitado la necesidad de cuidados continuados. Antes del acceso a los niveles de cuidados continuados deben agotarse las posibilidades preventivas y terapéuticas que la ciencia ofrece hoy en día. Además de en el caso individual, debería tenderse a la implantación de una cultura en el sistema orientada a ofrecer el recurso adecuado a la necesidad concreta. Ello requeriría la implantación de sistemas de evaluación-clasificación de usuarios, sistemas de acreditación de servicios e implantación de criterios de acceso objetivos. Todo ello, obviamente, consensuado entre los niveles sociales y los sanitarios.

Los cuidados de larga duración deben estar bien dotados e integrados en el esquema general de una asistencia sectorizada y coordinada entre la atención primaria, atención especializada y los servicios sociales.

Suelen dividirse, en función del lugar dónde se presten esos cuidados en dos posibles localizaciones de los recursos: atención domiciliaria y atención institucional.

A. Atención domiciliaria.

La atención sanitaria a domicilio corresponde en nuestro país principalmente a la Atención Primaria de Salud. Sucesora de la antigua Asistencia Pública Domiciliaria (APD) la Atención Primaria ha supuesto un mayor desarrollo de este nivel de asistencia puesto que en la mayoría de los Centros de Salud se han elaborado y llevado a la práctica planes de atención domiciliaria que convierten este tipo de asistencia no sólo en un tipo de servicio “de llamada” ó “aviso” para cualquier tipo de paciente, sino que han definido el tipo de usuario, establecido un sistema de visita programada y concretado el modo de valoración y los planes de cuidados médicos y de enfermería a llevar a cabo con ese sector de la población. Entre los pacientes candidatos a este tipo de asistencia se encuentran los ancianos que, por diversas razones, se encuentran confinados en su domicilio (ver el apartado “A” de “Atención domiciliaria” en el epígrafe “V” Cuidados Continuados, en este capítulo).

Sin duda, la implantación de programas de atención domiciliaria ha supuesto una mejora en la asistencia sanitaria a las personas mayores. Esta mejora ha sido aún más notable en las escasas áreas en las que en virtud de la existencia de un servicio de geriatría en el hospital de referencia se ha potenciado la figura de la “unidad de coordinación comunitaria”. Estas unidades colaboran en el tratamiento del grupo de pacientes más complejo que reside en su domicilio, los que suele denominarse como pacientes geriátricos, para los que esta unidades han demostrado ya que es posible el seguimiento de sus problemas sanitarios durante meses y años en su propio domicilio (González Montalvo, 1990) (Serra, 1992). Habitualmente esta unidad consta de un geriatra y una enfermera que actúan como

interconsultores de casos a petición de los profesionales de atención primaria. Consultas que pueden llevarse a cabo bien telefónicamente, bien en sesiones en el propio centro ó bien en el domicilio del paciente, y que suelen resolver dudas diagnósticas ó terapéuticas y también servir de enlace cuando se necesita coordinación con los niveles asistenciales geriátricos.

Sin embargo, la atención domiciliaria tiene sus propios problemas. En primer lugar, en ocasiones se recurre a ella no como el nivel óptimo de cuidados sino como el único posible por carencia de otro más adecuado a las necesidades del paciente. Es el caso de los enfermos que siendo portadores de una carga de atención elevada y mayor de la que puede dispensarse con garantías u dignidad en un domicilio se encuentran en lista de espera para su ingreso en una residencia ó sin posibilidades siquiera de esperar ingresar en una unidad de larga estancia hospitalaria.

La atención a largo plazo de pacientes en los domicilios debería ser considerada como una parte integrante más dentro de un sistema continuado de provisión de servicios de salud. Un método equiparable en calidad a los cuidados institucionales u hospitalarios para aquellas personas en los que esté indicado por sus condiciones particulares y que puedan beneficiarse de él y no como un sistema “sustitutivo”, “más barato” , ni de “segunda elección”. Si se persigue constantemente una reducción de costes a la hora de indicar la atención domiciliaria, implícitamente se puede estar ofreciendo un servicio poco adecuado y de peor calidad.

Otro problema de la atención domiciliaria es lo deficitario de su cobertura. Si bien es casi imposible calcular tanto el objetivo de la población a visitar (a causa de diferentes índices de envejecimiento, diferencias en la dispersión en áreas rurales y urbanas, etc.) como el

porcentaje de población mayor actualmente atendida, la conciencia general es que sólo recibe este tipo de asistencia una pequeña parte de los candidatos a recibirla.

En tercer lugar, los centros de salud que no disponen de un servicio de geriatría de referencia se encuentran en una posición de desventaja al menos en dos aspectos. El primero de ellos es la imposibilidad de consultar con un especialista sin un incómodo desplazamiento del paciente ya que los geriatras son los únicos médicos especialistas del sistema sanitario público que, perteneciendo a servicios de base hospitalaria, visitan pacientes en sus domicilios. El segundo aspecto reside en las dificultades de coordinación que experimentan cuando necesitan derivar estos pacientes a los niveles hospitalarios a causa de la escasa sensibilidad de la mayoría de los especialistas no geriatras hacia la problemática de estos pacientes.

En cualquier caso, caben pocas dudas de que la atención domiciliaria es el segmento de atención sanitaria de más creciente expansión en España y países de nuestro entorno y que debe potenciarse su implantación siempre que se persigan objetivos de calidad y mejora asistencial, no exclusivamente economicistas. No obstante, esta necesidad no debe obviar el desarrollo de los cuidados institucionales, todavía escasos e insuficientes en nuestro país.

B. Atención en instituciones.

La atención institucional de larga estancia en el caso de las personas mayores se lleva a cabo en residencias y unidades hospitalarias de larga estancia. Sus usuarios son personas que carecen de las condiciones necesarias (sociales ó sanitarias) que les permitan residir en sus domicilios habituales. Como grupo, son personas por

encima de los 80 años de edad media, que padecen una media de 5 enfermedades y toman entre 3 y 5 medicamentos de forma crónica. Son frecuentes en ellos los síndromes geriátricos y suelen presentar dependencia en la mayoría de las actividades de la vida diaria (Pascual, 1995).

Clásicamente se ha establecido una distinción, al menos teórica, en el sentido de que deberían vivir en residencias las personas mayores que principalmente precisen cuidados sociales y en unidades de larga estancia aquéllas que precisen cuidados principalmente sanitarios. La realidad en nuestro país ha venido condicionada por varios factores. En primer lugar, una casi inexistencia de unidades hospitalarias de larga estancia en la red sanitaria pública, al menos tal y como se conciben desde la geriatría. También, es notable la escasez de plazas en residencias en relación con las solicitudes existentes. Por otro lado, muchas personas que viven en residencias han ido enfermando y padeciendo diversos grados de dependencia, con lo que progresivamente han adquirido una mayor necesidad de cuidados de índole también sanitaria (Miranda, 1992). Todo ello ha provocado que las residencias sean en España las principales proveedoras de asistencia institucional de larga duración. Sin embargo esta discusión no está totalmente cerrada en la actualidad, y es posible que deban coexistir ambos tipos de niveles asistenciales, pues hay profesionales que reconocen un espacio propio a las unidades hospitalarias de larga estancia (Grupo de trabajo Atención Sanitaria en Residencias y Centros Geriátricos, 1997) (Anónimo, 1992).

La atención médica a las personas mayores institucionalizadas no es una tarea sencilla. Los residentes padecen con frecuencia varias enfermedades simultáneamente, cuyo diagnóstico y tratamiento se ve dificultado por la presencia de síndromes geriátricos como el deterioro cognitivo u otras enfermedades psiquiátricas, la inmovilidad u otros. La

alta frecuencia de caídas, incontinencia urinaria y deterioro funcional hacen también más difícil su tratamiento y seguimiento (Libow, 1989). La concurrencia de otros condicionantes añadidos, como el encontrarse en un medio tradicionalmente no-sanitario, la escasa formación geriátrica del personal, la coexistencia de intereses públicos y privados, los frecuentes dilemas éticos y los problemas legislativos, etc., hacen más difícil la tarea del médico (Da Pena, 1993) (Olsen, 1992). De hecho, las evaluaciones de la calidad asistencial suelen revelar la existencia de problemas, como por ejemplo el elevado uso de medicación psicoactiva y sedante (Beers, 1988), de medicamentos de baja utilidad terapéutica (Fidalgo, 1994), de reacciones adversas (Cobos, 1996) ó el excesivo uso de restricciones físicas (Ljunggren, 1997).

Prueba de lo anterior es la inquietud por la mejora de su calidad asistencial que se ha plasmado en documentos por parte del American College of Physicians (1984), la Sociedad Británica de Geriatria y el Royal College of Physicians de Londres (1992) y, más recientemente, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (Grupo de trabajo Atención Sanitaria en Residencias y Centros Geriátricos, 1997). Documentos cuyo grado de aplicación no se audita posteriormente todas las veces que sería deseable.

La existencia en las residencias de pacientes de gran complejidad clínica y con graves deterioros mentales y funcionales que requieren una asistencia sanitaria de cierta sofisticación (Alarcón, 1994), coexiste con la escasez de personal, titulado y no titulado, y con la falta de los recursos materiales y tecnológicos para afrontar el cuidado de estos residentes. Estas circunstancias han sido menores en las residencias de titularidad pública, que suelen disponer de mayor soporte terapéutico y rehabilitador. Si se dota a las residencias de los suficientes recursos humanos y materiales para afrontar las necesidades sanitarias de sus residentes, puede que desaparezca la antigua discusión sobre en qué

tipo de centros deben ser atendidas las personas mayores dependientes, aunque siempre existirá la necesidad de individualización de los tipos de cuidados y de la clasificación de los residentes y, también, siempre existirá el riesgo de una medicalización excesiva de las residencias.

Por todo lo anterior, resumiendo, puede decirse que la asunción de los cuidados institucionales de larga duración por parte de las residencias exigirá adecuar los medios materiales y humanos a las necesidades de los pacientes, establecer una conexión fluida y efectiva con el hospital general del área y realizar una auditoría permanente de calidad de los cuidados y la delimitación del techo asistencial de cada centro (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 1994) (The Research Unit, Royal College of Physicians, 1992).

VI. LA COORDINACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA SANITARIO.

La realidad de la situación en cuanto a coordinación en la atención sanitaria a las personas mayores en España hasta la actualidad podría resumirse como ausencia de la misma. Los motivos son, probablemente, múltiples. Entre ellos podemos destacar los siguientes. La incomunicación entre los profesionales de los distintos niveles ha provocado en parte la dificultad de entendimiento. El recelo entre unos sistemas y otros. La carencia de recursos a coordinar, pues no puede coordinarse la administración de aquello de lo que no se dispone.

Podríamos distinguir dos vertientes:

A. *Coordinación atención primaria-especializada.*

Los casos de pacientes de edad avanzada no han sido sometidos a una sistemática de coordinación diferenciada entre ambos niveles asistenciales. La comunicación se lleva a cabo mediante las hojas de interconsulta y los informes de alta, haciendo referencia exclusivamente a los aspectos clínicos del paciente.

En este contexto, varias unidades y servicios de geriatría del país han desarrollado en la presente década las llamadas “unidades de coordinación y cuidados comunitarios” (comentadas previamente en los apartados IV.F.1 y V.1). Suelen dedicar al menos un médico especialista y frecuentemente enfermeras expertas en geriatría y sus funciones son servir de nexo entre el servicio de geriatría hospitalario y el centro de salud ó la residencia. Las actividades que desarrollan son: interconsultas telefónicas, valoración de pacientes geriátricos en su propio domicilio a petición de los profesionales de atención primaria (los geriatras son, junto a los médicos de familia, los únicos especialistas de la red sanitaria pública que atienden enfermos en su propio domicilio) y sesiones de comentarios de casos en los centros de salud y en las residencias. Esta actividad mejora notablemente el grado de comunicación y coordinación entre ambos niveles, evita el uso de hospitalizaciones, resulta más cómodo para los pacientes y sus familiares y mejora el grado de satisfacción de los profesionales de ambos niveles. Por todo ello debería ser un modelo para aplicar en el futuro.

B. *Coordinación entre servicios sanitarios y sociales.*

En muchas ocasiones las personas mayores que están siendo atendidas por el sistema sanitario requieren algún recurso social. Esto es especialmente habitual cuando padecen problemas de salud cuyas secuelas, pasada la fase aguda y la de recuperación, provocan incapacidad y dependencia. Algunos ejemplos son las patologías agudas, los accidentes vasculares cerebrales, fracturas de cadera, u otros procesos crónicos como la artrosis ó la demencia. Se ha calculado que aproximadamente un 3% de los pacientes geriátricos hospitalizados necesitan tras el alta una plaza de residencia y un 7% requieren ayuda social a domicilio (Alarcón, 1998).

Sistemáticamente, los recursos sociales deben solicitarse en otras instituciones (ayuntamiento, comunidad autónoma) diferentes a las que ofrecen asistencia sanitaria.

La situación más frecuente es que los recursos sociales más habitualmente precisados por este tipo de pacientes tengan diferente tipo de organización, demarcaciones no coincidentes, así como sus propios problemas, como son las listas de espera de larga evolución (hecho especialmente destacable en las residencias y centros de día públicos) ó el ofrecer grados escasos de cobertura para las necesidades de sus solicitantes (como en los servicios de ayuda a domicilio).

El resultado final es que a veces los pacientes permanecen en los hospitales durante periodos de tiempo excesivamente prolongados ó inadecuados a la espera de obtener plaza en niveles de recursos sociales ó que las familias soportan grandes cargas, a veces involuntariamente, de cuidados de pacientes que precisan pero no consiguen los recursos sociales solicitados.

A la inversa, la atención sanitaria que se dispensa en las residencias debe estar bien coordinada con el resto de servicios

sanitarios del área, tanto de atención primaria como de atención especializada, y especialmente con los correspondientes a la atención especializada. Deben existir mecanismos de coordinación preestablecidos entre los responsables sanitarios de las residencias y el servicio de geriatría del área.

VII. PROPUESTAS.

A. Asistencia sanitaria en general.

1.- Debe planificarse una asistencia sanitaria que reconozca las diferencias de las personas mayores y ofrezca un sistema de cuidados de salud adaptados a dichas diferencias. Sin esta premisa inicial será difícil ó imposible conseguir buenos resultados en la atención sanitaria a las personas mayores.

2.- La asistencia sanitaria a las personas mayores debe ser al menos de la misma calidad que la de los adultos más jóvenes. Deben disfrutar del mismo acceso a la tecnología y a los medios diagnósticos y terapéuticos que estos. Deben promoverse sistemas de evaluación que controlen las diferencias asistenciales en función de la edad y sean capaces de justificarlas.

3.- Debe garantizarse la equidad en el acceso a los recursos. Debe atenuarse la enorme variabilidad interterritorial que existe actualmente, mejorando la provisión de recursos en las zonas que carecen de ellos.

4.- Deben desarrollarse modelos asistenciales sanitarios que hayan demostrado científicamente su eficacia. Los criterios políticos de

desarrollo de recursos deben comenzar a tener en cuenta las evidencias científicamente comprobadas y planificar a partir de ellas.

5.- Los profesionales de los servicios de salud deben recibir la formación suficiente para diferenciar las manifestaciones del envejecimiento humano fisiológico de la presentación de la enfermedad, así como las diferencias con la edad en dicha presentación y las características que modifican el proceso de enfermedad en las personas mayores. Ello requerirá ampliar la formación en este área de la medicina de muchos profesionales que no han recibido esta formación durante su etapa de pregrado.

6.- Es esencial que las personas mayores puedan acceder a un diagnóstico y tratamiento precoces, pues a su edad la enfermedad provoca un deterioro más rápido e intenso, y la recuperación es más lenta y difícil, con lo que la dependencia es una complicación más frecuente que en los pacientes adultos más jóvenes. La necesidad de un correcto diagnóstico es todavía mayor, si cabe, antes de a) instaurar un tratamiento farmacológico y b) Decidir sobre la necesidad de cuidados prolongados e institucionalización.

7.- Es deseable la aplicación de un sistema homogéneo y homologado de evaluación de las necesidades sanitarias de las personas mayores que incluya no sólo su estado de salud sino también su situación funcional y mental y sus necesidades de atención social. Este sistema debe ser compartido por los profesionales de atención primaria y especializada y por los servicios sanitarios y los sociales.

B. Atención primaria.

1.- Debe implantarse la enseñanza de la Geriátría, como está dispuesto en la normativa vigente, durante el proceso de formación en las facultades de medicina y escuelas de enfermería. Debe asegurarse que esta materia sea impartida por médicos y enfermeras especialistas en geriatría y no de otras ramas de la medicina. Se debe potenciar y facilitar la realización de un mínimo de horas de formación continuada en temas relativos a la vejez, al trabajo en equipo y a la coordinación.

2.- Es preciso aplicar acciones de prevención adaptadas a las personas mayores en múltiples problemas geriátricos que están actualmente recomendadas por los grupos de expertos. No sólo aquéllas que son comunes a los adultos más jóvenes, sino también las dirigidas a problemas específicos de los ancianos como las caídas, la incontinencia de esfínteres, la deprivación sensorial, etc.

3.- Evaluar la implantación de los programas de atención al anciano en las diferentes áreas de salud. Potenciar el desarrollo posterior de programas más específicos, como pueden ser planes de prevención y atención a síndromes geriátricos, de prevención y diagnóstico de la dependencia, etc. Establecer como objetivo en atención primaria la mejora de la situación funcional de los pacientes mayores.

4.- Debe facilitarse la interconsulta entre los centros de salud y las unidades y servicios de geriatría hospitalarios. En especial, debe potenciarse la actividad de las unidades de coordinación comunitaria de los servicios de geriatría que acercan la actividad del especialista en geriatría al propio domicilio del paciente.

5.- Las personas mayores que residan en la comunidad deben tener acceso a los servicios de rehabilitación de atención especializada y a los niveles asistenciales geriátricos con mayor énfasis en la

recuperación funcional (hospital de día y unidad de media estancia ó convalecencia)

6.- Establecer un sistema de auditoría de buena práctica clínica que contemple la calidad de la asistencia y los resultados de ésta y no sólo la actividad y sus costes

7.- Creación y participación de los profesionales de atención primaria en comisiones sociosanitarias locales (de distrito) donde los representantes de las diferentes áreas asistenciales planteen y resuelvan los problemas de las personas mayores que no son resueltas por los mecanismos habituales.

C. *Atención especializada en general.*

1.- Al igual que en atención primaria debe potenciarse la formación sobre medicina geriátrica en el curriculum de pregrado de médicos y personal de enfermería, así como la formación continuada de estos profesionales en esa materia.

2.- Debe insistirse en la concienciación de los diferentes especialistas que atienden a pacientes de edad avanzada de la importancia de considerar a estas personas de una manera integral, de la orientación funcional de la asistencia a las personas mayores y en especial de considerar en cada caso la necesidad de coordinación con los profesionales de atención primaria y con representantes de los servicios sociales

3.- Debería potenciarse la interconsulta con los servicios y equipos de geriatría para la colaboración en el tratamiento de las

personas mayores con problemas de salud como son la fractura de cadera o el accidente vascular cerebral

4.- Se debería vigilar y auditar la discriminación por edad y realizar programas de concienciación entre las profesiones sanitarias para la erradicación de este problema.

5.- Debe realizarse el esfuerzo de adaptar las estructuras de atención sanitaria a las necesidades de sus principales usuarios, y no al contrario. Por lo que los accesos, circuitos internos, consultas y salas de hospitalización deben disponer de las reformas necesarias y del material adecuado para su uso por una población de edad avanzada.

6.- Debe implantarse la presencia de equipos consultores geriátricos en otros servicios hospitalarios que atienden a gran número de pacientes mayores, especialmente los de neurología, traumatología y otros servicios quirúrgicos.

D. *Asistencia geriátrica.*

1.- El sistema sanitario público presenta un gran déficit de médicos especialistas en geriatría y enfermeras expertas en este área en los hospitales de la red, por lo que debe incorporar estos profesionales en mucho mayor número que el actual. Se recomienda la presencia de un médico especialista en geriatría por cada 10.000 personas mayores de 65 años.

2.- Se recomienda la creación de servicios de geriatría integrados en la red sanitaria general en todas las áreas de salud. Estos servicios deben ser homogéneos en su estructura, contar con niveles

asistenciales geriátricos y ubicarse siempre que sea posible en el hospital general del área.

3.- Su actividad debe estar dirigida a los denominados “pacientes geriátricos” y debe constar al menos de los siguientes niveles:

- a) Unidad de agudos ubicada en el hospital general (1 unidad por cada 250.000 habitantes)
- b) Niveles orientados a la recuperación funcional: hospital de día (1 por cada 200.000 habitantes ó por cada 30.000 mayores de 65 años) y unidad de media estancia (1 por cada servicio de geriatría, que puede estar ubicada en un hospital diferente al hospital general)
- c) Consulta externa (en todos los hospitales generales)
- d) Equipo interconsultor geriátrico para personas mayores ingresadas a cargo de otras especialidades (1 equipo de valoración geriátrica en cada hospital general) y para atención primaria (Unidad de coordinación comunitaria).

4.- Debería existir en cada comunidad autónoma al menos un servicio de geriatría con capacidad docente.

5.- Estos servicios deben contar con médicos especialistas, enfermeras con formación específica y trabajadores sociales y disponer de, al menos, las mismas ratios de personal por paciente que el resto de servicios médicos. También, los pacientes asistidos en ellos deben tener acceso a otros profesionales como psicogeriatras, fisioterapeutas, y terapeutas ocupacionales.

6.- La asistencia geriátrica a desarrollar debe ser integral, integrada, continuada y coordinada con atención primaria, con los

servicios sociales de la comunidad y con las instituciones de larga estancia.

7.- Las unidades destinadas a la asistencia de pacientes geriátricos deben disponer de las adaptaciones específicas que necesita este grupo de la población así como de las ayudas técnicas que les faciliten mantener su autonomía en ellas.

8.- Las unidades y servicios de geriatría deben ser auditados en lo referente a su eficacia y eficiencia, pero no más ni menos que lo son las unidades del resto de especialidades médicas. El objetivo de los servicios de geriatría es mejorar la asistencia sanitaria a los pacientes geriátricos; y cumpliendo ese objetivo deben ser eficientes pero el ahorro de recursos, con ser importante y casi siempre su resultado, no constituye su razón de ser.

9.- Deben evitarse las desigualdades interterritoriales en asistencia geriátrica. Para ello pueden servir como objetivo los niveles de provisión de servicios que se presentan en este Informe.

E. Cuidados sanitarios de larga duración.

1.- Dada la enorme carencia de estructuras de cuidados de larga duración, debería definirse, para el conjunto del país, las directrices a seguir en el terreno de los cuidados continuados y desarrollarse posteriormente un sistema homogéneo de provisión de estos cuidados.

2.- Ese sistema deberá incluir al menos la asistencia sanitaria a domicilio especializada y no especializada y la atención institucional, bien en unidades hospitalarias de larga estancia ó en residencias suficientemente dotadas para realizar esa función.

3.- Debería establecerse como necesario que antes de la inclusión de una persona mayor en un programa de larga estancia se realice una valoración integral que evalúe si se han agotado todas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento sanitario de sus problemas antes de considerar la dependencia como definitiva.

4.- Deben aplicarse instrumentos de evaluación y clasificación a las personas mayores incluidas en programas de larga duración, tanto en domicilio como en instituciones que garanticen la relación entre la necesidad y el recurso recibido.

5.- Deben considerarse los cuidados continuados como el recurso más adecuado para un tipo de paciente determinado que se beneficia de ellos más que de ningún otro tipo de asistencia y no como una “alternativa” más económica para pacientes que requieren otros niveles asistenciales. En particular, no debe pedirse que las residencias realicen funciones que competen a los hospitales.

6.- Una vez conocida la tipología de las personas atendidas por los diferentes servicios, debería dotarse en consecuencia a esos servicios de los recursos asistenciales que requieren sus usuarios.

7.- La asistencia sanitaria en residencias debe integrarse con la asistencia sanitaria en general y deben establecerse sistemas de coordinación en el terreno sanitario de los profesionales de cuidados continuados tanto con los de atención primaria como con los de atención especializada, de modo que las personas mayores confiadas al cuidado de estos niveles reciba la asistencia sanitaria que precisen en cada momento con la precocidad e intensidad necesaria.

8.- Debe facilitarse el acceso a la formación en geriatría de los profesionales sanitarios de residencias y unidades de larga estancia.

F. *Coordinación.*

1.- Deben potenciarse las Unidades de coordinación y cuidados domiciliarios, que en la práctica han demostrado ya su excelente función de nexo entre la atención especializada, la atención primaria y las residencias.

2.- Deben sistematizarse vías de comunicación entre los profesionales de servicios sociales y sanitarios. Debe flexibilizarse a los usuarios de cada sistema el acceso a los recursos del otro, de manera que las personas mayores reciban en cada momento la atención que requiere su situación.