

BOLETÍN OFICIAL B O P A

BOLETÍN OFICIAL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA



2 de junio de 2008

VIII Legislatura

Núm. 25

SUMARIO

RELACIÓN CON ÓRGANOS E INSTITUCIONES PÚBLICAS

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

- 7-07/OIDC-000003, Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz, relativo a la situación de las personas mayores dependientes en Andalucía 2

RELACIÓN CON ÓRGANOS E INSTITUCIONES PÚBLICAS

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

– 7-07/OIDC-000003, Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz, relativo a la situación de las personas mayores dependientes en Andalucía

Sesión de la Mesa del Parlamento de Andalucía de 7 de mayo de 2008

Acuerdo de la Junta de Portavoces, en sesión celebrada el día 7 de mayo de 2008, para que su tramitación se lleve a cabo en la Comisión de Igualdad y Bienestar Social
Comisión de Igualdad y Bienestar Social
Orden de publicación de 9 de mayo de 2008

PRESIDENCIA DEL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

La Mesa del Parlamento de Andalucía, en sesión celebrada el día 7 de mayo de 2008, ha conocido el Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz 7-07/OIDC-000003, relativo a la situación de las personas mayores dependientes en Andalucía, enviado a esta Cámara al amparo de lo dispuesto en el artículo 31.2 de la Ley 9/1983, del Defensor del Pueblo Andaluz, en relación con el artículo 12.2 de su Reglamento de Organización y Funcionamiento.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 183.4 del Reglamento de la Cámara, la Junta de Portavoces, en sesión celebrada el día 7 de mayo de 2008, ha acordado que su tramitación se lleve a cabo en la Comisión de Igualdad y Bienestar Social.

De acuerdo con lo previsto en el artículo 31.3 de la Ley 9/1983, de 1 de diciembre, del Defensor del Pueblo Andaluz, se ordena su publicación en el *Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía*.

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ INFORME ESPECIAL AL PARLAMENTO LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN ANDALUCÍA DICIEMBRE 2007

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN	6
2. POSICIONAMIENTO DEL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ EN RELACIÓN CON LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES DE ANDALUCÍA	8
2.1 DEMORAS EN EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DE LAS PRESTACIONES/SERVICIOS	8
2.2 SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO	10
2.3 RECURSOS RESIDENCIALES	13
2.4 LA COORDINACIÓN EN LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA	16
3. LAS PERSONAS MAYORES EN ANDALUCÍA: DEMOGRAFÍA Y SALUD	18
3.1 DEMOGRAFÍA	18
3.1.1 ESPERANZA DE VIDA	21
3.1.2 ESPERANZA DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES	24
3.1.3 MORTALIDAD	25

3.2 LA SALUD	27
3.2.1 ESTADO DE SALUD PERCIBIDO ("SALUD AUTOPERCIBIDA")	27
3.2.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	29
3.2.3 AUTONOMÍA FUNCIONAL	32
3.2.4 APOYO SOCIAL	35
3.2.5 DETERMINANTES DE LA SALUD	38
4. LAS PERSONAS MAYORES CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA.....	42
4.1 EL CONCEPTO DE DEPENDENCIA.....	42
4.2 LONGEVIDAD Y DEPENDENCIA	44
4.3 EL CAMINO HACIA LA DEPENDENCIA	48
4.4 APROXIMACIÓN A LA MAGNITUD Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PROBLEMAS DE LA DEPENDENCIA	51
4.4.1 FUENTES DE INFORMACIÓN	51
4.4.2 ALCANCE DE LA DEPENDENCIA: PATRONES POR EDAD Y SEXO	52
4.4.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	60
5. DERECHOS Y PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES	61
5.1 DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN ANDALUCÍA.....	61
5.2 LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES	65
5.2.1 LA PROTECCIÓN JURÍDICA EN EL ÁMBITO CIVIL	65
5.2.2 LA PROTECCIÓN JURÍDICA EN EL ÁMBITO PENAL.....	68
5.2.3 LA PROTECCIÓN DEL PATRIMONIO	69
5.3 ESPECIAL REFERENCIA A LOS DERECHOS REGULADOS EN LA LEY DE LA DEPENDENCIA.....	69
5.3.1 NATURALEZA DE LOS DERECHOS RELATIVOS A LA DEPENDENCIA	69
5.3.2 RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA.....	72
5.4 DICTAMEN DEL PARLAMENTO ANDALUZ SOBRE LA DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA	74
6. EL SISTEMA INFORMAL DE CUIDADOS A LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN ANDALUCÍA.....	78
6.1 ASPECTOS CONCEPTUALES.....	78
6.2 MAGNITUD DEL CUIDADO INFORMAL.....	79
6.3 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CUIDADORAS	80

6.4 CONDICIONES DE TRABAJO: LA JORNADA 24/7/365	80
6.5 EL IMPACTO DE CUIDAR: COSTES DEL CUIDADO.....	81
6.6 NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN	83
6.7 LA RELACIÓN ENTRE EL SISTEMA INFORMAL Y LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS	84
6.8 EL APOYO A LAS PERSONAS CUIDADORAS	86
7. RECURSOS SOCIALES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA.....	88
7.1 INTRODUCCIÓN	88
7.2 RECURSOS SOCIALES DE ACCESO PÚBLICO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA.....	89
7.2.1 PROGRAMAS, SERVICIOS Y RECURSOS PREVENTIVOS	89
7.2.2 ATENCIÓN EN EL DOMICILIO Y/O EN LA COMUNIDAD	91
7.2.3 RECURSOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL	94
7.3 LA CALIDAD DE LOS CENTROS PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	97
7.4 LA INTENSIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	97
7.5 PRESTACIONES Y AYUDAS ECONÓMICAS PARA LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	99
7.5.1 AYUDAS ECONÓMICAS.....	99
7.5.2 PRESTACIONES ECONÓMICAS.....	100
7.6 OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS	104
8 RECURSOS SANITARIOS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA	104
8.1 INTRODUCCIÓN	104
8.2 CARTERAS DE SERVICIOS Y PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS	106
8.3 SERVICIOS Y RECURSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA	107
8.3.1 CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	107
8.3.2 DISPONIBILIDAD, COBERTURA Y UTILIZACIÓN DE LOS DIFERENTES SERVICIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA	110
8.4 SERVICIOS Y RECURSOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	111
8.5 PROGRAMAS ESPECIALES DE USO MAYORITARIO PARA PERSONAS MAYORES	113
8.5.1 PLAN DE PREVENCIÓN Y ACCIÓN CONTRA LOS EFECTOS DE LAS ALTAS TEMPERATURAS.....	113
8.5.2 DESARROLLO E INNOVACIÓN DE CUIDADOS (ENFERMERÍA COMUNITARIA DE ENLACE)	113

8.5.3 MÁS ACCESO A LA INFORMACIÓN PARA LOS PROFESIONALES	114
8.5.4 CUIDE SU VISTA.....	115
8.5.5 PLAN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA	115
8.6 PLAN DE APOYO A LAS FAMILIAS ANDALUZAS	115
8.6.1 CUIDADOS A DOMICILIO.....	116
8.6.2 FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN	116
8.6.3 PLAN ANDALUZ DE ALZHEIMER.....	117
8.6.4 AMPLIACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN A LAS FAMILIAS.....	119
8.6.5 EVALUACIÓN DEL PLAN DE APOYO A LAS FAMILIAS ANDALUZAS	119
8.7 ASISTENCIA SANITARIA DE LOS RECURSOS SOCIALES EN ANDALUCÍA.....	120
9. LA ARTICULACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES (LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA)	122
9.1 LOS ESPACIOS SOCIOSANITARIOS: ¿DE LA COORDINACIÓN A LA INTEGRACIÓN DE SERVICIOS?.....	122
9.2 LA ARTICULACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES EN ANDALUCÍA.....	128
9.2.1 LA GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA	129
9.2.2 LA ASISTENCIA SANITARIA A ANCIANOS RESIDENTES EN INSTITUCIONES.....	129
9.2.3 LA GESTIÓN POR PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS	129
10. CONCLUSIONES.....	129
11. RECOMENDACIONES DEL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN ANDALUCÍA.....	132
11.1 AL CONSEJO DE GOBIERNO	132
11.2 A LA CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL	133
11.3 A LA CONSEJERÍA DE SALUD.....	133
11.4 A LAS CONSEJERÍAS DE SALUD Y PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL.....	133
11.5 A LA CONSEJERÍA DE OBRAS PÚBLICAS Y TRANSPORTES	133
12. BIBLIOGRAFÍA.....	134

1. PRESENTACIÓN

Asistimos a un momento que, sin duda, podemos calificar de crucial a la hora de definir y poner en marcha un sistema moderno y eficaz de atención a las personas que viven condicionadas por una situación de dependencia. Y es que, en la medida que se avanza en la regulación de los sistemas de protección y respuesta, es imprescindible poner en evidencia los sectores y perfiles de todas aquellas personas que merecen recibir este conjunto de prestaciones y apoyos que permitan entender en toda su valía y fuerza el significado de un Estado Social y Democrático de Derecho.

El trabajo que se describe a continuación es una aportación más del Defensor del Pueblo Andalúz para detectar los sectores sociales que aguardan el desarrollo de todas estas políticas públicas, en particular, el colectivo de las personas mayores dependientes.

Muchos de los contenidos del presente Informe Especial no son nuevos; más bien tienen un sentido recopilatorio de todo un acervo y trabajo en defensa de los derechos de este sensible sector de población. Su inclusión aporta, al menos, coherencia y continuidad de una función garantista que ha sido una constante en la trayectoria de esta Institución y que ayuda a entender los antecedentes de nuestra posición promotora e, inevitablemente, crítica e impulsora de nuevas medidas de conquista y consolidación de los derechos sociales.

Esa trayectoria ha dejado su huella. Desde la primera andadura de esta Institución del Defensor del Pueblo Andalúz, ha sido una constante el significativo número de quejas en las que se plantea una cuestión relacionada con la situación de dependencia de un sector de nuestra sociedad, en muchas ocasiones derivado de la circunstancia de envejecimiento de la misma, a la que debe sumarse la surgida por razones de enfermedad y otras causas de discapacidad o limitación, casuística que cada vez se percibe más en nuestro país en los últimos años, en un contexto de progresivos cambios demográficos y sociales, del que la dependencia es una de sus notas dominantes.

En este sentido, venimos asistiendo a un proceso de envejecimiento en sintonía con el que sucede en el resto de países desarrollados de nuestro entorno y al que los poderes públicos han de dar una respuesta, atendiendo las particularidades con que éste se nos ofrece: por un lado, el fenómeno denominado “envejecimiento del envejecimiento”, con una esperanza de vida cada vez mayor para las personas octogenarias; la feminización de este envejecimiento, por la mayor longevidad de las mujeres, como también la destacable presencia de la mujer en el cuidado informal de las personas dependientes y la crisis de este cuidado ante la nueva realidad demográfica; el descenso de las tasas de natalidad; la transición en la estructura fami-

liar, la composición de los hogares y la precarización laboral, como aspectos con los que hay que contar a la hora de diseñar las políticas públicas sobre esta problemática.

No en vano, y en relación con la dependencia de las personas mayores, el propio Consejo de Europa reconoció el derecho fundamental a la protección de las personas dependientes, un derecho fundamental de los ciudadanos incorporado en la nueva Constitución Europea ya aprobada. Así la Constitución Europea “reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de Seguridad Social y a los Servicios Sociales que garantice una protección en caso de dependencia” (Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2000).

La Comisión de las Comunidades Europeas aprobó en 2001 los grandes objetivos que cumplir por la protección de la dependencia: acceso universal, con independencia de los ingresos o el patrimonio, alto nivel de calidad asistencial y sostenibilidad financiera de las prestaciones (CCE, 2001). Un año más tarde, ha reconocido que nos hallamos ante un riesgo social que exige la intervención del Estado en los siguientes términos: “El coste de los cuidados de larga duración rebasa a menudo los ingresos de la persona necesitada de cuidados y puede consumir rápidamente el patrimonio de dicha persona. La necesidad de cuidados de larga duración es por tanto un riesgo social importante para el que es evidentemente necesario disponer de mecanismos de protección social” (CCE, 2003).

En lo que a España se refiere el Libro Blanco sobre “La atención a las personas en situación de dependencia en España”, de 2004, puso de manifiesto que en las tres últimas décadas la población española de más de 65 años se ha duplicado en nuestro país, cifra que también se duplica, y en dos décadas, respecto a los de edad superior a los 80 años.

Esta nueva realidad ha obligado a una relectura del texto constitucional, de 1978 que en sus artículos 49 y 50, relativos a las personas con discapacidad y personas mayores, se limitan a enfatizar la obligación de los poderes públicos para promover un sistema de servicios sociales para el bienestar de estos colectivos, que en un modelo de Estado del Bienestar de finales de los setenta se centraba en la protección sanitaria y de seguridad social, y que pronto la dinámica social lo amplió a través de la articulación de un sistema de servicios sociales (que tuvo su mejor expresión en el Plan Concertado de prestaciones básicas de servicios sociales de 1987), y que en este nuevo milenio exige un paso más hacia la configuración de los servicios sociales como auténticos derechos.

En este contexto social y constitucional y a fin de dar una respuesta al resto de la dependencia, las Cor-

tes Generales atendiendo las recomendaciones y compromisos parlamentarios (entre otros el Pacto de Toledo de octubre de 2003), y tras la elaboración del referido Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia (Diciembre de 2004), aprueba a finales de 2006 la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, norma en la que expresamente se viene a reconocer un nuevo derecho subjetivo de la ciudadanía, que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención a las personas dependientes con pretensión de constituirse en el cuarto pilar del sistema de bienestar.

No ha sido ajeno a esta línea el nuevo Estatuto de Autonomía de Andalucía de 2007, al establecer como uno de sus principios rectores la protección de las personas en situación de dependencia (art. 37), regulando en su articulado la responsabilidad de los poderes públicos en relación a los mayores y discapacitados dependientes, y estableciendo el derecho de estos a una protección y atención integral para la promoción de su autonomía personal así como el derecho a una asistencia geriátrica especializada, a acceder a las ayudas, prestaciones y servicios de calidad para su desarrollo personal y social (arts. 19, 22 y 24).

Ha sido pues, la conjunción de esta nueva realidad y el marco jurídico generado con la novedosa regulación de la dependencia, lo que nos ha inducido, primero, a crear en el seno de esta Institución el Consejo Asesor de la Dependencia, con representación del movimiento asociativo, del tercer sector de acción social y de las Administraciones implicadas y, en segundo lugar, a estudiar la situación en que se desenvuelve la atención a las personas mayores dependientes en Andalucía, dejando para otro estudio diferenciado las particularidades que se ofrecen en el ámbito de las personas con discapacidad. Todo ello con el objetivo de conocer cuales son los recursos sanitarios y sociales de que dispone el Sistema Público de Servicios Sociales y el Sistema Sanitario Público en orden a acometer coordinadamente la misma.

Con esta finalidad el Defensor del Pueblo Andaluz consideró oportuno solicitar un estudio sobre esta temática a la Sociedad Andaluza de Geriátrica y Gerontología, suscribiendo el oportuno convenio de colaboración, estudio que en este informe se acompaña junto a las recomendaciones que, a modo de conclusión final, desde esta Institución se realizan.

En el estudio llevado a cabo por la Sociedad Andaluza de Geriátrica y Gerontología se analizan distintos aspectos que inciden de forma directa en la situación actual de las personas mayores dependientes en Andalucía. Así en el capítulo primero se realiza un análisis sociodemográfico en el que se destacan datos relativos al estado de salud de los mayores andaluces; en el capítulo segundo se lleva a cabo una aproxima-

ción a la magnitud y características de los problemas de los mayores dependientes; en el capítulo tercero se aborda el marco jurídico de protección de los derechos de los mayores dependientes en sus vertientes civil, penal y patrimonial, haciendo especial referencia a los derechos regulados en la Ley de Dependencia; en el capítulo cuarto relativo al sistema informal de cuidados, a través de un detallado análisis de la figura del cuidador/a del mayor dependiente; en el capítulo quinto, se enumera y valora la distinta tipología de las prestaciones y servicios incluidos en el correspondiente catálogo de la citada ley y, en el capítulo sexto, se abordan los recursos sanitarios para, finalmente, en el capítulo séptimo, a modo de síntesis, tratar la coordinación sociosanitaria entre ambos niveles.

El estudio finaliza con unas medidas aprobadas por la referida sociedad, acompañándose una extensa bibliografía.

Los textos base de cada uno de estos capítulos han sido elaborados por José Juan Sánchez Cruz, Elena Gonzalo Jiménez, Antonio Martínez Maroto, Leocricia Jiménez López, María del Mar García Calvente, Antoni Rivero Fernández, Pilar Regato Pajares, Maribel Galvá Borrás y Nicolás Maturana Navarrete, con la colaboración de Mayte Sancho Castiello y Pilar Rodríguez Rodríguez en el diseño general del trabajo, y actuando como Coordinadores José Manuel Marín Carmona e Inmaculada García Balaguer, profesionales a los que la institución del Defensor del Pueblo Andaluz hace expresa constancia de su agradecimiento por el esfuerzo desinteresado que han llevado a cabo.

A las propuestas y resultados obtenidos por este estudio y en concordancia con los mismos, esta Defensoría pretende resaltar aquellos aspectos más relevantes de la atención a las personas mayores dependientes, a la vez que analiza otros aspectos relativos a la adecuación del marco jurídico andaluz relacionado con la nueva legalidad generada con la denominada Ley de la dependencia, y que como Recomendaciones se incluyen en el mismo.

El Informe Especial, que se pone a la disposición del Parlamento y de toda la sociedad andaluza, es el resultado de las aportaciones técnicas y comprometidas de profesionales especializados, del mismo modo que ha supuesto un ejercicio de memoria y recopilación de muchos años de trabajo del Defensor. Confiamos que la suma de los argumentos aportados por refutadas experiencias profesionales y la solidez de un compromiso institucional acreditado ofrezcan juntos un instrumento útil y aprovechable para este reto que deben afrontar los poderes públicos para responder ante los sectores más sensibles de la sociedad.

Andalucía, diciembre de 2007.
El Defensor del Pueblo Andaluz,
José Chamizo de la Rubia.

2. POSICIONAMIENTO DEL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ EN RELACIÓN CON LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES DE ANDALUCÍA

El Defensor del Pueblo Andaluz ha tenido siempre como una de sus prioridades de actuación la defensa de los derechos de aquellos colectivos que tienen mayores dificultades para su ejercicio, por sus singulares condiciones y circunstancias, entre los que se encuentran el de las personas en situación de dependencia. Y, desde esta perspectiva, ha venido prestando, desde el inicio de su andadura, una dedicación especial a los problemas que afectan a este importante sector de la población.

En el desarrollo de nuestros cometidos hemos constatado las dificultades que encuentran estas personas para vivir en una sociedad que, en demasiadas ocasiones, los discrimina y no tiene en cuenta sus necesidades específicas para acceder a los bienes y recursos sociales en igualdad de condiciones al resto de la población.

Quiere ello decir que el encontrarse en situación de dependencia se convierte en nuestra sociedad en una circunstancia clara de desigualdad para la persona que la padece, lo que es totalmente incompatible con su condición de sujetos titulares de plenos derechos.

La sensibilidad y preocupación que ha mostrado esta Institución ante la situación de este sector de población tan importante, le ha llevado, a lo largo de estos veinticinco años, a realizar múltiples intervenciones para proteger los derechos afectados de estas personas.

En este sentido, hemos considerado conveniente abordar en un primer informe dedicado a la problemática de este colectivo, desde una perspectiva general de las circunstancias que afectan a la situación de las personas mayores dependientes en Andalucía y que sirva de marco de referencia para la aplicación de la Ley reguladora del derecho a una suficiente y adecuada atención de estas.

Como introducción de este trabajo, estimamos oportuno iniciar su exposición con una breve referencia a las actuaciones e intervenciones más significativas que ha realizado esta Institución para la protección de los derechos de las personas mayores en situación de dependencia en Andalucía.

Con esta finalidad hemos venido demandando, con insistencia, a los poderes públicos la adopción de medidas efectivas que permitan garantizar una atención plena de las personas que se encuentran en situación de dependencia, y ello con un marco jurídico menos garantizador como era el anterior a la aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia de 14 de diciembre de 2006, norma que configura el marco legal necesario para el reconocimiento y garantía de este derecho.

También, con ocasión de la tramitación de dicha Ley, ante la trascendencia que tenía este proyecto legal al afectar a un sector muy numeroso y creciente de nuestra sociedad, y la preocupación que nos trasladan los ciudadanos y las organizaciones sociales directamente afectadas ante el temor de que no se satisfagan las expectativas que ha generado, esta Institución consideró oportuno manifestar su opinión en este proceso.

Y, todo ello, desde la óptica garantista que presiden las actuaciones de esta Institución en el ánimo de aportar a las instancias competentes reflexiones y argumentaciones que pudieran considerar de interés en relación con la tramitación parlamentaria del proyecto y en su ulterior desarrollo a fin de posibilitar la más eficaz protección de los derechos de la ciudadanía en este ámbito. A tal fin, en julio de 2006 se aprobó el documento "Consideraciones del DPA en relación con el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las Personas en situación de Dependencia" que puede consultarse en la página web de este Comisionado (www.defensor-and.es).

La regulación a nivel legal de una norma para la protección de las personas en situación de dependencia a fin de procurar la atención de sus necesidades y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos de ciudadanía, es considerada, desde la perspectiva de la institución del Defensor del Pueblo Andaluz, como un marco indispensable para la efectividad de derechos sociales que posibilitan el ejercicio de derechos fundamentales.

La circunstancia de que en la referida ley alguna de las prestaciones y servicios tienen carácter novedoso respecto a las anteriores prestaciones de servicios sociales, como son las prestaciones económicas, no ha originado una casuística que nos permita un análisis de las condiciones de su aplicación, pero no ocurre lo mismo con aquellas prestaciones que en este informe se han evidenciado insuficientes (servicio de ayuda a domicilio y residencial fundamentalmente) que son las que han originado mayor número de quejas en lo que a las necesidades sociosanitarias en los mayores dependientes se refiere y de las que aquí traeremos algunas a colación como muestra.

2.1 DEMORAS EN EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DE LAS PRESTACIONES/SERVICIOS

No obstante, consideramos que los derechos a que se hacen acreedores las mayores dependientes exige con carácter previo el reconocimiento de la propia situación de dependencia, para ulteriormente de-

cidir sobre la prestación o servicio en que se concreta el derecho, extremos que se sustentan en un doble y consecutivo procedimiento administrativo que se inicia a instancia del interesado/a, y que en el primer año de vigencia de la Ley (2007) ha supuesto en Andalucía un total de más de 80.000 solicitudes, de las que, según información de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, a finales de 2007 habían sido objeto de valoración alrededor de un 70% de las mismas, resultando beneficiarias de las medidas previstas en la Ley más de 12.000 personas dependientes, de las que unas 2.500 se concretan en prestaciones o ayudas económicas y el resto en servicios.

Los datos resultantes a lo largo del ejercicio han evidenciado la escasa previsión en los poderes públicos para acometer la magnitud de las demandas ciudadanas, lo que más allá de los incumplimientos de los plazos procedimentales ha originado cierta decepción en sus potenciales beneficiarios, que ya en el 2005, con ocasión del Libro Blanco de la Dependencia, y en el año 2006, con la tramitación de la Ley, ven como el 2007, ya vigente ésta, las prestaciones económicas y servicios que en la misma se configuran como unos derechos subjetivos no se materializan, persistiendo las necesidades insatisfechas como antes de este nuevo marco legal.

Esta situación motivó que desde esta Institución iniciáramos la **queja de oficio 07/4561**, en la que nos hacíamos eco de las distintas denuncias que familiares y afectados dependientes planteaban ante las demoras en el proceso de valoración de la dependencia, haciendo un recordatorio a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social del plazo reglamentariamente establecido (3 meses) para el dictado de la resolución determinadora del grado y nivel de dependencia y el del relativo a la aprobación posterior del Programa Individual de Atención (PIA), con otros 3 meses de plazo, en que se concreta la prestación o servicio correspondiente a favor del dependiente.

Ya en el **Informe especial sobre la situación de los Servicios Sociales Comunitarios en Andalucía (2005)**, sobre los que recae la mayor parte de la gestión de estos procedimientos, desde su iniciación a su compleja instrucción, constatamos la diversa casuística y problemática así como sus insuficiencias, analizando, entre otros, los recursos materiales y humanos con que están dotados, así como las distintas prestaciones básicas que desde los mismos se llevan a cabo.

En este sentido, hacíamos las siguientes Sugerencias y Recomendaciones:

a) A la Administración Autonómica.

1.ª *Con carácter general, ante las carencias e insuficiencias que hemos constatado en el ejercicio de las funciones que incumben a la Junta de Andalucía como Administración titular y responsable del Sistema Público de Servicios Sociales en esta Comunidad Autónoma, se le insta a que establezca los medios adecuados y*

adopte las medidas pertinentes a fin de desarrollar eficazmente las tareas que le corresponden como Administración Pública responsable del eficaz funcionamiento de dicho Sistema en todos sus niveles (planificación, desarrollo normativo, coordinación, supervisión, control y evaluación).

2.ª *Dada la insuficiente estructura con que cuenta actualmente la Dirección General de Servicios Sociales e Inclusión para el desarrollo de las tareas fundamentales que se le asignan como Departamento responsable del eficaz funcionamiento de los Servicios Sociales Comunitarios en Andalucía, lo que imposibilita el efectivo cumplimiento de estas funciones, deberá abordarse con prontitud por la Junta de Andalucía, tras los estudios correspondientes, el establecimiento de una adecuada estructura administrativa que se responsabilice de estos cometidos a nivel central y periférico, a fin de poder desempeñar adecuadamente todas las funciones que le incumben en esta materia.*

.../...

4.ª *Teniendo en cuenta el carácter esencial que tiene la coordinación para el eficaz desarrollo de las actuaciones asignadas a los Servicios Sociales Comunitarios, se insta a la Administración Autonómica a que, como titular de este Sistema Público, promueva la adopción de los correspondientes criterios y pautas metodológicas de coordinación que posibiliten su ejercicio efectivo con las entidades territoriales a las que se asignan la gestión de estos Servicios, así como con otras áreas de protección social.*

A tales efectos, establecerá protocolos de coordinación entre los Servicios Sociales Comunitarios y los Especializados, así como con otras áreas de protección social, especialmente con las de Salud y Educación. Asimismo, elaborará un catálogo de buenas prácticas en esta materia, donde se establecerán las pautas y metodologías para el desarrollo de los correspondientes Protocolos por las Entidades Locales.

.../...

9.ª *No existiendo unos mínimos criterios de ordenación de los recursos humanos que integran los equipos profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios y dada la situación de heterogeneidad, dispersión y falta de proporcionalidad que existe actualmente en esta materia, urge que por parte de las Administraciones Públicas afectadas (Autonómica y Local), en el marco de los acuerdos para la ordenación del Sistema Público de Servicios Sociales, se alcancen unos compromisos básicos que permitan establecer los criterios de racionalidad y homogeneidad en los aspectos esenciales de política de personal en este ámbito que posibiliten un desarrollo de estos Servicios equilibrado y proporcionado a las necesidades de la población a atender.*

A tal fin, por la Junta de Andalucía se deberá promover dicho acuerdo y establecer normativamente unos criterios mínimos de ordenación de los Servicios

Sociales Comunitarios en materia de recursos humanos, que deberán atender, especialmente, a la determinación de las categorías que deben integrar estos equipos profesionales y al número de efectivos de cada una con que deben contar en función de criterios objetivos de población a atender. Asimismo, deberá contemplar las bases de un plan general de formación permanente específica dirigida a los profesionales integrados en estos Servicios y de aplicación una política retributiva homogénea y equilibrada.

10.^a Con objeto de corregir aquellos aspectos funcionales que mayor incidencia tienen en el desarrollo de los cometidos encomendados a los profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios, como son: la sobrecarga de trabajo administrativo, la burocratización y la dispersión geográfica, deberán adoptarse las medidas oportunas en orden a su superación a fin de garantizar una igualdad de trato a todos los ciudadanos y ciudadanas en su acceso efectivo a estos Servicios.

A tal efecto, por la Junta de Andalucía se acordarán las instrucciones necesarias para definir las tareas y cometidos básicos a desarrollar por estos profesionales, evitando sobrecargas de trabajo administrativo y burocrático mediante la adecuada coordinación con otros equipos profesionales del sector público y la utilización de los datos e informaciones que ya consten en los registros y entidades públicas para evitar su reiteración.

Asimismo, a estos efectos, la Administración Autónoma se comprometerá a no encomendar nuevas funciones, relacionadas con otros sistemas de protección social, a los profesionales de estos equipos, que no vengan acompañadas de los correspondientes medios económicos y/o personales.

b) A las Administraciones Locales.

1.^a Con carácter general, ante la situación de dispersión y falta de homogeneidad existente en el desarrollo de los Servicios Sociales Comunitarios en las Corporaciones Locales, y sin perjuicio del respeto del principio básico de autonomía local, se insta a éstas a adaptar sus normas y criterios de funcionamiento a las disposiciones normativas, planificación y pautas de coordinación y control emanadas de la Junta de Andalucía en cuanto Administración responsable del Sistema Público de Servicios Sociales.

.../...

3.^a La importancia de la coordinación como factor indispensable para el eficaz funcionamiento de los Servicios Sociales Comunitarios, exige la adopción de medidas y medios precisos para asegurar la coordinación efectiva de las unidades prestadoras de estos Servicios con los dispositivos especializados del Sistema Público de Servicios Sociales y de otros sistemas de protección social, así como con otras entidades públicas y la iniciativa social. A tal fin, las Entidades Locales competentes para su prestación deberán elaborar protocolos de coordinación o guías de buenas prácticas

cas donde se establezcan con claridad las pautas a seguir para garantizar la adecuada coordinación con otras unidades y organismos en el desarrollo de las funciones que tienen encomendadas en esta materia.

2.2 SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

Ya en el año 1995 tuvimos ocasión de conocer con detalle las características y la situación de esta prestación básica de Servicios Sociales Comunitarios con ocasión del **Informe Especial sobre el Servicio de Ayuda a Domicilio en las Capitales Andaluzas (1995)**, prestación que si bien ya se encontraba regulada en el Decreto 11/1992, de 28 de enero, aún no había tenido lugar su desarrollo pormenorizado que se abordó posteriormente por Orden de la Consejería de Asuntos Sociales de 22 de octubre de 1996, hasta la actual por Orden de 15 de noviembre de 2007.

Ciertamente los datos que habíamos recabado con ocasión de dicho Informe no permitían una visión optimista de esta prestación, pues concluíamos que sólo un 0,84% de la población anciana recibía la misma (un 2,83% de ratio de cobertura en enero de 2005 tal y como se expresa en el apartado 6.2.2.1 de este informe).

Así, expresábamos en dicho Informe que:

“En efecto, el dato de la cobertura total, y sobre todo a tenor del resto de circunstancias y elementos que se han comentado, presenta una fiel imagen del exiguo contenido y alcance de la prestación básica del Sistema de Servicios Sociales. La cuestión es francamente importante. Desde esta Institución apreciamos que el sistema público de la asistencia social se legitima en función del número de prestaciones sociales que son mitigadas o paliadas. Consecuentemente, advertir que la prestación que se oferta como básica y esencial en el sistema, se distribuye en unos porcentajes casi testimoniales, nos puede llevar a replantearnos la propia eficacia del sistema. Y esto básicamente es así, por la escasez de recursos económicos que las administraciones públicas dedican a esta finalidad.

Hemos deducido que la prestación se ofrece a personas muy necesitadas; son ancianos de más de setenta y cinco años de edad, que habitualmente viven solos, que encuentran serios problemas para desenvolverse con autonomía, que disponen de una vivienda muy reducida y mal conservada, y que viven administrando una renta mensual en torno a las 40.000 pesetas. El caso más típico del acreedor del SAD, es la mujer sola, enferma crónica y pensionistas de viudedad.

En cuanto a la prestación en sí, en la que consiste el SAD, se enfatiza las tareas domésticas, en especial la función de limpieza, mostrándose un mínimo desarrollo en el resto de las modalidades del servicio. De esta manera, existe un excesivo predominio de la actividad de limpieza y cuidado, frente a otras alternativas del

servicio, y se olvida el aspecto afectivo-relacional que necesitan muchos usuarios. En general, las limitaciones presupuestarias condicionan el número de horas del servicio, y los contenidos del mismo.

En cuanto a la actividad gerencial del servicio, a nuestro juicio y en general, las administraciones locales gestionan correctamente el SAD. Hemos apreciado que los responsables del servicio suelen ser técnicos, profesionales motivados; la gestión se halla desburocratizada —el procedimiento es sumario, breve e informal, pero sin comprometerse las garantías jurídicas— y descentralizada —a través de las Unidades de Trabajo Social—; la actividad se somete a planificación, evaluación y control —no en todos los casos, pero sí en muchos—; existe coordinación; se elaboran memorias de actividades, etc.”

A la vista de esta situación, concluimos este Informe con, entre otras, las siguientes Recomendaciones:

“Que se generalice el servicio de ayuda a domicilio, mediante un incremento progresivo de la cobertura, que elimine las listas de espera, y que no vaya en detrimento de la intensidad, ni de la prestación de servicios complementarios. Se aborde este incremento de cobertura con un calendario más real del que se propone para la vigencia del Plan Andaluz de Servicios Sociales (tasa del 8% de cobertura de población anciana en el período 1993-1996).

Que el contenido de la prestación se flexibilice y amplíe, a otras posibles necesidades de los usuarios, tales como elaboración de comidas o lavandería, en los municipios que no dispongan ya de estas modalidades, teleasistencia u otros servicios adicionales.

Se dé entrada a otros colectivos en situación de desventaja social, a los que pudiera dar satisfacción la ayuda a domicilio (minusválidos, familias).

Se generalicen las atenciones referidas al aspecto afectivo de los usuarios, a través de medidas de acompañamiento, o de organización del tiempo libre, impidiendo que el servicio quede limitado a actividades de mera limpieza.

Se generalice un sistema de participación económica del beneficiario en los costes del servicio, siempre que sus ingresos lo permitan, en respeto a la tendencia universal del servicio.”

Entrando en la casuística de las intervenciones concretas que han motivado las quejas puntuales ante esta Institución, son diversos los motivos que se aducen por los interesados con ocasión de la denegación administrativa de esta prestación (por superación de límites económicos, padecimientos de enfermedades infecciosas o trastornos graves de conducta, etc.), de la que destacamos la **queja 97/1506** en la que se nos presenta el caso de un ciudadano que se lamentaba de la actuación del Ayuntamiento, en virtud de la cual se había suprimido el Servicio de Ayuda a Domicilio que venía prestándose en atención a su madre, al superar los 300 euros mensuales por persona fijadas

como tope previsto por el Ayuntamiento para la concesión de la ayuda en cuestión, a pesar de la grave situación en que se encontraban ambos a causa de la discapacidad y falta de autonomía.

En este punto el interesado replicaba aludiendo a las percepciones económicas que ambos recibían (alrededor de diez mil euros anuales en concepto de pensión de viudedad de su madre y de su pensión de invalidez) para significar acto seguido que venía abonando un sueldo a una cuidadora para que estuviese junto a su madre desde las 9 hasta las 14 horas y a pesar de ello manifestaba que sus necesidades no estaban cubiertas, puesto que su madre precisaba ayuda también por las tardes y fundamentalmente por las noches, y que él mismo debía ser beneficiario de aquélla, poniendo de relieve la insuficiencia de sus recursos para atenderla, por lo que rechazaba en la concesión del servicio la existencia de un patrón económico fijo que no contemplase las particularidades en cada caso y demandaba el estudio individualizado de las circunstancias específicas que concurrían en cada supuesto.

Desde nuestra perspectiva, los requisitos económicos previstos en el Programa de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento exigían que el cálculo de los ingresos anuales totales de la unidad familiar dividido entre doce, y a su vez entre el número de miembros de la unidad de convivencia, no supere las cantidades establecidas en función del número de convivientes. Dicho requisito, tal y como aparece descrito, tiene carácter excluyente, es decir, que la mera superación de dicho tope económico impide la consideración del resto de factores socio-familiares del individuo.

Ante esta situación veníamos a considerar que la capacidad económica no debía constituirse en requisito, siquiera indirectamente decisivo, para otorgar o denegar la ayuda, y en este sentido veníamos a manifestar que:

“La ayuda a domicilio es un servicio destinado a mantener en su entorno habitual a aquéllas personas o familias afectadas de falta de autonomía, o con problemas socio-familiares. En ningún momento, la falta de recursos económicos describe, desde una concepción al menos teórica, a los colectivos idóneos para recibir ayuda a domicilio, aunque, indirectamente, la falta de recursos pueda provocar problemas de autonomía (una vivienda en mal estado) o familiares. En definitiva, creemos que es la autonomía del individuo para realizar las actividades de la vida diaria y permanecer en su medio habitual de convivencia, lo que debe tenerse en cuenta, y valorar, para decidir la concesión de la ayuda a domicilio, y no circunstancias independientes a ella, como lo es la situación económica de los solicitantes. Lo que sí puede determinar el hecho de que un concreto solicitante tenga ingresos superiores a los que se señalan como mínimos, es la colaboración en la financiación de los gastos”.

En similares términos vino a manifestarse con posterioridad la Orden de la Consejería de Asuntos Sociales de 22 de octubre de 1996, pues a la hora de definir los criterios a tener en cuenta para la concesión de la prestación, eludía cualquier referencia a la situación económica del solicitante, para limitarse a enumerar conceptos meramente demostrativos de la falta de autonomía personal (grado de discapacidad, dificultades personales especiales, situación familiar, situación social y características de la vivienda).

La referida norma tan sólo valoraba el nivel económico del posible beneficiario para la determinación de una prioridad en la atención de dicha situación (art. 6.2º aptdo. b), así como para señalar un mínimo por debajo del cual los usuarios estarán en todo caso exentos de pago (art. 21).

Dado que la Ley 2/1988, de 4 de abril, sólo asigna a las Entidades Locales competencias de gestión, corresponde a la Administración Autonómica la determinación del marco normativo con arreglo al cual han de ejecutarse tales competencias, a través de una ordenación mínima que unifique criterios y principios de actuación en todo el territorio de la Comunidad Autónoma, eliminando desequilibrios territoriales (art. 17.5).

Es por ello que los criterios generales establecidos en la Orden de 22 de octubre de 1996 para la concesión del servicio de ayuda a domicilio, a los que hacíamos referencia con anterioridad, resultaban de obligado cumplimiento para los Entes Locales que gestionan el mismo, por lo que dado que aquéllos no contemplan la situación económica del solicitante como requisito determinante del acceso a la prestación, configurándolo exclusivamente como indicador de la colaboración del interesado en la financiación de aquél, tendremos necesariamente que concluir que el baremo establecido por el Ayuntamiento en cuanto que regulaba la situación económica con carácter de requisito excluyente, resultaba contrario a Derecho.

Así pues, a la vista de lo anteriormente expuesto, procedimos a formular al Ayuntamiento las siguientes Recomendaciones:

“Que se proceda a la eliminación del requisito relativo a la situación económica del solicitante, con carácter excluyente del acceso a la prestación, para configurar dicho criterio como indicador de la contribución del beneficiario a la financiación del servicio, siempre y cuando se respeten los límites mínimos de acceso gratuito, dentro del baremo previsto en el Programa de Ayuda a Domicilio”.

Otro caso que merece resaltar nos viene dado en la queja 06/763, en la que acudió la interesada denunciando la situación de su abuela, de 85 años, a la que se le había suprimido el Servicio de Ayuda a domicilio, haciendo constar en la misma como motivos la “Modificación sobrevenida de las circunstancias que motivaron la concesión del servicio”, sin especificarse en que consistía dicha modificación. Interpuesto re-

curso de reposición, fue desestimado “por no haber circunstancia de hecho ni de derecho diferentes de las que motivaron la resolución anterior”.

Otro caso lo tenemos en el expediente de **queja 06/763** donde compareció ante esta Institución la interesada denunciando la situación de su abuela, de 85 años, a la que se le había suprimido el Servicio de Ayuda a domicilio, haciendo constar en la misma como motivos la “Modificación sobrevenida de las circunstancias que motivaron la concesión del servicio”, sin especificarse en que consistía dicha modificación. Interpuesto recurso de reposición, fue desestimado *“por no haber circunstancia de hecho ni de derecho diferentes de las que motivaron la resolución anterior”.*

Solicitada información de la Corporación Local, gestora de dicha prestación, se nos comunicaba que el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) se le había suprimido por los siguientes motivos:

a) *No haber quedado acreditada la imposibilidad o incapacidad de los hijos de la beneficiaria para cuidarla y hacerse cargo de ella.*

b) *Porque el agravamiento de la situación socio-sanitaria de la misma lo había hecho inadecuado.*

c) *Porque en su domicilio vivía una persona encargada de cuidarla.*

d) *Por incumplimiento del Art.12.2 del Capítulo IV del Reglamento del Servicio al tratar inadecuadamente al personal que prestaba el Servicio (la hija de la beneficiaria expulsó del domicilio de su madre a la auxiliar fija que acudía a cubrir el servicio).*

Indicaba el informe que con anterioridad a la retirada del servicio se mantuvo una entrevista con la hija de la beneficiaria, explicándosele los motivos de la supresión, así como que se envió por correo certificado copia de la resolución de baja en el SAD, incluyendo el motivo que ocasionó la baja (“Modificación sobrevenida de las circunstancias que motivaron la concesión del servicio”).

Sin embargo, una vez dimos traslado del informe administrativo a la interesada, esta nos explicaba, en contraposición a lo informado por el Ayuntamiento lo siguiente:

a) *En cuanto a la no acreditación de la imposibilidad o incapacidad de los hijos para cuidarla y hacerse cargo de la beneficiaria, la situación es idéntica a la que existía cuando se concedió el SAD, no constando que por el Ayuntamiento se hayan llevado a cabo actuaciones algunas en orden a comprobar dicha circunstancia.*

b) *En cuanto a la situación socio-sanitaria de la beneficiaria, en ningún momento los Servicios Sociales han visitado a la misma en orden a constatar y valorar su situación, así como la adecuación del servicio.*

c) *Que en el domicilio de la beneficiaria no vive ninguna persona encargada de su cuidado.*

d) *Que en cuanto al incidente ocurrido con la auxiliar fija, fue expulsada por la hija de la beneficiaria,*

previo aviso a la Trabajadora Social por entender que no estaba prestando el servicio de forma adecuada (faltas injustificadas tanto de puntualidad como de asistencia al trabajo, negativa reiterada a realizar algunas de las tareas domésticas que le correspondían, trato despectivo y poco delicado hacia la anciana, ausencias prolongadas durante la duración del servicio, etc.), lo que ya en reiteradas ocasiones habían puesto en conocimiento de los Servicios Sociales, indicándole éste su imposibilidad de cambiar al personal y aconsejándole que presentara una denuncia.

Visto pues el contenido de las alegaciones, lo que llamaba la atención es que por parte de los Servicios Sociales se adoptara la decisión de suprimir el SAD basándose únicamente en la información suministrada por el auxiliar que realizaba el servicio, persona con la que se había originado un conflicto que hacía sospechosa la objetividad de su información, no constando que se hiciera ningún tipo de gestión por parte de los mismos en orden a comprobar cual era la situación real tanto sociosanitaria como familiar de la entonces beneficiaria y, por tanto, si realmente se había producido la “modificación sobrevenida de las circunstancias que motivaron la concesión del Servicio” con que se justificaba su supresión.

En este sentido, la Orden reguladora del Servicio de Ayuda a Domicilio de 1996, establecía que los Trabajadores Sociales, en su calidad de Personal al servicio de aquéllos, son los profesionales encargados de recibir las demandas, realizar su valoración y diseñar un proyecto de intervención, así como de realizar el seguimiento y valorar la idoneidad y eficacia del servicio.

Así pues, formulamos a la Corporación Local la siguiente Sugerencia:

“Que por parte de los Servicios Sociales de ese Ayuntamiento se proceda, previa visita al domicilio de la afectada, a la valoración de la situación sociosanitaria y familiar de la misma y, en consecuencia, acordar la procedencia sobre la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio”

2.3 RECURSOS RESIDENCIALES

En lo que a recursos residenciales se refiere, el tratamiento que desde la Institución del Defensor del Pueblo Andalúz se ha dado a toda la problemática que gira alrededor de los centros residenciales para las personas dependientes, ha intentado seguir una línea uniforme en cuanto a la puesta de manifiesto de las carencias más importantes del sistema, así como la demanda de los medios que se hicieran necesarios para solucionarlas.

En este orden de cosas, nos hemos visto obligados a realizar una construcción teórica que refuerce el carácter de derecho de la prestación social, para evitar justificaciones que abunden en los condicionamientos presupuestarios que rodean a la misma, quizás con

más énfasis que en otros ámbitos, en base a su presunta inexigibilidad (tal y como se nos expresaba en los informes administrativos con anterioridad a la entrada en vigor de la vigente Ley de la Dependencia).

Los centros residenciales, configurados como equipamientos sustitutivos del hogar para aquellas personas que lo precisen, temporal o permanentemente, son uno de los instrumentos que se ponen al servicio de los fines de prevención y rehabilitación integral de las personas dependientes.

Un ejemplo ilustrativo de las carencias de plazas residenciales lo tenemos en el expediente de **queja 05/881** donde esta Institución procedió a la apertura de queja de oficio ante la constatación de que por distintas Delegaciones provinciales se vienen dictando Resoluciones de Ingreso Urgente, en discapacitados y mayores dependientes sin que tal medida suponga su ejecutoriedad inmediata, o al menos en un breve espacio de tiempo, sino que más bien al contrario, se prolongan en un tiempo excesivo teniendo en cuenta la urgencia que motiva dichas resoluciones, existiendo casos en que dicha dilación llega incluso al año (Expediente de **queja 05/308** entre otros).

Destacar a este respecto que si bien el caso que nos planteábamos en este expediente se circunscribía a las resoluciones de ingreso por urgencia social de discapacitados y mayores con graves trastornos de conducta, existen otras resoluciones de urgencia social en las que no dándose esta última circunstancia, se trataba de ciudadanos con distintos grados de dependencia que también vienen sufriendo las demoras a que nos referimos con este análisis.

El motivo de la apertura de este expediente de queja no era otro que el de reflexionar sobre una cuestión que dada su persistencia en nuestra Institución nos permite barruntar que la situación no tiene un carácter excepcional, sino más bien lo contrario.

En este sentido decíamos que si bien la urgencia de los distintos casos se agrava conforme transcurre el tiempo, las resoluciones urgentes dictadas se desvirtúan al no ser ejecutadas de forma “urgente”, produciéndose una doble lista de espera, por un lado la que podemos denominar “normal” —que no son urgentes y se producen por vía de ingresos ordinarios en función de la baremación— y por otro lado la que podemos denominar “de urgencia”, y que eran objeto de análisis en este expediente.

A fin de conocer los distintos extremos sobre este asunto instábamos de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social los siguientes datos:

- Números de plazas disponibles, tanto públicas como concertadas, en relación a los dispositivos residenciales de mayores y discapacitados.
- Número de Resoluciones Urgentes dictadas en el periodo 2003-2004.
- Tiempos medios de cumplimiento de dichas resoluciones.

– Medidas adoptadas cuantificadas en relación a las resoluciones urgentes no ejecutadas de forma inmediata.

– Tiempos medios de espera de los ingresos ordinarios efectuados sobre personas incluidas en las “listas de espera”.

Por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se nos informaba en relación al colectivo de personas discapacitadas lo siguiente:

1.º Que tras la entrada en vigor del Decreto 246/2003, de 2 de septiembre, sobre ingresos y traslados de las personas con discapacidad en Centros Residenciales y Centros de Día, se descentralizó el procedimiento en las Delegaciones Provinciales de la Consejería sin que el actual programa informático (Sistema Integrado de Servicios Sociales) permita, por ahora, la disponibilidad de información y coordinación que facilite la gestión unificada de estos expedientes.

2.º Que actualmente la Consejería disponía de un total de 223 plazas para la atención residencial de personas con retraso mental y graves y continuados trastornos de conducta, con grave desequilibrio territorial (el 58% se concentran en dos Centros malagueños y tres provincias no disponen de plaza) frente a una creciente demanda, que sólo en los supuestos de urgencia social obtienen una resolución administrativa o judicial de ingreso urgente.

3.º Que dado que los ingresos se corresponden con personas relativamente jóvenes, son bajos los índices de rotación usuario-plaza.

4.º Que el número de resoluciones de ingreso urgente han sido un 21 en 2003 y de 26 en el 2004, con un periodo medio de días transcurridos entre la resolución y el ingreso de 141 días en el año 2003 (más de cuatro meses y medio) y de 244 días en el 2004 (más de 8 meses).

5.º Que la situación a finales del primer semestre de 2005 era de 113 personas en la relación de prioridad para acceder a las 223 plazas específicas de trastornos de conducta.

Por otro lado, en relación al colectivo de mayores, se nos informaba que el número de resoluciones para ingreso por el procedimiento de urgencia social en el 2004 habían sido de 1.125 (219 en el periodo enero-febrero de 2005) con los siguientes tiempos medios de espera:

0 – 1 mes	20,54%
1 – 2 meses	36,21%
2 – 3 meses	18,37%
3 – 4 meses	10,63%
+ 4 meses	14,23%

En relación a este planteamiento por esta Institución se hicieron las siguientes consideraciones:

Una primera consideración tenía que ir referida al marco jurídico regulador del acceso a plazas residenciales de Centros sociales para discapacitados y mayores en Andalucía, con especial referencia a los casos declarados de “urgencia social”.

Así, en desarrollo de las Leyes de mayores y discapacitados de 1999, por Decreto 246/2003, de 2 de septiembre se regula el ingreso y traslado en Centros residenciales y Centros de día a través de un doble procedimiento: un procedimiento ordinario (art. 19) en el que tras la evaluación de la solicitud por la correspondiente Comisión, tras su estimación se acuerda la inclusión de esta en la relación de prioridad de ingreso en el Centro correspondiente y un procedimiento extraordinario (art. 23) denominado de urgencia social en Centro residencial en los siguientes términos:

«Cuando una persona con discapacidad se halle en una situación de extrema necesidad causada por ausencia, maltrato, abandono u otras circunstancias, por parte de las familias o personas que la viniesen atendiendo, el titular de la Delegación Provincial podrá dictar resolución motivada declarando su ingreso urgente en un Centro residencial, prescindiendo para ello de la relación de prioridad existente».

En lo que se refiere al colectivo de mayores el artículo 15 del Decreto 28/1990, de 6 de febrero, sobre ingresos y traslados a residencias de tercera edad (vigente en lo que afecta a este colectivo en virtud de lo establecido en la disposición derogatoria del Decreto 246/2003) dispone:

«Previo resolución del Director Gerente del Instituto Andaluz de Servicios Sociales, los casos de urgencia social por extrema necesidad, debidamente acreditada, serán ingresadas en los Centros que corresponda inmediatamente, aunque no figuran en las listas de reserva de plazas».

Por otro lado el Decreto 23/2004, de 3 de febrero, sobre protección jurídica de las personas mayores dispone en su artículo 9 que *«cuando la atención requerida por la persona mayor (por causa de desasistencia o maltrato) no admita demora, la concesión de los servicios de atención domiciliaria o de ingreso en un Centro residencial se efectuará en el plazo máximo de diez días».*

Estos perentorios plazos de ingreso en Centros residenciales para casos de urgencia social: «declaración de ingreso urgente» (discapacitados) e «ingreso inmediato» e «ingreso en plazo máximo de diez días» (mayores) no tiene su reflejo en los Compromisos de Calidad de las Cartas de Servicios que se vienen aprobando para los Servicios de Gestión de Servicios Sociales de las Delegaciones Provinciales para la Igualdad y Bienestar Social. Así en la correspondiente a Almería se establecen cortos plazos de tiempo (cinco días) para tramitar las solicitudes de ingreso en residencia, su resolución y notificación, pero ningún plazo se establece para que se dé efectividad o ejecutividad a las mismas.

No alcanzábamos a comprender como todo el esfuerzo de calidad se centra por la Administración en tramitar con la máxima celeridad el expediente administrativo de ingreso residencial para luego, una vez dictada la correspondiente resolución (que no olvide-

mos declara de urgencia social el ingreso) abandonarse en dilaciones y demoras sin fin a la hora de llevarlas a efecto, que durante este lapso de tiempo suponen de hecho el abandono y desasistencia del afectado/a.

Por último, otro aspecto relacionado con esta cuestión lo encontramos en el Informe de fiscalización de las Residencias de Mayores concertadas (informe datado en diciembre de 2004 referido al ejercicio 2002), en el que se destaca la excesiva demora en el periodo medio para cubrir las vacantes en determinadas provincias andaluzas, cuestión que a juicio de este organismo no favorece el reducir las listas de espera existentes, recomendando en este punto agilizar los procedimientos de provisión de vacantes.

Contrasta, pues, el divorcio existente entre el tratamiento jurídico de este asunto, con la demora en la efectividad de este ingreso, que en el año 2004 se sitúa en 244 días (8 meses) para los discapacitados y sólo en un 20% de los mayores obtienen el ingreso en un plazo inferior a un mes (un 55% entre 1-3 meses y un 25% más de 3 meses).

El propio informe de la Consejería reconocía que *“no todas las necesidades están cubiertas en el momento actual”* y que *“el problema no podía resolverse con la inmediatez que el caso requiere dado que la disponibilidad de plazas conlleva que haya un tiempo de espera”*.

Apuntaba el informe a diversas causas en esta problemática, situando la carencia de plazas y al incremento de la demanda como las principales. También se aludían en el mismo otras cuestiones que ensombrecían el pronóstico de la problemática como son el escaso índice de rotación usuario/a-plaza, el desequilibrio territorial en su distribución y la pendiente puesta en marcha de un programa informático que puede gestionar de forma coordinada los ingresos y traslados de estos.

Por último resaltar respecto a los mayores el excesivo peso que representa el número de resoluciones de ingreso por esta vía en relación al número de plazas disponibles (menos de 9.000 plazas entre propias y concertadas para válidos y asistidos en Andalucía), situación que conduce a la práctica inviabilidad del acceso ordinario por vía de baremo incluso para aquellas personas mayores que obtienen altas puntuaciones en las listas de reserva, tal y como esta Institución viene constatando en las múltiples quejas que por este motivo se nos presentan.

Bien es cierto que ni en la legislación estatal anterior a la vigente Ley de la Dependencia ni en la andaluza de servicios sociales se había introducido como derecho subjetivo, no ya el derecho a obtener en un plazo determinado plaza residencial, sino ni siquiera a establecer un catálogo de derechos sociales básicos (que no cabe atribuir a las prestaciones sociales básicas de los Servicios Sociales Comunitarios), y ello a

pesar de que existe una antigua y extendida aspiración social sobre la necesidad de que exista una Carta de Derechos de contenido social, donde se defina el catálogo de derechos que deban considerarse esenciales por el legislador para garantizar su ejercicio a toda la ciudadanía.

Desde esta Institución y en el ejercicio de sus funciones garantistas, se ha venido reiterando la necesidad de pasar de las formulaciones teóricas de derechos a realidades prácticas que sustenten la materialidad y accesibilidad de los ciudadanos a su contenido esencial.

En Andalucía con un criterio plausible, se ha impulsado una importante actividad legislativa de desarrollo de muchos derechos de contenido social, generando expectativas que luego no se corresponden con su efectividad, bien por falta de desarrollo reglamentario o, incluso habiéndose producido éste, por insuficiencia presupuestaria para afrontarlos.

No es necesario hacer un análisis sobre el concepto de urgencia social ni traer aquí a colación los distintos casos que se nos han planteado a través de multitud de quejas, pues todos traducen un drama personal y familiar que nada se compadece con las dilaciones y demoras a la hora de proveer de una plaza residencial.

En este sentido afirmábamos que el derecho social a obtener el ingreso en una plaza residencial donde ser atendido, debe ser reforzado y adquirir la categoría de derecho fundamental en los casos que aquí aludimos, a los de “urgencia social”, auténticos derechos que no pueden quedar en mera retórica jurídica, y por ello los poderes públicos por imperativo de la obligación que les impone el artículo 9.2 del texto constitucional han de remover los obstáculos que impiden o dificultan su plenitud.

Por todo lo cual emitimos las siguientes Sugerencias:

“Primera. Que se estudie la viabilidad de establecer instrumentos y plazos de garantía en relación a la efectividad de las resoluciones de ingreso por urgencia social dictadas por las Delegaciones Provinciales de Igualdad y Bienestar Social.”

Segunda. Que se introduzcan indicadores y compromisos de calidad respecto a las resoluciones de ingreso en los dispositivos residenciales, con especial referencia a las resoluciones declaradas de urgencia social.”

Así como las siguientes Recomendaciones:

“Primera. Que se incrementen los recursos residenciales, especialmente respecto de las plazas específicas para personas con graves y continuados trastornos de conducta.”

Segunda. Que se agilicen los mecanismos de provisión de vacantes de plazas residenciales específicas para este colectivo.”

No termina aquí la casuística sobre la problemática que se nos exponía en relación a los recursos residenciales, sino que también se nos planteaban aspec-

tos relativos al funcionamiento y copago de los servicios que se prestan a los mismos.

Otro fenómeno a destacar es el de las personas mayores dependientes que a causa de la edad y su dependencia y/o discapacidad viven en un entorno de aislamiento y de barreras físicas, al carecer de apoyo de familiares o redes vecinales, problemática que abordamos en el **Informe especial** que bajo el título de **“Prisioneros en sus viviendas”** realizamos en el **2003**, y en el que constatamos como estos afectados prefieren continuar residiendo en sus entornos vecinales y familiares y, en definitiva, en sus viviendas, sin perjuicio de demandar su adaptación y apoyo desde el exterior para cubrir sus necesidades mas perentorias, y en el que nos postulamos en reforzar aquellas prestaciones y ayudas que, sin un coste excesivo, en términos relativos, mejoran la calidad de vida de estas personas y sus familias: ayuda a domicilio, teleasistencia, supresión de barreras puntuales, creación de Centros de Día, etc.

2.4 LA COORDINACIÓN EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

El derecho que se garantiza en la referida Ley a las personas en situación de dependencia les reconoce una atención integral e integrada. Quiere ello decir que, si bien nos encontramos ante una norma que si bien se inscribe fundamentalmente en el ámbito de los Servicios Sociales, no es menos cierto que muchas de las necesidades prestacionales que tendrán sus destinatarios serán de carácter sanitario. Por lo cual, si éstas no garantizan suficientemente, la efectividad de la atención a estas personas será imposible o inadecuada.

El aspecto sanitario de la atención a la dependencia fue objeto de una importante atención en el Libro Blanco de la Dependencia. Por el contrario, en la Ley este importante factor no ha sido contemplado con el protagonismo que merece, limitándose a incorporar algunas referencias genéricas a los servicios sanitarios, en general (art. 3 y art. 25), y a la atención socio-sanitaria, en particular (art. 11.1.c y art. 15.2).

Cabría plantearse que el hecho de que el Sistema Nacional de Salud venga prestando atención sanitaria a las personas con enfermedades crónicas y discapacidades que conllevan dependencia es el motivo de que la Ley, no haga una regulación más completa de este aspecto, conformándose con la mera remisión al artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (art. 15.2), en el que se regula la “prestación de atención socio-sanitaria”, que en el ámbito sanitario se delimita a través de los cuidados de: larga duración, atención sanitaria a la convalecencia y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

En este punto cabe resaltar que las referencias a la atención sanitaria/sociosanitaria en la Ley suelen vin-

cularse con la necesaria y obligada coordinación de los Servicios Sociales y Sanitarios (art. 11.1.c), art. 21 y art. 25), dado que en el colectivo de personas dependientes existe una elevada prevalencia para recibir ambos tipos de cuidados y porque así lo exige la eficacia y la eficiencia en las respuestas a estas situaciones.

Por ello se impone, más allá de esta declaración legislativa de coordinación de ambos Sistemas, que se creen los mecanismos de coordinación, seguimiento y evaluación de una atención integral y normalizada desde el soporte de cada Sistema, con las responsabilidades que a cada uno corresponde, implicando, en su caso, a los agentes sociales prestadores de servicios especializados a personas en esta situación.

Un supuesto de falta de coordinación en el ámbito sanitario (primaria y especializada) y con la intervención social/familiar de la esposa del anciano dependiente la tenemos en la **queja 98/642** en la que esta nos daba cuenta de la situación tras el alta de su esposo en un hospital del Servicio Andaluz de Salud.

Este último había sido ingresado en dicho centro aquejado de un hematoma intracraneal, acompañado de hipertensión arterial, broncopatía crónica, hepatopatía crónica, insuficiencia venosa periférica, y diabetes mellitus insulínica dependiente, permaneciendo en el mismo aproximadamente ocho meses, hasta que fue dado de alta y derivado para su cuidado domiciliario por los servicios de atención primaria que le correspondieran.

La familia discrepó absolutamente con dicha alta médica, tanto por el estado de salud del paciente, como por la nula planificación del traslado a su domicilio, como por la inexistente coordinación con los servicios médicos de atención primaria y la inexistencia de apoyo desde los Servicios Sociales Municipales y/o autonómicos. Según nos dijeron al momento del alta aquél padecía una hemiplejía del lado izquierdo de su cuerpo, junto con una tumoración en la cadera, llagas en todo el cuerpo, y un estado delirante, a lo que se sumarían los síntomas de sus enfermedades crónicas (cirrosis hepática, diabetes, bronquitis, hipertensión, mala circulación).

Con el fin de comprobar “in situ” su situación esta institución se desplazó al domicilio familiar pudiendo comprobar que a la interesada le entregaron un informe de alta del paciente sin más explicaciones, exponiéndole que una ambulancia lo trasladaría a su domicilio.

La interesada habló con la trabajadora social del hospital para pedirle una cama adecuada y ésta le comunicó que la tenía concedida, pero que ella se tenía que encargar del transporte y a tal fin contrató los servicios de una empresa de transportes. Aproximadamente una hora después una ambulancia dejó al paciente en el sofá de la casa donde lo entraron con unas sábanas porque la camilla no cabía por la puerta

principal y se marcharon. La cama, lógicamente, tampoco cabía por dicha puerta y cuando llegó el personal del hospital se negaron a ayudar a los familiares a instalar la cama que previamente había tenido que ser desmontada. Al final la pusieron en el salón de la casa, por ser éste el único sitio donde había espacio suficiente para la misma, entorpeciendo su situación, incluso, para acceder al resto de las habitaciones.

Al día siguiente, la interesada se personó en el Centro de Salud para que su médico de cabecera le recetara la medicación y los pañales así como las bolsas de recambio de la orina, dado que en el hospital tan sólo le dieron dos pañales y una bolsa de orina el día anterior. El médico de cabecera le comunicó que pasaría por el domicilio familiar para ver a su marido, sin que esta visita se hubiera producido.

Respecto a los cuidados que necesitaba aquél, la familia expone que no podía realizar ninguna actividad sólo siendo su dependencia total. Tenía paralizadas las piernas y el brazo izquierdo, estaba absolutamente inmovilizado en la cama, necesitando ser lavado, cambiado de pañales, bolsa de orina, que le dieran la comida, etc., complicándose todos estos cuidados debido a su peso, 97 kilos, por lo que precisaba la atención de dos personas casi continuamente.

Había que suministrarle insulina dos veces diarias y también hacerle los controles del azúcar. El control de la tensión no lo realizaba nadie. Para el paciente la fisioterapia que recibía en el hospital era muy beneficiosa y demandaba ese servicio.

La silla de ruedas que le facilitaron no la podía utilizar por problemas de espacio en la vivienda y por la imposibilidad de movilidad, dado que no cabía por las puertas.

Los dos nietos del afectado, de tres años, convivían tan de cerca con toda esta problemática (todos en el salón) que algunos de sus juegos consistían en saltar de la mesa de comedor a la cama del abuelo. Todo ello distorsionaba la situación del mismo que no contaba con momentos de tranquilidad ni para dormir lo cual le afectaba psíquicamente.

El alta médica se justificó porque la evolución del paciente había sido favorable, no presentando en aquel momento complicaciones significativas, pudiendo ser controlado en su domicilio por el dispositivo de atención primaria.

Sin embargo en nuestra percepción la situación de salud continuaba siendo muy delicada, sus enfermedades crónicas persistían y únicamente se apreciaba una relativa mejoría en los valores analíticos, junto con una evolución favorable del hematoma de los ganglios basales derechos; por contra se mantenían sus alucinaciones visuales y una hemiplejía del lado izquierdo, se le prescribió dieta triturada diabética sin

sal, se le recetaron seis medicamentos diferentes, y se mencionó la evolución favorable de una úlcera de decúbito sacra cuyo cuidado se encomendaba al ATS de zona. Este cuadro clínico precisaba un abordaje que se nos antojaba un tanto complicado para la propia familia con el auxilio esporádico de los servicios sanitarios de atención primaria.

Lo cierto es que el paciente precisaba el constante cuidado de terceras personas, ya que además de no poder valerse por sí mismo, ni siquiera tenía la suficiente lucidez mental para ser consciente de su situación. Su esposa, titular de la queja que recibimos, había de cuidar de su marido, y hacerse cargo de tareas sanitarias para las que no había recibido la más mínima instrucción, careciendo del instrumental adecuado: controlar su diabetes, administrarle correctamente los diferentes medicamentos, preparar para él una comida especial para diabéticos, sin sal, y triturada, controlar su temperatura corporal y tensión arterial, había de asearlo diariamente, hacer lo posible para que realizara ejercicios de rehabilitación, y todo ello con el condicionante de que su marido no le prestaba la más mínima colaboración.

Todo esto se agravaba por la situación socio-económica de la familia que no disponía siquiera de un habitáculo donde ubicar su cama.

Independientemente de las dudas que nos suscitaba el alta médica así emitida, fundamentalmente valoramos de una manera negativa que se hubiera producido la salida del hospital sin ofrecer al enfermo una alternativa asistencial para continuar sus cuidados médicos, de enfermería, y rehabilitadores, así como la obligada coordinación con los Servicios Sociales Comunitarios municipales (servicio de ayuda a domicilio) o autonómicos (teleasistencia, ayuda a la cuidadora familiar, etc.).

Nuestra apreciación era que el cuadro clínico del paciente, aunque había tenido una evolución favorable con su estancia en el hospital, excedía las posibilidades de los servicios sanitarios de atención primaria, pues sus graves dolencias crónicas y su estado delirante e inmóvil desaconsejaban de por sí su permanencia en su domicilio a no ser que quedase suficientemente garantizado el apoyo de profesionales especializados, y que dispusiese del entorno adecuado para su descanso y rehabilitación, siendo éste precisamente el problema, pues la familia no disponía de una vivienda adecuada para albergar a un enfermo en su situación, ni de conocimientos sanitarios ni medios económicos para atenderlo adecuadamente.

Por todo lo cual instamos a los Servicios Sanitarios y Sociales a que se llevaran a cabo las medidas de coordinación necesaria en orden a dar una atención integral, y continuada a este enfermo dependiente.

3. LAS PERSONAS MAYORES EN ANDALUCÍA: DEMOGRAFÍA Y SALUD

3.1 DEMOGRAFÍA

En 2005 la población de Andalucía alcanzó los 7.849.799 habitantes, (7.975.672 habitantes según padrón municipal al 1 de enero de 2006) según el Anuario Estadístico de España 2006. De ellos, 3.889.605 son hombres (49,55%) y 3.960.194 mujeres (50,45). Las personas mayores de 65 años suponen 1.145.356 (el 14,59% de la población andaluza) y los mayores de 80 años 264.793 (el 3,37% de la población andaluza y el 23,12 de la población mayor de 65 años). Como puede observarse en la tabla 1, en el conjunto de las perso-

nas mayores de 65 años existe un predominio de mujeres (57,56%) frente a los varones (42,44%). Además, analizando los quinquenios de edad, a partir de los 65 años, constatamos que los porcentajes relativos de hombres frente a mujeres aumentan a favor de éstas conforme se incrementa la edad (estrictamente hablando, el grupo de edad). Así, mientras que de los 316.218 andaluces comprendidos entre los 65 y los 69 años de edad el 46,52% son hombres, dicho porcentaje disminuye hasta convertirse sólo en un 30,19% en el grupo de edad compuesto por los mayores de 85 años, hecho que refleja la mayor longevidad de las mujeres.

Tabla 1. Distribución de la población andaluza mayor de 65 años por sexo y quinquenios de edad en 2005.

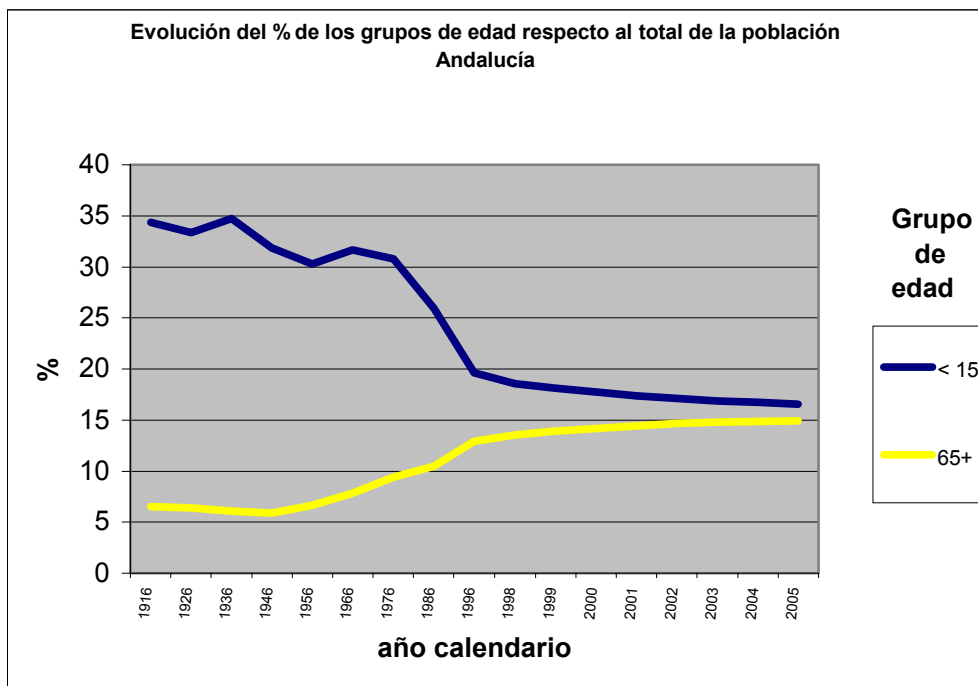
Quinquenio de edad	% Personas 65 y más años			% Varones 65 y más años				% Mujeres 65 y más años			
	Ambos sexos	Personas 65 y más años	% Todas edades	Varones	% Varones 65 y más años	% Varones todas edades	% Personas todas edades	Varones en su grupo de edad	Mujeres	% Varones 65 y más años	% Mujeres todas edades
65-69	316.218	27,61%	4,03%	147.110	30,27%	3,78%	1,87%	46,52%	169.108	25,65%	4,27%
70-74	321.466	28,07%	4,10%	145.255	29,88%	3,73%	1,85%	45,19%	176.211	26,73%	4,45%
75-79	242.879	21,21%	3,09%	101.898	20,96%	2,62%	1,30%	41,95%	140.981	21,38%	3,56%
80-84	157.407	13,74%	2,01%	59.369	12,21%	1,53%	0,76%	37,72%	98.038	14,87%	2,48%
85 y más	107.386	9,38%	1,37%	32.422	6,67%	0,83%	0,41%	30,19%	74.964	11,37%	1,89%
65 y más	1.145.356	100%	14,59%	486.054	100%	12,50%	6,19%	42,44%	659.302	100%	16,65%
Todas Edades	7.849.799	100%		3.889.605	49,55%				3.960.194	50,45%	

Fuente: INE.INEBASE. Revisión del Padrón Municipal (1 de enero de 2005). Disponible en: <http://www.ine.es/inebase>

En el gráfico 1 se observa cómo el fenómeno, prácticamente universal, pero con mayor incidencia en Occidente, del envejecimiento de las poblaciones (el progresivo mayor peso poblacional de los mayores de 65 años) se presenta igualmente en Andalucía. Desde un porcentaje inferior al 7% que representaba la población andaluza mayor de 65 años en 1950, pasando por la cifra próxima al 15% de 2005, hasta llegar al porcentaje previ-

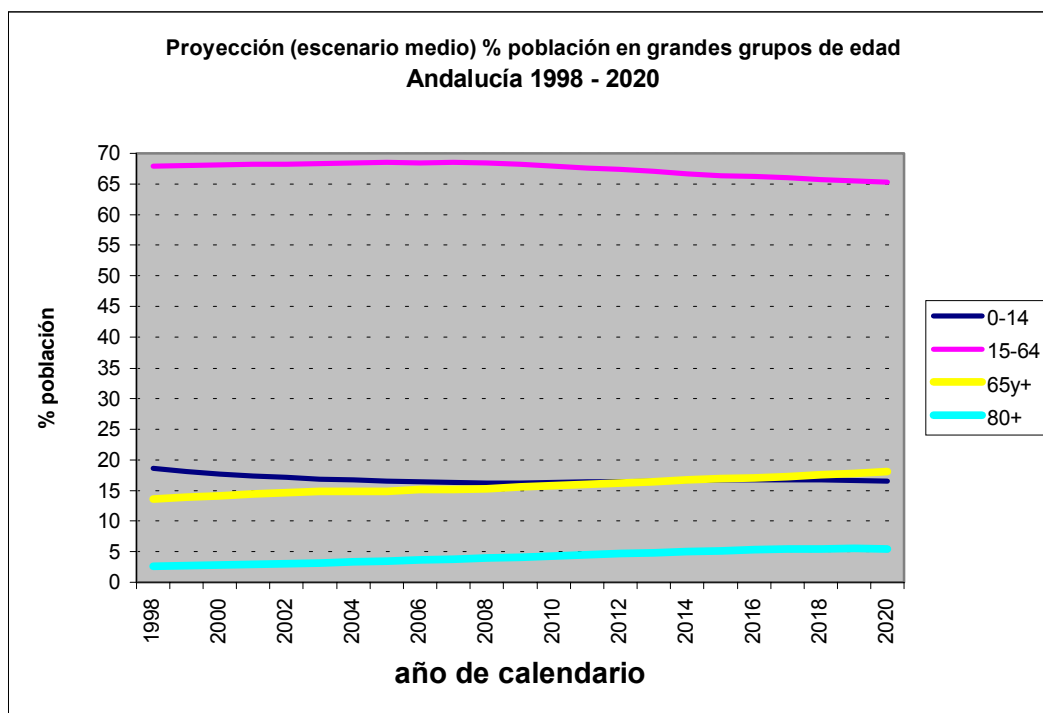
siblemente cercano al 20% allá por el 2020. Y lo mismo ha ocurrido, y se espera que ocurra, con la población anciana, la mayor de 80 años, que pasará de porcentajes inferiores al 1% en 1950 hasta valores estimados superiores al 5% en 2020 (gráfico 2), si bien se espera que la tasa de crecimiento de este último grupo de población, aún siendo positiva, sea inferior que la del grupo mayor de 65 años en su conjunto.

GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE LOS GRUPOS DE EDAD DE MENOS DE 16 AÑOS Y MÁS DE 65 RESPECTO AL TOTAL DE LA POBLACIÓN ANDALUZA EN EL PERIODO 1916-2005.



Fuente: IEA "Un Siglo de demografía en Andalucía. La población desde 1990". Consejería de Economía y Hacienda. Junta de Andalucía. (<http://www.juntadeandalucia.es/iea/sid>)

GRÁFICO 2. PROYECCIONES DEL PORCENTAJE DE POBLACIÓN EN GRANDES GRUPOS DE EDAD. ANDALUCÍA 1998-2020 (ESCENARIO MEDIO).



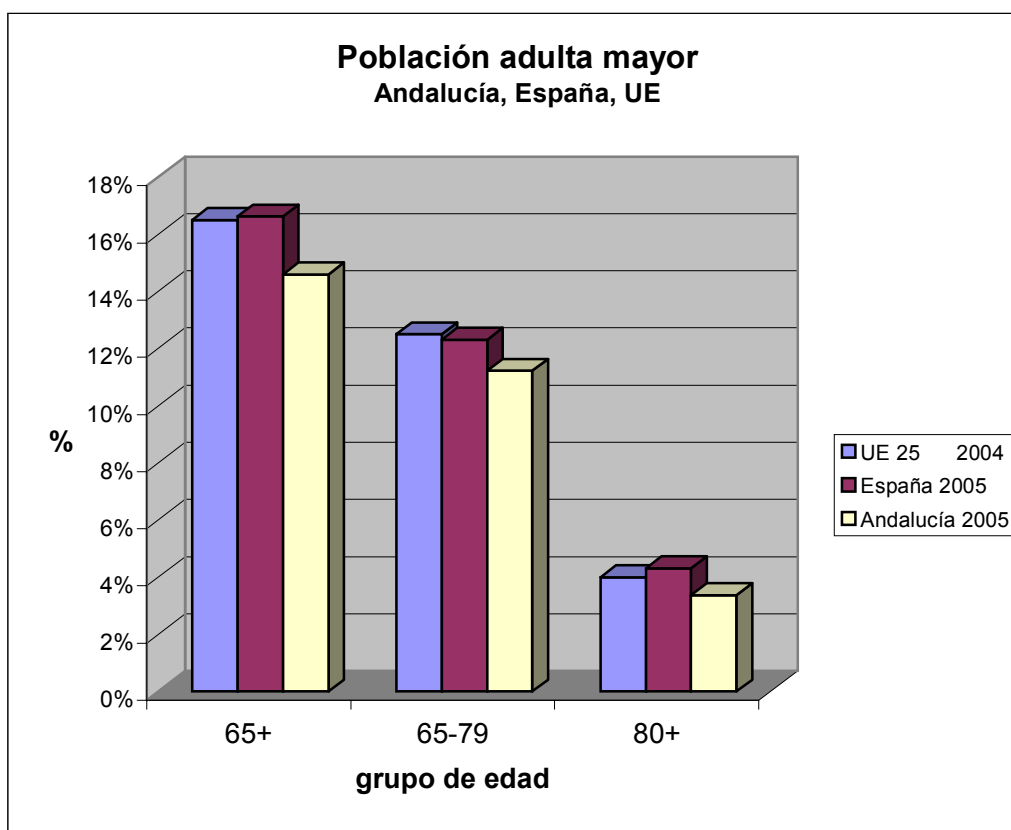
Fuente: IEA, Consejería de Economía y Hacienda. Junta de Andalucía. 2006 (<http://www.juntadeandalucia.es/iea>)

En el año 2005 en España el porcentaje de población mayor de 65 años era del 16,62%, frente al 14,59% de Andalucía –lo que refleja el mayor envejecimiento de la población española en su conjunto respecto a la andaluza–, siendo la distribución por sexo similar a la de Andalucía, tanto en lo que se refiere al conjunto de los mayores de 65 años (42,16% de hombres versus al 57,56% de mujeres) como en cada uno de los quinquenios de edad que se han considerado. El peso de la población mayor de 80 años (población anciana) en relación a los mayores de 65 años, en España, es del 25,96%, mayor que en Andalucía. Las previsiones del INE para el año 2020 en España, según las proyecciones de población derivadas del Cen-

so de 2001, arrojan cifras similares a las andaluzas en lo concerniente a la población mayor de 65 años (próximas al 20%), con un peso relativo superior de la población mayor de 80 años en el caso de España (6,19%) en relación a Andalucía (alrededor del 5%).

En 2004, el porcentaje de personas mayores de 65 años en la Unión Europea, según Eurostat, era del 16,50% (el 12,50% comprendidos entre los 65 y los 79 años) y el 4% restante mayores de 80 años. En comparación con España y la UE (gráfico 3), Andalucía presenta un menor envejecimiento de su población, con sólo un 14,60% de población mayor de 65 años (un 11,22% entre los 65 y los 79 años y un 3,38% mayor de 80 años).

GRÁFICO 3. POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE 65 AÑOS POR GRUPO DE EDAD. ANDALUCÍA, ESPAÑA Y UE.

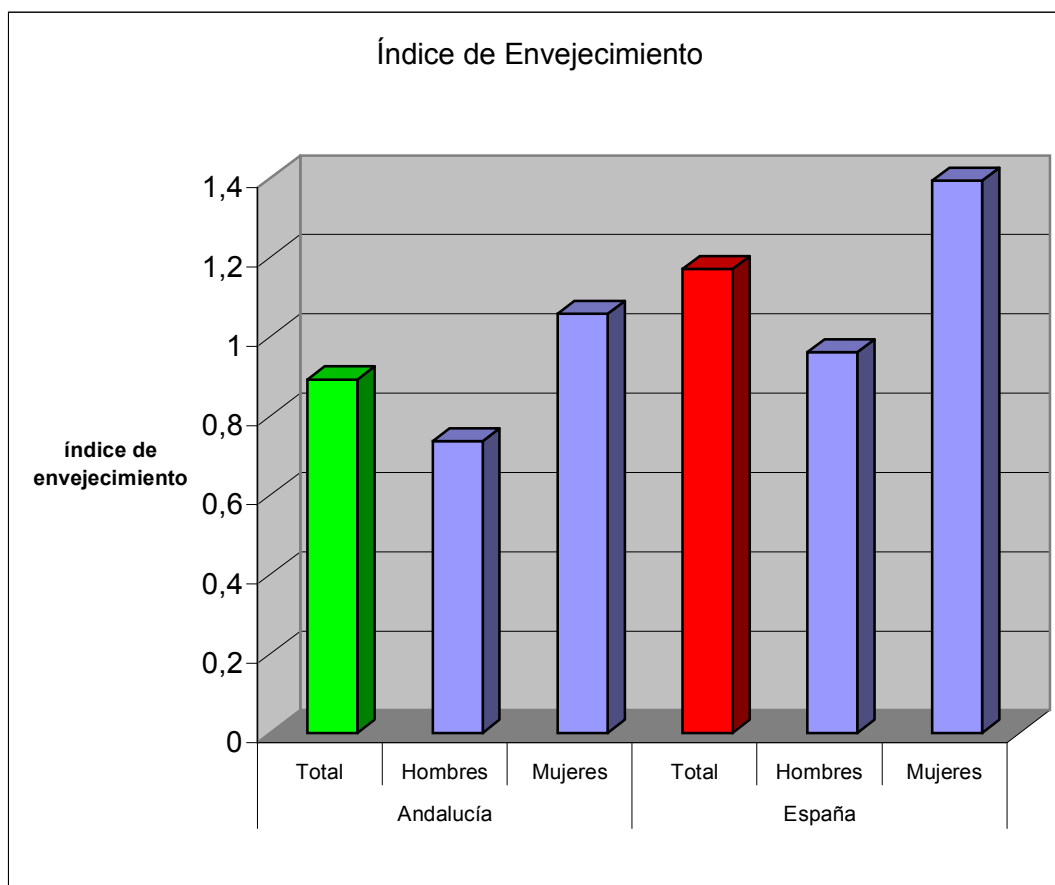


Fuente: Datos de España y Andalucía: INE.INEBASE 2006. (www.ine.es/inebase). Datos de UE: Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>)

El índice de envejecimiento (gráfico 4) es un cociente que compara la población de adultos mayores de 65 años de edad (en el numerador) con aquella otra comprendida entre el nacimiento y los 14 años. En consonancia con lo que acabamos de describir, la población andaluza, tanto para el conjunto de la población, como

para hombres y mujeres considerados por separado, presenta índices de envejecimiento considerablemente inferiores a los correspondientes a España. Así, mientras que en Andalucía hay 89 personas en edad de jubilación por cada 100 jóvenes menores de 15 años, en España esa cantidad se eleva a 117.

GRÁFICO 4. ÍNDICES DE ENVEJECIMIENTO DE ANDALUCÍA Y ESPAÑA PARA LA POBLACIÓN TOTAL Y PARA HOMBRES Y MUJERES. AÑO 2005.



Fuente: INE. INEBASE 2006 (www.ine.es/inebase)

3.1.1 Esperanza de vida

El drástico descenso de la mortalidad a lo largo del siglo XX en todas las edades, y en las personas adultas mayores de 60 años en las últimas décadas, es uno de los factores principales del considerable aumento de la longevidad de las poblaciones en los países desarrollados, junto al descenso de la natalidad.

La esperanza de vida nos informa sobre cuántos años viven nuestros mayores: es una forma de sintetizar la mortalidad a las distintas edades y constituye uno de los indicadores que con mayor frecuencia se utiliza para cuantificar la longevidad promedio de los individuos de una población. La esperanza de vida al nacimiento es el número medio de años que viviría desde su nacimiento una persona que está sometida a las condiciones de mortalidad del año de referencia (La esperanza de vida al nacer representa la probabilidad de vivir –años por vivir– de un niño nacido en un momento determinado, que está sometido a los riesgos en que nace y vive la población real a la que pertenece).

La mayoría de las personas en Andalucía mueren hoy ancianas. En la actualidad la longevidad media de la población andaluza es prácticamente similar a la media de la Unión Europea, aunque algo inferior a la de España. La esperanza de vida al nacer de los hombres andaluces en 2004 era de 75,39 años y la de las mujeres de 82,16 años. En la Unión Europea los hombres tenían una esperanza de vida de 76,1 años y las mujeres de 81,2 años. En España, en el mismo año, dichos valores fueron, respectivamente, de 77,2 años y de 83,8 años, siendo en el año 2007, de 76'96 años y 83'48 años, respectivamente, según el INE. Son pues las españolas las mujeres más longevas del mundo, tras las japonesas y las francesas.

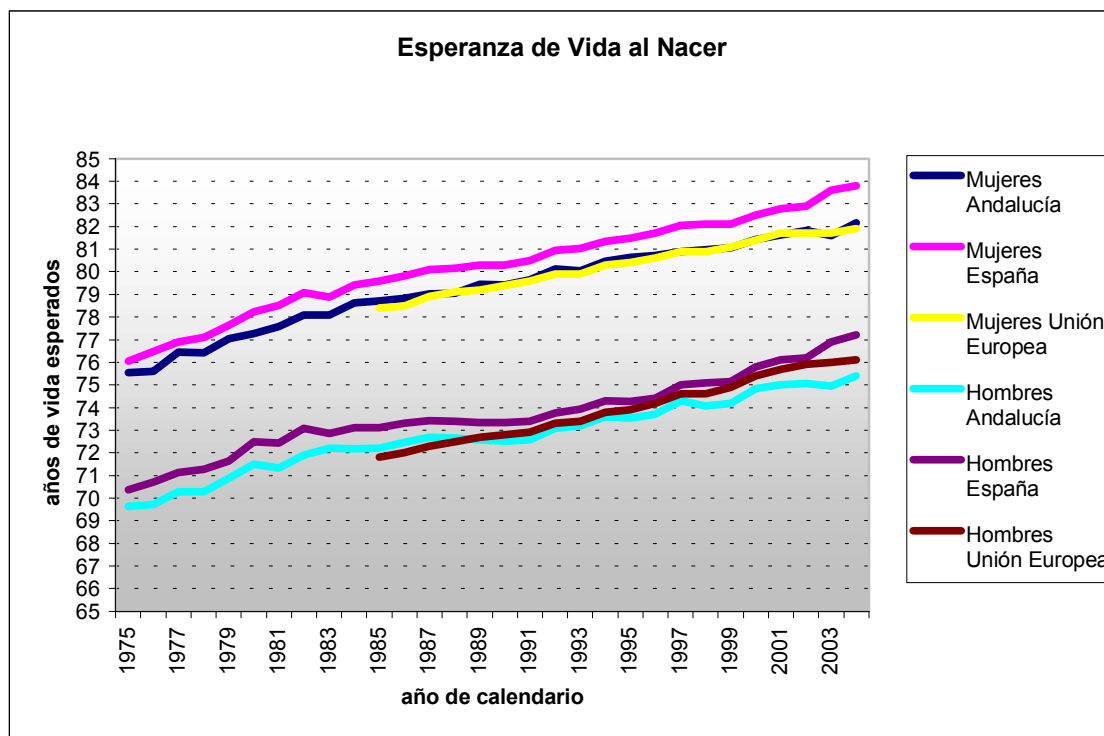
En 1910 la esperanza de vida al nacer en Andalucía era de 40,7 años (muy inferior a los países que hoy constituyen la UE y similar a los que Francia o Inglaterra presentaban medio siglo antes, a mitad del siglo XIX). En 1951 Andalucía tenía 9,5 años menos de esperanza de vida que el Reino Unido y 12 años menos que Suecia. En el último medio siglo la longevidad media en Andalucía ha crecido continuamente y ha convergido con los países europeos occidentales. Esta ganancia, espec-

tacular, de 40 años de vida promedio por persona (casi medio año de vida por año de calendario y persona) nos ha situado a principios del tercer milenio a la altura de los países de la Unión Europea.

No obstante lo anterior, la población de Andalucía presenta aún cierta desventaja en comparación con España que, no hay que olvidar, está en el grupo de

los países de la UE con mayor esperanza de vida para las mujeres, junto con Francia, Italia y Suecia, y en el grupo intermedio de países para los hombres. El gráfico 5 muestra la evolución de la esperanza de vida al nacer en España, en la UE y en Andalucía, entre los años 1975 y 2004, tanto para hombres como para mujeres.

GRÁFICO 5. EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER DE LOS HOMBRES Y MUJERES EN ANDALUCÍA, ESPAÑA Y LA UE DESDE 1975 HASTA 2004.



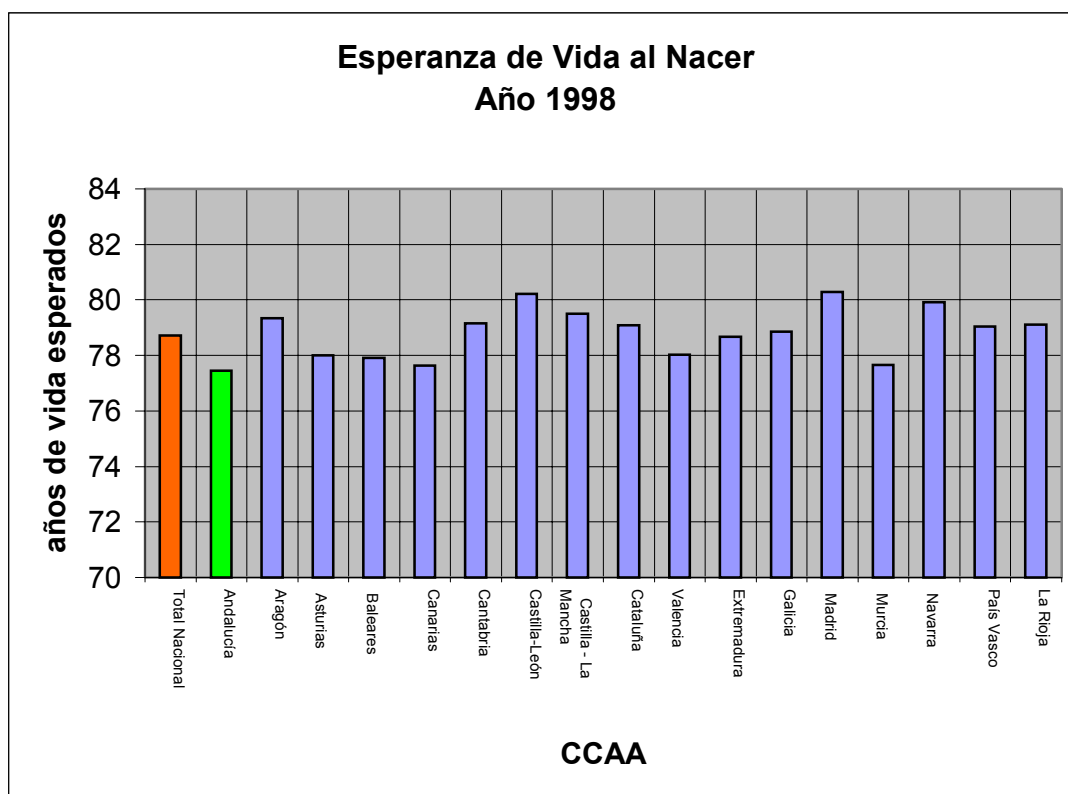
Fuente: IEA, Consejería de Economía y Hacienda. Junta de Andalucía. 2006 (<http://www.juntadeandalucia.es/iea>)

La desventaja en longevidad de la población andaluza respecto a la española en su conjunto es de 1,81 años para los hombres y de 1,64 para las mujeres. En los últimos 25 años en Andalucía la esperanza de vida al nacer de los hombres ha aumentado en 4,03 años y la de las mujeres en 4,63 años, frente a los 4,83 y los 5,22 años, respectivamente, de España.

El gráfico 6 muestra que la posición relativa de la longevidad de Andalucía en el concierto de las comunidades autónomas de España es aún baja: Andalucía

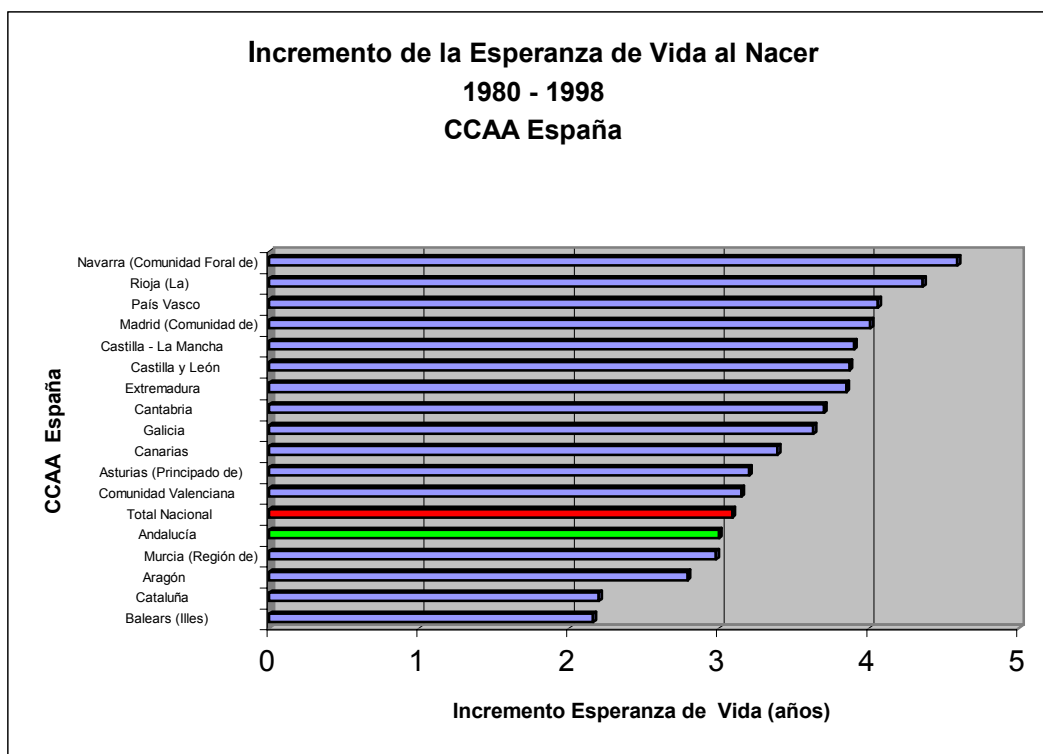
ocupaba en 1998 los últimos puestos en esperanza de vida al nacer (tanto en hombres como en mujeres). En el periodo 1980-1998, la esperanza de vida de España aumentó 3,09 años, frente a los 3 años de Andalucía, los 2,16 años de las Islas Baleares (mínimo crecimiento para este periodo) o los 4,59 años de la Comunidad Foral de Navarra (máximo crecimiento). El gráfico 7 contiene el incremento de la esperanza de vida en años en las comunidades autónomas de España durante este periodo.

GRÁFICO 6. ESPERANZA DE VIDA AL NACER DE HOMBRES Y MUJERES EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA EN EL AÑO 1998.



Fuente: INE. INEBASE 2006. (www.ine.es/inebase).

GRÁFICO 7. INCREMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LAS CCAA DE ESPAÑA EN EL PERIODO 1980-1998.



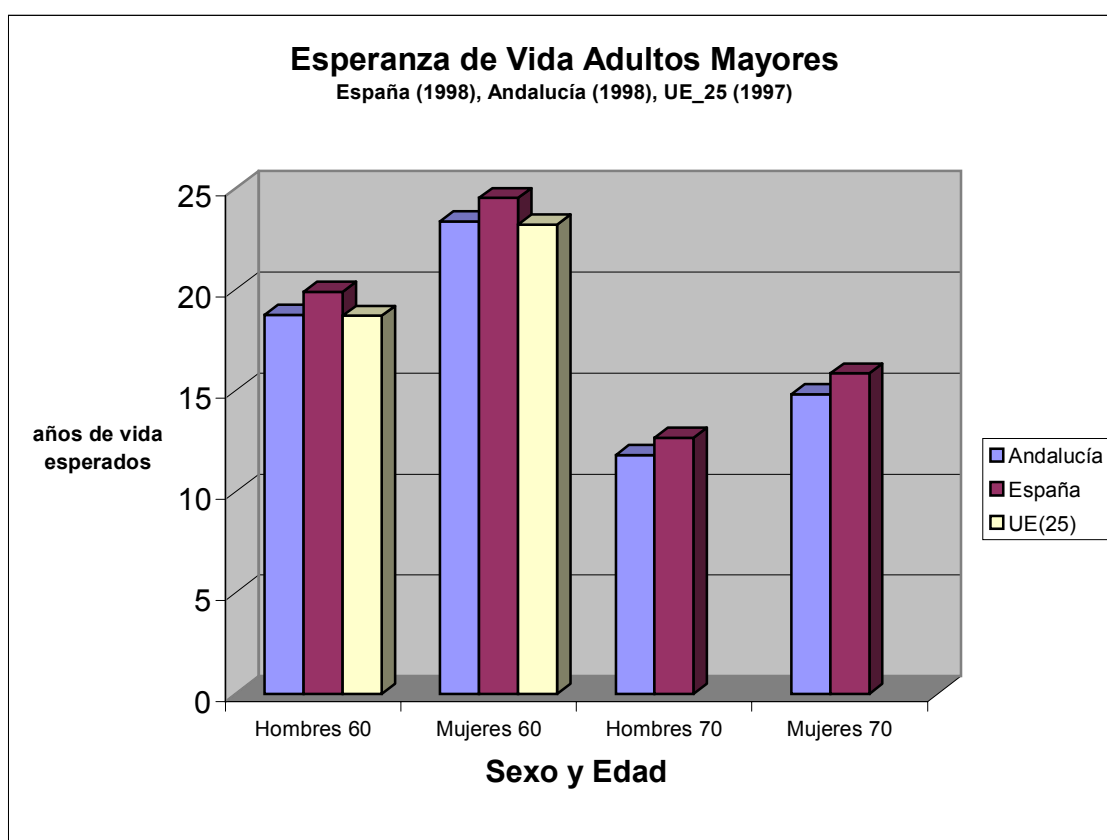
Fuente: INE. INEBASE 2006. (www.ine.es/inebase)

3.1.2 Esperanza de vida de los adultos mayores

Un patrón de datos similar encontramos en lo concerniente a la esperanza de vida a los 60 años: el número medio de años que vivirá una persona que ha alcanzado los 60 años, si a lo largo de lo que le queda de vida se dan las condiciones de mortalidad estándares utilizadas para calcular dicho indicador. Andalucía en el año 1998 presentaba esperanzas de vida a los 60 de edad, tanto para hombres (18,74 años) como muje-

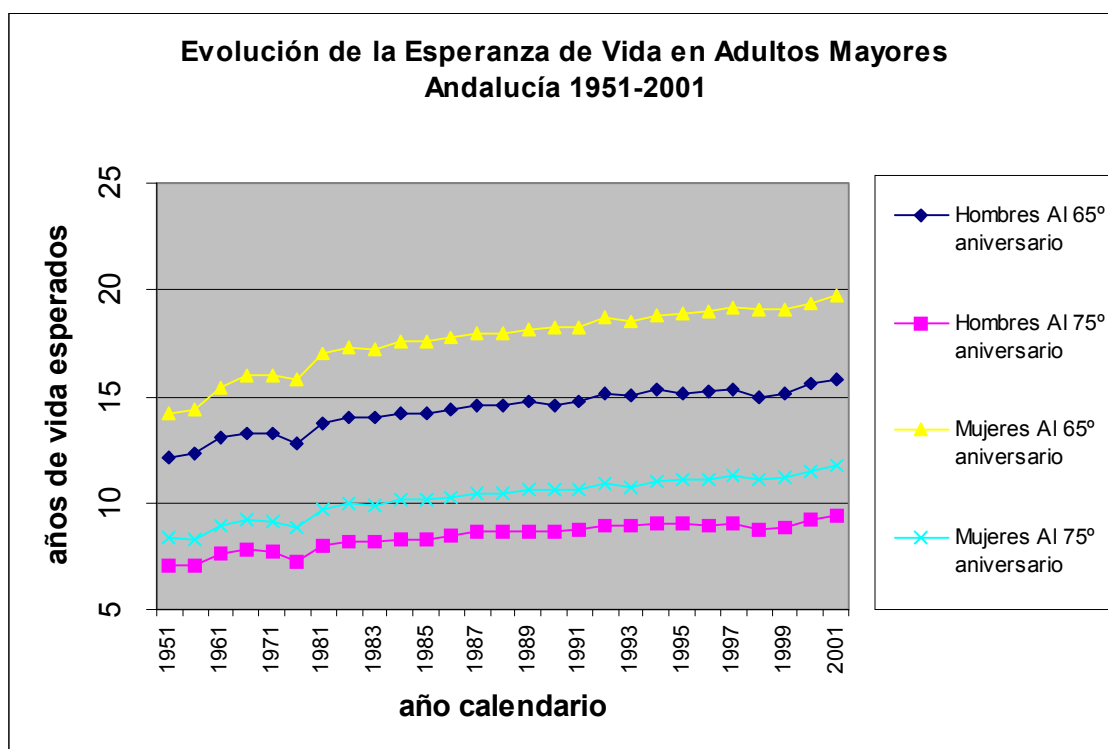
res (23,37 años), similares a la Unión Europea y ligeramente inferiores a las de España (gráfico 8). A los 70 años de edad, en Andalucía, dichas esperanzas de vida son de 11,80 años para hombres y de 14,82 años para mujeres. Las mujeres disfrutaban de una longevidad mayor que los hombres, en Andalucía y en España. La mejora de la esperanza de vida a los 60 años de edad es un fenómeno constante y progresivo en Andalucía, al igual que en España y otros países de nuestro entorno, desde los años 50 del siglo pasado (gráfico 9).

GRÁFICO 8. ESPERANZA DE VIDA A LOS 60 Y 70 AÑOS DE EDAD PARA HOMBRES Y MUJERES EN ANDALUCÍA (1998), ESPAÑA (1998) Y LA UNIÓN EUROPEA (1997).



Fuente: INE. INEBASE 2006. (www.ines.es/inebase)

GRÁFICO 9. EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS Y A LOS 75 AÑOS DE EDAD PARA LOS HOMBRES Y MUJERES DE ANDALUCÍA EN EL PERIODO 1951-2001.



Fuente: Instituto Andaluz de Estadística. Informe "Longevidad y calidad de vida en Andalucía". Evolución de la esperanza de vida a diferentes edades por sexo. Años 1951-2001. (<http://www.juntadeandalucia.es/iea/lcva/anexoslcv.xls>)

Para el año 2001, las estimaciones de la esperanza de vida, realizadas por el departamento de estadística de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, eran de 19,85 años para las mujeres de 65 años y de 15,81 años para los hombres de esta misma edad en Andalucía y de 6,15 años y 5,09 años, respectivamente, para las personas de 85 años de edad.

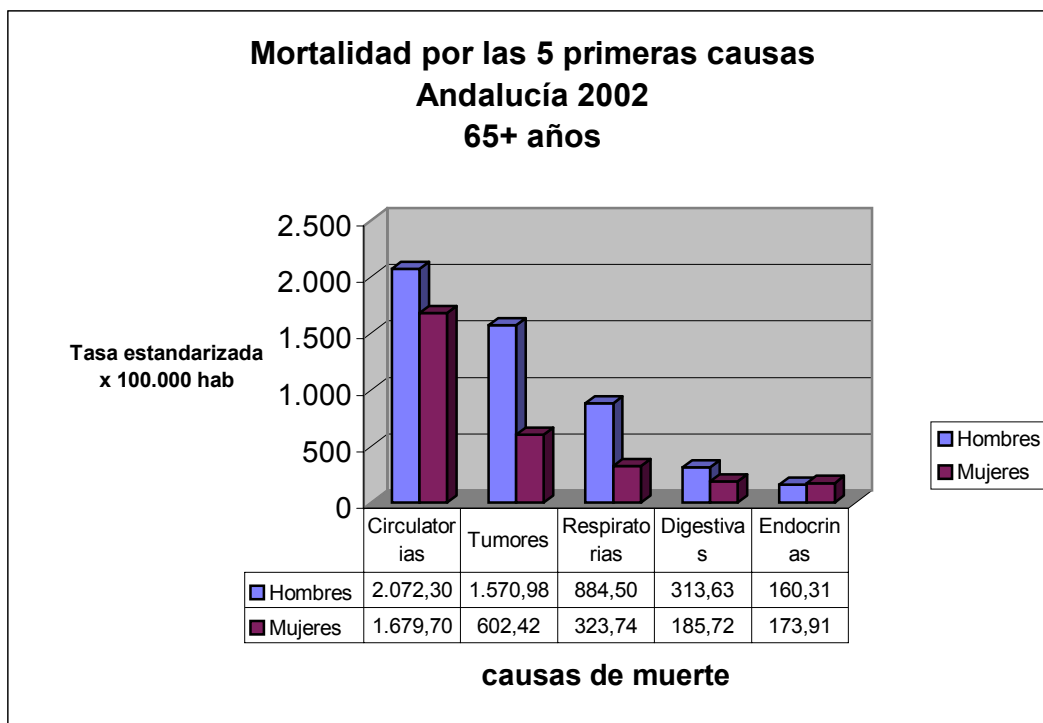
3.1.3 Mortalidad

En el último tercio de siglo XX la estructura de la mortalidad ha cambiado respecto a principios del si-

glo, cuando las enfermedades infecciosas eran predominantes. Ahora han asumido el protagonismo las enfermedades crónicas, el cáncer o los accidentes.

La personas mayores de 65 años en Andalucía mueren por las mismas causas que la población española y de la Unión Europea: por enfermedades del sistema circulatorio, como primera causa, por tumores, como segunda causa, y por enfermedades respiratorias, como tercera (gráfico 10). Las enfermedades circulatorias son la principal causa de muerte entre las personas mayores y también la principal causa para cualquier grupo de sexo o edad, por encima de los 40 años, en la Unión Europea.

GRÁFICO 10. MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN ANDALUZA MAYOR DE 65 AÑOS POR LAS 5 PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EN EL AÑO 2002. (TASAS ESTÁNDAR POR 100.000 HABITANTES. ESTANDARIZACIÓN DIRECTA. POBLACIÓN EUROPEA. DATOS CODIFICADOS SEGÚN CIE-10)



Fuente: Memoria Estadística de la Consejería de Salud 2003. Viceconsejería, Servicio de Información y Evaluación. Unidad de Estadística. Sevilla: Consejería de Salud, 2004. (<http://www.csalud.junta-andalucia.es/principal>)

En Andalucía, en el periodo 1976-2001, en lo concerniente a las 4 causas principales de muerte, los años de vida perdidos por mortalidad prematura (antes de los 70 años de edad) han disminuido en las categorías de cardiovasculares (de 4.052 años perdidos por 1.000 defunciones en 1976 a 2.765 en 2001) y digestivas (de 753 a 459) y han aumentado para el cáncer (de 1.862 a 2.373 años perdidos por 1.000 defunciones) y las enfermedades respiratorias (de 538 a 602 años perdidos).

Frente a este desolador panorama demográfico, desde el ámbito estatal y autonómico, incluso desde el ámbito local, vienen desarrollándose distintas políticas que inciden en la protección de la familia, dando así contenido y cumplimiento al mandato constitucional del artículo 39.1 de la Constitución española "los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia". Esto conlleva que todas las Administraciones públicas tienen responsabilidad a la hora de proporcionar a las familias que lo necesitan ayudas económicas o servicios para el cumplimiento de sus responsabilidades, atender a sus necesidades básicas y apoyarlas cuando atraviesen situaciones de especial dificultad.

Son múltiples las modalidades de estas ayudas, teniendo algunas un contenido prestacional económico, (beneficios fiscales, bonificaciones en materia de transporte, vivienda o educación, etc.) y otras encuadrables en el ámbito de la conciliación de la vida laboral y familiar.

De entre las ayudas más directamente relacionadas con el favorecimiento de nacimientos, existen dos tipos de ayudas:

- Ayuda estatal de 100 euros mensuales por nacimiento o adopción a las mujeres trabajadoras.

A esta ayuda habrá que añadir la recientemente reconocida por Ley 35/2007, de 15 de noviembre, por la que se establece la prestación económica de pago único por nacimiento o adopción de la Seguridad Social (aparte de la deducción en el IRPF) de 2.500 euros por cada hijo nacido o adoptado, percepción que es compatible con la percepción de las demás prestaciones familiares de la Seguridad Social.

- Prestación económica andaluza de 600 euros a partir del tercer hijo, en función de los ingresos, por cada uno de los menores de 3 años y hasta que cumplan esa edad.

3.2 LA SALUD

Las espectaculares ganancias en longevidad en el siglo XX, entre los países occidentales, ha producido una convergencia en niveles de esperanza de vida superiores a los 70 años. Sin embargo, a la hora de describir la vida de las personas interesa saber no sólo cuántos años viven, y si la duración de la vida se prolonga o reduce en relación a otras épocas, sino también en qué condiciones se viven esos años —si se sufren o no enfermedades o discapacidades, por ejemplo, o si la persona experimenta una percepción buena o mala de su salud—. En definitiva, es la muy humana y comprensible preocupación por añadir *años a la vida* pero también *vida a los años*. Por ello, se anhela, en buena lógica, que el alargamiento de la vida que se viene consiguiendo en las últimas décadas, en los países desarrollados principalmente, vaya acompañado de un buen estado de salud, de una buena *calidad de vida*, una vida libre de enfermedades y discapacidades.

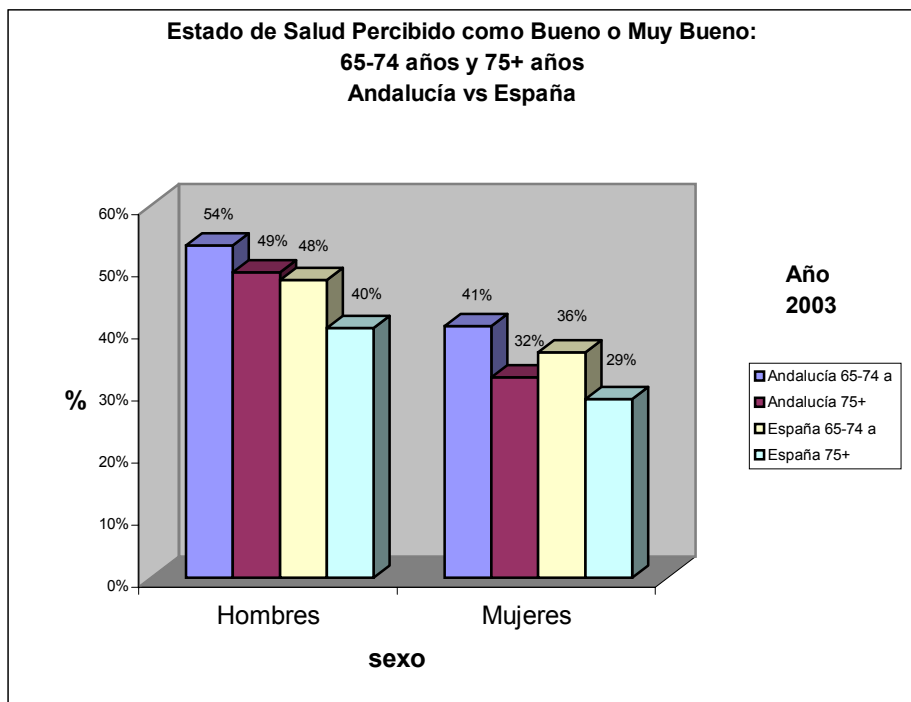
La salud es, junto a la situación económica, como se desprende del estudio sobre las condiciones de vida de las personas mayores en Andalucía, la principal preocupación de las personas adultas mayores, puesto que en este periodo de la vida se identifica la salud, con especial intensidad, con la capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana y seguir desempeñando los respectivos papeles de manera autónoma, al ser un requisito para acceder a otros recursos (actividad, relaciones sociales, cumplimiento de expectativas y proyectos). Pero con la edad aumenta la probabilidad, el riesgo, de que la salud se deteriore: de sufrir enfermedades, de padecer discapacidades y de morir. Y con la vejez se incrementan las enfermedades de tipo crónico y degenerativo y muchas de ellas desembocan en sufrimiento y problemas funcionales.

3.2.1 Estado de salud percibido ("salud autopercebida")

Éste es uno de los indicadores de salud global más utilizados en las encuestas poblacionales de salud y representa la percepción que las personas tienen sobre su propio estado de salud, considerando conjuntamente tanto la dimensión física como la psicológica o social. No constituye un sustituto de indicadores más objetivos (enfermedades diagnosticadas y dolencias padecidas y declaradas) sino que complementa estas medidas: refleja no sólo el estado físico y las enfermedades padecidas sino también los factores sociales, económicos y del entorno de la persona. El estado de salud percibida (la "autopercepción" del estado de salud) es buen predictor de la mortalidad y de la esperanza de vida, así como del hecho de padecer enfermedades crónicas y también de la utilización de los servicios de salud: El que una persona se sienta bien influye considerablemente en el desarrollo de su vida.

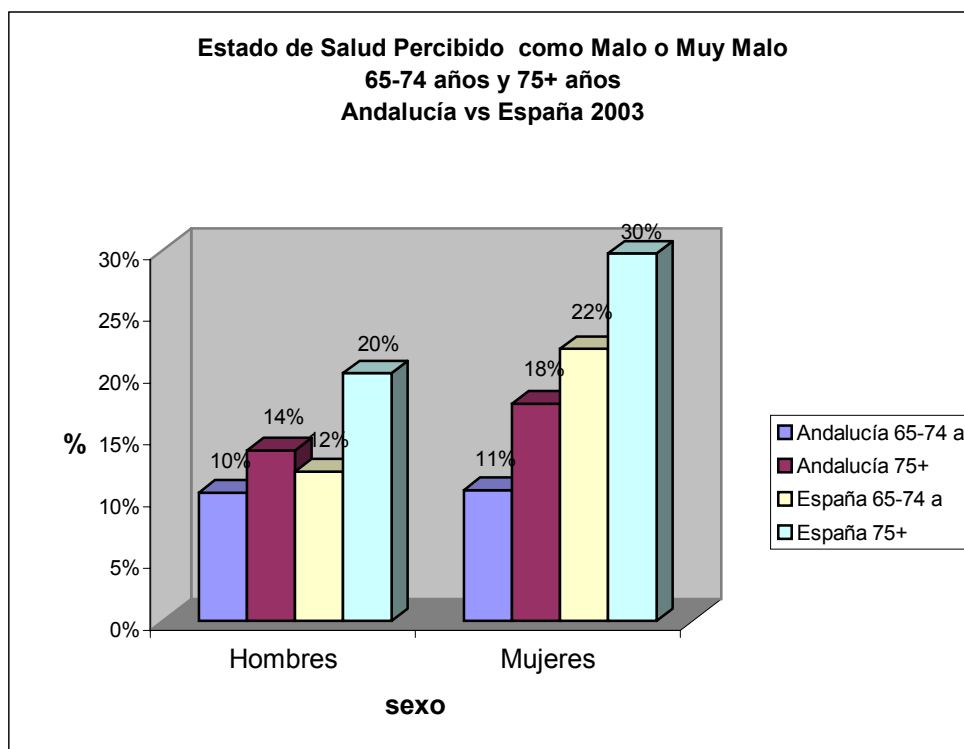
Como es previsible, la percepción del propio estado de salud empeora con la edad, ya que con ésta aumentan las enfermedades, las deficiencias y las discapacidades (gráficos 11 y 12). En el año 2003, según la 2ª Encuesta de Salud de Andalucía (EAS-03), Andalucía muestra estimaciones puntuales del porcentaje de personas adultas mayores que dicen tener un estado de salud bueno o muy bueno superior a España (cuyos datos proceden de la Encuesta Nacional de Salud de 2003, ENS-03), y porcentajes inferiores a España las que dicen tener un estado de salud malo o muy malo en los 12 últimos meses, utilizando la misma pregunta ("En los últimos 12 meses ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?").

GRÁFICO 11. ESTADO DE SALUD PERCIBIDA COMO BUENO O MUY BUENO POR LOS CIUDADANOS DE ANDALUCÍA Y DE ESPAÑA COMPRENDIDOS ENTRE LOS 65 Y LOS 74 AÑOS Y POR LOS MAYORES DE 75 AÑOS EN 2003.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2003 para los datos referentes a España. Encuesta Andaluza de Salud 2003 para los datos referentes a Andalucía.

GRÁFICO 12. ESTADO DE SALUD PERCIBIDO COMO MALO O MUY MALO POR LOS CIUDADANOS DE ANDALUCÍA Y DE ESPAÑA COMPRENDIDOS ENTRE LOS 65 Y LOS 74 AÑOS Y POR LOS MAYORES DE 75 AÑOS EN 2003.

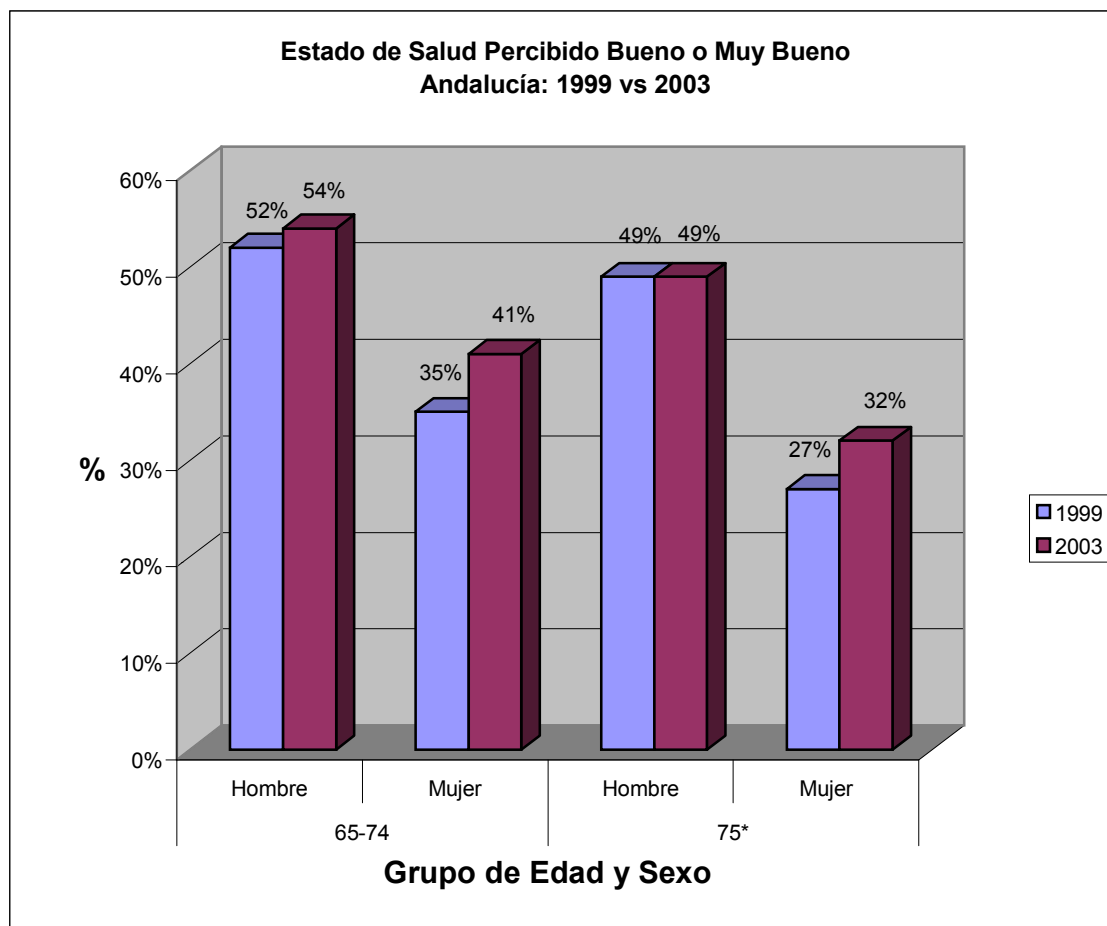


Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2003 para los datos referentes a España. Encuesta Andaluza de Salud 2003 para los datos referentes a Andalucía.

En el gráfico 13 aparece el porcentaje de andaluces, diferenciando entre hombres y mujeres, que consideraban que su estado de salud era bueno o muy bueno en 1999 y 2003 (derivados de las respectivas encuestas

andaluzas de salud). Se observa un ligero incremento de dicho porcentaje en los dos grupos de edad considerados, tanto en hombres como en mujeres, si bien en estas últimas de manera más acentuada.

GRÁFICO 13. COMPARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO (BUENO O MUY BUENO) EN ANDALUCÍA: AÑO 1999 VS 2003.

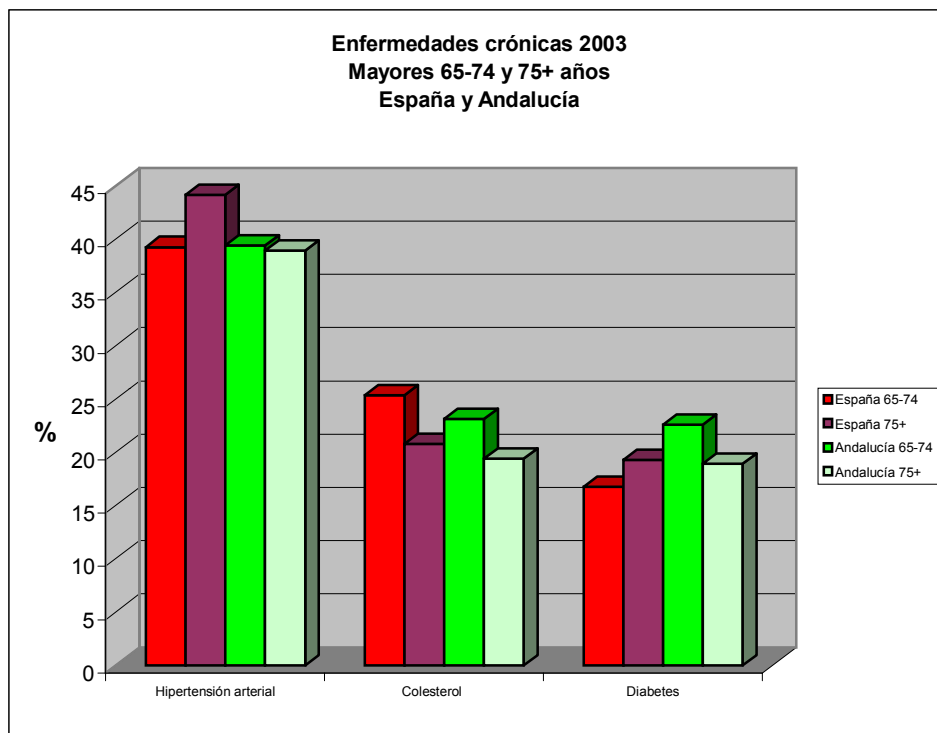


Fuente: Datos del año 1999 procedentes de la 1ª Encuesta Andaluza de Salud (1999). Datos del año 2003 procedentes de la 2ª Encuesta Andaluza de salud (2003).

3.2.2 Enfermedades crónicas

El gráfico 14 compara la prevalencia de algunas enfermedades crónicas (diabetes, colesterol alto e hipertensión) en España y en Andalucía en el año 2003, a partir de los datos derivados de sus respectivas encuestas de salud de ese año.

GRÁFICO 14. PREVALENCIA DE DIABETES, COLESTEROL ALTO E HIPERTENSIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE 65 AÑOS EN ANDALUCÍA Y ESPAÑA POR GRUPOS DE EDAD.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2003 para datos referidos a España. Encuesta Andaluza de salud 2003 para datos referidos a Andalucía.

La **hipertensión** es un determinante importante de otras enfermedades, fundamentalmente de las que afectan al sistema circulatorio. En 2003, tanto en el grupo de edad 65-74 y como en los mayores de 75 años, Andalucía y España presentan valores en torno al 39%, excepto en este último grupo de edad en España, que se eleva al 44%. En los dos ámbitos territoriales, la prevalencia de hipertensión es superior en las mujeres que en los hombres en unos 15 puntos porcentuales absolutos.

En general, el riesgo de desarrollar arteroesclerosis o enfermedad cardíaca se incrementa a medida que aumenta el nivel de colesterol en la sangre por encima de ciertos niveles umbrales. La prevalencia de hipercolesterolemia ronda el 20% para los comprendidos en el grupo de edad 65-74 años, tanto en España como en Andalucía, y sube alrededor del 23% para el grupo de edad mayor de 75 años. Las mujeres en ambos ámbitos y grupos de edad tienen valores superiores del orden del 6% absoluto.

La **diabetes**, además de ser una enfermedad en sí misma, es, al igual que la hipertensión, un determinante importante de las enfermedades del sistema circulatorio. Los andaluces, hombres y mujeres conjuntamente considerados, comprendidos entre los 65 y los 74 años, presentaban una prevalencia de diabetes en 2003 del 22,6%, frente al 16,74% de los espa-

ñoles. Los de más de 75 años estaban en torno al 19% en los dos ámbitos. Sin embargo, las mujeres andaluzas, en ambos grupos de edad, presentan porcentajes superiores al de los hombres (aproximadamente un 5% absoluto superior).

La **discapacidad** es uno de los principales indicadores para evaluar la calidad de salud de una población es la tasa de discapacidad, problema de salud asociado con la edad, que aumenta con ésta. Entre los efectos del envejecimiento está el aumento de los problemas crónicos de salud, la merma de las capacidades funcionales y el incremento de la atención sociosanitaria.

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES 1999), de la que proceden básicamente los datos recogidos en este apartado (además de la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Andaluza de Salud de 2003), contiene una definición, con su correspondiente delimitación y alcance, de los conceptos utilizados aquí. Considera “discapacidad” toda limitación grave que afecte o se espere que vaya a afectar durante más de 1 año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia.

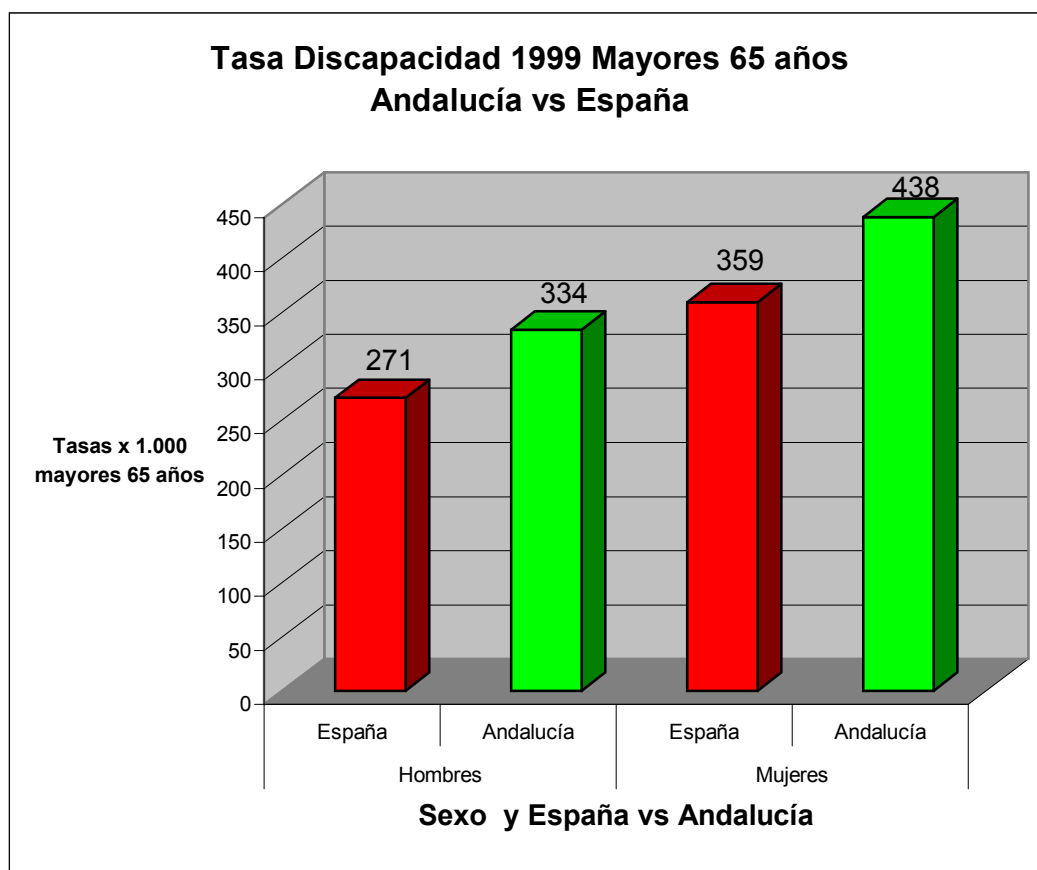
En 1999, año de realización de la EDDES, en Andalucía, el 10% de la población no institucionalizada (708.831 personas) padecía alguna discapacidad o

limitación. De éstas, un 83% tenían más de 40 años y un 54% más de 65 años de edad. Las mujeres sufren más discapacidades que los hombres (gráfico 15), entre otras razones, por su mayor longevidad.

La tasa de discapacidad en Andalucía era de 394,38 por 1.000 habitantes de más de 65 años de edad

(388.837 personas mayores de 65 años con alguna discapacidad), un 22% superior a la tasa media nacional, lo que la llevaba a tener la segunda mayor tasa entre las comunidades autónomas de España, sólo por detrás de Murcia, y lejos de la Rioja, que con 183,25 obtenía la menor tasa.

GRÁFICO 15. TASA DE DISCAPACIDAD, POR MIL PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD, DE HOMBRES Y MUJERES, EN ESPAÑA Y ANDALUCÍA. AÑO 1999.

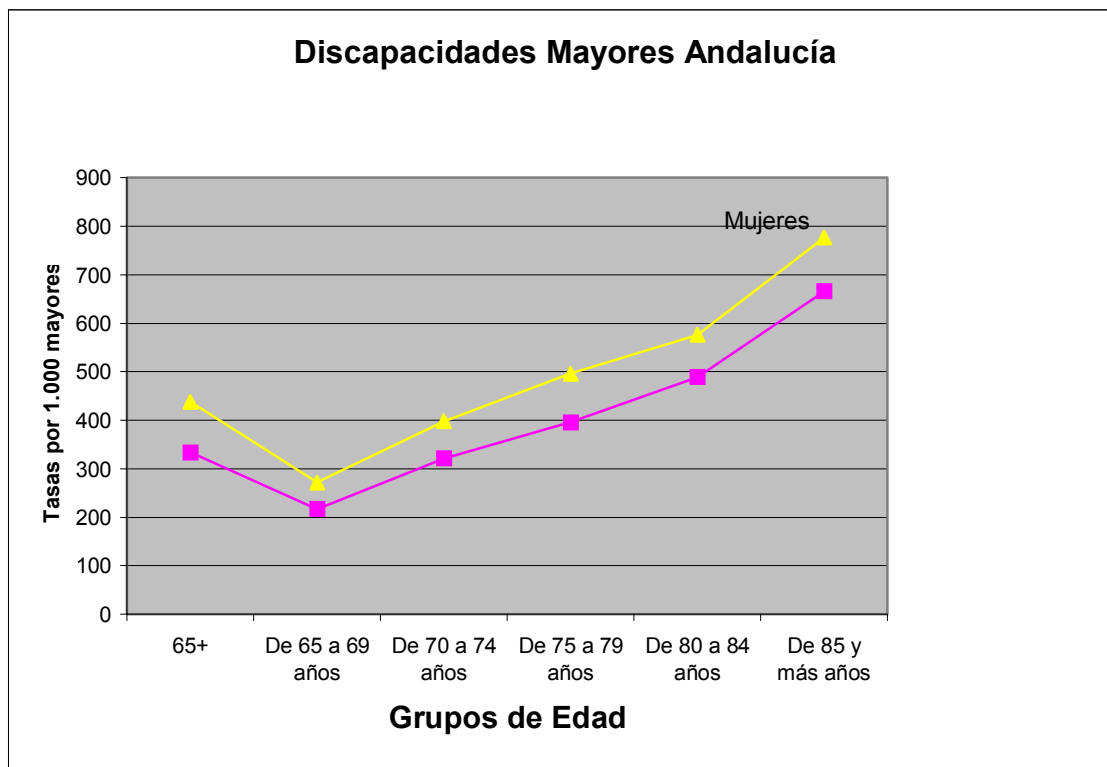


Fuente: INE. INEBASE 2006. Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999 (EDDES 1999). (www.ine.es/inebase)

Si el casi 40% de los mayores andaluces de 65 años sufren algún tipo de discapacidad, dicho porcen-

taje se eleva al 63% en los mayores de 80 años (gráfico 16).

GRÁFICO 16. TASA DE DISCAPACIDAD, POR MIL PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD, EN ANDALUCÍA, POR GRUPOS DE EDAD. AÑO 1999.



Fuente: INE.INEBASE 2006. Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999 (EDDES 1999). www.ine.es/inebase.

3.2.3 Autonomía funcional

Como consecuencia de las enfermedades, discapacidades y dolencias, las personas, conforme envejecen, sufren un deterioro progresivo de su autonomía funcional, de su capacidad para valerse por sí mismo, de su independencia (Las “actividades básicas de la vida diaria” se refieren a las actividades de autocuidados, al cuidado personal, y suelen incluir el bañarse, vestirse, ir al servicio, continencia, alimentarse y desplazarse. Las “actividades instrumentales de la vida diaria” comprenden actividades más complejas –tareas de manejo y administración del hogar y la propiedad– que permiten mayor grado de independencia de la persona y suelen incluir el administrar las propias finanzas, ir de compras, uso del transporte, uso del teléfono, tomar medicamentos y tareas domésticas ligeras).

Según la EDDES (1999), en España el 32,21% de las personas con más de 65 años de edad sufría algún

tipo de discapacidad (algo más de 2 millones de personas), frente al 39,4% de Andalucía. El grupo de discapacidades más numeroso estaba relacionado con el desplazamiento y la realización de las tareas del hogar. Del conjunto de personas mayores con discapacidad, casi el 70% tiene dificultades para realizar las actividades de la vida diaria (y de éstas, un 68% tiene una dificultad grave).

La Encuesta Andaluza de Salud de 2003 incorpora en su cuestionario una escala sobre autonomía funcional, sobre la capacidad de realizar por sí mismo las actividades cotidianas y los cuidados personales (Tabla 2). Por ejemplo, mientras que el 26% de los mayores de 65 años de edad no pueden realizar las tareas del hogar (o, al menos, no pueden sin ayuda), dicho porcentaje se eleva a más del 37% para los mayores de 75 años. Si más del 20% de los mayores de 65 años no son capaces de ir de compras, o para hacerlo necesitan ayuda, es casi el 32% de los mayores andaluces de 75 años de edad los que sufren esta situación.

Tabla 2. Autonomía y capacidad funcional de los mayores de 65 años de edad en Andalucía. Año 2003.

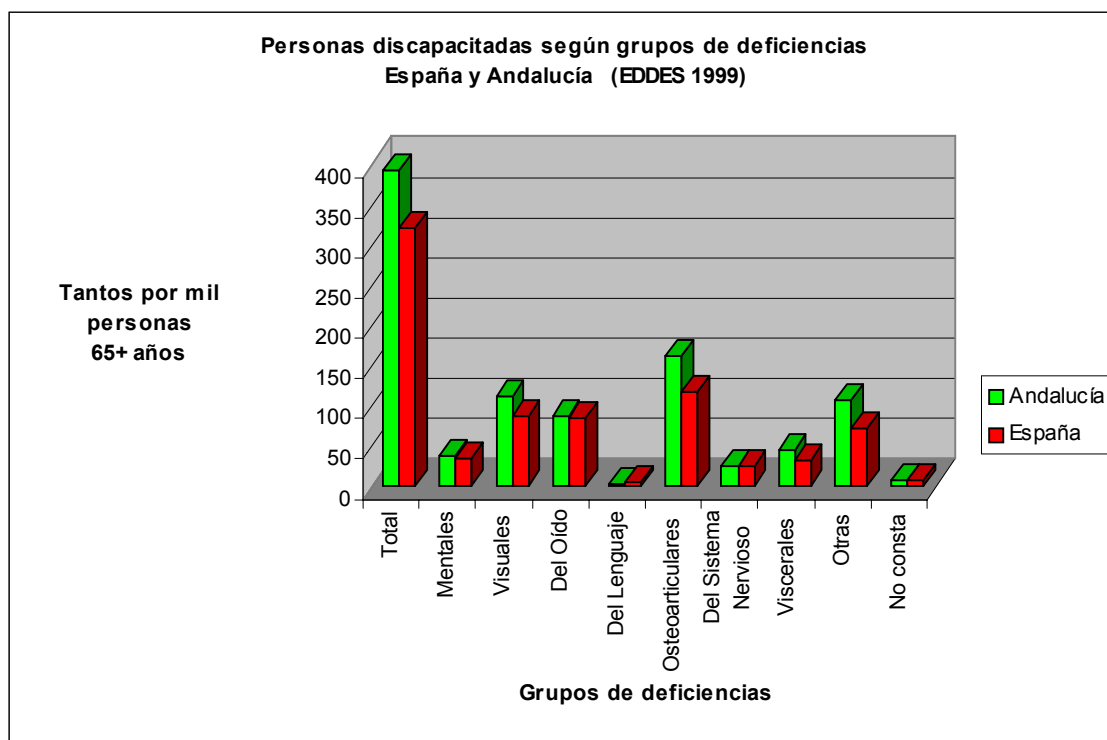
Pregunta	%		
	No puede en absoluto o No puede sin ayuda		
	65-74 ^a	75+a	65+a
¿Es Vd capaz de hacer las tareas de la casa?	17,8%	37,4%	25,6%
¿Es Vd capaz de prepararse la comida?	10,9%	26,4%	17,1%
¿Es Vd capaz de irse de compras?	12,8%	31,5%	20,3%
¿Es Vd capaz de manejar dinero?	5,1%	17,7%	10,1%
¿Es Vd capaz de usar el teléfono?	2,9%	13%	6,9%
¿Es Vd capaz de tomar su medicación?	2,2%	9,8%	4,3%
¿Es Vd capaz de subir y bajar escaleras?	12,5%	30%	19,4%
¿Es Vd capaz de usar el váter?	2,3%	7,8%	4,5%
¿Es Vd capaz de usar el baño o la ducha?	5,5%	19,7%	11,2%
¿Es Vd capaz de arreglarse? (peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.)	2,3%	8,1%	4,6%
¿Es Vd capaz de vestirse solo/a?	3,1%	9,3%	5,6%
¿Es Vd capaz de comer solo/a?	0,8%	4,1%	2,1%
¿Es Vd capaz de salir a caminar?	8,2%	21,9%	13,6%
¿Es Vd capaz de moverse por casa?	2,5%	8,5%	4,9%
¿Es Vd capaz de moverse desde la cama hasta una silla que esté al lado de la misma?	2,3%	5,9%	3,7%
	% Sí		
	65-74 ^a	75+a	65+a
¿ Se le escapa la orina?	7,8%	18,3%	12%
¿ Se le escapa la caca?	1,9%	4,9%	3%

Fuente: 2ª Encuesta Andaluza de Salud 2003 (EAS-03).

Los perfiles de autonomía y capacidad funcional, de dependencia, presentan un patrón diferencial en función del sexo: los hombres tienen mayor tendencia a necesitar ayuda para las tareas domésticas y las mujeres para aquellas que requieren desplazarse fuera del hogar.

Las deficiencias osteoarticulares, las visuales y del oído son las que originan principalmente las discapacidades en los mayores españoles de 65 años de edad (gráfico 17). El 28,6% de las deficiencias padecidas por esta población afectan a los huesos y las articulaciones y el 35,42% a la vista y el oído.

GRÁFICO 17. PERSONAS DISCAPACITADAS SEGÚN GRUPOS DE DEFICIENCIAS EN ANDALUCÍA Y ESPAÑA. EDES 1999.



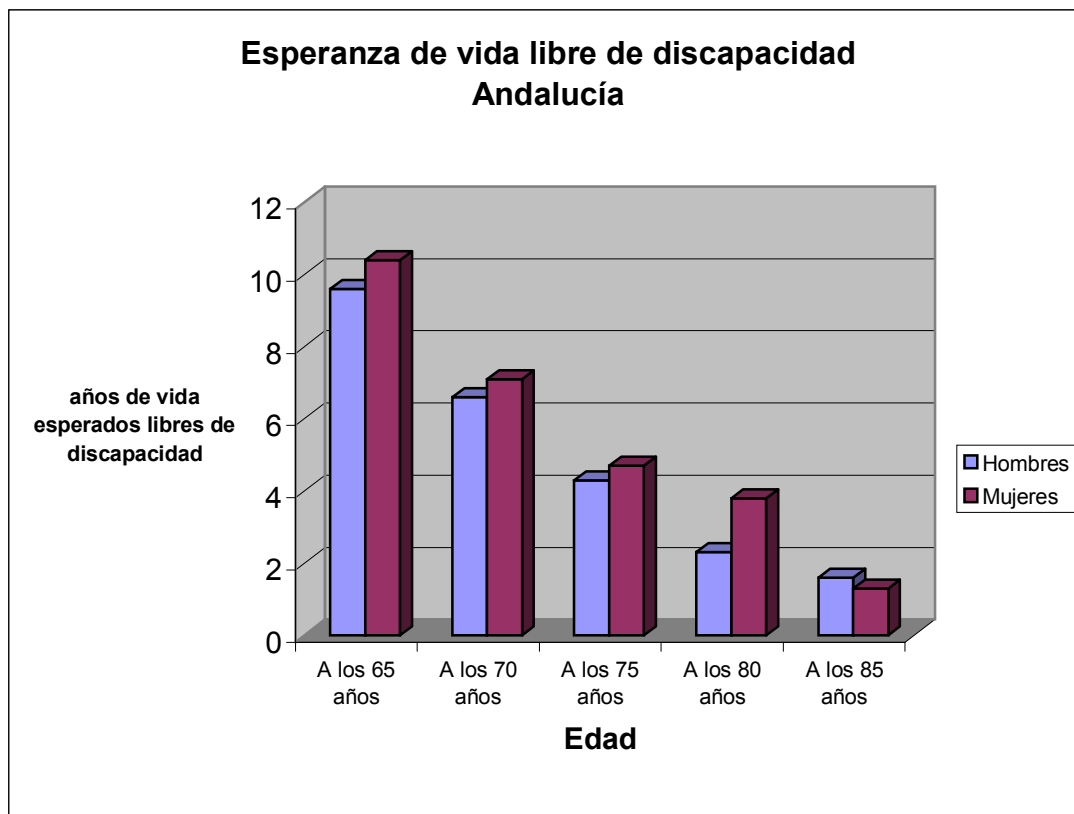
Fuente: EDES (1999) INE.INEBASE (www.ine.es/inebase).

Bajo el supuesto de que se mantuvieran en las próximas décadas las tasas de discapacidad observadas en 1999, en 2025 en Andalucía habría aproximadamente un millón cien mil personas mayores con discapacidad (un crecimiento anual medio de 16 mil personas con discapacidad), mientras que la población general, según estas proyecciones, crecería al 3 por mil personas y año. En este escenario, sería difícilmente soportable por parte de las familias el crecimiento de la carga de discapacidad sin una intervención decidida y eficaz de los servicios sociosanitarios. Según datos de la EDES de 1999, el 36% de los cuidadores principales de personas mayores con discapacidad son las hijas, el 19,4% el cónyuge, el 15%

otro pariente, el 10,4% un empleado, amigo o vecino y un 2,1% los servicios sociales.

Las personas no sólo anhelan vivir más tiempo sino vivir mejor. Por ello una pregunta de gran importancia es: ¿cuántos años, en promedio, les quedan por vivir sin ninguna incapacidad a aquellas personas que llegan a cumplir determinada edad? El indicador “esperanza de vida libre de discapacidad” trata de contestarla. Como se desprende del gráfico 18, los años que esperan vivir sin sufrir discapacidad alguna aquellos que han cumplidos los 65 años (libre de ella, sin padecer ninguna) está en torno a los 10 años. Dicha esperanza desciende progresiva y rápidamente conforme aumenta el grupo de edad hasta llegar a los 1,3 años propios de los mayores de 85 años.

GRÁFICO 18. ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD DE LOS HOMBRES Y MUJERES ADULTOS MAYORES POR GRUPOS DE EDAD. ANDALUCÍA 1999.

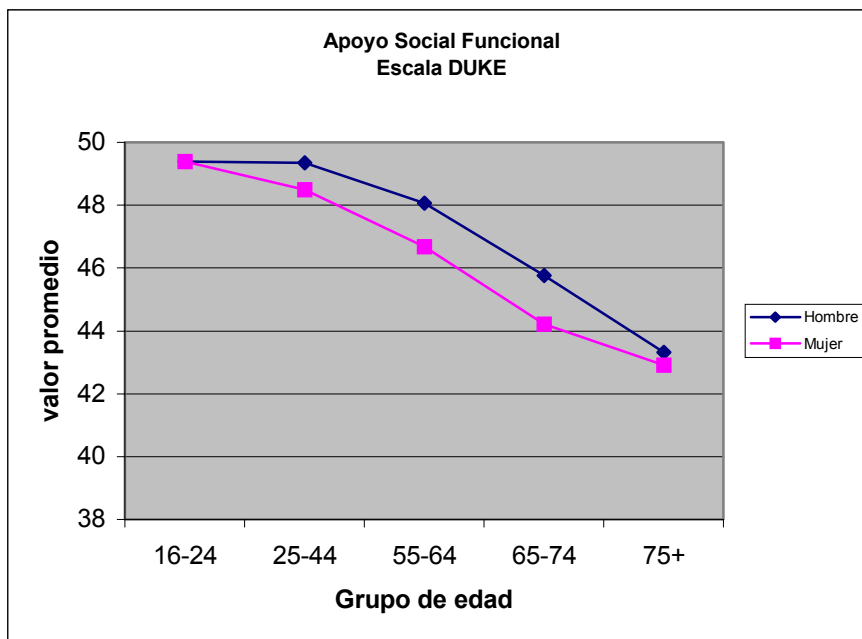


Fuente: EDDDES 1999. INE. INEBASE (www.ine.es/inebase).

3.2.4 Apoyo social

Como se observa en el gráfico 19, el grado de apoyo social percibido por las personas en Andalucía en 2003 disminuye conforme aumenta el grupo de edad. Los hombres perciben un nivel de apoyo superior al de las mujeres, si bien en los mayores de 75 años de edad esa diferencia prácticamente desaparece.

GRÁFICO 19. GRADO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO POR LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 65 AÑOS EN ANDALUCÍA. AÑO 2003.

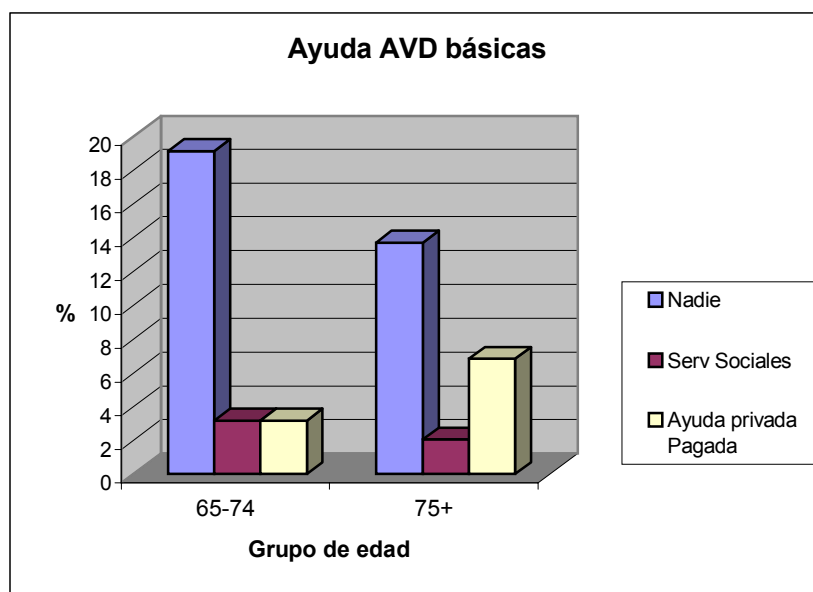


Fuente: 2ª Encuesta Andaluza de Salud 2003 (EAS-03).

El gráfico 20 muestra quién ayuda a los mayores que presentan dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. El 19% de los que tienen entre 65 y 74 años de edad dicen no recibir

ayuda de nadie, y poco más del 3% de los servicios sociales (el mismo porcentaje que consigue ayuda privada pagada). El resto de las ayudas proceden de la pareja, familiares o amigos.

GRÁFICO 20. ALGUNOS TIPOS (PROCEDENCIA) DE AYUDAS PARA LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN ANDALUCÍA CON DIFICULTADES PARA REALIZAR ALGUNAS DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (AVD BÁSICAS). AÑO 2003.

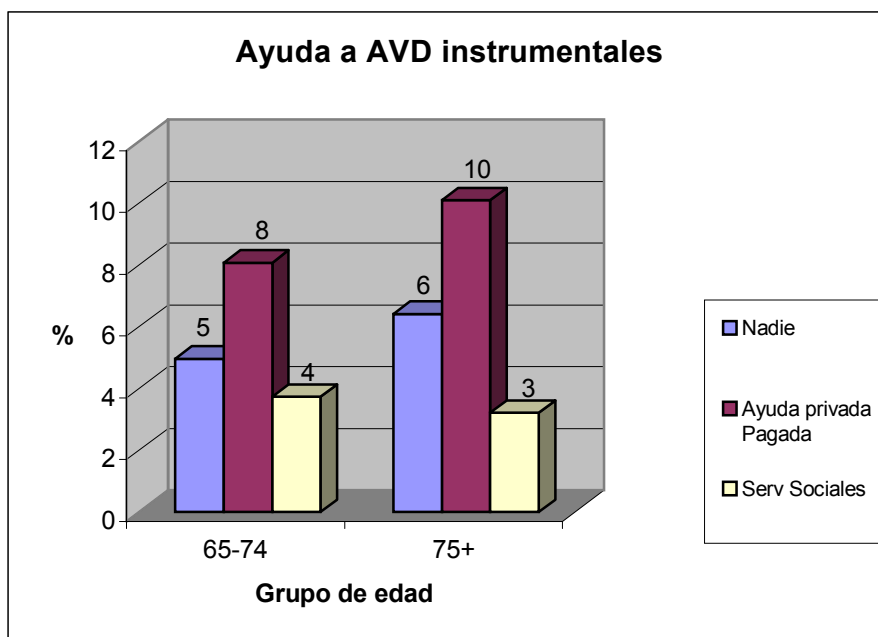


Fuente: 2ª Encuesta Andaluza de Salud 2003 (EAS-03).

Un 5% de los adultos andaluces, comprendidos entre los 65 y los 74 años de edad, que tienen dificultades para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, dice no recibir ayuda de nadie, el 4% de

los servicios sociales y el 8% a través de ayuda privada pagada. Dichos porcentajes son, respectivamente, de 6%, 3% y 10% para los andaluces mayores de 75 años (gráfico 21).

GRÁFICO 21. ALGUNOS TIPOS (PROCEDENCIA) DE AYUDAS PARA LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN ANDALUCÍA CON DIFICULTADES PARA REALIZAR ALGUNAS DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AVD INSTRUMENTALES). AÑO 2003.

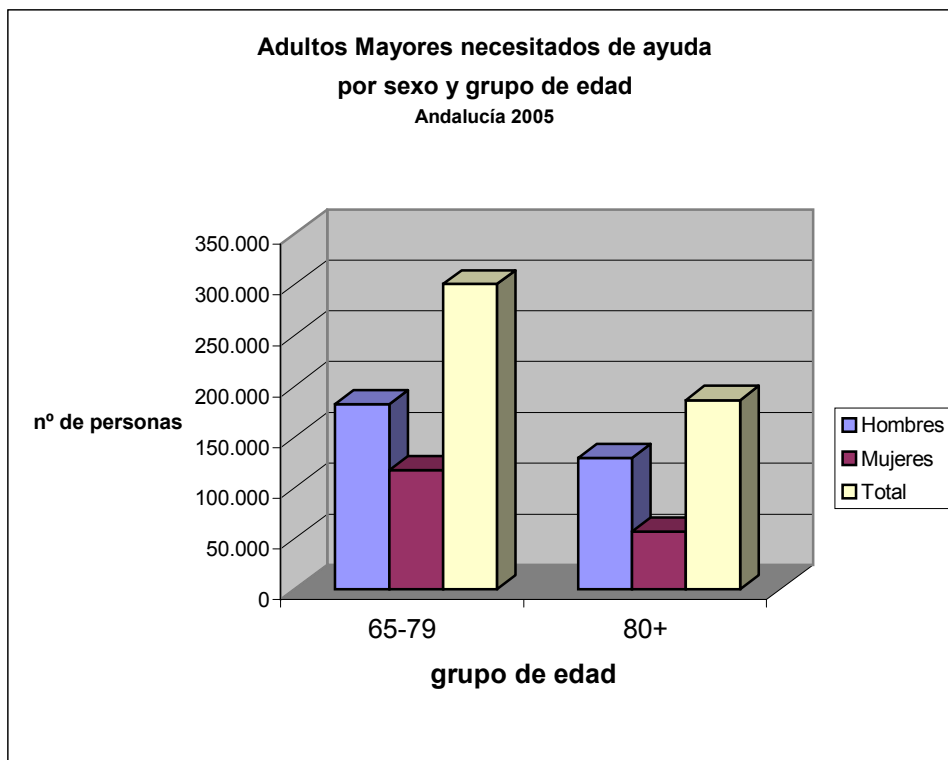


Fuente: 2ª Encuesta Andaluza de Salud 2003 (EAS-03).

La reciente Encuesta de Redes Familiares (ERF) realizada por el IAE en 2005, revela que más de 300.000 andaluces entre los 65 y los 79 años y más

de 186.000 mayores de 80 años de edad necesitan ayuda para la realización de las actividades, básicas o instrumentales, de la vida diaria (gráfico 22).

GRÁFICO 22. NÚMERO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 65 Y LOS 79 AÑOS DE EDAD Y MAYORES DE 80 AÑOS QUE NECESITAN AYUDA EN ANDALUCÍA EN EL AÑO 2005.



Fuente: IEA. Encuesta de Redes Familiares (ERF) año 2005. (www.juntadeandalucia.es/iea/redesfamiliares/index.htm)

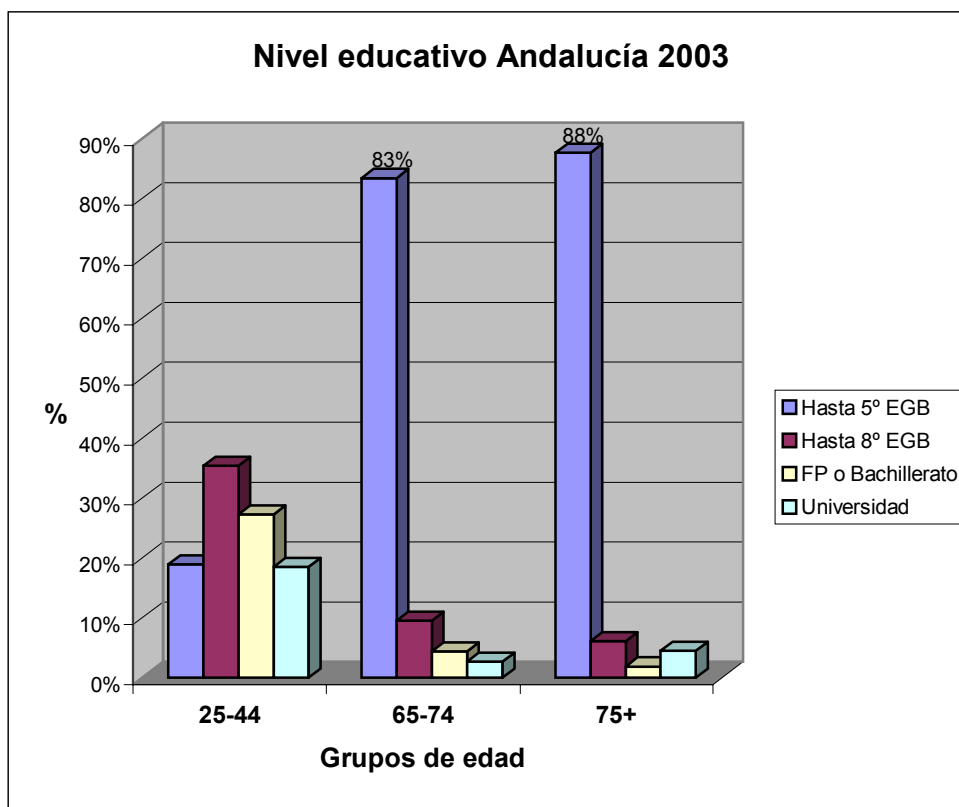
3.2.5 Determinantes de la salud

Los principales determinantes de los problemas fundamentales de salud proceden de las condiciones de trabajo y las medioambientales, del estatus socioeconómico y de los hábitos y comportamientos de las personas (el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, o la dieta inadecuada).

El estatus socioeconómico es un determinante importante del estado de salud (aunque éste, a su vez, condiciona sobremanera el desarrollo social y económico de un país). Está ampliamente contrastado que los grupos socioeconómicos más bajos presentan tasas de mortalidad, de morbilidad y de discapacidad consistentemente superiores, de la misma manera que existe evidencia sobre la influencia de las diferencias sociales y económicas en los factores de riesgos de la mortalidad y morbilidad. El estatus socioeconómico se refiere a la posición de una persona en la so-

cialidad y puede estratificarse, clasificarse, atendiendo a diferentes criterios (entre los que se utilizan con frecuencia, por ejemplo, el nivel de educación o de ingresos).

El nivel de educación es un determinante importante del estado de salud y de las conductas relacionadas con la salud (conforme se desciende en los niveles de educación aumenta la probabilidad de muerte prematuras, de deterioro de la salud, de desarrollar hábitos menos saludables, etc). Según los datos de la Encuesta de Salud de Andalucía de 2003 (gráfico 23), el 83% de la población andaluza comprendida entre los 65 y los 74 años de edad ha completado el 5º curso de EGB o equivalente, el 9,5% ha finalizado los estudios de 8º de EGB o equivalente, el 4,8% ha finalizado los estudios de FP o Bachillerato, y sólo el 2,7% han terminado los estudios universitarios de primer o segundo ciclo (en contraste con el 18,9%, 35,38%, el 27,30% y el 18,50%, respectivamente, de las personas comprendidas entre los 25 y los 44 años de edad).

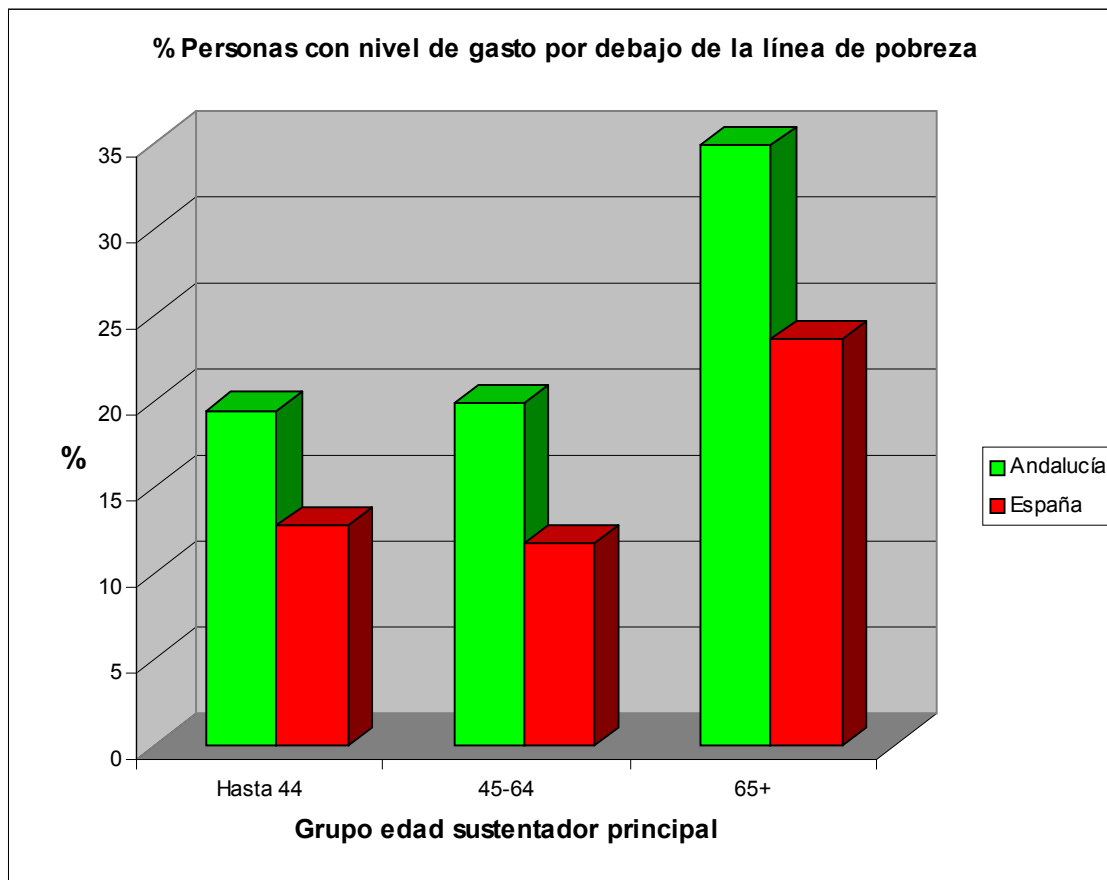
GRÁFICO 23. NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACIÓN ANDALUZA SEGÚN GRUPOS DE EDAD. AÑO 2003.

Fuente: 2ª Encuesta Andaluza de Salud 2003 (EAS-03).

En Andalucía, en el año 2002, según el Instituto Andaluz de Estadística, a partir de datos procedentes de la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares, el 36,44% de los hogares andaluces (618.080) cuyo sustentador principal era una persona mayor de 65 años y el 34,93% de las personas mayores de 65 años (1.366.143) estaban situados por debajo de la lí-

nea de pobreza del 60% de la media nacional calculada según el gasto medio equivalente por hogar, mientras que en España lo estaba el 23,25% de los hogares y el 23,60% de la población mayor de 65 años. En el gráfico 24 pueden compararse estos porcentajes con los que presentan los grupos de edad más jóvenes (claramente inferiores).

GRÁFICO 24. PORCENTAJE DE PERSONAS CON NIVEL DE GASTO POR DEBAJO DE LA LÍNEA DE POBREZA EN ANDALUCÍA Y EN ESPAÑA, SEGÚN EL GRUPO DE EDAD DEL SUSTENTADOR PRINCIPAL. AÑO 2002.



Fuente: IEA. Encuesta Continua de Presupuestos familiares. Base 1997. Resultados para Andalucía. Año 2002. Caracterización de los hogares en relación a su nivel de gasto.

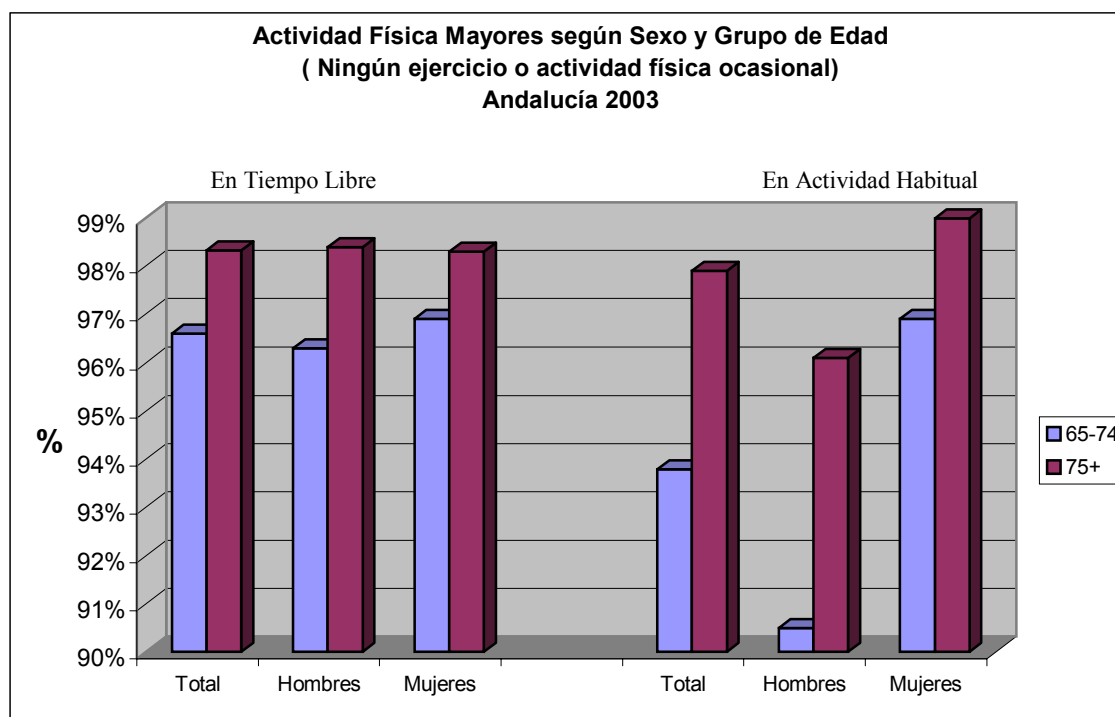
El tabaquismo, no sólo para el individuo que fuma sino también para el fumador pasivo, está asociado con un amplio espectro de enfermedades (enfermedades cardiovasculares, bronquitis crónica, cáncer, etc.) y constituye el determinante de la salud más importante de muertes evitables. En España en 2003 el porcentaje de fumadores es de aproximadamente el 11% de las personas incluidas en el grupo de edad 65-74 años (hombres 21,1% y mujeres 1,7%) y del 5,5% para los mayores de 75 años (hombres 11,2% y mujeres 1,4%). Andalucía presenta en 2003, según la 2ª Encuesta Andaluza de Salud, un patrón de datos similar, ligeramente superior en los hombres de más de 75 años e inferior en las mujeres de esta edad. Por otra parte, de los datos de las dos Encuestas Andaluzas de Salud, la de 1999 y la de 2003, se observa una tendencia decreciente en el porcentaje de fumadores para los hombres entre 65 y 74 años y para las mujeres de más de 75 años. En la Unión Europea, sin olvidar las grandes diferencias entre los países, el porcentaje de hombres fumadores ha decrecido desde

1980, mientras que se ha experimentado un crecimiento en las mujeres.

La actividad física contribuye a la salud gracias a la disminución del riesgo de una enfermedad cardiovascular y la reducción de la cantidad de pérdida ósea asociada con la edad y la osteoporosis. La actividad física también ayuda al cuerpo a quemar calorías de una forma más eficiente, facilitando así la pérdida y el mantenimiento del peso. Puede aumentar la tasa metabólica basal, reducir el apetito y ayudar a la reducción de grasa corporal.

Las personas mayores en Andalucía presentan un alto grado de sedentarismo. El porcentaje de personas que dicen no realizar actividad física alguna, o realizarla de manera ocasional, tanto en su tiempo libre como en su actividad habitual, está en todos los grupos de sexo y edad por encima del 90% y en casi todos por encima del 95% (gráfico 25). Estos valores son considerablemente superiores a los que arroja la Encuesta Nacional de Salud para el conjunto de España.

GRÁFICO 25. PORCENTAJE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES EN ANDALUCÍA, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD, QUE DICEN NO REALIZAR NINGÚN EJERCICIO O SÓLO UNA ACTIVIDAD FÍSICA OCASIONAL, BIEN EN SU TIEMPO LIBRE O BIEN EN SU TRABAJO O ACTIVIDAD HABITUAL. AÑO 2003.



Fuente: 2ª Encuesta Andaluza de Salud 2003 (EAS-03).

El Índice de Masa Corporal (IMC) es una medida que pretende determinar, a partir de la estatura y el peso, el rango más saludable de peso que puede tener una persona. Revela, entre otras cosas, la existencia de sobrepeso (IMC entre 25 y 30) u obesidad (IMC de 30 o superior), los cuales están asociados con hábitos alimentarios inadecuados y con la ausencia de actividad física, y constituyen importantes problemas de salud pública.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2003 y de la Encuesta Andaluza de Salud del mismo año, Andalucía presenta un IMC promedio ligeramente superior a los valores de España en la población mayor. En 2003, el 21,9% de los adultos comprendidos entre los 65 y los 74 años tenían en España un índice de masa corporal mayor de 30 (obesidad) -el 20,1% de los hombres y el 23,3% de las mujeres-. En Andalucía dichos porcentajes eran del 24,1% para los dos sexos (23% para los hombres y el 25,1% para las mujeres). En España, el 17,2% de los mayores de 75 años presentaban en España un IMC superior a 30 (el 12,9% de los hombres y el 19,9% de las mujeres). En Andalucía, estos porcentajes fueron del 18,7% para los dos sexos (18,2% para los hombres y el 19% para las mujeres).

La salud es un estado relacionado con el aporte de diferentes nutrientes en las cantidades recomendables. El aporte de los mismos se hace a través de los alimentos, de ahí la importancia de un buen hábito alimenticio. Según la encuesta nutricional realizada en

2005 (que ha valorado el **estado nutricional** de una muestra de 25.827 personas mayores en España), el 4,5% de los adultos andaluces mayores de 65 años presenta desnutrición y el 22,7% riesgo de desnutrición. Las medias nacionales fueron, respectivamente de 3,8% y del 22,1%.

Por comunidades autónomas, los resultados revelan que Navarra es la que presenta un menor índice de desnutrición (1,1%), seguida de Cantabria, Cataluña y Aragón. En el extremo superior se encuentran las comunidades de Asturias, con un porcentaje de desnutrición del 6,1; Galicia (5,4%), Castilla-La Mancha (4,7%) y Andalucía (4,5%). En relación a los hábitos de alimentación, un 2,5% de la población mayor de 65 años declaró realizar tan sólo una comida al día y un 17% sólo dos (se recomienda realizar no menos de tres comidas diarias y, preferiblemente, cuatro o cinco).

Por otra parte, nueve de cada diez mayores españoles señalaron consumir productos lácteos al menos una vez al día; el 83,6% aseguró tomar huevos o legumbres dos o más veces a la semana. El mismo porcentaje consume carne, pescado o aves diariamente. Sin embargo, en relación con la ingesta de frutas o verduras, más del 80% no toma este tipo de alimentos al menos dos veces al día. Algo parecido ocurre con el consumo de agua u otros líquidos, pues casi un 19% declaró tomar menos de tres vasos al día, y un 45,5 por ciento, entre tres y cinco vasos.

4. LAS PERSONAS MAYORES CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA

4.1 EL CONCEPTO DE DEPENDENCIA

El término dependencia tiene un amplio abanico de sentidos. La dependencia demográfica hace referencia a una relación entre grupos de edad, los jóvenes y mayores respecto a los adultos. La dependencia económica se refiere a la relación entre población económicamente inactiva respecto a la fuerza de trabajo, es decir, entre individuos productivos y no productivos o dependientes. La dependencia psicológica y mental se relaciona con las capacidades intelectuales y necesidades afectivas y emocionales. Se habla también de una dependencia social y política creada por la extensión de los beneficios del estado protector a la población, que ve su vida organizada por un sistema público de protección y atención, en el que se pierde la capacidad de iniciativa.¹

Efectivamente el término “dependencia” adquiere un sentido u otro en el ámbito del conocimiento o sector de actuación en el que se utilice, teniendo en común la carga negativa que suscita en todos ellos, lo que conviene señalar a la hora de aplicarlo a personas o grupos de personas ya que puede contribuir, de hecho lo hace, a configurar una imagen estereotipada de las mismas en torno a esa única categoría, la de “dependiente”. Las personas con discapacidades e incluso las personas mayores, por extensión, han visto afectadas sus posibilidades de consideración y protagonismo social a causa de ese estereotipo en un mundo que otorga un gran valor a la autonomía personal.

Como objeto de la intervención socio-sanitaria “dependencia” significa necesidad de ayuda de otras personas para desenvolverse en la vida cotidiana y el término es utilizado, en este sentido, en diferentes disciplinas que se ocupan del cuidado de las personas. Así, Henderson en 1955, en el marco de las explicaciones teóricas que sustentan la enfermería moderna, plantea que las enfermeras intervienen sobre *áreas de dependencia* de las personas para manejar su situación de salud, siendo éstas: los conocimientos, la fuerza (física y psíquica) y la voluntad. El papel de las enfermeras consiste en identificar con cada paciente sus problemas de independencia para satisfacer necesidades básicas², proporcionando

ayuda (aumentar, completar, reforzar, suplir las capacidades de la persona) orientada al desarrollo o mantenimiento del potencial del paciente para satisfacerlas de manera autónoma, o a procurar una muerte apacible si así se requiere.

En similar sentido, el término “dependencia” se utiliza en geriatría y gerontología para referirse a las consecuencias de problemas funcionales o sensoriales sobre la capacidad de las personas mayores para realizar las actividades de auto-cuidado necesarias en la vida cotidiana. La capacidad funcional se plantea, desde esta perspectiva, como la principal dimensión de la salud a analizar y sobre la que intervenir, dimensión sobre la que influyen múltiples factores de índole físico, psicológico o social y no sólo la presencia de enfermedades.

El concepto de salud de las personas mayores, explorado a través de estudios cualitativos, se corresponde en gran medida con las perspectivas planteadas: a edades avanzadas, salud se identifica con capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana de manera autónoma y tener *buena salud* es un requisito decisivo para el bienestar que adquiere valor como recurso para acceder a otros recursos. Por el contrario *mala salud* se relaciona con la pérdida de energías, con limitaciones para cumplir las expectativas de los respectivos papeles o con la percepción de dolor corporal. La enfermedad pasa a ser un hecho natural con el que se aprende a convivir siempre que no ocasione incapacidad y dependencia de otros.

Pero el énfasis en la “dependencia” (y en la clasificación de las personas en torno a esa categoría) es relativamente reciente, aparece ligado al desarrollo de los cuidados de larga duración³ en los sistemas de bienestar social de los países ricos y a la preocupación por el previsible incremento de la demanda de cuidados, en un escenario de envejecimiento progresivo de la población y disminución de los efectivos del sistema informal de atención, principal proveedor de ayuda de las personas con problemas de dependencia. Las ganancias en expectativa de vida que se han producido durante las últimas dos décadas en los países ricos lo han hecho sobre todo a expensas de la disminución de la mortalidad entre los más mayores, de manera que hoy, en España, una persona que ha cumplido los 65 años puede esperar vivir aproxima-

¹ *Dependencia y necesidades de los mayores en España, una previsión a 2010*. Investigación desarrollada en colaboración entre la Fundación Pfizer, el CSIC y el IMSERSO. Fundación Pfizer. Madrid 2002.

² V. Henderson parte del modelo de A Maslow considerando 14 tipos de necesidades “para mantener la vida y la salud”: respirar, alimentarse e hidratarse, eliminar, moverse y mantener la postura corporal, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene e integridad de la piel, pro-

tegerse de los riesgos ambientales, comunicarse, vivir de acuerdo a los propios valores y creencias, ocuparse en algo que tenga un sentido de realización personal, participar en actividades recreativas, aprender y auto desarrollarse.

³ En castellano se utiliza la expresión *atención socio-sanitaria* como equivalente al *Long-Term Care* en terminología anglosajona.

damente 19 años más, es posible que aún le quede por vivir el 22% de su vida. La preocupación por las necesidades de servicios sociales y sanitarios es una consecuencia lógica de este hecho si se tiene en cuenta la abundante evidencia empírica sobre la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, discapacidades y problemas que ocasionan dependencia entre las personas de edad avanzada respecto al resto de la población.

Desde esta perspectiva, la de prever y planificar los servicios de ayuda a las personas que necesitan de otras para desenvolverse en la vida diaria, El Consejo de Europa, ha venido promoviendo iniciativas para lograr un marco conceptual de consenso sobre la dependencia y la manera de evaluar sus dimensiones y características en la población, entre la mayoría de países miembros de este organismo. Fruto de estas iniciativas fue la aprobación, en septiembre de 1998, de una *Recomendación* relativa a la dependencia en la que se define esta situación como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

Algo más tarde, en 2001, la OMS sustituye la antigua Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM, de 1980) por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que permite una aproximación interdisciplinaria a los problemas de dependencia⁴ coherente con el concepto asumido por la Comisión Europea. El marco conceptual que sustenta la CIF permite interpretar las situaciones de dependencia como consecuencia de *anomalías en el funcionamiento corporal* de una persona que originan *limitaciones* para la realización normal de sus actividades, lo que a su vez restringe la *participación* cuando no pueden compensarse mediante mecanismos de adaptación del entorno. *Discapacidad* se utiliza, en el CIF, para designar diferentes condiciones que expresan interacción negativa entre una persona con problemas de salud y su entorno. El término abriga los siguientes elementos incluidos en la Clasificación:

– Déficit en el funcionamiento: *pérdida o anomalía (en el sentido estadístico del término, es decir como referencia a la tendencia central en una población) de una parte del cuerpo o de una función.*

– Limitación en la actividad: *dificultad para realizar actividades de la vida diaria en la cantidad o calidad que se esperaría de una persona sin alteraciones. Pueden presentarse en diferentes grados.*

⁴ La CIF se elabora teniendo en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades, La Clasificación Internacional de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) y taxonomías del contexto educativo.

– Restricción en la participación: *problemas para mantener el nivel de implicación en la vida personal y social esperable en una determinada cultura o sociedad.*

– Barreras: *factores contextuales, del entorno personal y/ o social que contribuyen a la discapacidad.*

Desde el punto de vista de la planificación de servicios el interés se ha centrado fundamentalmente en las consecuencias funcionales (es decir en las limitaciones en la actividad) de la discapacidad, a pesar de que este enfoque sigue cosechando abundantes críticas, centradas unas en la multicausalidad de las situaciones de dependencia: el que una persona pueda ejecutar ciertas actividades para desenvolverse en la vida cotidiana no depende sólo de sus características personales (físicas, mentales, intelectuales) sino de una gran variedad de factores del entorno (estructurales, económicos, normativos, relacionales, familiares etc.) y otras, en la escasa importancia concedida al componente social de la dependencia, lo que ha llevado a proponer definiciones alternativas en el propio marco de la Comisión Europea⁵.

Con todos los matices señalados y a pesar de no haberse alcanzado un acuerdo unánime sobre la definición de “dependencia”, la traducción del concepto en instrumentos de valoración refleja el enfoque funcional: lo que se somete a “medición” es la autosuficiencia, o la necesidad de ayuda de una persona para ejecutar las actividades que exige el discurrir diario de la vida. Hasta aquí lo común a los múltiples instrumentos de valoración basados en listados de “Actividades de la Vida Diaria (AVD)”, que muestran, sin embargo, grandes diferencias respecto al número de actividades consideradas, a la manera de medir la capacidad o necesidad de ayuda para realizarlas, y al umbral de dificultad a partir del cual una persona es considerada subsidiaria de recibir servicios de atención o subvenciones económicas para sufragarlos.

Las Actividades de la Vida Diaria a considerar suelen clasificarse en dos grupos: básicas (bañarse, vestirse, alimentarse, usar el retrete, trasladarse – de un sillón a la cama y viceversa–, mantener el control sobre la micción y la defecación etc.⁶) e instrumentales (usar el teléfono, salir de compras, preparar la comida, ocuparse de la limpieza de la casa, lavar la ropa, usar el transporte, responsabilizarse de tomar la medica-

⁵ El grupo de expertos en la Mejora de la Calidad de Vida de las Personas Mayores Dependientes (CS-QV) del Comité Europeo de Cohesión Social (CECS 2003) propone que “Dependencia es un estado en que las personas, debido a la falta o la pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores”

⁶ Algunos instrumentos añaden otras como: arreglarse, desplazarse por la casa y subir/ bajar escaleras.

ción y manejar el dinero). Las actividades citadas corresponden a las escalas de Katz, Barthel y Lawton-Brody, respectivamente, tres de los instrumentos de uso más frecuente en gerontología. La demanda de atención personal, a su vez, puede establecerse de acuerdo a diferentes criterios: el tiempo de ayuda requerido según el nivel de dependencia observado⁷, el número de actividades para las que se requiere atención, o el tipo de actividades que no pueden ejecutarse autónomamente.

En España, a día de hoy, puede decirse que son escasísimos los intentos de caracterizar a las personas mayores dependientes y que los que lo hacen⁸ suelen utilizar criterios específicos para cada estudio. Así mismo, la población de mayores en situación de dependencia aparece subestimada al excluirse sistemáticamente de las encuestas a las personas institucionalizadas. Recientemente Casado ha intentado superar estas limitaciones caracterizando a las personas mayores dependientes de la EDES-99 y del Registro de Solicitud Única (RSU)⁹ de la Consejería de Bienestar Social de la Generalitat de Cataluña mediante un método matemático, el modelo GOM¹⁰, definido por Manton en 1994. Teniendo en cuenta los distintos “tipos” de individuos obtenidos de la combinación de actividades para las que necesitan ayuda, se establecen categorías de dependencia excluyentes¹¹, respecto a las cuales se agrupan las personas mayores “dependientes” de ambas bases de datos.

⁷ Rodríguez Cabrero establece, por ejemplo, 4 niveles, entre dependencia leve y gran dependencia, considerando las horas de ayuda requeridas: “alguna vez por semana”, “de 1,5 a 3 horas/ día”, “de 3 a 5 horas/ día” y “de 5 a 24 horas/ día”, de menor a mayor nivel de dependencia.

⁸ La serie de encuestas del IMSERSO sobre condiciones de vida de las personas mayores, iniciada en el año 2000, constituye la principal excepción a dicha regla.

⁹ La RSU es una base de datos de las personas que han solicitado alguno de los servicios sociales públicos para personas dependientes ofertados en Cataluña, principalmente residencias y centros de día.

¹⁰ El *Grade of membership model* (modelo de grados de pertenencia) formulado por Manton en 1994, identifica mediante procedimientos estadísticos tipos de individuos en base a las categorías analizadas (AVD afectadas, en nuestro caso) para establecer después la similitud (grado de pertenencia) de cada uno de los individuos de la muestra con los tipos obtenidos. El resultado es una nueva caracterización de los individuos en base a una combinación de los perfiles identificados.

¹¹ Las categorías son las siguientes: *leve*, sólo necesitan ayuda para hacer compras y/o utilizar el transporte público, *moderada*, si, además, necesitan ayuda para lavar la ropa y/o cocinar y/o limpiar la casa, *grave*, si independientemente de las AVD instrumentales, necesitan ayuda para levantarse y/o desplazarse dentro del hogar y/o asearse y/o vestirse, muy grave, si independientemente de las demás AVD, necesitan ayuda para comer y/o utilizar el servicio.

El recién aprobado baremo de valoración de las situaciones de dependencia (Real Decreto 504/2007, de 20 de abril), establece tres grados de gravedad de la misma de acuerdo a la capacidad demostrada ante un profesional (nivel de desempeño) para realizar “de forma adecuada actividades de auto cuidado, movilidad y tareas domésticas”, teniendo en cuenta los informes de salud y del entorno en que viva la persona. Las actividades consideradas se basan en el marco conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, OMS 2001), a las que se añade además la capacidad de tomar decisiones en el caso de “personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva”.¹²

El debate acerca de la protección a la “dependencia” en el contexto de las políticas sociales tiene múltiples facetas de las cuales resaltaremos dos para los propósitos de este informe. La primera tiene que ver con las futuras dimensiones del fenómeno y su repercusión en la sociedad, en concreto, con si la mayor longevidad supondrá más años vividos con calidad o la prolongación de un tiempo de pérdidas, vulnerabilidad y dependencia. La segunda tiene un carácter más operativo relacionado con la magnitud y tipo de recursos o servicios a desarrollar para prevenir estas situaciones y proteger a las personas que las padecen. En los siguientes apartados nos ocuparemos de ambas facetas.

4.2 LONGEVIDAD Y DEPENDENCIA

Sin duda uno de los factores que ayudaría a mitigar los efectos del envejecimiento poblacional sobre la demanda de cuidados de larga duración y, por lo tanto, sobre el incremento de los costes de los servicios es la mejora de la salud y capacidad funcional de las personas mayores; en torno a este tema se barajan varias hipótesis. Una de ellas, la denominada *teoría de la expansión de la morbilidad/ discapacidad*, sostiene que el aumento de la longevidad supondrá una prolongación del periodo de enfermedad y discapacidad al aumentar la supervivencia de las personas enfermas (gracias a los avances en la atención médica y sanitaria) e incrementarse los problemas de salud asociados a la edad. Otros autores, menos pesimistas, plantean una relación de *equilibrio dinámico* entre

¹² Las actividades recogidas en el baremo, bastante exhaustivo, son: comer y beber, regulación de la micción/ defecación, lavarse, otros cuidados corporales, vestirse, mantenimiento de la salud, transferencias corporales, desplazarse dentro del hogar, desplazarse fuera del hogar, tareas domésticas y tomar decisiones. Para establecer el grado de dependencia se valoran además determinadas *variables de desarrollo y necesidades de apoyo en salud*. El citado Real Decreto ofrece una información detallada, al respecto.

la mayor longevidad y la instalación de enfermedades crónicas e incapacidades bien porque el aumento de los problemas de salud ocurra en base a los leves y moderados, beneficiándose los más severos de las mejoras en los servicios de atención y disponibilidad de ayudas técnicas, o porque la edad de inicio de la morbilidad aumente de forma equivalente a como lo hace la edad media de la muerte, con lo cual el tiempo de vida con enfermedades y discapacidad permanecerá estable.

Pero la hipótesis que ha despertado mayor interés es, sin embargo, la propuesta por Fries con el nombre de *compresión de la morbilidad*, según la cual el periodo de enfermedad y discapacidad se reducirá concentrándose en el último tramo de la vida, al aumentar más la edad de comienzo de los problemas de salud crónicos que la edad media en la que se produce la muerte. Las cada vez más sólidas evidencias disponibles sobre la relación entre estilos de vida, enfermedades crónicas y discapacidad así como la sensibilidad de éstas a las intervenciones preventivas y de promoción de la salud hablan a favor de esta hipótesis. Como también lo hacen las previsiones de mejora en el nivel educativo y socioeconómico de las sucesivas generaciones de personas mayores que, al menos en los países ricos, contribuirán a la adherencia a hábitos saludables. Los avances en la medicina y en los servicios de atención actuarán, asimismo, a favor de prolongar el tiempo de vida sin enfermedad o discapacidad.

La investigación empírica aporta, sin embargo, resultados contradictorios en relación con la hipótesis de Fries, por ejemplo: una revisión de las tendencias de la discapacidad en personas mayores durante la década de los 90 en 9 países de la OCDE, dirigida por Jacobzone en 1999, observaba una tendencia a la disminución de la discapacidad severa en la mayoría de ellos¹³, sin embargo, otra reciente revisión en 12 países del mismo ámbito, publicada hace apenas un mes, encuentra una tendencia a la disminución en cinco países, una evolución al alza en otros tres y una situación de estabilidad en dos de ellos, mientras que en otros dos los datos considerados en los diferentes estudios nacionales arrojan resultados divergentes¹⁴. También a favor de la compresión de la morbilidad, Murray y López encontraron, en un estudio comparati-

vo entre países, que el aumento de la esperanza media de vida se acompañaba también de un aumento en el periodo de vida libre de discapacidades, así como que las cifras más altas de mortalidad y de discapacidad solían coincidir en los mismos entornos. Freedman, por su parte, en una revisión sistemática de 16 estudios de tendencias en discapacidad, describe evidencias sólidas sobre el declinar de la misma.

Fries se pronunció recientemente sobre la aparente divergencia de los datos para constatar la compresión de la morbilidad, planteando la necesidad de analizar conjuntamente las tendencias en mortalidad y discapacidad utilizando tasas específicas por edad para ambos fenómenos. Según él, existe consenso en la literatura "de calidad" acerca de que la compresión de la morbilidad es ya un hecho, y un hecho que está ocurriendo a un ritmo relativamente rápido. A este respecto, los datos del National Long-Term Care Survey¹⁵ (NLTCs) y del National Health Interview Survey (NHIS) en Estados Unidos no dejan lugar a dudas: entre 1982 y 1999, la prevalencia de discapacidad en todos sus grados, en personas mayores de 65 años, ha pasado de un 26,2% a un 19,7%, disminuyendo a un ritmo aproximado del 2% al año mientras que la mortalidad lo ha hecho a un ritmo aproximado de la mitad, el 1% anual. La consecuencia es obvia: más años de vida en buena salud, con las enfermedades y discapacidad más concentradas al final de la vida. Es posible que la mejora de los sistemas de información sobre la salud de las personas mayores en cada país (muestras específicas de tamaño adecuado, homogeneidad de los instrumentos de medida de discapacidad y dependencia, observaciones longitudinales) permita en un futuro próximo comprobar compresiones de la morbilidad en otros ámbitos.

Las mismas razones metodológicas que dificultan el estudio de las tendencias en discapacidad y dependencia en muchos países, lo hacen también en España y en Andalucía. A este respecto, la comparación de los dos estudios de mayor alcance en nuestro país, la encuesta sobre *Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (INE 1986)* y la encuesta sobre *Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (EDDES 1999)*, separados trece años entre sí, muestran una reducción de la prevalencia global de discapacidad (en ambos sexos y para todos los grupos de edad) del 50%, descenso que, sin embargo, no puede interpretarse como tal por las diferentes categorías de activi-

¹³ Parecía darse una tendencia a la disminución en Francia, Japón, Suecia y EEUU, no así en Australia y Canadá y los datos, mientras que en el resto de países los datos no eran concluyentes.

¹⁴ Existe una clara evidencia de reducción de la dependencia severa (medida como la necesidad de ayuda para realizar una o más, entre cinco, actividades de la vida diaria) en: Dinamarca, Finlandia, Italia, Holanda y EEUU. En Bélgica, Japón y Suecia se observa la tendencia contraria, Australia y Canadá mantienen una situación de estabilidad y los datos de Francia y el Reino Unido no permiten llegar a conclusiones al respecto.

¹⁵ La NLTCs, se realiza sobre una muestra de toda la población adscrita a Medicare. El hecho de incluir a personas mayores institucionalizadas, junto a las que viven en la comunidad, y el de cubrir un amplio horizonte temporal con medidas de discapacidad bien definida la hacen idónea para poder observar las tendencias.

dades utilizadas y la distinta forma de valorarlas en ambas encuestas¹⁶.

Algo parecido ocurre con las *Encuestas Nacionales de Salud* que, hasta hace poco tiempo, no incluían listados de actividades de la vida diaria, el número de personas mayores encuestadas era relativamente pequeño y las muestras excluían a las personas institucionalizadas. Sin embargo, cuando es posible comparar algunos resultados,

como los representados en la tabla 3, entre las ENS-93 y ENS-97, que utilizan el mismo listado de actividades de la vida diaria y la misma pregunta para identificar problemas de dependencia, se observa una disminución significativa en el número de personas que necesitan ayuda para cada tipo de actividad. Esta disminución ocurre tanto en hombres como en mujeres y en los dos grupos de edad considerados.

Tabla 3. Porcentaje de personas mayores que realizan sin ayuda diferentes Actividades de la Vida Diaria por grupos de edad. España 1993 y 1997

	65-79 años		80 y más	
	EENS-93	EENS-97	EENS-93	EENS-97
Utilizar el teléfono	92.4	97.0	76.1	84.0
Comprar comida o ropa	91.2	94.3	68.9	76.4
Coger el autobús, metro, taxi, etc.	88.3	91.4	59.1	63.6
Preparar su propio desayuno	95.1	98.2	81.2	86.8
Preparar su propia comida	92.9	97.3	79.7	83.9
Tomar sus medicinas	94.5	96.8	83.0	85.1
Administrar su propio dinero	93.4	95.5	79.4	81.1
Cortar una rebanada de pan	97.7	99.0	89.8	93.1
Fregar los platos	93.7	97.0	78.4	90.9
Hacer la cama	90.1	94.6	74.9	85.7
Cambiar las sábanas de la cama	88.4	94.5	69.4	81.0
Lavar ropa ligera a mano	87.5	93.0	67.7	79.2
Lavar ropa a máquina	89.2	94.4	65.7	80.9
Limpiar la casa o el piso	84.7	90.6	61.4	66.5
Limpiar una mancha del suelo	86.6	91.9	63.0	70.2
Comer	97.5	99.0	90.8	96.5
Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse	97.0	98.1	88.8	92.5
Peinarse (mujer) afeitarse (hombre)	97.3	98.8	89.5	92.5
Andar	96.8	98.0	86.8	90.2
Levantarse de la cama y acostarse	95.7	97.8	88.1	93.7
Cortarse las uñas de los pies	81.9	84.4	58.6	59.8
Coser un botón	89.2	92.8	70.9	77.2
Lavarse la cara y el cuerpo de cintura para arriba	95.8	98.5	85.6	91.9
Ducharse o bañarse	91.4	94.5	72.2	77.6
Subir 10 escalones	89.9	92.6	73.6	78.2
Andar durante una hora seguida	83.5	83.4	61.5	56.4
Quedarse solo durante toda la noche	94.0	95.4	80.7	85.1

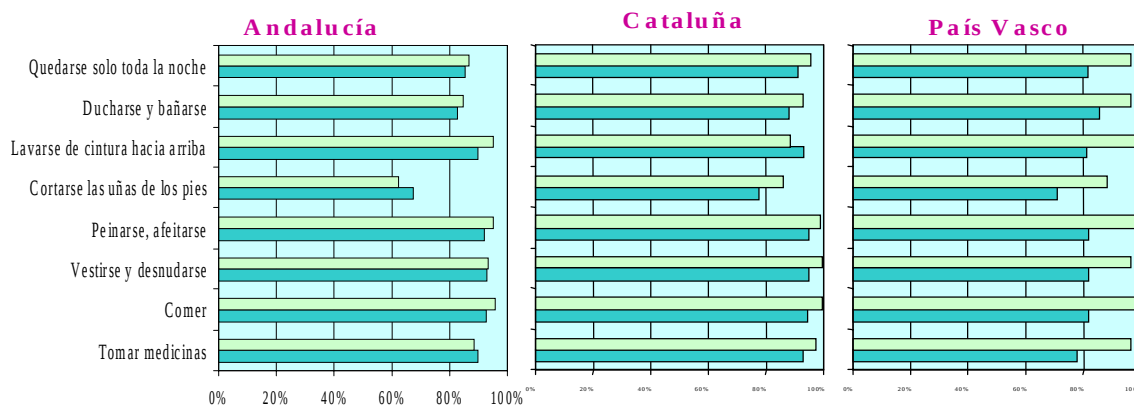
INE: Datos de las ENS de 1993 y 1997

¹⁶ En 1986 las discapacidades más frecuentes eran para "correr" y para "subir escaleras" y las más parecidas entre las incluidas en la EDES de 1999, "deambular sin medios de transporte" y "desplazarse dentro del hogar", parecen requerir esfuerzos menores

En Andalucía la comparación de resultados entre las dos encuestas muestra la misma tendencia que en el resto de España, aunque, como puede observarse en el gráfico 26, no ocurre en todas las actividades y

el aumento en la proporción de personas que pueden valerse por sí mismas es más pequeño que el que se produce, por ejemplo, en Cataluña y País Vasco.

GRÁFICO 26: PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES QUE REALIZAN SIN AYUDA 8 ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN ANDALUCÍA, CATALUÑA Y PAÍS VASCO, SEGÚN LAS ENS 93 Y 97.



Fte: BBVA 1999. Evaluación de Políticas Sanitarias en el Estado de las Autonomías

ENS 1993 ENS 1997

Casado identifica también esta tendencia a la reducción de la dependencia en las personas mayores de nuestro país, comparando los datos de dos encuestas de ámbito estatal realizadas por el CIS con una separación temporal de cinco años¹⁷: *la Encuesta sobre El Apoyo Informal a las Personas Mayores de 1993 y la Encuesta sobre la Soledad en las Personas Mayores de 1998*. El estudio concluye que entre las dos encuestas se ha producido una disminución de 1,3 puntos en la proporción de personas que necesitan ayuda para realizar una, o más, de las cinco actividades consideradas para estimar la dependencia en los estudios comparativos entre países de la OCDE¹⁸. En el mismo sentido, Otero y Zunzunegui, comparando los datos correspondientes a diferentes oleadas de la encuesta “Envejecer en Leganés” observan una

tendencia a que la dependencia aparezca a edades más tardías en las sucesivas cohortes¹⁹.

En resumen: los datos de algunos estudios empiezan a apuntar, también en España, una tendencia a la comprensión de la morbilidad y dependencia en torno a los últimos años de la vida pero, en todo caso, considerando la información disponible en este momento, no parece prudente contar con una reducción de la proporción de personas dependientes como factor que pueda paliar los efectos del envejecimiento poblacional en la demanda de cuidados de larga duración. Sí, resulta urgente adoptar las medidas que permitan una mejor monitorización de los indicadores de salud y capacidad funcional en las personas mayores, dadas las grandes diferencias que se derivan para la planificación de los servicios, de la aplicación de diferentes escenarios en los ejercicios de proyección de necesidades²⁰.

¹⁷ Los autores justifican la elección de ambas encuestas en las siguientes razones: la administración a una muestra específica de 2.500 personas mayores, con sobre representación de las más mayores, la homogeneidad de los instrumentos utilizados en ambas y la incorporación de preguntas relativas al tipo de ayuda recibido.

¹⁸ 1. Levantarse, vestirse y asearse 2. Bañarse o ducharse. 3. Andar por dentro de la casa. 4. Subir y bajar escaleras. 5. Salir a pasear.

¹⁹ “Envejecer en Leganés” es el único estudio longitudinal realizado en España sobre la salud y capacidad funcional de las personas mayores.

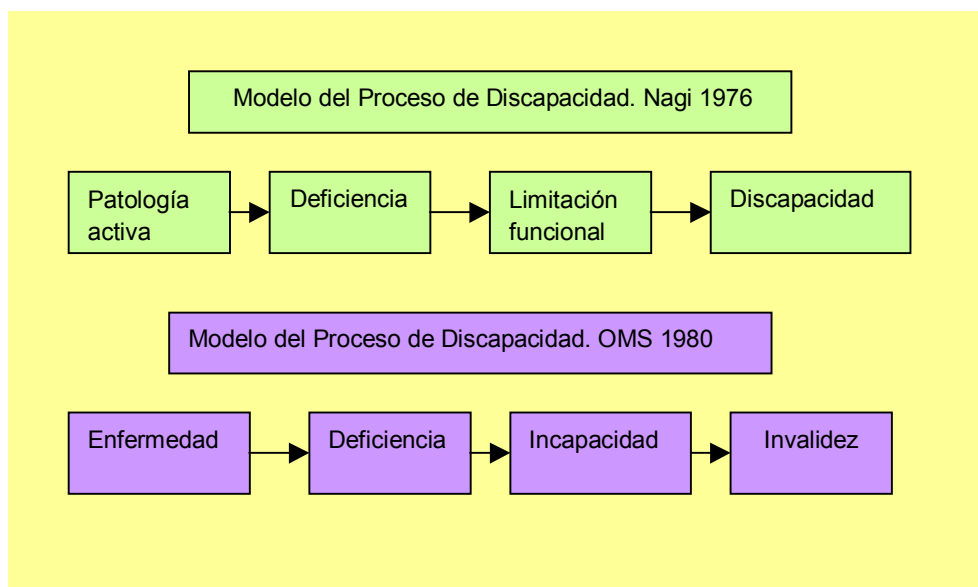
²⁰ Gaetan L y el Grupo de Expertos en Discapacidad que realizaron el último estudio de tendencias en 12 países de la OCDE apuntan, por ejemplo, que en EEUU la diferencia entre aplicar a un ejercicio de proyección a 2030 un escenario estático u otro dinámico, basado en el declive que muestra el estudio, de la prevalencia de discapacidad, oscila entre prever un incremento del 90% de personas mayores con dependencia severa a hacerlo sólo del 35%.

4.3 EL CAMINO HACIA LA DEPENDENCIA

Si aceptamos la discapacidad como condición ineludible de la dependencia (lo que no significa que toda discapacidad conduzca irremediablemente a una situación de dependencia) la búsqueda de un marco conceptual para su análisis, revela dos modelos básicos, uno planteado desde la perspectiva biomédica y otro desde la perspectiva social, que han entrado a menudo en conflicto. Situándonos en los extremos, el primero defendería que el origen de las situaciones de discapacidad y dependencia está en los problemas de salud y que, por lo

tanto, su abordaje es principalmente sanitario actuando sobre los factores de riesgo individuales y, llegado el caso, mediante intervenciones efectivas de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados. Este es, a grandes rasgos, el modelo que inspiró la antigua Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (1980), basado a su vez en el descrito por Nagi (figura 1), según el cual el camino a la discapacidad es un proceso secuencial en cuatro etapas, que comienza con la presencia de una enfermedad activa que conduce al deterioro fisiológico, y este a su vez al déficit funcional y a la discapacidad.

Figura 1: Modelo del proceso de discapacidad de Nagi



Fte: Oliveira R, Villaverde C. 2001

Las críticas al modelo biomédico (en el que sus detractores incluyen un amplio abanico de propuestas teóricas), iniciadas a comienzo de los 90 por académicos ingleses y norteamericanos²¹, dan lugar al llamado modelo explicativo o *teoría social de la discapacidad*, que sostiene la idea de que la discapacidad es una construcción social y que las limitaciones a las que están sujetas las personas que la padecen son consecuencias directas del ambiente social (jerarquía social impuesta, uso de las tecnologías, características de las infraestructuras, legislación, actitudes e

imágenes sobre la discapacidad, lenguaje o cultura) más que de las propias deficiencias. Precisamente en esta falta de consideración de los factores ambientales frente a los individuales centran sus críticas hacia los modelos “oficiales” como el de la OMS de 1980, argumentando que la dependencia no surge de características intrínsecas de la persona sino del modo en que las necesidades son satisfechas desde los sectores de servicios. Otro aspecto importante de este movimiento es la defensa de un enfoque participativo y crítico de la investigación sobre la discapacidad, orientado a transformar la realidad de los afectados.²²

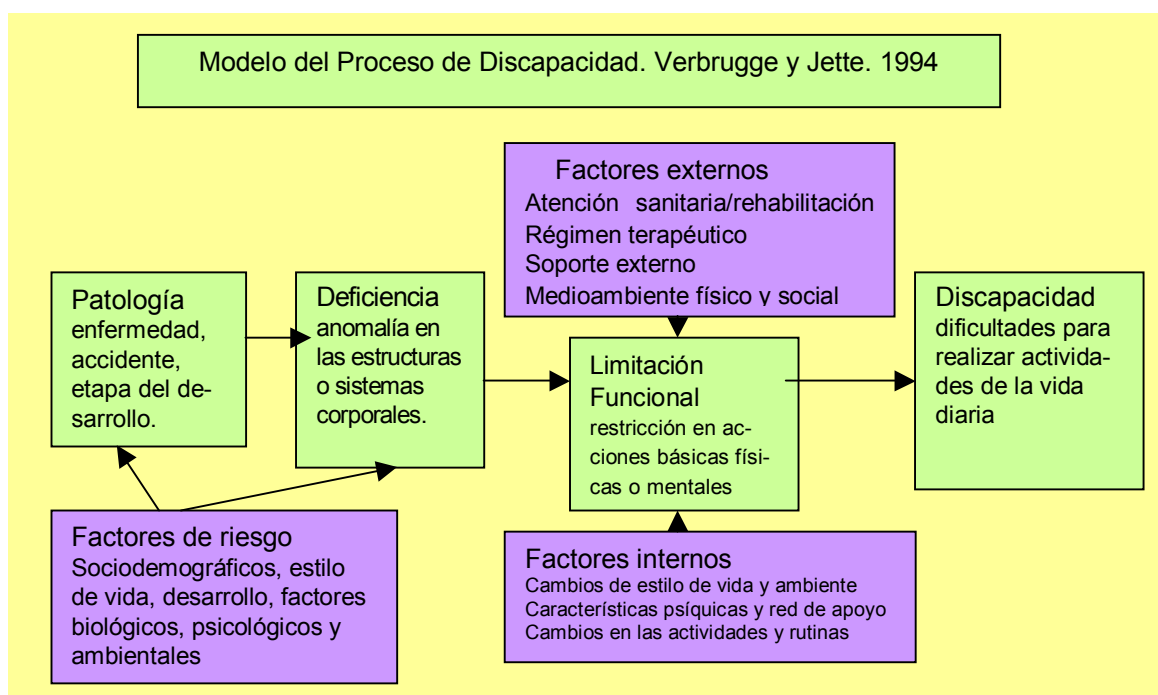
²¹ Albrecht, Seelman y Bury, 2001; Barnes, Mercer y Shakespeare, 1997; Barton, 1996/1998; Bradley, 1995; Corker, 1998; Davis, 1997; Imrie, 1997; Marks, 1997a, 1999; Moore, Beazley y Maelzer, 1998; Oliver, 1990, 1992, 1999; son algunos de los más representativos.

²² Este movimiento ha dado lugar a los llamados ‘Disability studies’ que están teniendo una fuerte influencia en algunos entornos como el universitario.

Pero más allá de los planteamientos radicales, se ha ido construyendo, con aportaciones de uno y otro lado, un enfoque biopsicosocial integrador para el análisis de los problemas de discapacidad y dependencia. A este enfoque pertenece el “*Disablement Process Model*” de Verbrugge y Jette, uno de los más utilizados en la actualidad, que acepta un *camino principal* hacia la dependencia con un componente fisiológico: enfermedades y deficiencias, y otro social del que forman parte limitaciones funcionales y discapacidad. Además de describir la ruta hacia la dependencia el modelo incluye dos tipos de fac-

tores que influirían en el proceso, como factores de riesgo unos (edad, sexo, nivel educativo, estilos de vida) y como recursos intra o extra individuales otros (características psicológicas, apoyo social, cambios para adaptarse a la enfermedad o a las actividades, cuidados sanitarios, servicios de soporte, adaptaciones en el hogar o trabajo etc.). Estos últimos factores actuarían entre las situaciones de limitación funcional y discapacidad, interviniendo sobre la necesidad de ayuda de otras personas, así como sobre las características e intensidad de la misma (figura 2).

Figura 2: Modelo del proceso de discapacidad de Verbrugge y Jette



Fte: Adaptado de Verbrugge y Jette 1994.

La relación entre los problemas de dependencia en poblaciones de mayores y los elementos que conducen directa o indirectamente hacia los mismos ha quedado relativamente bien establecida a través de estudios longitudinales, aunque el ámbito de investigación se reduce casi en exclusiva a las personas ancianas residentes en EEUU. A este respecto cabe destacar la relación entre la presencia de de-

terminadas enfermedades crónicas y deficiencias y las situaciones de dependencia encontrada en estudios como los de Freedman, Martin y Schoeni, que utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud de EEUU, identificaron una serie de 10 condiciones asociadas con mayor frecuencia a la aparición de limitaciones funcionales en las personas mayores en 2001. (Tabla 4).

Tabla 4. Condiciones asociadas con limitaciones funcionales o discapacidad en personas mayores de 65 años de EEUU. % de personas con discapacidad que padecen cada condición

Artritis/ reumatismo	30.0%
Problemas del corazón	23.2%
Hipertensión	13.7%
Problemas de la espalda / cuello	12.6%
Diabetes	12.1%
Problemas de la vista	11.8%
Problemas respiratorios	11.1%
Fracturas o lesiones en huesos y articulaciones	10.7%
Accidente cerebro vascular	9.2%
Problemas del oído	7.0%

Fte: Freedman, Martin y Schoeni, 2004. Datos de la NHIS de 2001

Por su parte Stuck y colaboradores, en una revisión sistemática de estudios longitudinales sobre factores relacionados con discapacidades realizada en 1999, encuentran una lista parecida: *artritis, osteoporosis, fracturas, diabetes, enfermedades cardiovasculares, problemas de la vista, deterioro cognitivo y limitaciones en las extremidades inferiores*, son las condiciones que parecen tener mayor influencia sobre la aparición de discapacidades y dependencia. Además de la importancia de ciertas condiciones crónicas en la aparición de dependencia el otro gran aspecto que muestra la investigación empírica es el *papel decisivo de las limitaciones funcionales, en especial de las extremidades inferiores, en la pérdida de independencia para las AVD tanto básicas como instrumentales*. A este respecto, autores como Lawrence y Jette, Peek o Reynolds y Silverstein, en Estados Unidos, así como Zunzunegui y Beland, en el único estudio longitudinal realizado sobre la salud de las personas mayores en España, ponen de manifiesto que el factor “sine qua non” de la dependencia son las limitaciones funcionales, bien por influencia directa sobre la capacidad de auto cuidado o bien como mediador de enfermedades y deficiencias.

La influencia –directa o indirecta– de los factores de riesgo recogidos en el modelo es también un aspecto analizado en la mayoría de los estudios. *Entre los factores sociodemográficos relacionados con la dependencia en las personas mayores la edad es el más importante*, de modo que tanto el riesgo de caer en esta situación como el de que su severidad sea alta aumentan progresivamente conforme se cumplen años. La mayoría de los estudios encuentran también que *la dependencia ocurre más frecuentemente en las mujeres que en los hombres*, aunque esto puede deberse a su mayor presencia en los grupos de más edad, entre quienes viven en soledad o con niveles educativos bajos. Respecto a los factores relacionados con la clase social es el nivel educativo el que presenta una relación más sólida con las situaciones

de discapacidad y dependencia, de hecho existe un amplio cuerpo de evidencia en Estados Unidos y otros países de la OCDE que demuestra que un alto nivel educativo suele asociarse a un menor riesgo de padecer limitaciones funcionales y necesitar ayuda con las actividades cotidianas. Freedman y Martín, por ejemplo, encontraron que las mejoras en el nivel educativo contribuían de manera importante a explicar la disminución de la frecuencia de limitaciones funcionales en personas mayores norteamericanas, entre los años 1984 y 1993. Vita y otros autores del grupo de Fries, por su parte, han puesto en evidencia una compresión efectiva de la morbilidad (expectativa de vida más larga y discapacidades reducidas a los años finales de la vida) en personas mayores de EEUU con elevado nivel educativo, socioeconómico y hábitos saludables.

En cuanto a los factores relacionados con el estilo de vida, la revisión de Stuck así como los trabajos de Reynolds y Silverstein, ya citados, muestran la influencia negativa del hábito de fumar y el efecto protector del ejercicio físico y la alimentación sana. La influencia de la alimentación sobre la aparición de discapacidad y dependencia es también destacada por Sturm quien, utilizando datos de la Encuesta de Salud administrada en población en torno a la edad de jubilación (50-69 años) en Estados Unidos, encontró que la obesidad moderada incrementaba en un 50% la probabilidad de que los hombres presentaran limitaciones para realizar las AVD y que la obesidad severa lo hacía en un 300% respecto a los individuos de peso normal. El incremento de riesgo era todavía mayor en las mujeres.

El efecto de los factores, internos o externos, considerados en el modelo de Verbrugge como elementos que influyen en el tránsito entre las limitaciones funcionales y la dependencia, ha sido aún poco estudiado. Trabajos recientes como los de Reynolds y Silverstein, antes citados, encuentran relación entre la presencia de depresión, como factor de influencia interno al individuo, y el paso a una situación de depen-

dencia así como, en el sentido inverso, entre el hecho de haberse sometido a algunos exámenes preventivos, como factor de influencia externo, y un riesgo menor de limitaciones para las AVD instrumentales. Por su parte Peek encontró relación entre las situaciones de dependencia y otro factor de influencia individual: el apoyo emocional auto-percibido. Para terminar, otros autores han señalado la probable influencia del acceso a ayudas técnicas y tratamientos especializados (intervenciones de prótesis de cadera, por ejemplo) así como la mejora en el manejo de enfermedades crónicas, como la hipertensión o la artritis, en la disminución de situaciones de discapacidad y dependencia aunque el impacto poblacional de estas medidas aún no se ha contrastado empíricamente.

Como resumen de este apartado destacaremos que la evidencia empírica presenta el fenómeno de la dependencia como el final de un trayecto que comienza con alteraciones fisiológicas (enfermedades y deficiencias) y se abre camino a través de limitaciones funcionales que originan una brecha entre la capacidad individual y las exigencias de la vida diaria, provocando la necesidad de ayuda de otras personas para hacer frente a las mismas. Algunas enfermedades y deficiencias conducen mejor que otras hacia la dependencia, entre ellas destacan: los problemas osteoarticulares (artritis, osteoporosis, fracturas), la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, los problemas de la vista, el deterioro cognitivo y las limitaciones de las extremidades inferiores.

Determinadas características individuales como: “ser mujer”, “tener una edad avanzada” o “pertenecer a una clase social desfavorecida con un nivel educativo bajo” ayudan a iniciar y mantenerse en el camino, al igual que estilos de vida poco saludables como: el hábito de fumar, la vida sedentaria, la alimentación inadecuada o el aislamiento social.

Por otra parte, factores internos o externos al individuo pueden bloquear el paso en el último tramo o, por el contrario, acelerar e intensificar el proceso; entre ellos destacan: la capacidad de afrontamiento individual, el apoyo emocional, la accesibilidad del entorno, los dispositivos y ayudas técnicas, las medidas de promoción de la salud, prevención de enfermedades crónicas y accidentes así como el acceso a la atención especializada y al control adecuado de las enfermedades crónicas.

4.4 APROXIMACIÓN A LA MAGNITUD Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PROBLEMAS DE LA DEPENDENCIA

4.4.1 Fuentes de Información

Lo primero a destacar en este apartado es que la calidad de la información disponible sobre la discapa-

cidad y dependencia en las personas mayores de Andalucía es aún deficiente. La mayoría de los datos proceden de las encuestas de salud realizadas sobre población general, a nivel nacional (con submuestras regionales) o regional, siendo el tamaño de la población anciana incluida en ellas insuficiente para explorar en profundidad las características de cada subgrupo de interés. Otro inconveniente se deriva de la falta de homogeneidad en la recogida de información sobre la dependencia (listados de AVD e indicadores sintéticos) y un último, con la falta de disponibilidad de los micro-datos que permitirían análisis específicos. Consideradas estas limitaciones, para los propósitos de este informe hemos recurrido a tres fuentes de información:

– La *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud* de 1999, (EDDES-99) cuyas explotaciones son, todavía hoy, la fuente más citada para el estudio de la dependencia en España. Sus datos permiten hacer una aproximación a la magnitud y características de la dependencia, a través de 13 actividades²³, seleccionadas del listado de 36 que recoge la encuesta, que, por su relación con el auto cuidado, la movilidad y las tareas domésticas, equivalen, en gran medida a las “actividades de la vida diaria”, recogidas en las escalas más utilizadas. Para cada una de las actividades consideradas se registra el nivel de dificultad que la persona encuestada tiene para realizarla. La severidad se clasifica de acuerdo a la escala siguiente: *discapacidad inexistente* (sin dificultad alguna para realizar la actividad), *discapacidad moderada* (con dificultad para realizar la actividad), *discapacidad severa* (con dificultad grave para realizar la actividad), *discapacidad total* (no puede realizar la actividad). La EDDES permite comparar, utilizando el mismo rasero y en idénticas condiciones, la situación en la que se encontraban hace ocho años, las personas mayores de Andalucía con las del resto de España.

– El estudio *Condiciones de Vida de las Personas Mayores en Andalucía* (COVIMA), encargado por la Fundación Andaluza de Servicios Sociales (FASS) a la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) en colaboración con SIGMA-2, en 2003, sobre una muestra específica de 4.205 personas mayores de 65 años residentes en la comunidad. La encuesta, administrada mediante entrevista personal, incluía la escala “Easy-

²³ El INE seleccionó las siguientes 13 actividades: realizar cambios de las diversas posiciones del cuerpo y mantenerlas, levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado, desplazarse dentro del hogar, deambular sin medio de transporte, asearse solo: lavarse y cuidarse de su aspecto, controlar las necesidades e ir solo al servicio, vestirse, desvestirse y arreglarse, comer y beber, cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios, cuidarse de las comidas, cuidarse de la limpieza y planchado de la ropa, cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa, cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia.

Care” para valorar el grado de dependencia funcional a través de 17 actividades de la vida diaria que incluyen prácticamente en su totalidad las AVD básicas de Barthel y las instrumentales de Lawton y Brody²⁴. El tamaño de la muestra y la especificidad de la encuesta permiten profundizar en las características de las personas mayores con problemas de dependencia. La escala easy-care es, además, el único instrumento validado en nuestro entorno que permite obtener un índice de gravedad de la dependencia en base al peso relativo del conjunto de actividades, básicas e instrumentales, consideradas.

– La encuesta *Andalucía: Dependencia y Solidaridad en las Redes Familiares* (ERF), realizada por el Instituto de Estadística de Andalucía en 2005 sobre la población mayor de 18 años²⁵, que incluye la información obtenida más recientemente sobre la capacidad y necesidad de ayuda de las personas mayores para las siguientes AVD: tareas del hogar, moverse en la casa, salir de casa a pie, hacer compras, realizar gestiones, utilizar el transporte público, tomar las medicinas, asearse, vestirse, preparar la comida y comer. La ERF aporta estimaciones sobre el número de personas mayores en situación de dependencia de acuerdo al último censo de población, así como datos exhaustivos sobre la distribución de cuidados en el entorno familiar.

Los resultados de los tres estudios deben valorarse teniendo en cuenta que ninguno de ellos recoge información sobre las personas mayores institucionalizadas, lo que supone una subestimación de la población en situación de dependencia que algunos autores cifran en un 10%. Así mismo los resultados de las tres encuestas se basan en las respuestas de las propias personas entrevistadas sobre su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y no sobre comprobaciones objetivas de la misma.

²⁴ Las actividades incluidas en el Easy-Care son las siguientes: *hacer las tareas de la casa, prepararse la comida, irse de compras, manejar el dinero, usar el teléfono, tomar la medicación, subir y bajar escaleras, usar el servicio –o sillón con escupidera–, contenerla orina, contener las heces, usar el baño o la ducha, arreglarse, vestirse sólo, comer sólo, salir a caminar, moverse por la casa, moverse desde la cama hasta una silla que esté al lado de la misma*. Se pregunta por la capacidad para hacer la tarea “sin ayuda, con alguna ayuda, con mucha ayuda o no puede realizarla de ninguna manera” y las categorías posibles de respuesta varían entre dos y cuatro dependiendo de la actividad. La formulación de las preguntas es muy específica describiendo en detalle el significado de cada categoría.

²⁵ Encuesta realizada por el IEA en los primeros meses de 2005 a una muestra de 10.000 individuos mayores de 18 años residentes en la comunidad. La selección de los individuos se realizó mediante un muestreo bietápico que garantiza la representatividad a nivel andaluz y provincial. Para el análisis, los datos se ajustaron a la población real de cada grupo de edad (quinquenios) y sexo. El estudio se centra en los intercambios de relación social y ayuda mutua que se producen en la “red familiar” independientemente de que se conviva o no en el mismo domicilio.

4.4.2 Alcance de la dependencia: Patrones por edad y sexo

Según la EDDDES 99, Andalucía ocupaba el primer lugar –seguida de cerca por Cataluña– en el número de personas mayores de 65 años con problemas de discapacidad residentes en hogares familiares, y el tercero –después de Melilla y Murcia– en la proporción que estas personas representaban del conjunto de la población de la misma edad. Como puede verse en la tabla 3, 388.837 personas mayores de 65 años en Andalucía padecían algún tipo de discapacidad²⁶ (el 19% de todas las personas mayores con discapacidad en España), lo que suponía una tasa algo superior a las 394 personas por cada mil habitantes de la misma edad, 72 más que la tasa media a nivel nacional (322.11/1.000 habitantes mayores de 65 años).

Tabla 6. Personas mayores de 65 años con alguna discapacidad por Comunidades Autónomas. Números absolutos y tasas/ 1000 habitantes. Datos de la EDDDES de 1999. INE 2002

CCAA	Nº de personas con alguna discapacidad	Tasa/ 1000 habitantes
Andalucía	388.837	394,4
Aragón	64.548	268,2
Asturias	63.776	299,8
Baleares	29.684	259,6
Canarias	51.891	272,2
Cantabria	29.748	315,3
Castilla y León	191.087	372,7
Castilla La Mancha	107.881	339,6
Cataluña	339.553	328,6
Comunidad Valenciana	187.954	300,5
Extremadura	67.189	357,3
Galicia	168.620	324,3
Comunidad de Madrid	197.804	263,2
Murcia	62.558	409,9
Navarra	26.124	287,8
País Vasco	80.693	239,2
La Rioja	8.877	183,3
Ceuta	2.604	303,6
Melilla	3.227	426,0
Total	2.072.652	322,1

²⁶ Se contabilizan todas las personas con alguna de las 36 discapacidades recogidas en la encuesta, clasificadas en los siguientes grupos: ver, oír, comunicarse, aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas, desplazarse, utilizar brazos y manos, desplazarse fuera del hogar, cuidar de sí mismo, realizar las tareas del hogar y relacionarse con otras personas.

También Andalucía y Murcia estaban a la cabeza en la proporción de personas con dificultades para llevar a cabo las 13 AVD recogidas en la encuesta, superando en más de 7 puntos porcentuales la media nacional (el 30.4% en Andalucía frente al 22.8% en España). La tabla 7 muestra como más de la cuarta parte de las personas mayores de 65 años en Andalu-

cía presentaba algún grado de dificultad para realizar al menos una de las AVD consideradas, siendo esta dificultad severa o total en aproximadamente el 22% de los casos. La proporción de personas afectadas por dificultades para realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria era aproximadamente un 10% menos.

Tabla 7. Personas mayores de 65 años con alguna discapacidad para las AVDS según grado y tipo de actividades consideradas. Números absolutos y porcentajes. Andalucía 1999.

Tipo de AVD	Grado de dificultad para realizar las AVD			
	Moderada/ severa/ total		Severa/ total	
	Núm.	%	Núm.	%
ABVD	202.279	20.5	130.693	13.3
AIVD	284.670	28.9	205.808	20.9
ABVD + AIVD	299.739	30.4	215.275	21.8

Fte: Modificado de Libro Blanco de la Dependencia a partir de datos de la EDDES 1999

En el estudio COVIMA la proporción de personas con necesidad de ayuda para realizar alguna AVD superaba la mitad de las entrevistadas, aunque la mayoría presentaba un grado de dependencia leve. La tabla 8 muestra los resultados de la escala de dependencia funcional²⁷; los datos ponen de manifiesto como más del 75% de las personas mayores se situaban en las categorías de “independientes” o con “dependencia leve”.

Tabla 8. Distribución de las personas mayores entrevistadas en categorías de dependencia funcional. Número y porcentaje. Andalucía COVIMA 2003.

Grados de dependencia funcional	Número	Porcentaje
Independencia	1791	42.7%
Dependencia leve	1415	33.7%
Dependencia moderada	659	15.7%
Dependencia severa	330	7.9%
Total	4194	100%

Fte: COVIMA 2003

La tabla 6 muestra la proporción de personas mayores con diferentes necesidades de ayuda; como puede observarse un 15% de las mismas sólo requie-

ren ayuda para realizar alguna de las actividades más complejas (como hacer compras, realizar las tareas de la casa u otras AIVD), mientras que más de la tercera parte tiene problemas para realizar alguna de las actividades más sencillas, relacionadas con el cuidado personal (moverse por la casa, asearse, comer o alguna otra de las ABVD).

Tabla 9. Porcentaje de personas mayores de 65 años que necesitan ayuda para realizar diferentes tipos de actividades. Andalucía 2003.

Tipo de dependencia	%
Necesitan ayuda con al menos una AVD	57.3
Necesitan ayuda con al menos una AIVD pero independientes para las ABVD	15.1
Necesitan ayuda con al menos una ABVD	442.2

Fte: COVIMA 2003

La ERF de 2005, por su parte, muestra una proporción de personas mayores necesitadas de ayuda para al menos una actividad del 42.5%, lo que, aplicado al último censo de población, supone que 486.707 personas mayores de 65 años de las residentes en Andalucía dependen de otras personas para realizar alguna de las actividades de la vida diaria –básicas o instrumentales–.

Los tres estudios considerados (EDDES 99, COVIMA 2003 y ERF 2005) ponen de manifiesto la desigual distribución de la dependencia entre las personas de diferentes edades y sexos. En la tabla 10 se

²⁷ Cada categoría de respuesta tiene un valor específico en cada actividad que oscila entre 0 (sin ayuda) y 9 (necesidad de máxima ayuda = incontinencia fecal frecuente). El índice de dependencia funcional, que se calcula sumando las puntuaciones obtenidas, puede oscilar entre 0 y 100. En base al índice obtenido se establecen 4 categorías: 0= independencia funcional, 1-19= dependencia leve, 20-59 dependencia moderada, 60-100 dependencia severa.

puede observar, por ejemplo, como la proporción de personas mayores con discapacidades de la EDDDES 99 aumentaba con la edad y era superior en las mujeres que en los hombres²⁸: el porcentaje de personas

con discapacidad entre las mayores de 80 años casi duplicaba la de quienes tenían entre 65 y 79 años, y la proporción de mujeres con discapacidades aventajaba, de forma creciente con la edad, a la de hombres.

Tabla 10. Personas con discapacidades por grupos de edad y sexo. Porcentajes sobre la población de la misma edad y sexo. Andalucía 1999.

Sexo	Grupos de Edad					
	Todas las edades		65-79 años		80 años y más	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Mujeres	415.600	11.5	165.700	37.3	85.000	66.2
Hombres	305.800	8.7	102.600	29.3	35.600	55.6
Ambos	721.400	10.1	268.200	33.8	120.600	62.7

Fte: IEA: Datos de la EDDDES de 1999

Los datos de la ERF (tabla 11) muestran patrones similares: como puede verse la proporción de personas mayores de 80 años necesitadas de ayuda duplicaba la de las más jóvenes, siendo el porcentaje de personas en esta circunstancia aproximadamente un 10% superior entre las mujeres que entre los hombres, diferencia que también aumentaba con la edad.

Tabla 11. Personas mayores de 65 años que necesitan ayuda para alguna AVD por grupos de edad y sexo. Porcentajes respecto a la población de la misma edad y sexo. Andalucía 2005.

Sexo	Grupos de Edad					
	65 años y más		65-79 años		80 años y más	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Mujeres	312.343	47,4%	182.749	37,6%	129.594	74,9%
Hombres	174.364	35,9%	117.610	29,8%	56.754	61,8%
Ambos	486.707	42,5%	300.360	34,1%	186.347	70,4%

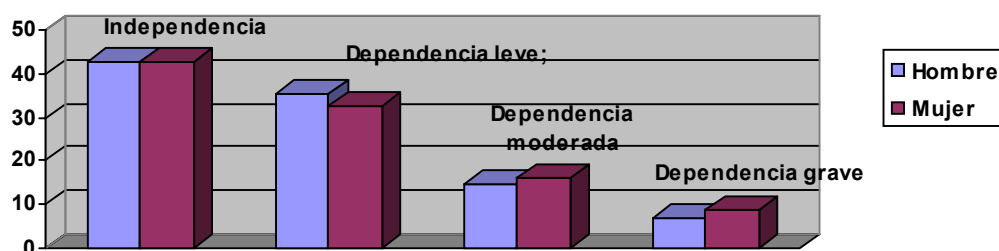
Fte: IEA: ERF de 2005

²⁸ El Libro Blanco de la Dependencia en España ofrece datos detallados por edad y sexo que muestran como en todas las series analizadas, a partir de los 45 años aproximadamente, el número de mujeres con discapacidad para las actividades de la vida diaria comienza a superar al de hombres, con diferencias crecientes conforme avanza la edad y, más acusadas respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria que respecto a las actividades básicas.

En el COVIMA la proporción de personas con necesidad de ayuda para alguna AVD era similar entre las mujeres que entre los hombres (57.6% y 57.4% respectivamente) con pequeñas diferencias respecto a la gravedad de la dependencia: la prevalencia en los hombres de las categorías más severas era ligeramente inferior a la de las mujeres²⁹ (gráfico 27). Al considerar por separado la dependencia para las AVD

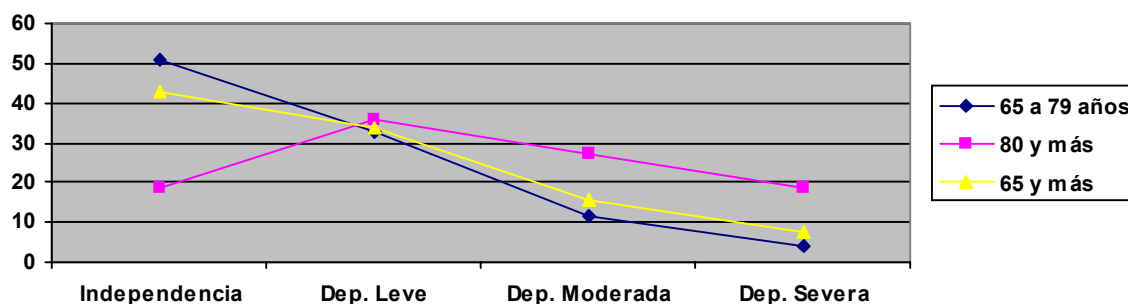
instrumentales y básicas sí se presentaban diferencias por sexo coherentes con la distribución de los niveles de gravedad en hombres y mujeres: los hombres mostraban una mayor prevalencia de problemas de dependencia que las mujeres, respecto a las AVD³⁰, mientras en ellas se dan con mayor frecuencia problemas para realizar las actividades básicas³¹.

GRÁFICO 27. PORCENTAJES DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS POR SEXO Y CATEGORÍAS DE DEPENDENCIA FUNCIONAL. ANDALUCÍA, COVIMA 2003



El gráfico 28 muestra, por su parte, la influencia de la edad sobre el continuo independencia-dependencia entre las personas mayores del COVIMA³².

GRÁFICO 28. PORCENTAJES DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS POR GRUPOS DE EDAD Y CATEGORÍAS DE DEPENDENCIA FUNCIONAL. ANDALUCÍA, COVIMA 2003



²⁹ Los % de hombres y mujeres con dependencia leve, moderada y severa son, respectivamente: -35.4% frente a 32.6%-, -14.9% frente a 16.2%-, y 6.8 frente a 8.6.

³⁰ Entre las mujeres el grupo de las que sólo tenían necesidad de ayuda para alguna actividad instrumental era de 21.1% mientras que en los hombres se elevaba al 32.5%

³¹ En el grupo de hombres los que necesitaban ayuda para alguna AVD básica era el 36,6% mientras entre las mujeres la proporción se elevaba al 46,1%

³² Las proporciones de personas independientes, con dependencia leve, moderada y severa entre los grupos de edad de mayores de 65años, 65 a 79 y mayores de 80 años eran, respectivamente: - 42.7%, 51.1% y 18.5%-, -33.7%, 33% y 35.7% -, 15.7%, 11.8% y 27.1%-, 7.8%, 4.1% y 18.7%.

Respecto a los tipos de AVD para cuya realización se requiere ayuda, los tres estudios considerados muestran la misma jerarquía según la cual los problemas relacionados con las actividades más complejas y que requieren desplazamiento, en especial fuera del hogar, son los más frecuentes. Así en la EDDes: “desplazarse fuera del hogar”, “realizar las tareas de la casa” y “desplazarse dentro de la casa”, eran las tareas que concentraban el mayor número de personas afectadas: 22, 16 y 13 personas de cada 100, respectivamente, en edades comprendidas entre 65 y 79 años, elevándose a 49, 45 y 30 de cada 100 perso-

nas, respectivamente, entre las mayores de 80 años. Las discapacidades comprendidas en el grupo “cuidar de sí mismo”, afectaban, sin embargo, a una pequeña proporción de las personas más jóvenes (algo más del 7% entre los 65-79 años) pero se convertían en el tercer tipo de problema más frecuente entre quienes superaban esta edad (más del 30% de las personas mayores de 80 años no eran capaces de cuidar de sí mismas). Las discapacidades sensoriales eran también especialmente frecuentes entre las personas de mayor edad, afectando aproximadamente a la cuarta parte de las que superaban los 80 años.

Tabla 12. Personas mayores con discapacidades por grupos de edad y tipo de discapacidad. Número y porcentaje. Andalucía 1999

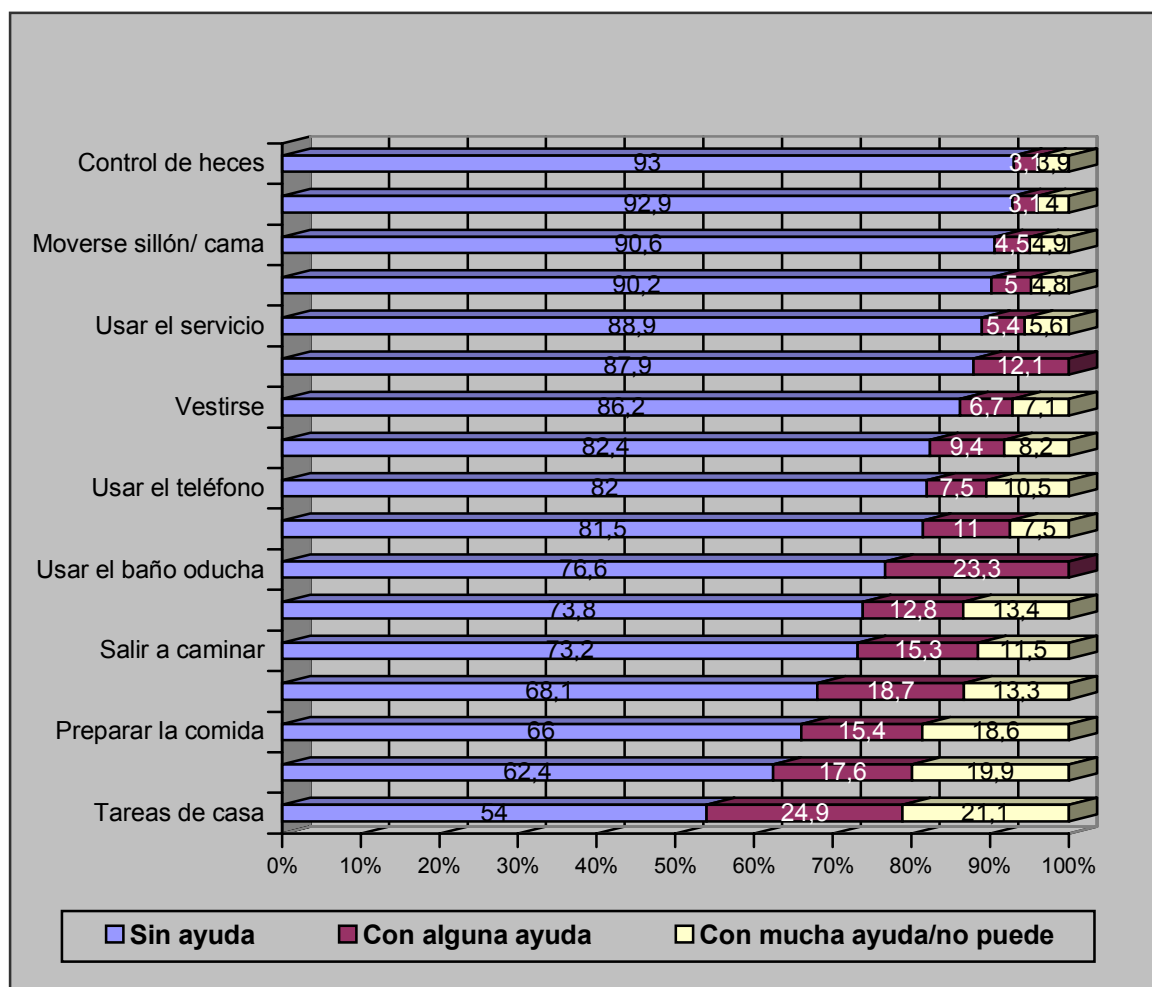
Tipo de discapacidad	Grupos de Edad			
	65 a 79 años		80 y más años	
	Núm.	%	Núm.	%
Ver	89.800	11.31	48.500	25.19
Oír	67.500	8.51	41.300	21.44
Comunicarse	24.000	3.02	23.000	11.95
Aprender, aplicar...	35.600	4.49	30.300	15.72
Desplazarse en el hogar	107.300	13.52	58.400	30.34
Utilizar brazos y manos	94.000	11.84	46.400	24.09
Desplazarse fuera del hogar	174.700	22.02	95.200	49.44
Cuidar de sí mismo	56.400	7.10	59.200	30.76
Realizar las tareas del hogar	129.400	16.31	87.800	45.64
Relacionarse con otras personas	55.300	6.96	39.700	20.61

Fte: IEA. Datos de la EDDes de 1999

Como muestra el gráfico siguiente, “realizar las tareas de la casa”, “salir de compras”, “subir y bajar escaleras” y “salir a caminar” eran, entre las 17 actividades que recoge el COVIMA las que requerían con mayor frecuencia ayuda para su realización. En el ex-

tremo opuesto, con una pequeña proporción de personas necesitadas de ayuda, se encontraban: “controlar la defecación”, “comer sólo” y “moverse de un sillón a la cama y viceversa”.

GRÁFICO 29. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS SEGÚN NECESIDAD DE AYUDA PARA DIFERENTES AVD. ANDALUCÍA 2003

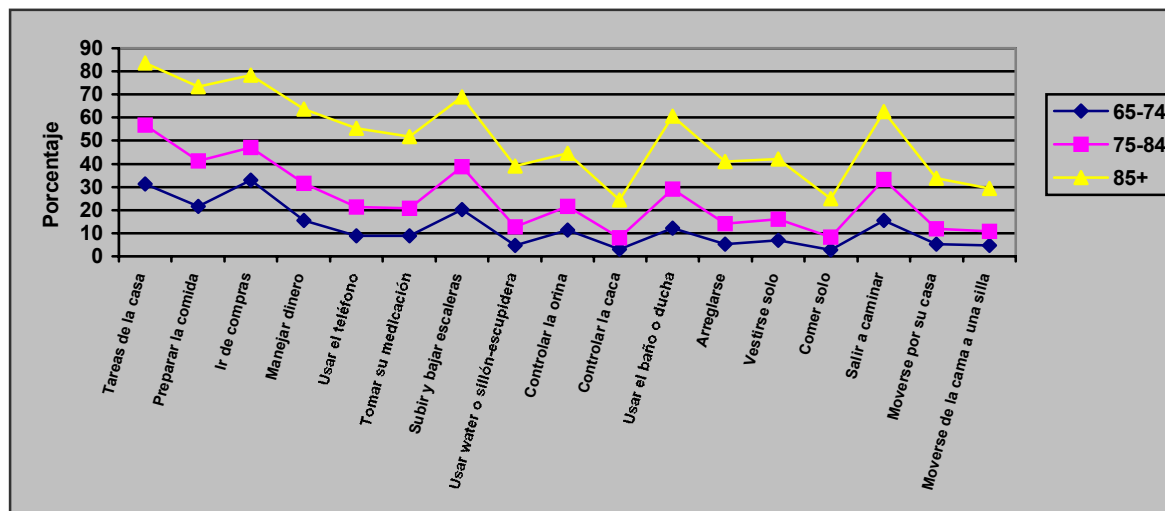


Fte: COVIMA 2003

La influencia de la edad en la necesidad de ayuda para las diferentes actividades vuelve a quedar de manifiesto en el gráfico 30. Si bien los perfiles respecto a las actividades para las que se requiere ayuda tienen una apariencia semejante en los tres grupos de edad considerados, la proporción de personas que la necesitan aumenta entre el 20% y el 30% por cada tramo de edad considerado³³. Asimismo, “comer sólo” y “controlar las heces” parecen ser las actividades para las cuales la independencia se mantiene por más tiempo.

³³ Necesitan ayuda en algún grado el 38,6% de las personas que tienen entre 65 a 69 años, frente al 65,7% de quienes están entre los 75 a 84 y el 87,5% de los mayores de 85 años, para las actividades más complejas. Respecto a las actividades básicas las proporciones son del 27,3%, 48,4% y 79,9%, respectivamente.

GRÁFICO 30. PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS POR GRUPOS DE EDAD Y ACTIVIDADES CON LAS QUE NECESITAN AYUDA. PORCENTAJES RESPECTO AL MISMO GRUPO DE EDAD. ANDALUCÍA 2003.

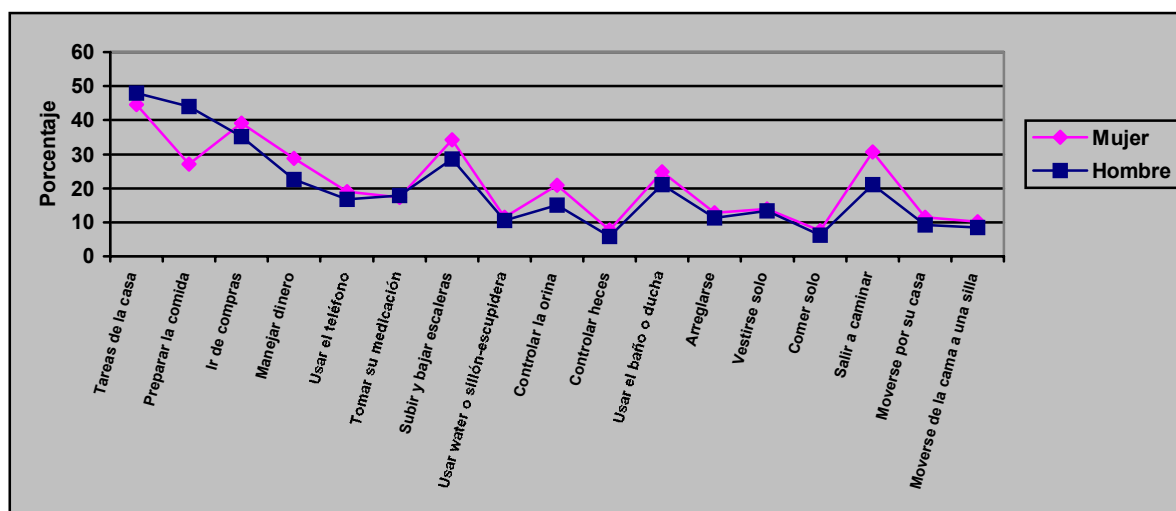


Fte: COVIMA 2003

El gráfico 31 muestra de manera detallada para cada actividad las similitudes y diferencias entre sexos. Como se observa, las mujeres necesitaban ayuda con una frecuencia algo mayor que los hombres en actividades como “salir a caminar” o “manejar el dinero”, tradicionalmente vinculadas a roles masculinos, sin

embargo, los hombres requerían con mayor frecuencia que las mujeres ayuda para actividades asignadas culturalmente al género femenino en esas generaciones, tales como: “realizar las tareas de la casa” o “preparar la comida”³⁴.

GRÁFICO 31. PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS POR SEXO Y ACTIVIDADES PARA LAS QUE NECESITAS AYUDA. PORCENTAJES RESPECTO A LAS PERSONAS DEL MISMO SEXO. ANDALUCÍA 2003.



Fte: COVIMA 2003.

³⁴ No ocurre así en la EDDDES 99, en la que las mujeres presentaban también más altos niveles de dependencia funcional respecto a tareas tradicionalmente vinculadas a su género, lo que puede ser debido a la manera de formular la pregunta: mientras en el CODIMA se preguntaba si la persona podía hacerlo

La ERD presenta patrones parecidos de necesidad de ayuda por tipo de actividad, edad y sexo. Como puede observarse en la tabla 13, “utilizar el transporte”, “realizar las tareas del hogar”, “hacer gestiones” y

“salir de compras” eran las actividades para las cuales se requería ayuda con mayor frecuencia; entre un 20% y un 30% más si se han superado los 80 años.

Tabla 13. Personas mayores con necesidad de ayuda por grupos de edad y tipo de actividad. Porcentajes sobre la población del mismo grupo de edad. Andalucía 2005

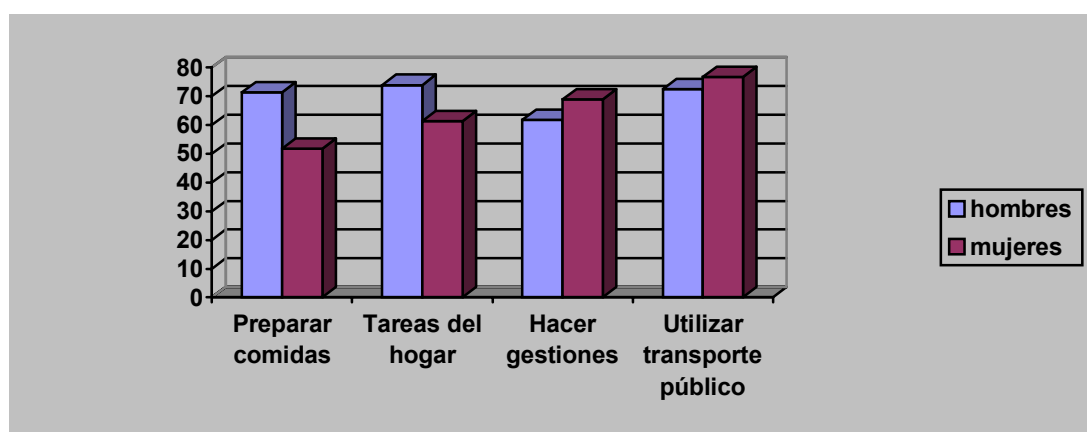
Actividades	Grupos de edad		
	65 y +	65-79	80 y +
Aseo cotidiano	21,5%	16,9%	36,8%
Vestirse	19,1%	15,6%	30,8%
Preparar comidas	25,0%	19,4%	43,6%
Comer	18,3%	15,7%	26,8%
Tomar medicinas	21,9%	17,4%	36,7%
Tareas del hogar	28,0%	22,3%	47,1%
Moverse en la casa	19,8%	16,3%	31,2%
Salir de la casa	24,3%	19,2%	41,3%
Compras	26,6%	20,3%	47,7%
Gestiones	28,2%	21,7%	49,7%
Utilizar el transporte	31,9%	24,0%	58,3%
Total	42,5%	34,1%	70,4%

Fte: IEA. ERF 2005

El gráfico 32 dibuja la influencia de los patrones culturales y de género ya mencionados en el tipo de

ayuda requerida por los hombres y mujeres mayores de la muestra de la ERF.

GRÁFICO 32. HOMBRES Y MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS QUE NECESITAN AYUDA PARA 4 TIPOS DE ACTIVIDADES. ANDALUCÍA 2005.



Fte: IEA. ERF 2005

En resumen, si en conjunto, la investigación empírica disponible sobre el alcance de la dependencia en España cifra la necesidad de ayuda de una tercera persona, para la realización de las actividades cotidianas, entre un 12% –dependencia moderada y grave– y un 26% –incluyendo la leve– de las personas mayores

de 65 años que viven en la comunidad (IMSERSO 2004), hemos de señalar, con toda la prudencia que aconsejan las limitaciones de información indicadas anteriormente, que la prevalencia de los problemas de dependencia es mayor en Andalucía que en el conjunto de España. Asimismo, entre los estudios realizados en esta Comuni-

dad, el único diseñado específicamente para estudiar a las personas mayores y con un tamaño muestral suficiente como para captar diferencias y similitudes entre los subgrupos de población, apunta a que más de la mitad de las personas mayores de 65 años necesitan ayuda para realizar alguna actividad de la vida diaria (básica o instrumental).

El COVIMA muestra, sin embargo, una proporción algo superior al 15% de las personas mayores que sólo presentan problemas para realizar las actividades más complejas (hacer las tareas de la casa, salir de compras, subir y bajar escaleras), entre las cuales predominan los hombres. Posiblemente este subgrupo podría beneficiarse de ayudas específicas con las que ganar en autonomía y limitar las posibilidades de una rápida evolución hacia estados de dependencia más severos.

Respecto a la prevalencia de dependencia en los diferentes grupos de edad, los datos confirman el incremento del riesgo de padecer este problema y de evolucionar hacia una mayor severidad conforme se avanza en edad, de modo que entre las personas mayores de 80 años la frecuencia es entre el 20% y el 30% superior a la encontrada entre quienes tienen entre 65 y 79 años.

En cuanto al sexo, las diferencias entre hombres y mujeres en los porcentajes de personas con problemas de dependencia varían según los estudios; mientras los resultados de la EDD-99 y de la ERF-05 muestran una prevalencia en torno al 10% superior en las mujeres que en los hombres, el COVIMA apenas encuentra diferencias en la proporción de personas con dificultades para realizar alguna AVD, aunque sí lo hace en el tipo de actividades para cuya realización unos y otras presentan problemas así como en la severidad de los mismos³⁵

4.4.3 Características sociodemográficas

De los tres estudios analizados, sólo el COVIMA permite adentrarse en la composición interna de los diferentes subgrupos de personas mayores según el grado de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. En la tabla 14 se han recogido una serie de indicadores sociodemográficos y de auto-percepción de la salud que diferencian significativamente a las personas incluidas en las diferentes categorías.

Como puede observarse la proporción de personas mayores de 80 años aumenta progresivamente conforme el grado de dependencia considerado se hace más severo, en el mismo sentido, el peso de las mujeres es ligeramente superior entre los grupos con dependencia moderada o severa que en los que tienen un nivel de dependencia leve o son independientes.

Los factores relacionados con el estatus socioeconómico: nivel educativo y renta mensual son peores en las personas con niveles de dependencia más severos, como lo demuestra el hecho de que tanto la proporción de personas que han cursado al menos estudios primarios como quienes superan los 450 € de renta disminuyen conforme aumenta el nivel de dependencia.

Por otra parte la percepción de la propia salud disminuye, drásticamente, conforme aumenta el nivel de dependencia y, en igual sentido, decrece la proporción de personas que vive en soledad, alcanzando su mínimo (2.4%) entre quienes tienen problemas de dependencia severos. Probablemente esto se deba a que algún miembro de la familia más cercana asuma el cuidado como alternativa a la institucionalización.

Tabla 14. Indicadores sociodemográficos y de percepción de salud de las personas mayores de 65 años según categorías de dependencia

Características	Categorías funcionales			
	Independencia	Dependencia leve	Dependencia moderada	Dependencia severa
Mujeres	58.8%	57%	61%	64.5%
Mayores de 80 años	11.2%	27.3%	44.5%	61.7%
Viven en soledad	26.9%	27.6%	14.3%	2.4%
Estudios primarios o más	58.6%	56.1%	48.8%	45.4%
Ingresos + de 450 €	49.4%	46.3%	36.8%	37.3%
Percepción de salud +	52%	28.1%	8%	7.9%

Fte: COVIMA 2003

³⁵ Recuérdese que los hombres presentaban con más frecuencia problemas con algunas actividades instrumentales cuya realización aparece ligada al género y las mujeres lo hacían con las actividades básicas así como con aquellas que implican movilidad. Por otra parte la severidad de los problemas de dependencia parece ser ligeramente superior en las mujeres que en los hombres.

El perfil de las personas mayores dependientes y autónomas que residen en Andalucía coincide, a grandes rasgos, con las características identificadas en la EDD-99 o en los informes del IMSERSO (2002, 2004) para las personas mayores en España. En resumen, se constata lo ya sabido a propósito de los factores de riesgo de discapacidad y dependencia, aunque los datos transversales no permitan establecer relaciones causales.

A efectos de planificar las políticas sociales dirigidas a las personas mayores en Andalucía interesa destacar la existencia de un claro gradiente socioeconómico, aunque no se hayan constatado empíricamente los factores a través de los cuales las desventajas sociales (en renta y nivel educativo) ejercen sus efectos sobre las diferentes etapas de la senda principal que conduce a la dependencia: enfermedad, deficiencia, limitación funcional.

5. DERECHOS Y PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

5.1 DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN ANDALUCÍA

En principio las personas mayores gozan, sin excepción, del conjunto de derechos y libertades fundamentales establecidos en la Constitución, con el sistema de protección que esta les otorga, y así podemos destacar, entre otras, el derecho a la igualdad y a la no discriminación; a la integridad física, psíquica y moral; al honor, a la intimidad y a la propia imagen; a la libertad ideológica, religiosa y de culto y a la información y a la libertad de expresión.

El texto constitucional tan sólo hace una expresa referencia a los mayores en el artículo 50 al disponer que “los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

Este artículo, en razón de su ubicación en el capítulo tercero del título primero (“de los principios rectores de la política social y económica”) integra, más allá de un deseable derecho subjetivo relativo a las personas mayores, una garantía institucional tendente a conseguir la suficiencia económica de los mayores a través de un sistema de pensiones y al establecimiento de un sistema de servicios sociales en orden a su bienestar integral.

Ha sido, pues, la exigencia de desarrollo legislativo la que ha venido a corregir la insuficiencia constitucional a la hora de recoger las peculiaridades y necesidades de este sector poblacional, desarrollo legislativo que en virtud del criterio constitucional de distribución competencial ha asignado al Estado competencia exclusiva en lo relativo a la legislación civil y a la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, y a las Comunidades Autónomas la competencia exclusiva en materia de asistencia social o servicios

sociales (arts. 149.1.8ª y 17ª y art. 148.1.20º), viniendo a ser un conjunto de disposiciones legales y reglamentarias, estatales y autonómicas, las que configuran el elenco de derechos específicos sobre este colectivo.

En lo que a Andalucía se refiere, el nuevo Estatuto de Autonomía de Andalucía de 2007, en su artículo 19 relativo a los Mayores atribuye a los poderes públicos una protección y una atención integral para la promoción de su autonomía personal y del envejecimiento activo que les permita una vida digna e independiente y su bienestar social e individual, así como a acceder a una atención gerontológica adecuada, en el ámbito sanitario, social y asistencial, y a percibir prestaciones en los términos que establezcan las leyes. En este mismo sentido el artículo 24 relativo a las personas con discapacidad o dependencia, regula el derecho de este colectivo a acceder a las ayudas, prestaciones y servicios de calidad con garantía pública para su desarrollo personal y social.

En este sentido la Ley 6/1999, de 7 de julio de atención y protección de las personas mayores en Andalucía a lo largo del articulado de la misma hace referencia a distintos derechos de este colectivo y así encontramos, entre otros, una remisión genérica a los derechos y libertades reconocidos por la constitución y el resto del ordenamiento jurídico (art. 3) junto a otros derechos más específicos como son los que le corresponde como usuarios de los servicios y centros de servicios sociales (art. 20).

Mayor concreción encontramos, respecto de los mayores dependientes, en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, sobre promoción de la autonomía y atención a las personas dependientes, que en su artículo 4 relativo a los derechos y obligaciones de las personas dependientes dispone que estos “disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial de los siguientes:

a) A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.

b) A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia.

c) A ser advertido de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la previa autorización, expresa y por escrito, de la persona en situación de dependencia o quien la represente.

d) A que sea respetada la confidencialidad en la recogida y el tratamiento de sus datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

e) A participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación.

f) A decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de auto gobierno.

g) A decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial.

h) Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamientos involuntarios, garantizándose un proceso contradictorio.

i) Al ejercicio pleno de sus derechos patrimoniales.

j) A iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho que reconoce la presente Ley en el apartado 1 de este artículo. En el caso de los menores o personas incapacitadas judicialmente, estarán legitimadas para actuar en su nombre quienes ejerzan la patria potestad o quienes ostenten la representación legal.

k) A la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, en cualquiera de los ámbitos de desarrollo y aplicación de esta Ley.

l) A no sufrir discriminación por razón de orientación o identidad sexual."

Siguiendo, en buena parte, el Manual de Derechos de esta Institución, podemos sintetizarlo en los siguientes:

1) A LA PROTECCIÓN ECONÓMICA.

Tienen por finalidad que las personas mayores dispongan de recursos económicos suficientes, a fin de contribuir a su autonomía personal así como a mejorar su calidad de vida.

Comprende las siguientes prestaciones y beneficios:

– La pensión contributiva de jubilación, consistente en una pensión única, vitalicia e imprescriptible que se concede al beneficiario que tiene cubierto un periodo determinado de cotización, cuando a causa de su edad cesa en el trabajo, sea por cuenta propia o ajena.

– La pensión no contributiva de jubilación, que otorga una prestación económica a aquellas personas mayores que han cumplido una determinada edad y carecen de medios económicos de subsistencia, siempre que no reúnan las condiciones para acceder a una pensión contributiva de jubilación, así como al complemento para aquellos que carezcan de vivienda

en propiedad y residan habitualmente en una vivienda alquilada.

– Prestaciones económicas complementarias, de carácter extraordinario, complementan la cuantía de los subsidios de ancianidad del Fondo de Asistencia Social (FAS), así como, eventualmente, de las pensiones no contributivas de jubilación.

– Subvenciones y Ayudas, de carácter institucional e individual, que se otorgan por las Administraciones Públicas en el ámbito de los Servicios Sociales.

– A los Beneficios Fiscales, establecidos en el impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF).

2) A LA ASISTENCIA SANITARIA.

Tienen por finalidad prestar los tratamientos y servicios necesarios a las personas mayores, para prevenir, mantener, compensar o mejorar su estado físico, psíquico o sensoria.

Comprende el acceso a la totalidad de las prestaciones del sistema andaluz de salud, en los términos, condiciones y garantías de plazo de respuesta establecidos normativamente.

– Farmacéuticas, que incluye la dispensación gratuita de medicamentos, siempre que se tenga la condición de pensionista de cualquier régimen contributivo de Seguridad Social o se sea beneficiario de una pensión no contributiva de jubilación o del subsidio de ancianidad del FAS.

– A recibir asistencia geriátrica especializada, que comprenderá el derecho de las personas mayores de 65 años residentes en Andalucía a un examen de salud anual.

– Derecho a declarar la voluntad vital anticipada así como a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a la plena dignidad en el proceso de su muerte.

3) A LOS SERVICIOS SOCIALES.

Tienen por finalidad garantizar, a las personas mayores, las prestaciones y servicios, generales y especializados, que garanticen su protección y adecuada atención, así como favorezcan su plena integración y participación en la sociedad.

Comprende las siguientes prestaciones y servicios:

– Servicios Sociales Comunitarios, de carácter municipal, que persiguen la integración y participación social del mayor, favoreciendo el mantenimiento en su medio habitual y evitando su marginación, a través de los servicios de: información, valoración, orientación y asesoramiento; ayuda a domicilio y cooperación social.

– Servicios Sociales Especializados, entre los que se incluyen:

• Centros de Día, destinados al fomento de la convivencia, integración, participación, solidaridad y relación con el medio social. Contarán, además, con los servicios de: Servicio de Comedor en Centro de Día,

tiene por objeto prestar el servicio de almuerzo en los centros de día de la Junta de Andalucía de lunes a viernes, todos los días laborables; actividades continuadas en horario de mañana y tarde.

- Unidades de Estancia Diurnas, destinadas a prestar una atención integral durante parte del día a personas mayores con un grado variable de dependencia física y psíquica, y a apoyar a las familias o cuidadores que afrontan la tarea de atenderlas.

- Programas de Estancias Diurnas, destinado a prestar las actuaciones y servicios anteriores, en centros específicos o residenciales, para sustituir, durante parte del día (como máximo 39 horas semanales, 5 días a la semana y 11 meses al año) a las familias o cuidadores de personas mayores dependientes, para mejorar o mantener su nivel de autonomía personal y favorecer la compatibilidad de la vida laboral de sus familiares y convivientes.

- Programas de Respiro Familiar, destinado a colaborar con la familia cuidadora de una persona mayor dependiente, mediante la prestación de un conjunto de actuaciones y servicios, en régimen residencial, en periodos que oscilan entre veinticuatro horas y un mes, con carácter prorrogable, por motivos de descanso, enfermedad u hospitalización, emergencias u otras circunstancias análogas.

- Viviendas Tuteladas, destinadas a personas mayores que posean un grado suficiente de autonomía personal y se configuran como pequeñas unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas.

- Centros Residenciales, que son centros de alojamiento y convivencia que tienen una función sustitutoria del hogar familiar, de forma temporal o permanente, donde se presta una atención integral a la persona mayor.

- Acceso en condiciones más favorables a las prestaciones y servicios que se establezcan en el ámbito de los Servicios Sociales de la Junta de Andalucía o de otras Administraciones o Entidades que resulten afectadas por Convenios, a los titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesenta y cinco.

- Subvenciones y ayudas, destinadas a financiar el desarrollo de programas, actuaciones y tratamientos en favor de personas mayores que cumplan determinados requisitos. Pueden solicitarse por los siguientes conceptos ayudas individuales, para: adquisición, renovación y reparación de prótesis y órtesis; asistencia en centros residenciales, adaptación funcional del hogar, así como otras ayudas técnicas que favorezcan la autonomía personal del mayor.

- Bonificaciones en la adquisición de productos ópticos para los titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesenta y cinco, del 25% o el 50%, según sean titulares de la modalidad ordinaria u Oro, hasta un máximo establecido por tipo de gafas.

4) A LA ASISTENCIA SOCIO SANITARIA.

Tienen por finalidad la prestación, de forma integrada y coordinada, de servicios propios de la atención sanitaria y de los servicios sociales, bien sean de carácter temporal o permanente, a aquellas personas mayores que por su alto grado de dependencia, especialización en los cuidados e insuficiencia de apoyo sociofamiliar precisen ser atendidas conjuntamente por los recursos sanitarios y sociales.

- El sistema sociosanitario comprenderá, entre otras prestaciones, las siguientes: atención domiciliaria, servicio de teleasistencia, atención en periodos de convalecencia y rehabilitación, cuidados paliativos y atención en estancias diurnas y de larga duración.

- Igualmente comprenden este apartado las ayudas institucionales para asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer y sus federaciones para programas de información, formación y asesoramiento.

5) A LA EDUCACIÓN Y A LA FORMACIÓN.

Persiguen fomentar la educación y formación de las personas mayores en esta fase de su vida, así como su preparación para la jubilación a través de la potenciación de la educación de adultos en todos los niveles del sistema educativo, de la organización por parte de las Universidades andaluzas de aulas de formación, cursos de perfeccionamiento y otras actividades formativas dirigidas a personas mayores, del fomento de la participación de las personas mayores en talleres ocupacionales dirigidos al conjunto de la sociedad y del fomento por parte de las Administraciones Públicas de cursos de preparación a la jubilación y otras medidas encaminadas a la adaptación a la nueva situación.

6) A LA SENSIBILIZACIÓN DE LA SOCIEDAD CON LAS PERSONAS MAYORES.

Se persigue con ello que la sociedad, en general, tenga un mayor y mejor conocimiento del proceso de envejecimiento, entendido como una fase más del proceso del ciclo vital, favoreciendo con ello una mejor percepción de la problemática específica de las personas mayores y su integración social.

- En este sentido la Administración Educativa impulsará la inclusión de contenidos relacionados con el envejecimiento en los niveles educativos obligatorios y el desarrollo de programas dirigidos a los diferentes niveles educativos que propicien el encuentro y el entendimiento inter-generacional.

7) A DISFRUTAR DE UNA VIVIENDA Y CONDICIONES URBANÍSTICAS ADECUADAS.

Tienen por finalidad garantizar a las personas mayores el derecho que la Constitución reconoce a todos los ciudadanos de disfrutar de una vivienda digna y adecuada a sus necesidades, así como garantizar a este colec-

tivo la plena accesibilidad de los espacios urbanos, suprimiendo las barreras y obstáculos que lo impiden.

– En materia de viviendas comprenderá las siguientes medidas:

- Posibilidad de considerar como viviendas protegidas, con la consiguiente financiación cualificada, los alojamientos que constituyan fórmulas intermedias entre la vivienda individual y la residencia colectiva que se promuevan para personas mayores.

- Aplicación de un coeficiente reducido para el cálculo de los ingresos que dan derecho a la financiación cualificada de las viviendas protegidas, a aquellas unidades familiares cuyas edades de todos sus miembros sea de 65 años en adelante.

- Posibilidad de adaptar los accesos a las viviendas ya construidas: si hubiera acuerdo favorable para ello de la mayoría de la comunidad de propietarios o del propietario de la vivienda, en cuyo caso los gastos de adaptación será a costa de la comunidad o del propietario y si no hubiera acuerdo, la persona mayor discapacitada podrá obtener la autorización para realizar las obras necesarias de adaptación por decisión judicial, si bien, en este caso, tendrá que financiarlas a su cargo.

- Concesión de subvenciones y ayudas para adaptación funcional del hogar e instalación y mejora de ascensores, así como para la eliminación de barreras en comunidades de propietarios.

- Concesión de subvenciones para sufragar el coste de las obras y, en su caso, de la asistencia técnica necesaria para mejorar la seguridad y la adecuación funcional básica de las viviendas que sean residencias habitual de personas mayores.

– En materia de condiciones urbanísticas y accesibilidad: exigencia de plena accesibilidad en los planes de ordenación urbana que se aprueben, así como urbanización de las vías y espacios de uso público, de forma que resulten accesibles para todas las personas.

- Sujeción de la concesión de licencias para construir o reformar edificios públicos y de uso público, a que resulten accesibles para personas con cualquier tipo de discapacidad.

- Reserva obligatoria de plazas o asientos para personas con movilidad reducida en todas las zonas de estacionamiento de vehículos, así como en instalaciones en que se disponga de asientos para el público.

- Establecimiento de líneas de transporte urbano adaptadas.

8) A DISFRUTAR DEL OCIO Y LA CULTURA.

Tiene por finalidad favorecer el bienestar de las personas mayores a través de su participación en la vida cultural de Andalucía y el fomento y desarrollo de actividades culturales, deportivas, recreativas y de ocio, comprendiendo las siguientes:

– Utilización de las Residencias de Tiempo Libre de la Junta de Andalucía.

– Promoción de programas sociales de vacaciones para personas mayores del IMSERSO.

– Bonificación del 50% del precio del billete en viajes interurbanos en líneas regulares de autobuses.

– Bonificaciones de diversa cuantía en el precio de los billetes de trenes, a los titulares de la “tarjeta dorada de Renfe”.

– Gratuidad o bonificación del precio del transporte urbano en los municipios en que así lo tengan establecido.

9) A LA PARTICIPACIÓN.

Se fomentará la participación de las personas mayores en la vida política, económica, cultural y social de Andalucía, apoyando el asociacionismo en este sector de población, a través de las siguientes medidas:

– Ejercitar las funciones de colaboración, consulta y participación, ante la Administración Autonómica, en los temas que afecten a las personas mayores, a través del Consejo Andaluz y los Consejos Provinciales de Mayores.

– Exigencia de tener en cuenta, a la hora de tomar decisiones en temas que específicamente les afecten, las organizaciones, sindicatos y asociaciones donde se integren las personas mayores.

10) A LA INFORMACIÓN.

Sin perjuicio de los derechos que le corresponde como ciudadano, en sus relaciones con las administraciones públicas, incluido su derecho a ser informado adecuadamente sobre sus procesos de enfermedad en orden a la prestación del consentimiento, le corresponde los siguientes derechos:

– Información en los medios de comunicación social.

La información que se facilite a las personas mayores estará orientada preferentemente a dar a conocer los instrumentos establecidos por el ordenamiento jurídico para preservar sus derechos e intereses y protegerlos en caso de vulneración, a través del ejercicio de las correspondientes acciones administrativas o judiciales.

– Información en los Centros de Servicios Sociales.

Las personas mayores podrán obtener de los Servicios Sociales Comunitarios o especializados la información necesaria para el ejercicio de sus derechos.

Los Centros de día de la Consejería de Asuntos Sociales desarrollarán programas de orientación jurídica a favor de las personas mayores titulares de la Tarjeta Andalucía Junta sesentaycinco que sean socios de los mismos, a fin de que puedan plantear, directamente y de forma gratuita, sus consultas legales a letrados, que las evacuarán verbalmente en un lenguaje comprensible.

Los Centros residenciales deberán informar expresamente a las personas mayores sobre los derechos y obligaciones que tienen como usuarios de dichos Centros, de la existencia, en su caso, de condiciones

generales en el contrato que suscriban con ocasión de su ingreso, haciéndoles entrega de una copia de las mismas y del reglamento de régimen interior de aquéllos, así como de la forma de tramitar sus quejas y reclamaciones.

– Información notarial: La Consejería de Asuntos Sociales colaborará con los Colegios Notariales de Andalucía, a fin de que las personas mayores puedan conocer en un lenguaje comprensible el valor y alcance del otorgamiento de instrumentos públicos, especialmente cuando ello implique la pérdida de la propiedad o de la posesión, el establecimiento de cargas o la atribución a un tercero de facultades de disposición o administración sobre sus bienes.

5.2 LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

5.2.1 La protección jurídica en el ámbito civil

Con independencia de que haya quien piense que nuestro código civil es suficientemente claro y determinante en el ámbito de los derechos personales, hay que reconocer que tiene problemas pendientes de solución y que las sucesivas reformas han ido abordando total o parcialmente esos problemas, sin haber conseguido superarlos definitivamente y por completo.

Bien es verdad que los nuevos cambios sociodemográficos y los estrictamente sociales conllevan cambios que la inexorable lentitud de las normas tardan en asimilar y de ahí que haya que ir asimilando la lentitud que algunas modificaciones necesarias tienen que sufrir. Asimismo es necesario remarcar que existen normas recientes que han supuesto cambios importantes, eficaces y efectivos que afectan a la vida normal de las personas mayores.

Se comentan a continuación algunos de estos cambios y aquellas cuestiones más destacadas que merecen ser tenidas en cuenta para nuevas reformas:

La incapacidad y tutela tienen una relevancia importantísima para las personas mayores dependientes. No hay que olvidar que gran parte de la dependencia viene motivada por la carencia de capacidad de autogobierno y no sólo por la falta de autonomía funcional, lo cual da pie directamente a la posibilidad de incapacidad.

Respecto a la incapacidad, a pesar de la fuerte incidencia y de las reformas habidas en los últimos años, siguen existiendo problemas con el procedimiento de incapacidad. Es lento, exige un juicio contradictorio, lo que hace que muchos familiares lo rechacen, en la medida que requiere una denuncia previa contra el familiar y personarse en el proceso como parte contraria.

El derecho a que las personas mayores estén protegidas por la Ley, tanto sus personas como sus bienes, se acentúa en aquellos supuestos en los que, por causa de la pérdida de sus facultades mentales o físicas, es preciso proveerles de un estatuto especial a los efectos de prevenir situaciones de abuso o explotación, es decir, que sean declarados incapacitados.

En relación a esta primera figura, la incapacidad, hay que destacar la importante reforma que en este punto introdujo la Ley 13/1983, de 24 de octubre, en el Título IX, del Libro I del Código Civil, rubricado “De la incapacidad”, en cuyo artículo 199 se establece de partida que “nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial y en virtud de las causas establecidas en la ley”, y que este supuesto alcanza a las personas que padecen una enfermedad degenerativa que les impide gobernarse por sí mismas, siendo causas de incapacidad, “las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma” (art. 200 del Código Civil).

A la vista de cada supuesto en particular, corresponde a la autoridad judicial, mediante sentencia, graduar el alcance de la incapacidad en función de la gravedad de la misma, cuestión que procesalmente se conduce aplicando las normas del juicio verbal previsto en la Ley de Enjuiciamiento Civil –LEC–, proceso que se acompaña de las máximas garantías (está en juego no sólo la capacidad de la persona sino su libertad, ya que incluso puede conllevar el internamiento en un centro), con la obligada intervención del Ministerio Fiscal, audiencias de los pacientes más próximos, examen del propio juez del presunto incapaz, y los dictámenes periciales correspondientes que se practiquen bien de oficio o a instancias de parte.

Dicha sentencia, determinará pues, la extensión y los límites de la incapacidad de la persona, el régimen de tutela o guarda al que ha de quedar sometido, e incluso se pronunciará, en su caso, sobre la necesidad de internamiento de la persona incapacitada. Igualmente, si se hubiera solicitado en la demanda de incapacidad el nombramiento de la/s persona/s que hubieran de asistir o representar al incapaz y velar por él, el Juez dispondrá sobre este extremo. La sentencia, pues, determinará si la limitación de la capacidad de obrar alcanza a cualquier tipo de acto jurídico o bien concretará qué actos puede realizar por sí mismo y cuales requerirán la intervención del representante legal o la asistencia del curador.

Respecto a las instituciones tutelares, éstas han sido recientemente retocadas con la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil y se ha unido la designación de tutor al juicio de incapacidad, lo cual es un gran logro. Pero sigue siendo una institución muy farragosa en su articulado, que permanece sin tener muy en cuenta a las personas mayores. Por la vía de hecho y la prudencia y ponderación de los jueces y abogados se va consiguiendo una aplicación racional de la misma, pero no tanto por el contenido de la norma.

La curatela, no obstante ser una institución muy apropiada para la protección de muchas personas mayores que empiezan a demenciarse, se aplica poco. Es más fácil nombrar un tutor para todo, que un tutor para aquello que sea necesario, dejando el ejercicio de algunos derechos en manos de las personas parcialmente incapacitadas.

La guarda de hecho, que es otra forma de tutorizar a una persona mayor, apenas tiene dos artículos en el código civil, y debería ser de utilización “consciente” más generalizada, dando garantías al guardador y no dejándole en una situación absolutamente desprotegida. La mayor parte de guardadores de hecho ni siquiera saben que lo son. Merecería una mejor regulación.

La autotutela, que tiene una grandísima importancia, se encuentra recogida en una ley reciente, (Ley 41/2003) a través de la cual entra en el código civil. Ha significado un avance importante y una extensión de su vigencia territorial necesaria para que pueda ser utilizada por todo aquel que lo crea conveniente. Estamos ante un punto de avance significativo en el mundo de los derechos de las personas mayores.

La denominada autotutela (más bien la delación voluntaria de la tutela a un tercero y no la tutela de uno por sí mismo), consistente en la posibilidad que tiene una persona de designar a quien vaya a ser su tutor para cuando no pueda gobernarse por sí misma, es una novedad introducida por la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, (con antecedente en el Código de Familia de Cataluña de 1998).

En este sentido el artículo 223 del Código Civil dispone que “cualquier persona con la capacidad de obrar suficiente, en previsión de ser incapacitada judicialmente en el futuro, podrá en documento público notarial adoptar cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes, incluida la designación de tutor”. Así pues, corresponde al notario autorizante valorar la capacidad de la persona en dicho momento, comunicando este posteriormente al Registro Civil para su indicación en la inscripción de nacimiento del interesado, circunstancia que, en su día, puede conocer el Juez que este conociendo de la constitución de la tutela al recabar la correspondiente certificación del Registro Civil a los efectos de comprobar si el presunto incapaz ha realizado alguna disposición en este sentido.

Lógicamente, el mandato en estos casos se extinguirá, entre otras causas, por la incapacitación sobrevenida del mandante a no ser que en el mismo se hubiera dispuesto su continuación o el mandato se hubiera dado para el caso de incapacidad del mandante apreciada conforme a lo dispuesto por éste. En estos casos se prevé la posibilidad de la extinción de dicho mandato por resolución judicial dictada bien al constituirse el organismo tutelar, bien posteriormente a instancia del tutor (art. 1732 LEC).

Deben ser tenidos en cuenta asimismo, los contratos atípicos, suscritos por las personas mayores con

la finalidad de conseguir una renta o servicio vitalicio a cambio de un bien inmueble o de un capital. Este es otro ejemplo claro de lo dicho al comienzo de este apartado. Este tipo de contratos nació con otro fin, pero se ha ido adaptando de hecho a la realidad presente, pero no de derecho.

Conviene llenar de contenido y no sólo de filosofía la hipoteca inversa, que parece ser va a tomar un mayor auge en los tiempos futuros y que puede ser una posibilidad más de ayuda a sufragar los gastos que pueden traer las situaciones de dependencia (actualmente se encuentra en fase de tramitación parlamentaria el proyecto de Ley por el que se modifica la Ley 21/1981, de 25 de marzo, de regulación del mercado hipotecario y otras normas del Sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas que se define como un préstamo o crédito hipotecario del que el propietario de la vivienda realiza las disposiciones hasta un importe máximo determinado por un porcentaje del valor de tasación en el momento de la constitución, recuperando la entidad de crédito lo dispuesto una vez fallece el propietario).

El derecho de alimentos necesita también una reforma apropiada. Surgió para la protección de los menores, aunque como derecho reversible tiene aplicación a las personas mayores, pero salvo esa referencia, su filosofía jurídica está impregnada de un marcado carácter descendente. Se trata de defender los derechos de los hijos o de los nietos que no tienen quien les dé sustento, alojamiento, educación, etcétera, pero no se piensa en el mayor desprotegido por la familia, que reclama este derecho. Bien es verdad que es anecdótico el abandono de una persona mayor o la desprotección absoluta, como no podría ser de otro modo, pero aún así, la reversibilidad del derecho debería quedar más patente y clara. Los servicios sociales palían, en parte, las necesidades en que se puedan ver algunas personas mayores, que en modo alguno están por reclamar a sus hijos este derecho.

No se puede dejar pasar por alto, y aquí sí que hay que celebrarlo, la reconsideración que del contrato de alimentos, hace la ley 41/2003 de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad, en su artículo 12, donde lo define como aquel contrato en el que una de las partes se obliga a proporcionar vivienda, manutención y asistencia de todo tipo a una persona durante su vida, a cambio de la transmisión de un capital en cualquier clase de bienes y derechos.

Las modificaciones de esta ley, introducidas en el código civil han supuesto un avance notorio, algunas de ellas, como la autotutela, de la que ya hemos hablado y otras como las modificaciones en el régimen sucesorio, que simplemente nombramos pero que no por ello dejan de tener capital importancia, además de la constitución del patrimonio protegido, objeto principal de la referenciada ley.

El internamiento en un centro ha sido nueva y recientemente reformado por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, y aunque sigue sin haber resuelto la totalidad de los problemas existentes en este tipo de internamiento, es necesario reconocer que ha supuesto un avance muy importante, digno de tenerse en cuenta.

En las personas mayores se da una alta incidencia, en comparación a otros grupos de edades, enfermedades degenerativas que limitan e incluso anulan la capacidad cognitiva y volitiva, enfermedades englobables en lo que ha venido calificándose como demencias seniles, circunstancias que en determinados casos fundamentarían un eventual ingreso involuntario en un centro residencial.

Nuestro sistema legal somete a autorización judicial el internamiento involuntario en un establecimiento psiquiátrico cuando esta “no esté en condiciones de decidirlo por sí”, correspondiendo su ordenación a los facultativos o especialistas.

Aunque el precepto se refiere a “trastorno psíquico” y a “establecimiento psiquiátrico” se ha mantenido una viva polémica, doctrinal y jurisprudencial, sobre el alcance de ambos conceptos, tanto si es el primero cabe incluir otros tipos de trastornos (alcoholismo, toxicomanías, oligofrenias y retrasos mentales, etc.) y en el segundo otros tipos de dispositivos en régimen cerrado (centros de desintoxicación, centros geriátricos, etc.).

En unos casos se preconiza la inaplicabilidad de la disposición apoyándose en la literalidad del artículo, que se entiende referido a enfermos mentales y establecimientos psiquiátricos, y por tanto innecesaria la autorización judicial para los ingresos involuntarios en residencias geriátricas argumentándose que:

- El trastorno psíquico y la atención psiquiátrica, que justificaría la intervención judicial no se da en el caso de las personas con demencia que ingresan en un dispositivo geriátrico. En estos casos el motivo del ingreso no es el terapéutico sino meramente el asistencial.

- Las restricciones de libertad que puedan establecerse en una residencia no difieren de las que puedan darse en el domicilio familiar o en el de sus familias, sin que en estos casos se requiera autorización judicial.

Por otro lado se postula a favor de la aplicación del precepto en base a que el ingreso supone una limitación del principio constitucional de libertad. El ingreso en un centro cerrado, ya sea con finalidad terapéutica o asistencial, produce una restricción de la libertad con ausencia de la voluntad de la persona internada.

Así, si se exige autorización judicial para ingresar a una persona con un trastorno psíquico, con mayor motivo para quien no lo tiene, o si el que tiene es meramente degenerativo; y si se requiere para un tratamiento curativo y temporal en un centro psiquiátrico, también con mayor motivo para una finalidad asistencial y de muy probable carácter indefinido en una residencia, se viene a decir por estos posicionamientos.

En cuanto al acogimiento familiar este constituye un instrumento de protección de las personas mayores que progresivamente se está implantando, es el de la acogida familiar, figura de protección que permite mantener la persona mayor en un ambiente familiar y social, cuando la opción por el acogimiento residencial no es el adecuado, ni lo que ellos desean o bien no es viable ante la insuficiencia de estos dispositivos. Con ello se evita el desarraigo del mayor de su núcleo y entorno de convivencia y, por encima de todo, que se queden solas.

Aunque esta modalidad de atención se circunscribe a un simple acuerdo entre las partes por el que se genera situaciones de convivencia entre personas que, sin constituir una familia, comparten una misma vivienda habitual, y ello en base a relaciones de parentesco lejano o a simple amistad o solidaridad, por algunas Comunidades Autónomas o Corporaciones Locales se ha procedido a hacer una regulación más o menos proteccionista en orden a estructurar esta convivencia.

En nuestro país, hay que señalar que el Plan Gerontológico señalaba el establecimiento de un programa de “Acogida Familiar”, que permitiera atender a personas mayores en situación de soledad por familias de la localidad, ajenas a la suya propia, regulando las obligaciones de las partes, las posibles subvenciones públicas y el control y seguimiento del Servicio. El programa preveía su introducción con un número máximo de beneficiarios como fórmula experimental para posteriormente, tras evaluar los resultados, consolidar o reorientar la medida, generalizándola de forma progresiva.

En el ámbito autonómico la acogida familiar de ancianos es un programa introducido en el marco de la Diputación Foral de Guipúzcoa y posteriormente implantado en otras Autonomías. Y en los últimos años varias Comunidades Autónomas han ido elaborando diversas normas que regulan esta figura de forma específica.

Las líneas fundamentales de esta figura, tal como viene configurada por la normativa autonómica indicada dictada en desarrollo de las distintas Leyes de Servicios Sociales existentes en las diferentes Comunidades, son las siguientes:

- Se trata de una medida de protección, perteneciente al ámbito de los servicios sociales de atención especializada, que consiste en la integración de un anciano en el seno de una familia –sin mediar, en ningún caso, lazos de parentesco– por carecer aquél de las más básicas condiciones materiales y afectivas, garantizándose, de esta manera, la convivencia mutua, la salud, la seguridad y el bienestar físico y psíquico.

- Los objetivos que persigue esta medida son básicamente tres: el mantenimiento del anciano en su medio social habitual, la integración social y el fomento de la participación del anciano en su entorno y evitar el internamiento en una residencia, a la vez que dotando de continuidad y estabilidad al desenvolvimiento de su vida.

– En cuanto a los destinatarios de esta modalidad de protección, las normas de referencia señalan unos requisitos comunes que hacen referencia a la edad (mayor de 65 años), la nacionalidad y residencia (español, con un determinado tiempo de residencia en la Comunidad Autónoma de referencia) y la ausencia de vínculos parentales con la familia acogedora (en mayor o menor extensión, según las Autonomías). Además, en algunas de estas disposiciones se hace referencia a las características personales e ingresos del beneficiario.

Sin perjuicio del catálogo de derechos y deberes que pueden establecerse en el contrato que al efecto se suscriba, las obligaciones básicas del anciano se centran en destinar el importe de la ayuda económica que recibe a sufragar los gastos derivados del acogimiento, evitando así que la familia acogedora cargue con los costes de su atención y cuidado, así como en poner en conocimiento del organismo competente las incidencias que puedan producirse respecto a la continuidad del acogimiento.

– Respecto a la familia acogedora, se establecen también unos requisitos de edad mínima y máxima, de aptitud y capacidad, de disponibilidad de tiempo y predisposición personal, de ausencia de ánimo lucrativo así como de condiciones de la vivienda donde va a residir el anciano, todos ellos encaminados a garantizar el cumplimiento de los objetivos del programa.

Los deberes que ha de asumir la familia acogedora se centran en prestar al anciano la atención y cuidados ordinarios, así como los extraordinarios si cuenta con los debidos apoyos, respetar la intimidad del acogido y fomentar su integración y participación social y comunicar al organismo competente las circunstancias relevantes de la situación del acogido a fin de poder realizarse un adecuado seguimiento del caso.

– Este deber de comunicación de la familia acogedora enlaza con la actividad de control y supervisión que corresponde a los servicios sociales autonómicos o locales y según la descentralización de competencias operadas.

– Por último, como causas de extinción del derecho a la percepción de la ayuda económica que conlleva la aplicación del programa de acogimiento familiar se prevén las relativas a la desaparición de alguna de las condiciones determinantes de la concesión de la ayuda, la rescisión del contrato de acogimiento, el incumplimiento de las condiciones pactadas o de la obligación del beneficiario de comunicar las variaciones en su situación económica así como la obstrucción de la labor inspectora de los servicios sociales.

5.2.2 La protección jurídica en el ámbito penal

El vigente código penal, aprobado por la Ley Orgánica 10/1995 no considera la vejez en sí misma como

circunstancia especial que va a matizar las acciones punibles. Sólo la tiene en cuenta de manera indirecta en algunas faltas o delitos que veremos en su momento.

Hay cuestiones importantes que conviene tener en cuenta porque afectan muy directamente a los derechos de las personas mayores.

El maltrato a la persona mayor es una de las formas o maneras de actuar más cercenantes de los derechos de las personas en general y de las personas mayores en concreto. Sólo recientemente a partir del artículo 153 se habla de maltrato en el código penal y es preciso resaltar que entra en el mismo como consecuencia del maltrato de género.

Pero aunque lo que antecede es cierto, también lo es que el artículo contiene la palabra ascendiente: “El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre (...) su ascendiente (...) será castigado...”. A través de este artículo y de forma indirecta está considerado el maltrato a las personas mayores.

Cronológicamente hablando, primero fue el maltrato a los menores, después el maltrato de género y ahora el maltrato a los mayores, pero este último enfoque no ha sido aún suficientemente asimilado a nivel legislativo. Incluso en los Planes contra la violencia doméstica el maltrato a las personas mayores no se tiene muy en cuenta.

Sobre este tema es necesario decir que se ha avanzado en cierta manera, pero también y porque afecta muy directamente a las personas dependientes, que este asunto es de tal importancia que merecería un tratamiento específico y no una simple palabra, 'ascendiente', bastante poco precisa (no es igual un abuelo que un padre y ambos son ascendientes) para liquidar una cuestión de tanta trascendencia y que seguramente va a tener una significación más relevante en la próximas décadas.

El maltrato atenta directa y radicalmente contra la dignidad de la persona humana. Se puede definir como: “Acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tienen como víctima a la persona mayor, que se infieren de manera reiterada y que se propician normalmente dentro de un ambiente familiar o de relación de cuidados”

Conviene hacer mención a los diferentes tipos de maltrato. Existen al menos tres tipos de maltrato, físico, psíquico y económico, aunque todos ellos se pueden desdoblar y hacer un listado más amplio.

En la medida que estas acciones u omisiones sean vulneradoras de los derechos y libertades fundamentales exigibles constitucionalmente, y de que las mismas estén tipificadas como delitos o faltas en el Código Penal éstas serán denunciabiles y perseguibles por esta vía.

Así sin ánimo exhaustivo podemos encontrarnos con situaciones tipificadas como delitos o faltas en los casos de delitos contra la vida o integridad física (normalmente

delitos relacionados con lesiones –art. 147 C.P.– o de violencia doméstica –art. 153 C.P.–; contra la libertad (detenciones ilegales por inmovilizaciones o confinamientos paliativos y amenazas y coacciones –arts. 163, 169, 172 C.P.); contra la integridad moral (por trato denigrante o torturas –art. 173 C.P.–); omisión del deber de socorro (en los casos de desamparos que pongan en peligro manifiesto y grave al mayor –art. 195 C.P.–); contra la intimidad, al honor, a la propia imagen e inviolabilidad del domicilio (por vulneración de su intimidad, intervención de cartas, escuchas telefónicas, etc.); contra las relaciones familiares (por abandono, omisión del derecho de alimentos) y expolio patrimonio (robo o hurto), entre otros.

Debería el código penal mencionar el hecho del abandono de personas mayores dependientes y tipificar este hecho de acuerdo a la importancia que tiene. Esto debería hacerse directamente sin que hubiera que recurrir a otros artículos para indirectamente poder imputar este tipo de acciones y omisiones. Las personas mayores dependientes son personas de extrema fragilidad y con nula capacidad de autodefensa, cuestión que es aprovechada para privarles de derechos fundamentales que les son propios e inalienables. Existen ocasiones en que se pueden vulnerar estos derechos hasta extremos insospechados causando un grandísimo quebranto moral a las personas.

Por último hay que advertir que las personas mayores dependientes se encuentran referenciadas en todos los artículos en los que se habla de incapaces (algunos dependientes son incapaces y otros no) y en los delitos y faltas relativos a derechos y deberes familiares (algunos dependientes viven en ámbitos familiares y otros no), lo que innegablemente no ayuda en la protección jurídica de estas personas, porque supone una protección muy genérica, poco propicia a la concreción. Pero la dispersión no debe dar paso a la inactividad y conviene tener presente el respeto a los derechos de los mayores y denunciar su vulneración.

5.2.3 La protección del patrimonio

La circunstancia de que las personas mayores, por circunstancias de enfermedad o de edad muy avanzada, y por tanto con dificultades para administrar sus bienes, normalmente sin incapacitar, las hace especialmente frágiles y dispuestas a confiar en cualquier persona que considere merecedora de tal confianza, quedando en muchas ocasiones a merced de los familiares/parientes o amistades sin escrúpulos, cuando no de los propios cuidadores informales en su domicilio o de los gestores o cuidadores de la residencia en que se encuentren.

Esta circunstancia se ve acrecentada ante el hecho de que estos mayores sean titulares de bienes muebles o inmuebles o tienen una pensión o rentas considerables.

La Ley de mayores de Andalucía se refiere en el artículo 46 relativo a la “expoliación patrimonial” en los siguientes términos:

“Cuando las Administraciones Públicas tengan noticia de que el patrimonio de una persona mayor está siendo objeto de expoliación, bien por sus propios familiares o por terceros, se procederá a comunicarle de forma expresa las acciones judiciales que puedan iniciar, proporcionándole asistencia jurídica si fuera necesario, sin perjuicio del traslado de tales hechos al Ministerio Fiscal”.

En desarrollo de tal previsión legal, el artículo 14 del Decreto 23/2004, de 3 de febrero, de protección jurídica de las personas mayores, añade que en tales casos se ofrecerá a las mismas “orientación jurídica inmediata” que les permita elegir la opción más adecuada para la defensa de sus derechos e intereses.

A tal efecto, la Orden de la Consejería de Asuntos Sociales de 1 de septiembre de 2003, establece un programa de orientación jurídica para las personas titulares de la “Tarjeta Andalucía Junta Sesentaycinco” y socios/as de un Centro de Día de carácter gratuito, servicio que se articula a través de un Convenio entre la Junta de Andalucía y los Colegios Oficiales de Abogados de la Comunidad Autónoma.

5.3 ESPECIAL REFERENCIA A LOS DERECHOS REGULADOS EN LA LEY DE LA DEPENDENCIA

5.3.1 Naturaleza de los derechos relativos a la dependencia

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, sobre promoción de la autonomía y atención a las personas dependientes instaura un nuevo subsistema de protección social en orden a avanzar en una adecuada cobertura de las situaciones de necesidad de las personas dependientes, reforzando así el Sistema Público de Protección Social a través de un modelo garantizador de auténticos derechos, cuyas características son las siguientes:

a) Reconocimiento expreso de un derecho subjetivo a nivel legal

La promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia queda configurada en esta Ley como un “derecho subjetivo de ciudadanía” (art. 1.1), superando de esta forma el reconocimiento devaluado con que aparece configurada en la Constitución la atención a las personas mayores y con discapacidad (arts. 49 y 50).

El reconocimiento expreso en la Ley de un derecho de esta naturaleza, desde un punto de vista garantista, tiene importantes consecuencias:

– Por una parte, la superación de un modelo asistencialista, de cobertura limitada, dirigido esencial-

mente a las personas dependientes carentes de recursos, y cuyo acceso a prestaciones y servicios está condicionado a la disponibilidad presupuestaria del momento.

– Por otra, la garantía de acceso a las prestaciones y servicios inherentes a este derecho por razones de ciudadanía de cualquier persona que las precise y cumpla las condiciones establecidas para ello, con independencia de su situación económica.

No obstante, la determinación del nivel mínimo al que se refiere el artículo 7 de la Ley plantea interrogante. Así, si analizamos las normas de desarrollo de la Ley en tan crucial materia, observamos como el Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, que regula el nivel mínimo de protección del Sistema y, consiguientemente, las normas autónomas que lo desarrollan, establecen la configuración de este nivel mínimo de protección, sin contemplar un contenido mínimo prestacional que queda garantizado a cualquier persona por la Administración Estatal, sino que se limita a establecer una cantidad mensual por beneficiario y grado nivel de dependencia que prevé completar con una aportación similar por parte de la Comunidad Autónoma.

Con este precedente, parece, pues, que los niveles de protección a que se refiere el artículo 7 de la Ley, en contra de lo que se pudiera deducir de la redacción legal, no van a venir determinados por escalones de servicios, sino por las cuantías concretas de financiación que el Estado y la Comunidad Autónoma correspondiente se comprometen a aportar para la atención a la persona dependiente.

En este sentido la garantía de mínimos de cobertura que contempla la Ley, parece que se reconduce a la asignación de cuantías económicas por beneficiario y tipo de dependencia. En otras palabras, deducimos de los primeros pasos de desarrollo de esta norma que, aunque en la misma no se contempla, corre el riesgo de derivar hacia un modelo de cobertura “cheque/servicio” en el que al beneficiario se le hace entrega de una cantidad prefijada para la atención del servicio que precise, sin constatar si esa cuantía es suficiente o insuficiente para la adecuada atención que precisa. Buen ejemplo de esta situación es la “prestación económica vinculada” a que se refiere el artículo 17 de la Ley, y ello a pesar de la prioridad que se establece en el artículo 14.2 de la misma.

b) Universalización de la cobertura.

La Ley establece un derecho de acceso universal a favor de las personas dependientes (art. 3.a y art. 5). La universalización de este derecho social supone:

– Que el criterio determinante para ser beneficiario del mismo va a ser la necesidad de cuidados evaluada, con independencia de la situación económica o social de la persona que los precise.

– Que cualquier persona que precise de estos cuidados sociosanitarios ha de tener a su alcance, en condiciones óptimas de accesibilidad y proximidad,

una completa oferta de prestaciones y servicios preventivos y paliativos.

– En definitiva, supone la extensión al ámbito de los Servicios Sociales, en lo que a dependencia se refiere, del modelo de protección universal ya existente en los de Educación y Salud.

– Este modelo universalista que implanta la Ley garantiza el acceso a unas condiciones básicas y un contenido común, a todos los ciudadanos (art. 6.1) a través de unos niveles de protección (art. 7) que se vinculan a las distintas Administraciones Públicas con competencias en este Sistema. Así:

- El nivel de protección mínimo lo asume la Administración del Estado, como condición básica de garantía de este derecho para todos los ciudadanos de España (art. 9).

- Un segundo nivel de protección se asumirá a través de la cooperación que se acuerde entre el Estado y las Comunidades Autónomas y que amplíe el ámbito de cobertura de las prestaciones y servicios para las personas dependientes de ese territorio (art. 10).

- Un tercer nivel adicional de protección que asume, en su caso y en exclusiva, cada Comunidad Autónoma (art. 11.2).

c) Condiciones de igualdad y equidad para su ejercicio

Las condiciones de igualdad y equidad constituyen premisas básicas inherentes a la garantía de derechos sociales universales.

Estas condiciones están presentes en toda la regulación del texto legal que las consagra a nivel de principios (art. 3) y al establecer los derechos de las personas dependientes (art. 4) haciéndolas efectivas al regular las condiciones materiales de acceso (art. 5), los niveles de protección (art. 7); el catálogo de prestaciones y servicios (Capítulo II, Título I); los niveles de dependencia y su valoración (Capítulo III, Título I) y la financiación del Sistema (Capítulo IV, Título I).

– Los titulares del derecho vienen determinados en la Ley (art. 5) atendiendo sólo a circunstancias objetivas en función de la concurrencia de unas condiciones limitativas de la autonomía personal que se determinarán a través de un baremo público (art. 26.3) y una valoración de órganos especializados (art. 27).

– El acceso a las prestaciones y servicios a que pueden acceder los ciudadanos en función de su situación de dependencia se establece en la Ley de forma precisa. De este modo, cualquier persona que se encuentre en esta situación puede conocerlas previamente y saber cual es la cartera de servicios (art. 15) y prestaciones (art. 14) a los que puede acceder en función del grado y nivel de dependencia que se le haya declarado (art. 26) en atención a sus necesidades.

– Las condiciones económicas o sociales que concurren en las personas dependientes no constituirán impedimento alguno para acceder a los servicios que precisen, salvo para determinar su contribución parcial

a la financiación del Sistema (art. 33). Esta práctica de contribución de los usuarios en la financiación, es consustancial a los modelos de protección universal y constituye una manifestación del principio de equidad en el sostenimiento de los servicios públicos.

d) No supeditación del ejercicio del derecho a una contraprestación económica obligatoria

Este principio general es consagrado de forma expresa en el artículo 33.4 de la Ley al disponer que “ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos”, si bien este principio general no está refido, como veíamos anteriormente, con la participación de los beneficiarios en el coste de los servicios que se le puedan prestar en función de su capacidad económica, sin tomar en consideración la de su entorno familiar.

e) Responsabilización pública del reconocimiento y satisfacción del derecho

La contrapartida del reconocimiento de cualquier derecho social como derecho subjetivo universal requiere de la responsabilización pública respecto a la instrumentalización de las medidas, medios y recursos necesarios para su efectividad.

Esto implica, necesariamente, que desde los poderes públicos deban preverse de forma efectiva los instrumentos precisos para:

- El estudio continuo de necesidades adaptado y adecuado a las necesidades específicas de ese colectivo.

- La planificación eficiente de la cobertura de los servicios que se determinan para atender de forma adecuada esas necesidades.

- La dotación de recursos económicos suficientes que permitan la cobertura de esas necesidades y prestación eficaz de esos servicios.

Para hacer efectivas estas tareas, la Ley crea un Sistema público para la Autonomía y Atención a la Dependencia (art. 1.1) en el que se integrarán y colaborarán todas las Administraciones Públicas y que garantiza las condiciones básicas y el contenido prestacional común que establece (art. 6.1).

f) Tutela judicial de los derechos relativos a la dependencia

Uno de los elementos esenciales inherentes a la categoría jurídica de un derecho calificado como subjetivo, es el de incorporación de la tutela judicial para acceder a su ejercicio, cuando éste se impida o menoscabe.

El reconocimiento por la Ley a las personas en situación de dependencia del derecho a estar atendidas y a que se promueva su autonomía personal a través de un sistema público, en las condiciones y circunstancias previstas en la misma, conlleva la posibilidad de acudir a los órganos jurisdiccionales correspondientes (jurisdicción contencioso-administrativa) para exigir el acceso efectivo a las prestaciones y servicios reconocidos.

g) Exigencia de calidad y eficacia en la prestación del servicio público

En las sociedades modernas y desarrolladas, los ciudadanos esperan de las Administraciones Públicas no sólo que presten servicios públicos sino que esa prestación se realice en condiciones de calidad.

La calidad y la eficacia de los servicios públicos han pasado en nuestra sociedad de tener un carácter meramente instrumental a convertirse en un aspecto esencial del compromiso que asumen las Administraciones ante sus ciudadanos en orden a asegurar la efectividad de su prestación y que permiten la evaluación de las políticas públicas y, en suma, la garantía de los derechos que se reconocen.

Estos principios, ya incluidos en el reformado Estatuto de Autonomía de Andalucía constituye uno de los ejes vertebradores de la relación que se establece entre la actuación de la Administración Autonómica y los ciudadanos. Así, tanto en relación con los objetivos básicos, como al enumerar los principios rectores de las políticas públicas o al definir los principios a los que debe adecuar su actuación la Junta de Andalucía, los aspectos de calidad y eficacia están siempre presentes como pautas inherentes al funcionamiento administrativo, hasta reconocerse como derecho en el artículo 31 en el que se garantiza a la ciudadanía el derecho a una buena administración.

En sintonía con estos nuevos compromisos que se exigen desde la sociedad al sector público, la incorpora un Título específico (II) para regular, de forma completa y detallada, los aspectos de calidad y eficacia de este Sistema.

A estos efectos, la Ley contempla: El establecimiento de un plan de calidad del Sistema así como de los criterios para la acreditación de centros (art. 34.2), la aprobación de guías de buenas prácticas y cartas de servicio (art. 34.3), la aprobación de estándares de calidad para cada uno de los servicios del Catálogo (art. 35) y la especial atención a la formación básica y permanente de los profesionales y cuidadores (art. 36).

h) La participación ciudadana y social en el desarrollo y aplicación del derecho

La Ley también refleja estos requerimientos sociales e incorpora adecuadamente las vías de participación de los distintos sectores a los que afecta su aplicación. Así:

- En sus principios informadores, incluye expresamente la participación en el Sistema de las personas dependientes, sus familias, la iniciativa privada y el tercer sector (art. 3).

- En su artículo 4.2.e) reconoce de forma expresa el derecho de las personas en situación de dependencia y las asociaciones que las representan a participar en la formulación y aplicación de las políticas que afectan a su bienestar.

- Esta participación también se articula a través de una serie de órganos consultivos entre los que la pro-

pia Ley enumera (art. 41): El Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, El Consejo Estatal de Personas Mayores, El Consejo Nacional de Personas con Discapacidad y El Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

La participación de los beneficiarios y de sus familiares en el desarrollo de este Sistema está expresamente provista en el artículo 17.4 del Decreto 168/2007, de 12 de junio, de la Junta de Andalucía que regula el procedimiento para la valoración de esta situación y el reconocimiento del derecho, al contemplar la participación de la persona beneficiaria o de sus familiares en la elaboración del PIA que constituye el elemento esencial para determinar las necesidades asistenciales de las personas dependientes.

5.3.2 Reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema

La situación de dependencia, en función de la autonomía de la persona afectada es clasificada por la Ley en tres grados:

a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Cada uno de estos tres grados de dependencia se clasifican, a su vez, en dos niveles, niveles 1 y 2, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.

Estos grados y niveles vienen determinados por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, norma que determina los criterios objetivos para la valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad para realizar las tareas básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión a este respecto para personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental.

Este baremo de valoración de la dependencia (BVD), que tienen en cuenta los informes relativos a la

salud de la persona y al entorno en que se desenvuelve, incluye un protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir y la determinación de los intervalos de puntuación que corresponden a cada uno de los grados y niveles de dependencia de forma tal que la dependencia moderada (Grado I) se corresponde con una puntuación final de BVD de 25 a 49 puntos, la dependencia severa (Grado II) de 50 a 74 puntos y la gran dependencia (Grado III) de 75 a 100 puntos, no asignándose ningún grado a las valoraciones inferiores a 25 puntos, que se consideran situaciones de autonomía o en todo caso de dependencia ligera.

El procedimiento del reconocimiento de la situación y del derecho a las prestaciones ha sido regulado por la Junta de Andalucía por Decreto 168/2007, de 12 de junio, mediante un procedimiento que se articule en dos fases.

5.3.2.1 Fase del reconocimiento de la situación de dependencia

El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia se inicia a instancias de las personas titulares del derecho, o de quienes ostenten su representación, ante los Servicios Sociales Comunitarios (SSC) municipales del municipio de residencia de estas, en el modelo oficial (aprobado por Orden de 23 de abril de 2007), comunicándose a esta el día y hora que los profesionales acudirán a su domicilio o lugar de residencia para efectuar la valoración, los cuales procederán a realizar los reconocimientos y pruebas correspondientes mediante la aplicación del baremo.

El grado y nivel de dependencia se valorará teniendo en cuenta el informe sobre la salud (mediante Instrucción de 13 de junio de 2007 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud se regula la elaboración del informe de condiciones de salud) y el informe sobre el entorno en el que viva aquella y, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescrita.

Una vez concluida la valoración esta será remitida por los SSC al Servicio de Valoración de la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, que elevará propuesta de resolución conteniendo el dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los servicios y prestaciones que la persona pueda requerir.

El dictamen del órgano de valoración establecerá, cuando proceda, en función de las circunstancias concurrentes, el plazo máximo en que deba efectuarse, en su caso, la primera revisión del grado y nivel dictaminados.

Finalmente, el/la titular de la correspondiente Delegación Provincial dictará la resolución que proceda, que determinará:

a) El grado y nivel de dependencia de la persona solicitante, con indicación de la efectividad del derecho a las

prestaciones de dependencia conforme el calendario establecido en la disposición final primera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. Asimismo, establecerá, cuando proceda, en función de las circunstancias concurrentes, el plazo máximo en que daba efectuarse la primera revisión del grado y nivel que se declare.

b) Los servicios o prestaciones que, en su caso, correspondan a la persona interesada de acuerdo con su grado y nivel de dependencia.

La resolución deberá dictarse y notificarse a la persona solicitante o a sus representantes legales en el plazo máximo de tres meses, que se computará a partir de la fecha de entrada de la solicitud en el registro de los Servicios Sociales Comunitarios del municipio de residencia de la persona solicitante.

Transcurrido el plazo establecido anterior sin que se haya notificado resolución expresa, la solicitud podrá entenderse desestimada, sin perjuicio de la obligación de la Administración de resolver expresamente.

El grado o nivel de dependencia podrá ser revisado por las siguientes causas:

a) Mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia.

b) Error de diagnóstico o en la aplicación del baremo.

5.3.2.2 Fase de reconocimiento del derecho a los servicios o prestaciones del Sistema (Programa Individual de Atención –PIA–)

Una vez comunicada la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia a los SSC que hayan iniciado la tramitación del procedimiento, y siempre que la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia deba producirse en el año en que se hubiera dictado dicha resolución, conforme al calendario establecido en la disposición final primera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, aquellos elaborarán la propuesta de Programa Individual de Atención correspondiente a la persona beneficiaria.

En esta fase del procedimiento los SSC deberán realizar un informe social en el que se detalle la situación social, familiar y del entorno (mediante Orden de 1 de octubre de 2007 se aprueba el modelo de informe social, trámite de consulta y propuesta del PIA), e igualmente se dará participación a la persona beneficiaria o, en su caso, a las personas que lo representen.

Los SSC remitirán a la correspondiente Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social la propuesta de PIA, que dictará la resolución aprobatoria del mismo, que tendrá el siguiente contenido:

a) Datos y circunstancias personales y familiares de la persona en situación de dependencia.

b) Servicio o servicios prescritos, con indicación de las condiciones específicas de la prestación de éste, así como de la participación que en el coste del mismo pudiera corresponder a la persona en situación de dependencia según su capacidad económica.

c) En su caso, de no ser posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, prestación económica vinculada al servicio.

d) Excepcionalmente, prestación económica para cuidados familiares, cuando la persona beneficiaria esté siendo atendida en su entorno familiar y se reúnan las condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad de la vivienda, con indicación de las condiciones específicas de acceso a dicha prestación.

e) En su caso, prestación económica de asistencia personal, con indicación de las condiciones específicas de acceso a dicha prestación.

La aprobación y notificación del PIA deberá producirse en el plazo máximo de tres meses desde la fecha de recepción de la resolución del reconocimiento de la situación de dependencia.

A su vez, el PIA podrá ser objeto de revisión en los siguientes casos:

a) A instancias de la persona interesada o de sus representantes legales.

b) A instancia de los Servicios Sociales Comunitarios correspondientes.

c) De oficio cuando las circunstancias lo aconsejen y, en todo caso, cada tres años.

d) Como consecuencia del traslado de residencia a la Comunidad Autónoma de Andalucía.

5.3.2.3 Situación actual en la gestión de estos procedimientos

La entrada en vigor de la Ley de la dependencia el 1 de enero de 2007 y con efectividad del derecho a las prestaciones y servicios el primer año (2007) a quienes sean valorados en el Grado III de gran dependencia, niveles 1 y 2 (Disposiciones finales primera y novena) ha motivado que a lo largo de este ejercicio se haya producido un gran volumen de solicitudes con un notable demora en la resolución de las mismas que la propia Consejera de Igualdad y Bienestar Social reconocía en su comparecencia ante el Parlamento de Andalucía el 24 de octubre de 2007 (DSPA núm. 132, de 24.10.2007) en la que comunicaba a dicha fecha el siguiente estado de situación:

Solicitudes presentadas	70.004
Solicitudes grabadas en el sistema informático	65.321 (93%)
Valoraciones realizadas	16.225
Dictámenes emitidos	27.928
Resoluciones dictadas	8.279

Posterior información en los medios de comunicación a mediados de noviembre de 2007 elevan las solicitudes presentadas hasta esa fecha en 73.479, con de 34.939 valoraciones realizadas, que suponen el 55% del total de las iniciadas en el conjunto del Estado.

Con independencia de que estas cifras referidas a Andalucía suponen más del 50% de las presentadas y valoradas a nivel nacional, lo cierto es que desde las

propias Administraciones de Servicios Sociales se viene reconociendo la excesiva demora que se viene produciendo en la tramitación y resolución de estos expedientes, circunstancia que viene ensombreciendo los grandes logros que supone en el ámbito de los derechos sociales esta Ley, y ello desde la perspectiva de esta Institución debido a las siguientes motivaciones:

1) En primer lugar aunque la ley en su primer año de aplicación solo tiene efectividad para el grupo de los grandes dependientes (que puede suponer según el Libro Blanco de la Dependencia entre 34.000 y 42.000 andaluces), las solicitudes presentadas se refieren a la totalidad de las personas que pretenden les sea reconocida cualquiera de los grados de dependencias establecidos en la Ley (moderada, severa o gran dependencia), y todas ellas han de ser objeto de valoración y resolución, con independencia de que la fecha de efectividad de los derechos relativos a los Servicios o prestaciones económicas se demoren a años posteriores (de 2008 a 2015).

2) Aunque la entrada en vigor de la Ley se establece en el 1 de enero de 2007, el Decreto regulador del baremo no se publica hasta el 21 de abril (Real Decreto 504/2007, de 20 de abril), el Decreto del procedimiento hasta el 18 de junio (Decreto 168/2007, de 12 de junio), y el modelo de solicitud hasta el 27 de abril (Orden de 23 de abril), circunstancias todas ellas que aparte de demostrar una falta de previsión a este respecto (que bien podía haberse anticipado durante la tramitación parlamentaria del proyecto de Ley), supone que las Administraciones de Servicios Sociales no pudieron ponerse a tramitar y valorar el ingente número de solicitudes hasta transcurridos unos meses desde la entrada en vigor de la norma.

En cuanto a los datos sobre los recursos materiales y humanos habilitados para asumir esta nueva responsabilidad administrativa, por la propia Consejería de Igualdad y Bienestar Social se informa lo siguiente:

1.º Que la puesta en marcha del Sistema para la Dependencia en Andalucía ha supuesto la creación de 1.151 profesionales con el siguiente desglose:

- La contratación de 536 profesionales para las Corporaciones Locales (268 trabajadores sociales y 268 administrativos) para los que la Junta de Andalucía ha destinado 14'9 millones de euros en 2007.

- La creación de 615 puestos de trabajo en las Delegaciones Provinciales de la Consejería adscritos a los Servicios de Valoración que se crean en las correspondientes Relaciones de Puestos de Trabajo.

- La realización de 245 acciones de formación a casi 2.000 profesionales que trabajan en el Sistema.

- La adquisición de equipamiento informático y mobiliario

- La asignación en los presupuestos de 2008 de una dotación inicial de 270 millones de euros (más del doble del asignado en el 2007 que fueron de 128 millones de euros).

Se viene manteniendo que la incidencia de la demora en la resolución de estos expedientes es mínima, atendiendo a que la Ley establece el carácter retroactivo de la misma, cuestión que puede resolver o mitigar los efectos negativos respecto a los derechos relativos a las prestaciones económicas, no así en relación a los derechos relativos a los distintos servicios (ayuda a domicilio, residenciales, etc.), ante la dificultad o imposibilidad de articular la retroactividad ante la naturaleza del servicio.

5.4 DICTAMEN DEL PARLAMENTO ANDALUZ SOBRE LA DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA

Tras la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en el seno del Parlamento de Andalucía se constituyó un Grupo de Trabajo para el estudio de la situación de este colectivo en Andalucía así como para la conclusión de las propuestas que se estimaran necesarias para su promoción y atención.

Elaborando el correspondiente informe y el dictamen de la Comisión de Igualdad y Bienestar Social emitido en relación al mismo, este es finalmente aprobado por el Pleno del Parlamento en sesión de los días 26 y 27 de septiembre de 2007 (con lo votos particulares de IULV-CA), concluyéndose en esta sede parlamentaria los siguientes puntos:

1. El pasado 30 de noviembre de 2006, el Congreso de los Diputados aprobó la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, que entró en vigor el 1 de enero de 2007. Una ley necesaria, conveniente y que responde a una demanda social.

2. Esta ley supone un hito en materia de servicios sociales, pues establece un nuevo derecho universal y subjetivo de ciudadanía que garantiza la atención a todas las personas en situación de dependencia, creando para ello el sistema para la autonomía personal y atención a la dependencia, en el que colaborarán y participarán todas las Administraciones Públicas.

3. La ley crea, para la articulación del sistema y como instrumento de cooperación, el Consejo Territorial, en cuyo seno se tendrán que desarrollar importantes acuerdos de posterior aplicación por parte de las Comunidades Autónomas.

4. La responsabilidad en la gestión del sistema y aplicación de las medidas recae sobre las Comunidades Autónomas. Las Corporaciones Locales participarán en la gestión de acuerdo con la normativa autonómica y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye.

5. Nuestra Comunidad Autónoma vive el mismo proceso que otras en cuanto al número y características de las personas en situación de dependencia: un importante aumento del porcentaje de las personas mayores, la mayor longevidad, las mayores tasas de

supervivencia de personas afectadas por enfermedades o accidentes graves, y la creciente importancia de accidentes laborales y de tráfico.

6. La Administración autonómica andaluza participa en el desarrollo de la ley estatal y deberá elaborar su propio desarrollo-normativo y de recursos, implicando al resto de administraciones e informando a las organizaciones sociales al respecto.

7. Dicho desarrollo se realizará teniendo en cuenta criterios científicos y atendiendo a las opiniones de los mejores expertos.

8. La Administración andaluza habrá de configurar instrumentos públicos que den respuesta ágil, eficaz y de calidad a las necesidades y exigencias del propio desarrollo de la ley estatal. Se debe garantizar, ante todo, la plena atención de las personas a las que les sea reconocida la situación de dependencia y a sus familias. Debe asegurarse igualmente la coordinación a nivel andaluz de bancos de datos, publicaciones, así como la organización de iniciativas y la elaboración de todos los informes que sean necesarios.

9. La Comunidad Autónoma de Andalucía deberá aprobar la ley autonómica al objeto de desarrollar plenamente la estatal y complementarla con medidas propias, con el fin de alcanzar un modelo de atención a las personas en situación de dependencia en Andalucía de primer orden.

10. El sistema en nuestra Comunidad Autónoma será público. El desarrollo más eficaz de un buen sistema de servicios sociales ha de otorgarles un carácter universalizado, considerándolos como derechos subjetivos individuales, garantizados y exigibles, primando una atención y una calidad que no puedan ser condicionadas por los efectos perversos del mercado.

Debemos tener en cuenta que la entrada del mercado en los servicios sociales no constituye una garantía para unos principios básicos que permitan avanzar en la construcción del cuarto pilar del estado del bienestar. Por ello, sobre la base de la gestión pública, se puede considerar la participación en la gestión de la economía social, fomentando las cooperativas creadas con esta finalidad, es decir, asociaciones de personas en situación de dependencia que cumplan los requisitos y parámetros que se fijen por la administración competente en los servicios sociales.

11. El sistema que se configure habrá de ser ágil y eficaz, y debe responder a las necesidades reales de las personas que se encuentran en esta situación de manera rápida.

12. Nuestra Comunidad Autónoma ha dedicado un importante esfuerzo a las personas mayores y a las personas con discapacidad, y cuenta en la actualidad con una red de servicios sociales comunitarios y especializados, y por tanto con un catálogo de servicios, tanto de prevención y promoción de la autonomía personal, como de servicios de atención, que deberán incorporarse al nuevo sistema y seguir ampliándose.

13. Dentro del Sistema Público Andaluz de Servicios Sociales se encuentran centros de titularidad pública, centros de titularidad privada concertados con la Administración autonómica, teniendo que destacar el trabajo y papel que hasta ahora ha desarrollado el tercer sector, trabajo que también habrá de ser clave en el futuro.

14. Los medios que se encuadran en el sistema público de servicios sociales, dentro de los criterios de eficacia y eficiencia, habrán de ser reforzados, reordenados y reorientados adecuadamente. Por ejemplo, los centros de día o estancias diurnas y unidades de respiro familiar.

Es necesario, teniendo en cuenta el catálogo de servicios, la población a la que se deben prestar y las prioridades, planificar los servicios necesarios y las nuevas infraestructuras para completar el sistema a corto y medio plazo con la creación de una red de servicios públicos y las plazas suficientes, a la que se debe integrar la red y los servicios sociales actuales.

15. La financiación del sistema por parte de la administración andaluza será en todo caso la suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que le corresponden, dando respuesta a las necesidades reales.

En cualquier caso, el desarrollo de la ley exigirá un esfuerzo presupuestario que convendría cuantificar conforme a necesidades establecidas racionalmente y de manera territorial.

16. Las Corporaciones Locales, tanto ayuntamientos como diputaciones provinciales, vienen desarrollando un importante papel hasta ahora en todo lo que tiene que ver con las prestaciones y servicios, papel que habrá de ser potenciado tanto en lo relativo a la red de servicios sociales comunitarios, como en lo relativo a los servicios para la atención a la dependencia que vienen prestando, como la ayuda a domicilio.

17. La cooperación entre la Junta de Andalucía y las Corporaciones Locales se juzga indispensable para la eficacia de la red de servicios sociales andaluza.

18. La futura ley andaluza ha de reconocer el papel de la administración local y de las asociaciones en la atención a la dependencia y su esfuerzo, pese a sus dificultades de financiación. Por tanto habrá de garantizarse una financiación suficiente y sostenible pero teniendo en cuenta la apuesta y el esfuerzo económico que ya han hecho determinadas administraciones locales.

19. Es necesario definir las competencias de cada administración pública con garantías para su ejecución, con criterios de homogeneización en todo el sistema, con amplio nivel de descentralización en la gestión y prestación de los servicios y garantizando la financiación suficiente en todos los escalones de la gestión.

20. El sistema deberá promover programas preventivos y de promoción de la autonomía, apostando por

la mayor permanencia posible del usuario en el entorno de su hogar.

21. Se han de promover programas dirigidos a prevenir la dependencia difundiendo hábitos de vida saludable y propiciando un envejecimiento activo de la población. Se trata de vivir más y mejor.

22. La promoción de la autonomía personal es una apuesta clara de la ley estatal, y así debe también reflejarse en nuestra normativa autonómica.

23. La apuesta por la promoción de la autonomía personal debe concebirse desde una perspectiva integral, desarrollando medidas en el ámbito de infraestructuras y vivienda, educativo, sanitario y de empleo.

24. Los servicios sociales comunitarios serán la puerta de entrada al sistema de dependencia, como lo son hasta ahora al sistema público de servicios sociales de Andalucía, elaborarán las propuestas del programa individual de atención y colaborarán en el seguimiento del mismo.

25. Serán los servicios sociales comunitarios municipales los que, una vez se haya resuelto el expediente de reconocimiento de la dependencia, deben asumir el seguimiento de la prestación del servicio que el sistema público debe garantizar al usuario, a partir del programa individual de atención (PIA) en coordinación con los servicios sanitarios.

26. La cercanía es una cualidad específica de la red básica de servicios sociales y un elemento clave para garantizar la accesibilidad y la igualdad de oportunidades, por eso debemos asegurar que la información y el asesoramiento se efectúen de forma clara y accesible.

27. Es necesario la dotación de personal y equipos suficientes para agilizar la labor de valoración.

Los equipos de valoración deberían tener en cuenta criterios de atención personalizada a la hora de juzgar el grado de dependencia.

28. La Junta de Andalucía ha de gestionar un sistema, homogéneo en toda la Comunidad Autónoma, que permita acercar el servicio de valoración al entorno de las personas con dependencia, incorporando criterios de valoración que evalúen las necesidades de apoyo para la autonomía y la calidad de vida en igualdad de oportunidades, así como los factores sociales y medioambientales en la consideración de las situaciones de dependencia sin medir de manera exclusiva las limitaciones de las actividades básicas de la vida diaria. La Administración autonómica velará por garantizar la atención efectiva incluso pudiendo informar de oficio y no solo a iniciativa de los interesados, que en algunos casos no se podría producir.

29. Es imprescindible agilizar el esfuerzo de atención al ciudadano, acercándolo al mismo. Se trataría de poder atender con precisión las solicitudes específicas de cada una de las personas con dependencia.

Se considera necesario tener en cuenta el papel del movimiento asociativo que tanta importancia tiene en la socialización de este problema.

30. La Administración Pública andaluza debe garantizar un servicio integral y de calidad de carácter personalizado a las personas en situación de dependencia, y para ello es necesario contar con la implicación de los profesionales del sector, ofreciendo una atención multidisciplinar al usuario.

31. Para una mejor atención a las personas en situación de dependencia, esta debe ser no solo personalizada y continua, sino que se deberán establecer los protocolos de intervención conforme a programas individuales.

32. La atención debe responder a un sistema integral de servicios, y para ello es completamente necesaria la coordinación con el sistema sanitario público de Andalucía y con entidades colaboradoras públicas y privadas.

Se propone un enfoque integral sociosanitario basado en la formación, la atención y la investigación, con una sólida inspiración humanística y asentado en los principios de calidad y seguridad para los usuarios del sistema.

33. Debemos buscar un modelo de prestación de servicios sociales que contemple tanto la promoción de la autonomía personal, la prevención de las situaciones de dependencia y la atención, como la teleasistencia, la ayuda a domicilio que atienda a todas las necesidades reales de la vida diaria, las viviendas tuteladas, los centros de día, las residencias de personas asistidas y válidas, los centros de día de atención especializada, los centros de noche, el sistema de respiro familiar, los servicios que tengan en cuenta a las personas con dolencias invalidantes como las motivadas por enfermedades reumáticas, las ayudas técnicas, las ayudas para la accesibilidad en el domicilio, al transporte adaptado y elementos comunes de edificios de viviendas, acceso a la cultura y el ocio, prestaciones económicas vinculadas al servicio, otras para el cuidado en el entorno familiar y apoyo a las personas cuidadoras no profesionales y la prestación económica de asistencia personal.

Un catálogo para el que se deben concretar las condiciones básicas de funcionamiento, las ratios, los costes de referencia, las formas y condiciones de acceso, introduciendo la flexibilidad y la movilidad como criterios en la orientación/elección de cada uno de ellos para evitar servicios estancos de personas y que permita responder de manera ágil a los cambios en las necesidades.

Los servicios que deben precisar actuaciones dirigidas a colectivos o situaciones desfavorecidas, como mujeres, el medio rural o mayores con pensiones bajas, y activando si fuera necesario la discriminación positiva.

34. El modelo vigente, basado en los cuidadores informales, no podrá sostenerse a corto-medio plazo, es imprescindible ampliar los servicios profesionales para ampliar las opciones.

35. La ayuda a domicilio debe ser no solo intensa, sino también diversa y de calidad.

36. Consideramos elemental la inversión geriátrica con aumento de recursos residenciales distribuidos territorialmente de manera equilibrada. En todo caso, un objetivo elemental será la creación de plazas suficientes.

37. Debe garantizarse el acceso a la asistencia personalizada e individualizada, sufragando de manera suficiente la contratación necesaria para garantizar el acceso del beneficiario a la educación, el trabajo, a las actividades básicas de la vida diaria y al ocio.

Un sistema que concrete los criterios para acceder a las prestaciones y el importe de las cuantías que percibirán las personas cuidadoras familiares y que, por otro lado, permita la formación permanente de las personas cuidadoras.

Para la formación de los cuidadores profesionales se dispondrá de mecanismos de participación social de los colectivos sociales que trabajan en el ámbito de la dependencia, así como de los profesionales de la medicina y de la enfermería, que además colaborarán en el diseño, evaluación y control de la calidad del sistema.

38. Las prestaciones económicas a personas cuidadoras deben considerarse como excepcionales.

Hoy, la mayoría de las personas cuidadoras que atienden a las que se encuentran en situación de dependencia son mujeres, y es una deuda dignificar el trabajo de atención a la dependencia y hacer mucho más atractiva esta posibilidad de empleo, que permita desfeminizar estos servicios. Para ello se deben mejorar las medidas destinadas a la conciliación de la vida laboral, personal, familiar y social, incluyendo otras redes de apoyo familiar acordes con los nuevos modelos de familia y de relaciones sociales y también agilizar y simplificar los procesos administrativos, consiguiendo un sistema que garantice la dignificación de miles de mujeres inmigrantes cuidadoras de personas en situación de dependencia, facilitándoles su regularización.

39. Un sistema público de estas características debe basarse en equipos de personas que desarrollen su función en un entorno laboral estable, regulado, que les permita formarse, reciclarse y trabajar interdisciplinariamente; y ante el reto que supone la atención a la dependencia, es necesario estructurar mecanismos de investigación de diferentes profesiones vinculadas al ámbito de la dependencia.

40. Se considera necesario disponer de las medidas de formación, control y apoyo a los cuidadores familiares no profesionales para que sean dados con las suficientes garantías de calidad.

Es imprescindible también garantizar la ayuda psicológica necesaria a los familiares de las personas dependientes.

41. Ha de buscarse el consenso entre todas las administraciones para la elaboración de un programa de recursos humanos dirigido a los cuidadores de personas dependientes.

42. La participación, tanto de asociaciones y organizaciones de personas mayores y personas con discapacidad, como de los agentes sociales y económicos, habrá de estar garantizada en todo el proceso de implantación como de aplicación de la ley.

43. En esta materia, es imprescindible un consenso social en el que se tenga en cuenta a la totalidad de los agentes económicos y sociales interesados. En el marco de la concertación social de Andalucía, se deberá seguir trabajando de manera específica con un grupo de trabajo sobre la dependencia.

44. La calidad en la prestación de los servicios debe estar garantizada mediante planes de calidad que repercutirán no sólo en la atención a las personas en situación de dependencia sino también en los profesionales que trabajan en el sistema público andaluz de servicios sociales, y mediante sistemas de evaluación de programas y servicios.

45. En aras a mejorar la calidad de los servicios y de la eficiencia del propio sistema, habrán de diseñarse mapas de competencias para los profesionales y criterios de acreditación de centros y servicios.

46. El desarrollo tanto de la ley estatal como de la normativa autonómica es una oportunidad para el fomento y la creación de empleo, prestando especial atención a la calidad del mismo.

47. La mayor calidad en la prestación del servicio vendrá garantizada por la formación de los profesionales.

48. La puesta en marcha del sistema para la autonomía y atención a la dependencia exige de un continuo perfeccionamiento, por ello habrán de impulsarse los trabajos de investigación y de análisis de buenas prácticas en el área de la autonomía personal y la atención a la dependencia.

49. En cualquier caso, la utilización de los avances tecnológicos y la continua investigación y apertura a los mismos deben ser una voluntad constante de la Comunidad.

50. Habrá que impulsar la cultura de la calidad y la eficiencia en la gestión de los centros.

51. Los principios que entendemos deben inspirar el sistema en Andalucía han de ser, al menos:

- La atención integral de carácter solidario.
- La atención articulada en torno a los principios de accesibilidad, equidad y solidaridad.
- La atención por equipos multidisciplinares cualificados, entrenados y acreditados.
- La inspiración humanista de sólida base deontológica.
- El sistema debe basarse en el conjunto de elementos que conforman la garantía de calidad asistencial y la seguridad de las personas.
- El carácter público y universal del sistema, como en el sistema sanitario y educativo, contemplando a todas las personas que vivan en Andalucía como receptoras de los servicios de atención a la dependencia.

Por último, cabe destacar en esta sede parlamentaria la Proposición no de Ley relativa al envejecimiento

activo (BOPA núm. 733, de 5 de octubre de 2007), actualmente en fase de tramitación en la que tras el reconocimiento de la contribución de los mayores a la mejora de la calidad de vida de los andaluces, insta al gobierno autonómico a impulsar actuaciones que promuevan el envejecimiento activo, la solidaridad intergeneracional, la integración de las personas mayores en la sociedad y su participación en la vida social, educativa y cultural a través de políticas que permitan:

“1. Incrementar la cobertura de los programas de promoción de la autonomía destinados a las personas mayores.

2. Llevar a cabo actuaciones para promoción de la salud mediante proyectos de envejecimiento saludable consolidando hábitos saludables con el fomento de políticas preventivas.

3. Incrementar la presencia de los centros de día de personas mayores como espacios para la promoción del envejecimiento activo y de promoción de la autonomía y la participación social de las personas mayores.

4. Realizar actuaciones que faciliten la creación de entornos favorables desde el punto de vista urbanístico y de vivienda que permitan la permanencia de nuestros mayores en sus viviendas y en sus entornos.

5. El fomento y reconocimiento de las experiencias de voluntariado y la participación, así como la ampliación de los espacios de participación.

6. Prestar especial atención a los proyectos intergeneracionales en los distintos ámbitos.

7. La realización de programas que incrementen el acceso a los bienes culturales y a eventos culturales, recreativos, deportivos y turísticos, fomentando hábitos de ocio activos.

8. Potenciar su papel como tutores en la creación de empresas, de tal forma que se aproveche el bagaje de su experiencia y confiera un valor añadido a la empresa o a su proyecto de creación. Asimismo, aprovechar y aplicar sus conocimientos y experiencias de las personas mayores, así como la transmisión de los mismos en ámbitos como el medioambiental, agrícola o artesanal.

9. Fomentar de una manera especial la participación de las mujeres mayores en órganos de participación y dirección.

10. Potenciar los programas que promocionan el acceso a la educación de las personas mayores.

11. Fomentar la conexión y el acercamiento de las personas mayores a los nuevos fenómenos que se producen en nuestras sociedades, como las nuevas tecnologías y su aplicación al hogar y a facilitar la participación social.

12. Potenciar, respecto a los medios de comunicación, informaciones que eviten la discriminación por razones de edad y presenten imágenes positivas de las personas mayores, así como posibilitar espacios de participación a las personas mayores.”

6. EL SISTEMA INFORMAL DE CUIDADOS A LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN ANDALUCÍA

6.1 ASPECTOS CONCEPTUALES

La mayor parte de personas mayores, especialmente aquellas que se encuentran en situación de dependencia o presentan algún tipo de discapacidad, viven en la comunidad gracias al apoyo que les presta su familia. Se sabe que el mantenimiento en su entorno de las personas mayores con disminución de autonomía resulta difícil sin esta ayuda familiar, aún cuando se disponga de servicios de atención domiciliaria. Además, los servicios formales que favorecen que los mayores vivan en su domicilio son escasos, de manera que, según numerosos estudios, contar con una red informal de cuidados previene o retrasa la institucionalización de la población anciana.

El cuidado informal se puede definir como “aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”. Excluimos de este concepto los servicios remu-

nerados prestados por profesionales o personas contratadas, y las organizaciones de auto-ayuda, ayuda mutua o voluntariado que, aún cuando ofrecen su apoyo de manera no retribuida, no se basan en lazos de parentesco o afecto que conforman típicamente las redes informales.

A este colectivo se refiere el artículo 18 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción y atención a la dependencia, en cuyo artículo 18 se regula la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidados no profesionales, beneficio que se atribuye excepcionalmente y supeditado a que se den las condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad de la vivienda y así lo establezca el correspondiente Programa Individual de Atención.

En este sentido se establece que el cuidador deberá ajustarse a las normas de afiliación, alta y cotización de la Seguridad Social, extremos regulados mediante Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, norma que delimita la figura de los cuidadores no profesiona-

les al cónyuge del dependiente y sus parientes por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado de parentesco.

No obstante se matiza que cuando la persona en situación de dependencia tenga su domicilio en un entorno caracterizado por insuficiencia de recursos públicos o privados acreditados, la despoblación o circunstancias geográficas o de otra naturaleza que impidan o dificulten otras modalidades de atención, se podrá excepcionalmente permitir la existencia de cuidadores no profesionales por parte de una persona de su entorno, que aún no teniendo el referido grado de parentesco, resida en el municipio de la persona dependiente o en uno vecino, y lo haya hecho durante el periodo previo de un año.

El concepto de cuidado se ha desarrollado en los últimos años en torno a una serie de paradigmas superpuestos y muy influenciados por la ideología feminista. En la década de los 70, el foco fue la reivindicación del cuidado como trabajo oprimido y la demanda de su reconocimiento político, para evolucionar, en los 80, hacia el significado del cuidado para las mujeres, para su identidad y su visión del mundo. Finalmente, en los 90, el concepto de cuidado toma dos direcciones: la del paradigma de la diferencia que atiende a las relaciones de poder, y la del paradigma universalista, que supone un intento de resolver las tensiones entre la ética del cuidado y la ética de la justicia, y sitúa el cuidado como un elemento importante para la ciudadanía y para la práctica democrática. Como apunta Victoria Camps, “el reclamo de la ética del cuidado es una forma más de insistir en la tesis de que lo personal es político. No sólo lo privado no debe escapar a las exigencias de igualdad, sino que los valores privados son también –deben ser también– virtudes públicas”.

Cuidar puede ser entendido como un trabajo, una actividad que acarrea costes y que consiste en la ejecución de una serie de tareas. Sin embargo, esta forma de entender el cuidado ha sido cuestionada, ya que oculta las dimensiones emocional y de relación que también están implicadas. Tiene igualmente una dimensión ética y política, ya que cuidar trasciende a un contexto social y físico más amplio que el puramente interpersonal. La identificación de cuidado con dependencia es un hecho que también ha sido criticado: el cuidado se devalúa si se asocia a un estado indeseable de insuficiencia y, en segundo lugar, se basa en una concepción dual (cuidador-receptor) cuando el cuidado es más bien una relación de interdependencia.

Hay ciertos rasgos que caracterizan el cuidado informal y que afectan muy directamente a su visibilidad y reconocimiento social. Se trata de trabajo no remunerado, no tiene un precio en el mercado, y esto se confunde en demasiadas ocasiones con una carencia de valor. El cuidado se presta en virtud de las relaciones afectivas y de parentesco y pertenece al terreno

de lo privado, “asuntos de familia” en los que el resto de la sociedad prefiere no interferir. Se desarrolla en el ámbito doméstico, y, como tal, queda oculto a la arena pública. Y forma parte de una función adscrita a las mujeres como parte del rol de género, convirtiendo el cuidado de la salud de las personas que lo necesitan en “cosa de mujeres”.

6.2 MAGNITUD DEL CUIDADO INFORMAL

Cuidar es, pues, un concepto complejo y multidimensional, que implica tareas y relaciones, y tiene un carácter difuso más que claramente definido. Los límites del cuidado son difíciles de marcar en términos de qué se hace, a quién, dónde y durante cuánto tiempo. Cuando pensamos en atención informal nos solemos remitir al cuidado de las personas mayores, enfermas o con discapacidad. Sin embargo, el cuidado informal ocurre en todas las edades y para un amplio espectro de condiciones de salud. En este sentido amplio, todos somos, en algún momento de nuestras vidas, beneficiarios del sistema informal de cuidados, y muchos de nosotros y nosotras somos o seremos cuidadores.

Esta complejidad plantea dificultades a la hora de dimensionar la magnitud del cuidado informal, ya que distintos estudios utilizan definiciones operativas diferentes. A pesar de las dificultades de comparabilidad, las diversas investigaciones comparten un acuerdo generalizado: los servicios formales participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas dependientes que viven en la comunidad.

Según los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, en 1999 había 708.831 personas con algún grado de discapacidad, de las cuales, 388.837 eran mayores de 65 años. Datos más recientes del Instituto de Estadística de Andalucía (IEA), cifran en 679.088 las personas de nuestra comunidad que afirman necesitar ayuda para desarrollar algún aspecto de la vida cotidiana y habitual, consideradas por tanto como personas dependientes. Según el mismo estudio, si uno de cada diez andaluces afirma necesitar cuidados, en el grupo de 65 a 79 años son más de tres, y siete entre quienes tienen 80 y más años, proporción que aumenta si se trata de mujeres.

La red familiar es la principal proveedora de cuidados en nuestro medio, y en una gran proporción de casos constituye la única fuente de atención: 9 de cada 10 casos de dependencia en España está siendo resuelta a partir de la ayuda informal. En Andalucía, los datos de un estudio sobre atención informal a la salud en una muestra de más de 3.000 hogares, revelan que noventa y ocho de cada cien personas que necesitaban cuidados los recibían de fuentes externas a los servicios formales. Se muestra también que el 66% de las personas que necesitan cuidados los reciben

de forma exclusiva de su familia, más los hombres (77%) que las mujeres (58%).

Esta realidad es aún más abrumadora en las personas mayores, de modo que el 85% de las personas de 65 a 79 años dependientes recibe ayuda de sus familiares, porcentaje que se eleva al 87% en mayores de 80 años. No es extraño que el sistema informal sea considerado un verdadero “sistema invisible de atención a la salud”, la gran zona sumergida de un “iceberg” de cuidados del que sólo alcanzamos a observar la parte visible de atención prestada por los servicios socio-sanitarios.

6.3 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CUIDADORAS

Vemos que cuando se habla de cuidado informal, se está hablando, mayoritariamente, del apoyo ofrecido por la red familiar inmediata. Pero el término “cuidado familiar” encubre una situación de fuerte desigualdad. La distribución del rol y la responsabilidad de cuidar no es homogénea dentro de las familias, estas redes de cuidado giran con frecuencia en torno a una figura central, la cuidadora principal, que “se hace cargo” de cuidar, con un grado variable de implicación de otras personas. Es un hecho frecuente en los hogares andaluces que sólo un miembro de la familia asuma la responsabilidad de cuidar, sin recibir ayuda, ni formal ni informal. Este modelo de red, que se ha constatado también en otros estudios, tiene importantes implicaciones en términos de sobrecarga para las personas que cuidan.

Y, ¿quiénes son estas personas que asumen, frecuentemente sin ayuda, la responsabilidad de cuidar?. El perfil típico de la cuidadora principal es el de una mujer, responsable también de las tareas domésticas del hogar, con una relación de parentesco muy directa y que convive con la persona a la que cuida. Así pues, género, convivencia y parentesco son las características más relevantes para predecir qué persona del núcleo familiar va a asumir el papel de cuidadora principal.

Las cifras que ilustran el predominio de las mujeres como principales cuidadoras son contundentes. En Andalucía, el 79% de personas cuidadoras de mayores son mujeres, y el 92% en el conjunto de personas que necesitan atención en los hogares de andaluces. Las hijas son, con mucho, las que con más frecuencia asumen el cuidado de las personas mayores que lo necesitan (30%), seguidas de los cónyuges (17%); aunque los hombres reciben cuidados con mucha mayor frecuencia de sus esposas (29%) que las mujeres de sus esposos (9%).

Las mujeres asumen también, en un elevado porcentaje, el papel de cuidadoras secundarias, de tal manera que cuando una cuidadora principal necesita ayuda para cuidar, suele recurrir a otra mujer de la

familia, madre, hermana o hija. Podemos concluir que, hoy por hoy en nuestro medio, el cuidado informal se resuelve a costa del trabajo y el tiempo de las mujeres y se escribe en “femenino singular”.

Sin embargo, no todas las mujeres participan por igual en el cuidado, existen diferencias en relación a otras características sociodemográficas que indican que, también en el sistema informal, desigualdad de género y de clase constituyen ejes entrelazados. Son las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo, y de niveles bajos de clase social las que configuran el gran colectivo de cuidadoras informales en España. Así, el 60% de las personas cuidadoras de mayores tienen un nivel educativo de primaria o inferior, el 40% viven en hogares con bajo nivel de ingresos, el 73% no tienen actividad laboral retribuida y el 50% se define en la categoría laboral de “ama de casa”.

Según los datos disponibles en Andalucía, el 23% de las personas cuidadoras de mayores son analfabetas o sin estudios, y el 60% sólo alcanzó estudios primarios. La proporción de personas cuidadoras con empleo era inferior al 20% (27% en el grupo de cuidadoras en edad activa), y el 45% no había tenido nunca un trabajo remunerado. El 60% de ellas declararon tener dificultades económicas para llegar a fin de mes. Se sabe además que las cuidadoras de las clases sociales bajas y sin trabajo remunerado, asumen con mayor frecuencia el cuidado en solitario, sin ayuda formal ni informal.

La edad constituye otro eje de desigualdad en el cuidado informal. Cuando se trata de mayores, las cuidadoras suelen ser personas entre 45 y 60 años, en el caso de Andalucía la media de edad es de 57 años. Este perfil corresponde a lo que se ha dado en llamar “la generación sandwich”, mujeres que priorizan la responsabilidad como cuidadoras que les ha sido socialmente asignada, por encima de otras opciones personales y laborales. Hay que destacar, por otro lado, que más de un 28% de las personas cuidadoras de mayores en Andalucía tienen entre 65 y 80 años, y más de un 4% superan esta edad.

6.4 CONDICIONES DE TRABAJO: LA JORNADA 24/7/365

En Andalucía, más de un tercio de las personas cuidadoras llevan cuidando más de 10 años a su familiar mayor, y un 20% adicional lo llevan haciendo más de 5 años. El cuidado tiene carácter permanente y continuado en más del 90% de los casos y sólo una minoría cuida por temporadas o siguiendo turnos. Aunque la tendencia es similar, en Andalucía es mayor el porcentaje de personas que cuidan de forma continuada que en el estado español (77%), indicando un patrón de cuidado de carácter más permanente y menos compartido. Es probable que contribuya a ello

el hecho de que el 37% de las personas que cuidan lo consideran como una obligación moral hacia su familiar, y éste constituya el motivo principal para cuidar entre las personas que asumen este papel.

El “trabajo” de cuidar implica una variedad de tareas, tanto de atención personal como instrumental, de vigilancia y acompañamiento, de cuidados de salud más o menos complejos, de gestión y relación con los servicios socio-sanitarios. Pero cuidar también significa dar apoyo emocional y social. En definitiva, cuidar significa “encargarse de”, estar atento a las necesidades de las personas a las que se cuida, e incluye un componente de gestión y toma de decisiones acerca de las atenciones que la persona dependiente requiere en cada momento. Las tareas de cuidado muy demandantes, como son los cuidados personales o de atención a la salud, son actividades que realizan diariamente una gran mayoría de las personas que cuidan a mayores (80%).

Existen también diferencias de género en las propias características del cuidado que prestan mujeres y hombres, tanto en el tipo de actividades que asumen como en el tiempo dedicado a cuidar. Las mujeres cuidadoras suelen asumir con mayor frecuencia los cuidados de atención personal (ayuda para las actividades de la vida diaria) y los instrumentales, y están más implicadas en las tareas de acompañamiento y vigilancia, es decir, asumen los cuidados más pesados, cotidianos y que exigen una mayor dedicación. Como ejemplo, podemos citar los datos del estudio reciente del IEA sobre redes familiares en Andalucía. Mientras que el 46% de las mujeres cuidadoras prestaban ayuda para el aseo cotidiano, lo hacían sólo el 24% de los hombres cuidadores; de manera similar, el 40% de las mujeres ayudaban a vestirse a la persona que cuidaban, frente al 24% de los hombres.

La complejidad del trabajo de cuidar, sus límites poco definidos y la simultaneidad de la realización de las tareas, presta una singular dificultad a la medición del tiempo dedicado a cuidar, a lo que se añade el marcado carácter subjetivo que implica su valoración. Sin embargo, la estimación del tiempo dedicado a cuidar es importante, tanto a la hora de calcular su “coste” en términos económicos, como por las implicaciones que supone en términos de sobrecarga. Las investigaciones sobre el cuidado informal y reparto del tiempo indican que las mujeres dedican más tiempo a cuidar que los hombres. Mientras que un 33% de las mujeres que cuidan, dedican más de 40 horas semanales a cuidar, sólo lo hacen el 18% de los hombres cuidadores. El estudio sobre calidad de vida de los mayores en Andalucía muestra que la gran mayoría de personas que cuidan de mayores, dedican más de 3 horas diarias a cuidar (97%), y hasta un 30% declaran dedicar más de 20 horas, situación que se traduce en “todo el día cuidando”. Datos similares encontramos en la última encuesta realizada a nivel del con-

junto del estado, donde la media declarada de atención al cuidado de mayores fue de 10 horas diarias.

Podemos concluir que, para muchas personas cuidadoras, hacerse cargo de una persona mayor es un trabajo que no tiene principio ni fin, que implica una disponibilidad permanente. Esto es lo que se ha denominado la jornada 24/7/365: veinticuatro horas al día, siete días a la semana, trescientos sesenta y cinco días al año.

6.5 EL IMPACTO DE CUIDAR: COSTES DEL CUIDADO

Las propias características del trabajo de cuidar y las condiciones en las que éste se desarrolla son factores que afectan a la vida de las personas que cuidan:

a) El tipo de tareas que se realizan viene condicionado por las necesidades de cuidado de la persona a la que se atiende, y en ocasiones la demanda es tal que puede superar los recursos de las cuidadoras para afrontarla, situación que es aún más problemática cuando hay varios beneficiarios.

b) Cuidar entraña el desarrollo de actividades diversas, y con frecuencia implica asumir múltiples roles de cuidado: la cuidadora hace a la vez de “enfermera”, “psicóloga”, “consejera”, “abogada”, “empleada de hogar”.

c) Las cuidadoras adoptan a menudo múltiples roles de manera simultánea, se es cuidadora a la vez que hija o esposa, ama de casa y trabajadora; y la dificultad para compatibilizar distintas responsabilidades es un elemento que repercute en la vida de las cuidadoras.

d) La duración de la “jornada” de una cuidadora no tiene principio ni fin, característica que comparte con otras actividades del trabajo reproductivo, en el que el tiempo tiene un desarrollo circular, y no lineal, como en el trabajo productivo.

e) Muchas cuidadoras cuentan con escasa (o ninguna) ayuda de otras personas para realizar estas tareas, algunas de ellas difíciles de asumir por una sola persona.

f) Por último, y sobre esta situación de base, las cuidadoras enfrentan en ocasiones situaciones especialmente difíciles, sobre todo, circunstancias de agravamiento o crisis en el estado de salud de la persona mayor a la que cuidan.

La responsabilidad de cuidar supone, como hemos visto, una elevada dedicación en tiempo; pero el “coste” de cuidar es mucho más amplio que el resultado de sumar las horas dedicadas a determinadas tareas. Verdaderamente, la vida de las personas que cuidan se ve condicionada por su papel. No se trabaja de cuidadora, se es cuidadora.

Así, el impacto de cuidar sobre la calidad de vida se ha evaluado en diversas investigaciones analizando sus repercusiones sobre distintas áreas. Una de las dimen-

siones más frecuentemente afectada es la disponibilidad del tiempo propio: el 47% de las personas que cuidan a mayores en Andalucía sienten que no disponen de tiempo para ellas mismas, porcentaje que supera el 50% cuando se trata de mujeres cuidadoras⁹. La alta dedicación a los cuidados conlleva en muchos casos una restricción de la vida social y de ocio, que disminuye las posibilidades de salir con amistades, de relacionarse con familiares, de recibir o realizar visitas. Tiempo escaso, inexistente a veces, para el propio cuidado, para dedicarlo a otras responsabilidades o, simplemente, para disponer libremente de él.

El impacto de cuidar sobre la salud de las personas que cuidan es un aspecto frecuentemente abordado en los estudios sobre cuidado informal. Incluso ha llegado a acuñarse el desafortunado término de síndrome del cuidador para describir el “conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, psicosomáticas”, y también los “problemas laborales, familiares y económicos”, que enfrentan las personas cuidadoras, como si de un síndrome clínico se tratara. Este tipo de abordaje supone un enfoque poco acertado del problema, ya que se olvidan otros múltiples aspectos prioritarios –y más estructurales– que determinan la calidad de vida de las personas cuidadoras, como la exclusión laboral y social, la falta de tiempo, la opresión patriarcal o el empobrecimiento.

Diversas investigaciones han puesto en evidencia que cuidar supone un riesgo para la salud, en términos de salud percibida, morbilidad e incluso mortalidad. Recientemente, se ha sugerido que la combinación de estrés mantenido, demandas de cuidado físicas y mayor vulnerabilidad biológica en cuidadores mayores puede incrementar su riesgo de problemas físicos de salud, y en consecuencia un mayor riesgo de mortalidad. Según un estudio prospectivo realizado en USA sobre personas cuidadoras mayores de 65 años, aquellas que experimentaban sobrecarga mostraron un riesgo de mortalidad 63% más elevado que las que no cuidaban.

Los datos disponibles en nuestro medio indican que las personas que cuidan a mayores en Andalucía se encuentran frecuentemente agotadas (45%), consideran que su salud es regular o mala (46%) y perciben que cuidar afecta negativamente a su salud (51%), resultados similares a los del conjunto del estado español. La esfera emocional se ve afectada con más intensidad que la salud física, de modo que más del 25% muestran síntomas depresivos, de los que un 7% tienen carácter moderado a grave. En este sentido las cuidadoras mencionan problemas concretos, con sentimientos de depresión o ansiedad, irritabilidad y nerviosismo, tristeza, insatisfacción y pérdida de ilusión por la vida.

En suma, el análisis conjunto de varios indicadores pone de manifiesto que las personas que cuidan la salud de otras presentan con frecuencia, ellas mismas,

una salud precaria. La evidencia no es tan concluyente acerca de las diferencias de género en el impacto en salud, aunque cada vez son más numerosos los estudios que muestran que cuidar afecta negativamente a la salud de las mujeres más que a la de los hombres que cuidan. En su reciente meta-análisis, Pinquart y Sorensen encontraron menos diferencias de las esperadas en las variables de cuidados según sexo. Sus hallazgos indican que son las desigualdades de género en las condiciones en las que se prestan los cuidados (más horas de cuidado, más tareas demandantes), en acceso y control a los recursos materiales y simbólicos (mayor obligación social de cuidar, menor capacidad de elección real) y en costes de oportunidad, las que condicionan un mayor impacto de cuidar en la salud de las mujeres.

Hacerse cargo de un familiar dependiente y desempeñar un trabajo remunerado resulta una situación muy difícil de mantener para la mayoría de las personas que cuidan, aunque los efectos positivos de compatibilizar empleo y cuidados parecen superar las repercusiones negativas de abandonar el trabajo remunerado. Una de las consecuencias más frecuentes de cuidar es el abandono, temporal o definitivo, del mercado laboral, a lo que hay que añadir los casos también frecuentes en los que cuidar impide acceder a un empleo. Del estudio sobre cuidados informales en Andalucía, se desprende que si se suman las personas que han tenido que dejar definitivamente un empleo y las que no han podido tener acceso a él por cuidar, asumir el papel de cuidadoras principales ha condicionado la exclusión definitiva del mercado laboral de un 35% de las personas que cuidan, proporción que se eleva a un 46% si tenemos en cuenta las exclusiones temporales. En el caso del cuidado de personas mayores, los porcentajes son más bajos, de modo que un 12% declara que cuidar ha afectado a su situación laboral, y no alcanzan el 10% las personas cuidadoras que tuvieron que abandonar el empleo por cuidar, diferencias que pueden atribuirse a la media de edad sensiblemente superior en éste último estudio. En España, el 26% de las personas cuidadoras de mayores no pueden plantearse tener un empleo, el 11% ha tenido que abandonarlo y el 12% se ha visto obligado a reducir su jornada laboral.

La disponibilidad de personas de la red informal que prestan su ayuda para cuidar es el elemento clave que permite compaginar ambas responsabilidades, la productiva y la reproductiva, para una gran mayoría de cuidadoras. Para las cuidadoras que trabajan fuera de su casa resulta de suma importancia el apoyo de otros cuidadores secundarios –habitualmente, otras mujeres de la familia– para el desempeño de su doble papel. La adaptación del trabajo extra-doméstico para hacerlo compatible con el cuidado resulta un mecanismo también muy frecuente, mientras que la ayuda contratada es un recurso solo al alcance de

las cuidadoras con mayor poder adquisitivo. Estos mecanismos no siempre son suficientes, y a menudo la dificultad para compatibilizar las responsabilidades laborales y de cuidado es percibida como un factor de sobrecarga.

La pérdida del trabajo remunerado –o la imposibilidad de acceso a él– tiene para las personas cuidadoras importantes repercusiones. Supone una pérdida económica para la cuidadora y la unidad familiar en su conjunto, impacto negativo que resulta más crítico en personas de clase social menos privilegiada. Otro tipo de repercusiones tienen que ver con el desarrollo personal y las posibilidades de ampliar las relaciones sociales y la red de apoyo que proporciona el trabajo remunerado. En definitiva, cuidar supone un elevado coste de oportunidad para las personas que cuidan, que tienen que elegir entre trabajo productivo y trabajo reproductivo. Incluso aquellas que pueden compatibilizar ambos tipos de actividad, tienen que asumir otro tipo de consecuencias, como son la limitación de las posibilidades de progreso profesional, el cambio de tipo de empleo o de jornada por otros más compatibles con el cuidado, o el absentismo laboral.

La exclusión del mercado laboral o la precariedad en el empleo, tienen también consecuencias a largo plazo, especialmente la falta de acceso a determinados derechos sociales como el seguro de desempleo o las pensiones contributivas. En consecuencia, las personas cuidadoras tienen muchas probabilidades de encontrarse en situación de pobreza y exclusión social.

Cuidar interfiere en la vida cotidiana de las mujeres más que en la de los hombres. Las repercusiones sobre el empleo remunerado son mayores para las mujeres, en términos de dificultad de acceso al mercado laboral, trabajo a tiempo parcial, abandono o cambio de empleo y menores oportunidades de progreso profesional. El cuidado además supone costes financieros para ambos sexos, pero mayores costes a largo plazo para las mujeres, sobre las que recae lo que se ha llamado impuesto de reproducción, a través del retiro de las inversiones en el sector social. Algunos estudios indican que la disponibilidad de una persona cuidadora informal es el factor más importante que explica la variación en el crecimiento del gasto institucional en cuidados de larga duración a personas mayores, de modo que la presencia de cuidadoras informales, particularmente esposas e hijas, está asociada a una reducción en este tipo de gasto en los países desarrollados.

Asumir el cuidado de una persona dependiente supone también un incremento del gasto familiar: un 46% de las personas cuidadoras de mayores en Andalucía declaran que cuidar les supone gastos extras. Una proporción importante de este gasto tiene que ver directamente con la atención a los problemas de salud de la persona mayor, especialmente el dedicado a consulta médica y gastos en farmacia (24%), y a co-

mida o ropa especial (23%), hecho que no deja de ser llamativo si consideramos el carácter público y de cobertura universal del sistema sanitario andaluz. También los gastos de transporte (16%), adaptación de la vivienda (15%) y contratación de ayuda para cuidar (10%) suponen capítulos relevantes. Sea cual sea el mecanismo, el hecho es que más de la mitad de personas cuidadoras manifiesta que el dinero no le alcanza para cubrir todos los gastos que supone el cuidado de su familiar mayor.

Por último, en este análisis del impacto de cuidar no podemos olvidar la evaluación de los costes macroeconómicos del cuidado informal para la sociedad. Estos costes suelen estimarse teniendo en cuenta el valor del tiempo dedicado por las personas cuidadoras a cuidar (esto es, su equivalente en el mercado), la pérdida de ingresos de las personas cuidadoras, los gastos derivados de cuidar y, en ocasiones, el exceso de coste en salud de las personas que cuidan y otros tipos de consecuencias. Aunque en nuestro medio no son frecuentes este tipo de estudios, su introducción es cada vez más necesaria cuando se trata de evaluar comparativamente distintas alternativas de servicios para personas dependientes. Con frecuencia, sin embargo, estos costes están infravalorados, al tener en cuenta sólo el equivalente del precio en el mercado del tiempo dedicado a cuidar, sin incluir los costes indirectos ni los costes de oportunidad.

6.6 NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN

La opinión de que cuidar de las personas mayores es una obligación moral de las familias se mantiene muy arraigada en nuestro medio. Ésta es la razón para cuidar declarada mayoritariamente (37%) por las personas que cuidan a mayores en Andalucía. Las cifras para el conjunto del estado son aún más elevadas, aunque la gran mayoría de personas cuidadoras (88%) consideran también que las personas a las que cuidan deberían tener acceso a servicios públicos de atención en el domicilio. Sin embargo, sólo el 13% de la población cuidadora entrevistada en España informaba recibir ayuda profesional de algún tipo para atender a la persona a la que cuidaba, y más de la mitad de ellos obtenían esta ayuda de la iniciativa privada, pagando los servicios de una empleada de hogar.

En Andalucía, menos de un tercio de las personas cuidadoras de mayores dicen que no necesitan más ayuda de la que actualmente disponen para cuidar, la gran mayoría de cuidadoras desearían más ayuda de los servicios públicos y también de su familia.

En cuanto a las preferencias y expectativas sobre los diversos servicios disponibles, más del 75% de las personas entrevistadas mostraron interés en recibir alguna de las prestaciones o servicios públicos que se

ofertan. De ellos, la ayuda a domicilio y las prestaciones económicas para adaptación de la vivienda fueron las preferidas por más de la mitad de las cuidadoras, seguidas de cerca por el servicio de teleasistencia. Llama la atención que sólo un 12% de las personas cuidadoras manifestara su interés por estancias temporales en centros residenciales.

Contrastando con las preferencias, sólo el 17% de las personas entrevistadas había solicitado al menos uno de los servicios disponibles, y el 11% los había utilizado en alguna ocasión. El tipo de servicios recibidos efectivamente por un mayor porcentaje de cuidadoras fueron programas de formación, teleasistencia, información y unidades de estancia diurna. Ninguna de las cuidadoras entrevistadas había recibido ayuda económica para asistencia a centros residenciales ni había utilizado estancias temporales de mayores en centros de este tipo.

Respecto a las distintas modalidades de servicios de respiro (que proporcionan a las personas que cuidan un período de descanso del cuidado, variable desde horas a meses), más de la mitad de cuidadoras mostraron interés por ellos, pero muy pocas los han solicitado alguna vez. Los servicios deseados por un menor número de cuidadoras son las estancias temporales de la persona mayor en un centro residencial y las unidades de estancia diurna, y el que más cuidadoras preferirían es la atención en el propio domicilio.

Hay que tener en cuenta que estos datos podrían ser diferentes en la actualidad, ya que no conocemos ningún estudio similar realizado en Andalucía con posterioridad al año 2002. A nivel estatal, la última encuesta, realizada en el año 2004, pone de manifiesto cambios interesantes en las preferencias de las personas que cuidan a mayores, comparativamente con los datos del primer estudio realizado diez años antes. Mientras que en 1994, el primer lugar en preferencia de las personas cuidadoras lo ocupaba la prestación económica en forma de salario mensual por cuidar, diez años después la primera opción corresponde a la atención domiciliaria, centros de día u otros servicios de apoyo.

6.7 LA RELACIÓN ENTRE EL SISTEMA INFORMAL Y LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

Siguiendo a Julia Twigg, la relación entre el cuidado informal y los servicios formales se puede abordar desde dos perspectivas: el enfoque de sistema informal y el enfoque de cuidador o cuidadora informal. El primero se basa en el análisis de las redes informales de apoyo y se centra en los aspectos estructurales y relacionales del sistema informal que definen en contraste con el sector formal. Este enfoque es básicamente descriptivo y menos adecuado en su interpre-

tación en términos de equidad, derechos y otros aspectos orientados a la planificación de políticas.

El enfoque de cuidadora informal centra su interés en las cargas y consecuencias del cuidado y en el desarrollo de estrategias de alivio de la sobrecarga. La definición de personas cuidadora se realiza en base a sus roles sociales y se construye en torno a un concepto mixto de realización de tareas de apoyo y de relaciones sociales y familiares. Se trata de un enfoque más adecuado para utilizar argumentos como la equidad o los derechos en el desarrollo de políticas. Los servicios formales no operan sólo en el contexto de un sistema informal existente, sino que interactúan dinámicamente con él. Las personas que cuidan no son simplemente fenómenos o "recursos" cuyas características deben ser analizadas y comprendidas por los servicios formales, son una categoría social hacia la cual el sistema formal tiene obligaciones y requerimientos en términos de formulación de políticas de bienestar.

Desde esta perspectiva, se plantean diferentes modelos para analizar a los cuidadores informales desde el espacio formal, modelos que tienen implicaciones directas en las estrategias de intervención y de apoyo a cuidadoras desde distintos niveles del sistema formal, y cuyas características podemos sintetizar de la siguiente forma:

a) Cuidadora / Recurso:

– Definición de cuidadora y cuidadores muy amplia: cualquier persona de la comunidad o de la familia que preste ayuda.

– El foco de interés se centra en la persona con dependencia.

– El objetivo es maximizar el cuidado informal y minimizar la sustitución de las cuidadoras y cuidadores.

– El conflicto de intereses entre quien dan y reciben cuidados es ignorado.

b) Cuidadora / Co-trabajadora:

– Definición de cuidadora y cuidadores amplia: tanto las personas de la comunidad o de la familia que prestan ayuda como las cuidadoras y cuidadores principales.

– El foco de interés se centra en la persona con dependencia e instrumentalmente en cuidadores y cuidadoras.

– El objetivo es maximizar la calidad del cuidado informal a través del bienestar de cuidadoras y cuidadores.

– El conflicto de intereses entre quien dan y reciben cuidados es reconocido parcialmente.

c) Cuidadora / Cliente:

– Definición de cuidadoras y cuidadores restringida: sólo cuidadoras y cuidadores principales.

– El foco de interés se centra en cuidadoras y cuidadores.

– El objetivo es lograr el bienestar de cuidadoras y cuidadores.

– El conflicto de intereses entre quien dan y reciben cuidados es reconocido en una sola dirección.

d) Superación del cuidado informal:

– Definición de cuidadoras y cuidadores inexistentes: no se emplea el término cuidadoras y cuidadores sino parientes y amistades.

– El foco de interés se centra en las personas con dependencia y en las cuidadoras y cuidadores como entidades separadas.

– El objetivo es alcanzar la autonomía de la persona en situación de dependencia y el bienestar de cuidadoras y cuidadores de forma independiente.

– El conflicto de intereses entre quien dan y reciben cuidados es reconocido en ambas direcciones.

Si atendemos a la persona que cuida exclusivamente como un recurso, el principal objetivo de las intervenciones del sector formal será el mantenimiento de este apoyo tanto como sea posible y asegurar que los cuidados que prestan estas cuidadoras se realizan con la mejor calidad. La preocupación por el bienestar de la persona cuidadora tiene un carácter que podríamos calificar de “instrumental” y los posibles conflictos que se puedan presentar entre el bienestar del beneficiario y de la cuidadora son ignorados.

En el modelo de cuidadora como cliente, la persona que cuida es un foco de atención de los servicios formales. Se puede entender a la persona cuidadora como cliente al menos desde dos perspectivas. Cuidar puede perjudicar la salud y la economía, las cuidadoras principales se convierten así en pacientes de los servicios sanitarios y en usuarias de los servicios sociales.

En segundo lugar, las cuidadoras actúan de intermediarias e interlocutoras entre la persona a la que cuidan y el propio sistema sanitario y social. Son las cuidadoras las que evalúan la necesidad de servicios del beneficiario, deciden la demanda, los utilizan y generan satisfacción o insatisfacción con el sistema. Este modelo tiene en cuenta el bienestar de la persona cuidadora por sí mismo, se plantea como objetivo de las intervenciones mejorar su calidad de vida y se reconoce de forma explícita que puede existir un conflicto de intereses entre persona cuidadora y la persona a la que se cuida. Aunque en el nivel teórico los modelos plantean diferencias importantes, en el terreno de la acción ambos modelos no son excluyentes y de hecho coexisten en la práctica profesional.

Podemos diferenciar tres niveles de apoyo a las personas que cuidan: el nivel de políticas de bienestar; el nivel de planificación y organización de servicios y el nivel de la práctica profesional.

Dichos niveles se corresponden con los siguientes tipos de medidas:

a) Políticas de salud: Cuidadora como ciudadana.

– Visibilizar y revalorizar el cuidado informal y su contribución a la atención de personas en situación de dependencia.

– Integrar las políticas sociales y sanitarias en políticas de bienestar.

– Incrementar la equidad en la distribución de responsabilidades de cuidado entre el estado y las familias.

– Eliminar las desigualdades en la distribución de responsabilidades de cuidado entre mujeres y hombres como miembros de la red social.

– Fomentar los valores de solidaridad social.

– Potenciar las políticas que permitan compatibilizar el ámbito del trabajo productivo y el ámbito del cuidado reproductivo.

– Potenciar el respeto al derecho de las personas a cuidar, a no cuidar y a ser cuidadas cuando lo necesitan.

b) Diseño, planificación y oferta de servicios: Cuidadora como cliente.

– Diseñar los servicios de atención a personas dependientes orientados también a las personas que cuidan.

– Ofertar cartera de servicios dirigida a personas cuidadoras: información, formación, apoyo y sustitución.

– Incluir al sistema informal como categoría de análisis e intervención de servicios sanitarios y sociales (demanda, utilización, satisfacción, calidad).

– Integrar el cuidado informal como elemento clave en la evaluación de servicios y programas.

c) Práctica profesional: Cuidadora como usuaria.

– Diseñar los planes de cuidados adaptados a diferentes perfiles de personas cuidadoras.

– Identificar y atender las necesidades derivadas de la situación de cuidar.

– Ofrecer intervenciones de apoyo a las personas cuidadoras dirigidas a mejorar su calidad de vida (cuidar a las personas que cuidan).

– Informar a las personas cuidadoras sobre el manejo de problemas (guías anticipadas).

– Facilitar el acceso de las personas cuidadoras a los recursos disponibles.

– Formar a las personas cuidadoras en habilidades de autocuidado.

– Ofrecer intervenciones dirigidas a la corresponsabilidad de todos los miembros de la red de apoyo en el cuidado.

Al nivel de las políticas públicas, la situación de las personas cuidadoras se está haciendo cada vez más y más visible, lo suficiente como para provocar un debate generalizado a nivel social. Aunque las cuidadoras son un grupo de presión política particularmente débil, en países como Gran Bretaña se constituye a principios de los 90 la primera Asociación Nacional de Cuidadores –iniciativa que se ha extendido posteriormente a otros países– y posteriormente se elabora una política a favor de los cuidadores junto con una nueva política de cuidado comunitario. En USA, el gobierno Clinton aprueba en el año 2000 el Programa Nacional de apoyo a cuidadores familiares y los distintos estados ponen en marcha –y evalúan– programas de apoyo.

En nuestro país se empezaron a tomar iniciativas en este sentido en los últimos años, aunque con un

desarrollo muy desigual entre las diferentes autonomías y siempre desde un enfoque de “apoyo a la familia”. A nivel nacional, en 1999 se promulgó la Ley de Conciliación de la Vida Laboral y Familiar y a finales del 2001 se aprobó el Plan Integral de Apoyo a la Familia, en donde se contemplan medidas de diverso tipo de apoyo a familiares que cuidan.

La recientemente aprobada Ley de Promoción de la Autonomía Personas y Atención a las personas en situación de Dependencia plantea la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que incluya diversas prestaciones y servicios destinados a “promocionar la autonomía personal (...) y a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria”, entre ellos están los servicios de ayuda a domicilio, centros diurnos y nocturnos y atención residencial. Estas medidas no están dirigidas directamente a las personas cuidadoras, aunque sí previsible que favorezcan de manera indirecta su situación. Hay que recordar que cualquier tipo de servicio o medida de intervención que favorezca la autonomía de la persona dependiente, resulta útil como apoyo a sus cuidadores, aunque éste no sea su objetivo fundamental. La ley sí prevé, en su artículo 18, la “prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales” a la que nos hemos referido en el apartado primero de este capítulo.

En todo caso, para abordar transformaciones de la situación de las personas que cuidan a medio y largo plazo, hay que actuar de manera conjunta en una diversidad de sectores: sanitario, social, educativo, económico, laboral. Por otra parte, cualquier política de apoyo a cuidadoras debería tener en cuenta que en la actualidad existe una situación de distribución desigual de las responsabilidades y cargas que supone el cuidado de las personas dependientes en la sociedad, tanto entre el ámbito privado (familiar) y el público (servicios formales), como entre los distintos miembros de la red de apoyo informal (mujeres y hombres). Las políticas de apoyo a cuidadoras deberían ser, en primer término, políticas de reducción de las desigualdades y fomento de la equidad.

Un segundo nivel de actuación es el desarrollo y potenciación de servicios de apoyo a personas cuidadoras informales. Básicamente, son tres tipos: servicios de atención y ayuda a domicilio, servicios de respiro y prestaciones económicas. La atención en el domicilio de las personas dependientes y de sus cuidadoras, constituye probablemente uno de los retos más importantes para el futuro; aunque si se plantean como medio para potenciar el apoyo informal, habrá que evaluar cuáles son sus implicaciones en términos de desigualdad para las mujeres. Los llamados “servicios de respiro” son fórmulas de cuidado de la persona dependiente de duración variable, cuyo objetivo es ofrecer un período de relevo de la persona cuidadora

que le permita “recargar las pilas”. Este tipo de servicios resulta tanto más importante cuanto más exigente sea la situación de cuidados, tanto en términos de tiempo como de sobrecarga.

En cuanto a las prestaciones económicas, se han puesto en marcha diversas fórmulas para compensar los gastos que supone el cuidado, e incluso, en algunos países, como forma de compensación por la asistencia prestada por la persona que cuida o por el abandono temporal o definitivo del empleo. El pago directo a la cuidadora por el trabajo que realiza es una medida que suscita controversia. Por una parte, está claro que las personas que cuidan realizan un trabajo que requeriría una compensación. Pero la mayor controversia se genera por la situación de desigualdad de partida y la falta de capacidad real de elección de la persona que asume el papel de cuidadora principal. En este contexto, se plantea la cuestión de si una retribución económica —muy probablemente insuficiente— contribuiría de hecho a consagrar de manera definitiva, la desigualdad de género ya existente.

El nivel más inmediato de apoyo a cuidadoras desde la práctica profesional es probablemente en el que se ha trabajado más durante los últimos años. Aquí las intervenciones pasan por una evaluación de la situación de cuidados y del nivel de sobrecarga. El tipo de intervenciones generadas se dirigen a ofrecer información y sobre el problema, cuidados requeridos y recursos de apoyo disponibles, formación en habilidades de cuidado, y estrategias para aumentar la capacidad de afrontamiento y el apoyo social. En este aspecto, queda pendiente la evaluación de la efectividad de las intervenciones en nuestro medio, aunque ya se empieza a disponer de información en otros contextos.

6.8 EL APOYO A LAS PERSONAS CUIDADORAS

A pesar del creciente interés por el tema a nivel internacional, no hemos tenido acceso a ningún plan de atención al cuidado informal elaborado por la Comisión Europea, ni cualquier otro documento relacionado. Y de los Estados miembros de la Unión Europea sobre los que hemos realizado una búsqueda sistemática (aquellos cuya documentación estaba disponible en las páginas web gubernamentales en idioma español, inglés o alemán), el único que ha publicado un plan nacional de atención al cuidado informal es el Reino Unido. En el caso de Finlandia, Suecia y Dinamarca, no han sido formuladas políticas, planes o programas de carácter nacional, si bien esto no parece significar que estos tres gobiernos descuiden a la población cuidadora. Más bien al contrario, el sistema del estado del bienestar escandinavo es uno de los más completos del mundo donde el cuidado informal no suple la atención estatal de la dependencia, sino que la complementa. Por otra parte, se trata de un

modelo de atención altamente descentralizado, de modo que son las administraciones municipales quienes se encargan de elaborar todos los planes y medidas de atención al cuidado informal. En el modelo nórdico la atención es universal y se materializa a través de servicios sociales comunitarios, de manera que el cuidado informal se entiende como un derecho de las familias, no como una obligación.

En España, tampoco existe un plan nacional de apoyo a personas cuidadoras, y la única comunidad autónoma que ha formulado una política pública explícita en este sentido es Andalucía. En un reciente estudio sobre los planes y programas de apoyo a personas cuidadoras en España, se han analizado los Planes de Atención a Personas Mayores vigentes en el momento del estudio en las distintas comunidades autónomas y a nivel del estado. Los resultados indican que todos los planes contemplan el cuidado informal en algún momento de su formulación, e incluyen medidas dirigidas a la población cuidadora. Sin embargo, la mayoría de los objetivos propuestos están encaminados a formar a las personas cuidadoras en las tareas de cuidado, y son escasos los que promueven otros tipos de apoyo. Del análisis realizado podemos concluir que en los planes de atención a mayores en el estado español predominan los modelos de cuidadora como recurso y como co-trabajadora, y están prácticamente ausentes los modelos de cuidadora como cliente y de superación del cuidado informal.

La comunidad autónoma de Andalucía dispone, desde el año 2002, de un Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, que incluye diversos servicios para personas mayores y otras personas dependientes. En el Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas se establece que se promoverán una serie de medidas a favor de las personas mayores y con discapacidad entre las que destacan los cuidados a domicilio. Así mismo, se especifica que "de forma complementaria se establecerán medidas de apoyo y formación a sus cuidadores".

Posteriormente, desde la Consejería de Salud, se ha desarrollado el Plan de Atención a Cuidadores Familiares en Andalucía. En este Plan, predominan los modelos de persona cuidadora como co-trabajadora y como cliente de los servicios formales, de modo que parece haberse superado el concepto de persona cuidadora como mero recurso, al menos en la formulación del plan. Como ejemplo de ello, se puede citar la existencia de un "Decálogo de derechos de las cuidadoras", entre los que se encuentra el derecho a "decir no ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas".

El plan para la mejora de la atención a la cuidadora familiar también incluye medidas de mejora de la atención sanitaria a personas cuidadoras de grandes discapacitados y acciones intersectoriales para la atención a las cuidadoras.

En concreto, dicho Plan contempla las medidas siguientes:

a) Cartera de servicios para la cuidadora familiar en la atención domiciliaria, que incluye la incorporación de la nueva figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace:

- Captación, valoración y propuesta de un plan de intervención dirigido a las cuidadoras.
- Talleres de apoyo al cuidado.
- Fomento de las redes de apoyo.
- Seguimiento y atención telefónica.
- Actuación de enlace para gestión de recursos sanitarios y material de apoyo para facilitar los cuidados.

b) Prevención y tratamiento de problemas de movilidad relacionados con el cuidado.

c) Aporte de soluciones para la adaptación de la discapacidad a la vida cotidiana, dirigidas a mantener la autonomía de la persona discapacitada el mayor tiempo posible.

d) Medidas de atención al entorno social del paciente, a través del trabajador o trabajadora social.

e) Existencia de un cuaderno para la continuidad de cuidados de pacientes frágiles y sus cuidadoras.

f) Actividades para la mejora de la atención a las cuidadoras familiares en el hospital, centradas en la figura de la Enfermera de Enlace Hospitalaria, incluyendo:

- Coordinar la actuación de los diferentes profesionales tanto en el medio hospitalario como con la atención primaria.
- Valoración y tramitación de materiales de apoyo en el domicilio, previo al alta del hospital.
- Oferta de servicios de apoyo a la cuidadora familiar: información, formación, ayuda en gestión de recursos, etc.
- Facilitar desde el alta los tratamientos de apoyo.
- Gestión de citas y acceso telefónico a la unidad tras el alta.

g) Servicio de seguimiento telefónico.

h) Oferta de servicios a cuidadoras familiares de pacientes con trastorno mental grave.

i) Atención específica a las situaciones de duelo disfuncional de la cuidadora ante la pérdida de la persona a la que cuida.

Hay que destacar que este Plan, pionero en España, está diseñado desde la perspectiva del sistema sanitario, y por tanto, sus líneas de acción se centran en la atención sanitaria a las personas cuidadoras tanto en el domicilio como en el hospital. Como ya se ha citado en apartados previos de este capítulo, el impacto de la situación de cuidados es múltiple y afecta a una variedad de áreas de la vida. Por tanto, las estrategias de apoyo a las personas que cuidan han de ser también multisectoriales. Aún cuando los servicios sanitarios pueden, y deben, mejorar de forma importante la situación de las personas que cuidan, no cubren la diversidad de aspectos en los que la calidad de vida de estas personas se ve afectada por el cuidado.

7. RECURSOS SOCIALES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA

7.1 INTRODUCCIÓN

El desarrollo actual de los recursos sociales dirigidos a las necesidades de las personas mayores con dependencia ha sido posible gracias a la promulgación de un conjunto de normas jurídicas a lo largo del proceso de implementación del autogobierno en Andalucía que se ha acompañado de la puesta en marcha de un conjunto amplio de servicios y prestaciones en la Comunidad.

Este proceso tiene su origen en el propio Estatuto de Autonomía de Andalucía de 1981 en el cual se asume como competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma la asistencia y los servicios sociales (art. 13.22), así como la promoción de actividades y servicios para la juventud y la tercera edad (art. 13.30).

Posteriormente, la aprobación de la Ley de Servicios Sociales de Andalucía, de 4 de abril de 1988, ha establecido el marco general de desarrollo de los servicios sociales, entre los que se encuentran los dirigidos a las personas mayores con dependencia. Esta ley ha estructurado la red pública de servicios sociales en los servicios sociales comunitarios y en los servicios sociales especializados, que se ha mantenido desde entonces.

Los servicios sociales comunitarios se constituyen como el primer y principal nivel de atención del sistema público de servicios sociales. La organización y la implantación de estos servicios se realiza en Andalucía incluso antes que la propia Ley de Servicios Sociales, mediante el Decreto 49/1986, de 5 de marzo. A partir de esta norma se fueron implantando y desarrollando los denominados Centros de Servicios Sociales Comunitarios que operan en territorios que se definen como Zonas de Trabajo Social y que cubren toda Andalucía. Los Ayuntamientos, en los municipios de más de 20.000 habitantes, y las Diputaciones Provinciales en el resto del territorio asumen la coordinación y la gestión de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios.

Estos centros se configuran alrededor de un equipo multidisciplinar de profesionales que prestan servicios de información, de orientación, de asesoramiento y de valoración al ciudadano. En relación con la dependencia, estos profesionales informan y orientan a estos ciudadanos y sus familias sobre sus derechos y sobre los recursos sociales existentes que mejor se adecuan a su situación; detectan y valoran a las personas con dependencia; organizan y gestionan el servicio público de ayuda a domicilio; y sirven de cauce a otros servicios y recursos comunitarios, como la teleasistencia, o al internamiento en centros residenciales cuando esto resulta necesario.

Desde la Ley de Servicios Sociales de 1988 se han promulgado distintas normas que han permitido un desarrollo más amplio de los servicios sociales comunitarios. En particular, destacan los Decretos del Consejo de Gobierno que establecen la naturaleza y las prestaciones de estos servicios (Decreto 11/1992, de 28 de febrero, por el que se establece la naturaleza y las prestaciones de los Servicios Sociales Comunitarios); y el que regula su financiación (Decreto 203/2002, de 16 de julio, por el que se regula el sistema de financiación de los Servicios Sociales Comunitarios en Andalucía). Así mismo, destaca la Orden de la Consejería de Asuntos Sociales, de 22 de octubre de 1996 (derogada por la vigente Orden de 15 de noviembre de 2007), por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio, y la Orden de 10 de enero de 2002, por la que se regula el Servicio Andaluz de Teleasistencia, siendo Andalucía una de las pocas Comunidades Autónomas que cuentan con normas de estas características.

Los servicios sociales especializados son aquellos que se dirigen hacia determinados sectores de la población, entre los que se encuentra la población mayor y en especial aquella con problemas de dependencia, que por sus condiciones o circunstancias necesitan de una atención específica. En la Ley de Servicios Sociales de 1988 se estableció un primer catálogo de centros para la atención de las personas mayores que incluía los centros de día y los centros residenciales. Posteriormente este ha sido ampliado con las unidades de estancias diurnas y con las viviendas tuteladas. Los Ayuntamientos gestionan los centros que operan en los municipios de más de 20.000 habitantes, mientras que las Diputaciones Provinciales se hacen cargo de los centros de ámbito provincial y supramunicipal, así como los correspondientes a los municipios de hasta 20.000 habitantes.

En los últimos años ha destacado en el ámbito de los servicios sociales especializados la aprobación de la Orden de 6 de mayo de 2002, por la que se regula el acceso y el funcionamiento de los programas de estancia diurna y respiro familiar; la Orden de 6 de mayo de 2002, por la que se regula el servicio de comedor y la oferta de actividades continuadas en los Centros de día; la Orden de 13 de mayo de 2002, de la Consejería de Obras Públicas y Transporte, por la que se regulan las subvenciones para la adecuación funcional básica de viviendas y la Orden de 25 de julio de 2005, de la Consejería de Empleo, por la que se regulan las ayudas por la contratación de personas para cuidado de un familiar.

Más recientemente y en desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Situación de Dependencia mediante Orden de 5 de noviembre

de 2007, se regula la acreditación de los Centros de personas mayores en situación de dependencia (Centros Residenciales, Centros de Día y Centros de Noche) y por Orden de 15 de noviembre de 2007 se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio.

En general, la actuación reciente del Gobierno de la Junta de Andalucía en relación con las personas mayores y, en particular aquellas con dependencia se ha caracterizado por la promoción de un enfoque integral de la atención, así como por los esfuerzos realizados en la consolidación de la red pública de servicios sociales. En este sentido destacan, por un lado, la promulgación de la Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores que ha configurado un marco jurídico de atención a las personas mayores, con y sin dependencia, que pretende asegurar una respuesta integral a todas las necesidades sociales del colectivo. Respecto la atención a la dependencia la mencionada ley formula los siguientes objetivos que ilustran el enfoque de estas políticas sociales:

- Impulsar y mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas mayores y proporcionarles un cuidado preventivo, progresivo, integral y continuado, en orden a la consecución del máximo bienestar en sus condiciones de vida, prestando especial atención a aquéllas con mayor nivel de dependencia.

- Posibilitar la permanencia de los mayores en el contexto sociofamiliar en el que han desarrollado su vida.

- Promover las condiciones precisas para que las personas mayores lleven una vida autónoma, ofertando los medios para desarrollar sus potencialidades y frenar los procesos involutivos que acompañan a la edad avanzada.

- Prevenir y evitar situaciones de riesgo social que puedan dar lugar a situaciones de maltrato y desasistencia.

- Potenciar la implicación social por medio del desarrollo de medidas que promuevan la solidaridad hacia las personas mayores con especiales necesidades de atención.

Por otro lado, destaca la promulgación del Decreto 137/2002, de 4 de mayo, sobre Medidas de apoyo a las familias andaluzas, puesto que en este documento se formulan una serie de medidas destinadas a atender las necesidades de las personas mayores con dependencia. Entre estas medidas señalan el incremento del número de plazas en los centros residenciales para mayores (art. 33) y en los programas de estancia diurna y de respiro familiar (artículo 32); así como la promoción del servicio de comedor y actividades en los centros de día (arts. 30 y 31); el establecimiento de un programa de ayudas destinadas a mejorar la seguridad y la adecuación funcional de las viviendas que constituyan residencia habitual y permanente de personas mayores (art. 29); la implantación del Plan Andaluz de Alzheimer (art. 27);

y, finalmente, la promoción de los cuidados de enfermería a domicilio, fisioterapia y rehabilitación por parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía (arts. 24 y 25).

Finalmente, a lo largo del presente año se asiste al desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de la Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Esta ley representa el reconocimiento del derecho subjetivo a determinadas prestaciones y servicios a las situaciones de dependencia, aspecto que hemos desarrollado en el capítulo 3 de este informe y que ampliaremos en lo que se refiere a servicios y prestaciones económicas al final de este.

7.2 RECURSOS SOCIALES DE ACCESO PÚBLICO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA

7.2.1 Programas, servicios y recursos preventivos

El artículo 21 de la LPAP y AD dispone que la prevención tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de vidas saludables y programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigido a este colectivo, atribuyendo a las Comunidades Autónomas la responsabilidad de elaborar los Planes de Prevención de las situaciones de dependencia.

En relación a dichos planes, el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de los servicios, en su artículo 5 relativo a la intensidad del servicio de prevención, remite la determinación de las intensidades a lo que se establezca en los mismos, sin que en este aspecto nada se añada ni concrete en la Orden de 3 de agosto de 2007 sobre intensidades de la protección de servicios en Andalucía, que en su artículo 6 dispone que la prevención se incluirá en los programas de teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y atención residencial.

La prevención de la dependencia engloba un conjunto amplio y diverso de medidas que abarcan el ámbito social y el sanitario que pretenden impedir o retrasar la aparición de las situaciones de dependencia en las personas. El debate actual entorno a la dependencia y la autonomía personal, junto con los avances científicos en materia de prevención y el desarrollo de las políticas de envejecimiento saludable, está impulsando la proliferación de actuaciones de prevención de la dependencia.

En este ámbito resulta particularmente difícil emitir valoraciones en tanto que la disponibilidad de los datos no cubre de modo satisfactorio el conjunto de actuaciones que se están realizando en el territorio por

parte de los distintos agentes, públicos y privados. Esta situación se manifiesta en Andalucía de modo similar al resto de España.

No obstante, la información cualitativa disponible sobre esta cuestión revela que en Andalucía, como en general en el resto de España, los equipamientos sociales denominados como centros de día (o bien hogares en otras regiones españolas) constituyen la plataforma principal sobre la que se articulan las políticas sociales de prevención de la dependencia.

En Andalucía los centros de día se definen como centros de promoción del bienestar de las personas mayores tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de Servicios Sociales y Asistenciales a otros sectores de la población.

Los destinatarios de los centros de día son personas mayores de 60 años, con sus cónyuges o parejas de hecho de menor edad. Excepcionalmente pueden ser usuarios también aquellas personas que sin cumplir el requisito de la edad sean pensionistas, o bien reúnan determinadas circunstancias personales que estén recogidas en el Reglamento de Régimen Interior de cada centro.

En general, en los centros de día se organizan actividades sociales, de autoayuda, culturales, recreativas, deportivas, musicales, artesanales, turísticas, etc. Además en algunos centros de día de la red pública de servicios sociales se ofrecen también otros servicios que incluyen los de comedor, los de orientación

jurídica, así como las aulas informáticas donde se promueve la utilización de estas tecnologías por parte de la población mayor.

En particular la red de centros de día de la Junta de Andalucía prestó el servicio de comedor a un total de 271.800 personas mayores durante el año 2005. El comedor de estos centros funciona todos los días laborables de lunes a viernes, supeditado a una demanda mínima de diez usuarios. Los beneficiarios abonan un máximo de 4,20 euros diarios. Esta red ofreció también orientación jurídica gratuita a 2.251 personas mayores y cuenta con aulas informáticas en todos los centros. En los últimos años se constata un crecimiento de las dotaciones y servicios de estos centros, aunque no estamos en condiciones de evaluarla. No se dispone tampoco de información sobre las actividades del resto de la red de centros de día.

Los datos recogidos por el Observatorio de Personas Mayores indican que el número de usuarios de los centros de día es elevado, alcanzando la cifra de 596.350 usuarios a enero del 2005, lo que representa la mitad de la población de 65 y más años (ver tabla 15). Andalucía, con el 52,07%, se sitúa con una ratio de cobertura por encima de la media de España, con un 47,48% y similar al que se alcanza en Castilla y León, con un 50,59%. Aunque no se alcanza la implantación de Castilla La Mancha, con un 66,49%, se supera los ratios de Galicia, con 40,88%, y Cataluña, con 15,41%, aunque este dato sólo hace referencia a los centros de la Generalitat de Cataluña.

Tabla 15: Centros de día para personas mayores

Comunidades Autónomas	Ratio de cobertura	Media usuarios/centro
Andalucía *	52,07	632
Castilla y León	50,59	1.610
Castilla-La Mancha	66,99	2.365
Cataluña **	15,41	332
Galicia	40,78	3.158
España	47,48	874

* Los datos suministrados por la Dirección General de Personas Mayores sitúan la ratio de cobertura de los centros de titularidad de la Junta de Andalucía en el 53,48%, a 1 de enero del 2007.

** Datos referidos a la Generalitat de Cataluña, que no incluyen corporaciones locales ni centros privados.

Fuente: IMSERSO

Conviene señalar, cómo hacen los responsables de la recogida y tratamiento de la información en las Comunidades Autónomas, que el cómputo del número de socios de este recurso no es homogéneo. En consecuencia, el dato sobre usuarios de este servicio hay que tomarlo con cierta cautela. Sirva como ilustración de esta circunstancia las grandes diferencias en el promedio de usuarios por centros que se observa en la tabla 1.

Por otro lado, no se dispone de datos sobre los niveles de actividad de estos centros, lo que impide plantear un análisis comparado de impacto sobre la población mayor. En el futuro será más importante observar como evolucionan los equipamientos de los centros, la cartera de servicios y número de actividades que la dinámica del número de centros y usuarios.

Finalmente, mencionamos en este apartado destinado a las políticas de prevención el programa de alo-

jamiento universitario con personas mayores, por su contenido innovador y fomento de las relaciones entre distintas generaciones. Este programa consiste en poner en contacto a estudiantes universitarios que buscan alojamiento en la ciudad donde cursan sus estudios, con personas mayores que ofrecen la posibilidad de alojarlos en sus casa para aliviar su soledad y/o su dificultad para realizar algunas actividades de la vida diaria.

7.2.2 Atención en el domicilio y/o en la comunidad

La atención social a los mayores con dependencia se suele iniciar en el entorno habitual en el que vive el usuario. Con ello se persigue facilitar el mantenimiento estas personas en su domicilio, evitando o retrasando internamientos en los centros residenciales.

Actualmente la red pública de servicios sociales de Andalucía cuenta, principalmente, con las siguientes prestaciones y servicios de atención en el domicilio y/o en la comunidad:

- Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): Es una intervención básica de los servicios sociales comunitarios que consiste en la prestación de cuidados personales, psicosociales y educativos, domésticos y técnicos, que en el caso de las personas mayores con dependencia les permite superar sus dificultades en la realización de actividades de la vida diaria en su entorno habitual.

Por otro lado, el SAD se configura como prestación derivada de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia conforme a su nueva regulación establecida en la Orden de 15 de noviembre de 2007.

- Servicio de Teleasistencia: consiste en un aparato que se instala en la vivienda del usuario y que está conectado mediante la línea telefónica a una central receptora. El usuario puede comunicarse las 24 horas en caso de urgencia con sólo apretar un botón. En la central receptora, profesionales atienden la consulta y activan, si es necesario, el recurso más adecuado para el usuario: desplazamiento al domicilio de una unidad móvil, localización de familiares, activación de otros servicios de urgencia, etc.

- Unidades de Estancias Diurnas: Son un conjunto de actuaciones dirigidas a prestar una atención integral durante parte del día a personas mayores con un

grado variable de dependencia física o psíquica. El programa garantiza una asistencia mínima en los centros de treinta y nueve horas semanales, cinco días a la semana y once meses al año. En estas unidades se llevan a cabo la estimulación de las capacidades biopsico-sociales, la ayuda en las actividades de la vida diaria, la manutención, el acompañamiento y el transporte adaptado a los usuarios con atención en horario completo.

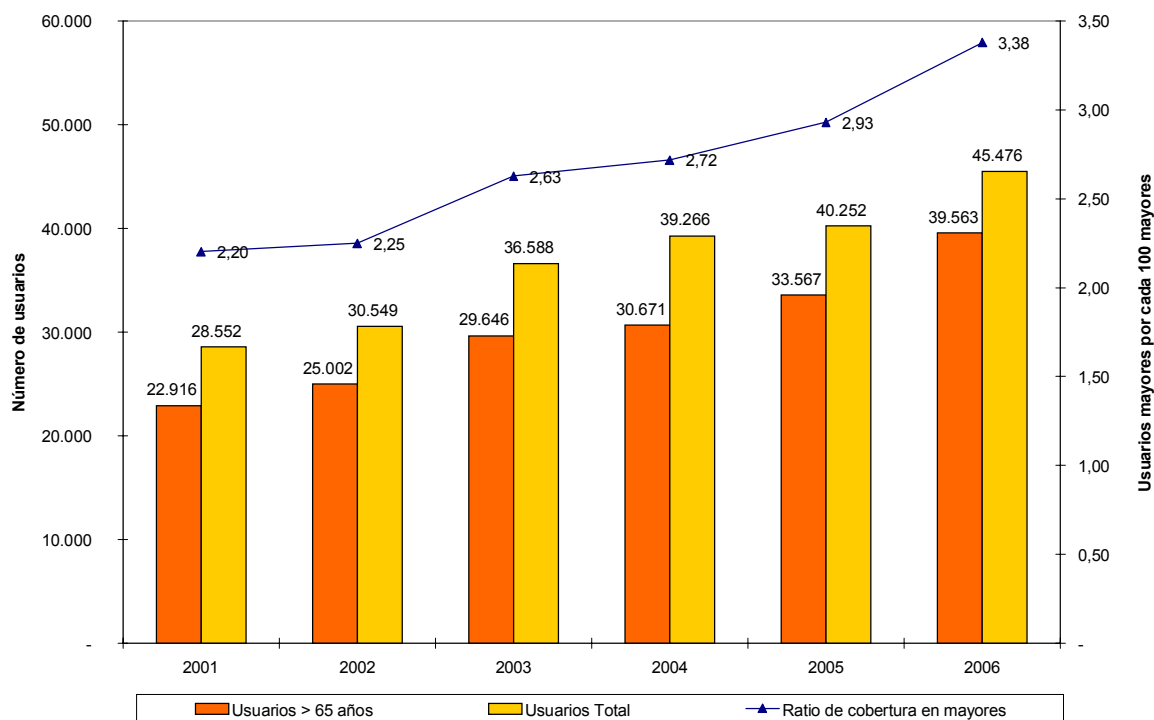
- Programa de Respiro Familiar: Consiste en ingresos temporales en centros residenciales, en períodos transitorios, que oscilan entre un día y un mes, por motivos de sobrecarga familiar, enfermedad u hospitalización, emergencias y otras circunstancias análogas que se produzcan en la unidad familiar que atiende a la persona mayor con dependencia en su vivienda.

En este sentido el catálogo de prestaciones y servicios de atención a domicilio y/o en la comunidad se encuadra en la línea general del resto de Comunidades Autónomas. En todo caso, las diferencias entre las redes públicas de servicios sociales se podrán constatar a la hora de analizar su grado de cobertura de la población de 65 y más años.

7.2.2.1 Servicio de ayuda a domicilio

En los últimos años se observa un crecimiento continuado del número de usuarios de este servicio, en término absolutos y relativos. A enero del 2006 el servicio de ayuda a domicilio en Andalucía había atendido durante el último año a un total de 39.563 personas mayores, lo que representa una ratio de 3,38 por cada 100 personas; mientras que en el año 2001 los usuarios mayores eran 22.916 personas y la cobertura era de 2,20 (ver gráfico 33). Advertimos que esta serie de datos difiere de modo importante de la publicada por el Observatorio de Personas Mayores correspondiente a los años 2002, 2003 y 2004. Al parecer los datos de estos años disponibles en el Observatorio no corresponden a los usuarios de 65 y más años, si no que se refieren al total de usuarios del servicio. Estos cambios de criterios hacen que la serie del Observatorio presente un descenso brusco del número de usuarios, en 6.817 usuarios, en el año 2005 que no se corresponde con la dinámica real del servicio que es la que se recoge en esta documentación.

GRÁFICO 33: EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR USUARIA DE SAD DE ACCESO PÚBLICO Y DEL NIVEL DE COBERTURA. ANDALUCÍA 2001-2006.



Nota: Datos a 31.12.06.

Fuente: Informe sobre la situación de los servicios sociales comunitarios en Andalucía y Observatorio de Personas Mayores (años 2001-2004) e Información suministrada para este informe por la Dirección General de Servicios Sociales e Inclusión (años 2005-2006).

Teniendo en cuenta que los problemas de empleo de criterios por parte de la información recogida por el Observatorio que hemos detectado para el caso de Andalucía y que se pueden producir también en otras Comunidades Autónomas, se observa que la ratio de cobertura del SAD para personas mayores se encuentra en Andalucía por debajo de la media de España, que era del 3,54. También se encuentra por debajo de otras Comunidades como Castilla La Mancha, Castilla y León y Cataluña, aunque por encima de Galicia (ver tabla 4). Las comparaciones basadas en la ratio de cobertura no tienen en cuenta las diferencias en la intensidad del servicio que se producen en el caso del SAD entre las Comunidades Autónomas. Así, Galicia, que cuenta con la ratio de cobertura más baja, presenta

la intensidad de servicio más elevada. Estas diferencias revelan estrategias diferentes entre las Comunidades. En base al indicador de intensidad, el SAD en Andalucía se revela como un servicio que ofrece un número muy bajo de horas de atención a los usuarios, sólo Cataluña se encuentra por debajo.

La ratio de empleo³⁶ del servicio de ayuda a domicilio permite comparar el desarrollo del SAD entre las Comunidades, sin los problemas anteriormente referidos. En este caso, Andalucía, con una ratio del 0,17 empleos equivalentes por cada 100 personas mayores, presenta valores más bajos que las otras Comunidades (ver tabla 16), lo que refuerza la idea del crecimiento en número de usuarios, el esfuerzo en horas de atención resulta todavía insuficiente en términos comparados.

³⁶ La ratio se calcula dividiendo el número total de horas prestadas durante el año por el número de horas de la jornada laboral anual de un auxiliar de ayuda a domicilio.

Tabla 16: Indicadores de SAD de acceso público en España, Andalucía y varias Comunidades Autónomas. Enero de 2005.

Comunidades	Ratio de cobertura	Intensidad	Ratio de empleo
Andalucía*	2,83	9,00	0,17
Castilla y León	3,71	13,70	0,34
Castilla-La Mancha	6,03	10,68	0,44
Cataluña	4,10	7,91	0,22
Galicia	1,99	20,00	0,27
España	3,54	----	----

Fuente: IMSERSO

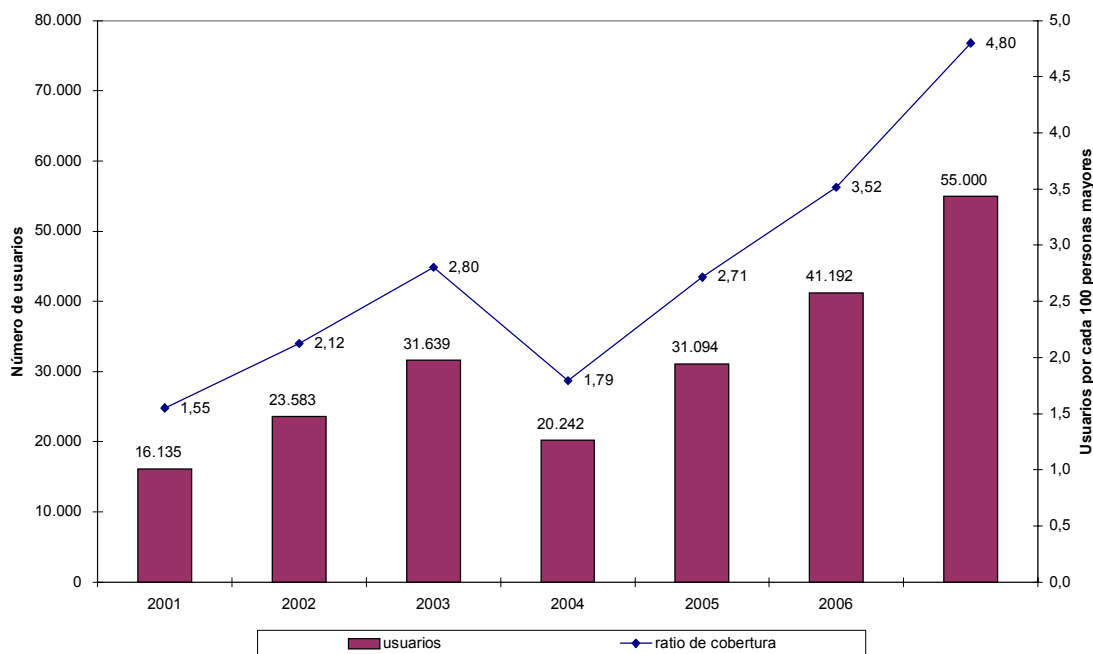
7.2.2.2 Servicio de teleasistencia

La evolución de este servicio ha sido importante durante los últimos años (ver gráfico 34). A principios del año 2007, según los datos suministrados por la Dirección General de Personas Mayores el servicio andaluz de teleasistencia disponía de unos 55.000 usuarios³⁷, lo que representa una cobertura de 4,80 usuarios por cada 100 personas mayores. Este crecimiento ha comportado que

Andalucía se acerque al grupo de Comunidades Autónomas que tienen un mayor nivel de cobertura de la Teleasistencia, como la Comunidad de Madrid, Castilla La Mancha y Navarra (7,12; 5,21; 5,00, respectivamente³⁸).

En el año 2006, los datos aportados por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social arroja un total de 55.000 usuarios/as de este servicio, con un ratio de 4,80 (referido al Padrón municipal de 2005, con un total de 1.145.356 andaluces mayores de 65 años).

GRAFICO 34: EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR USUARIA DE TELEASISTENCIA DE ACCESO PÚBLICO Y DEL NIVEL DE COBERTURA. ANDALUCÍA 2001-2006.



Fuente: IMSERSO y Junta de Andalucía.

³⁷ Desde la Dirección General de Personas con Discapacidad se ofrece la teleasistencia a 306 usuarios

³⁸ Datos referentes a enero de 2005. Fuente: Boletín sobre el envejecimiento, núm. 22.

7.2.2.3 Unidades de Estancias Diurnas

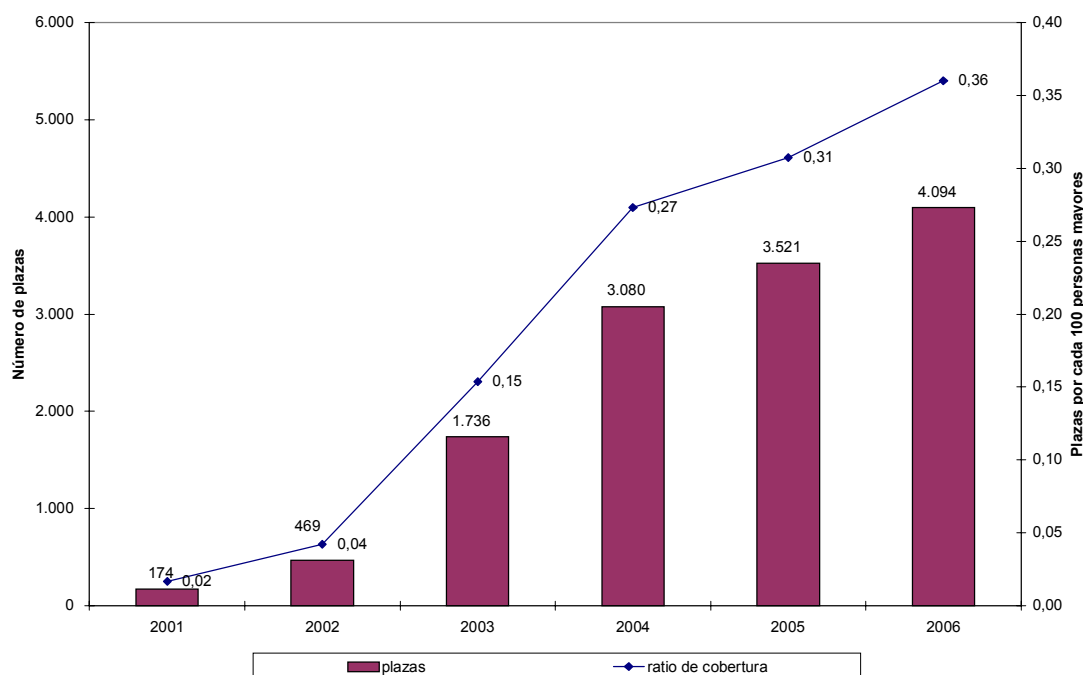
Las unidades de estancias diurnas o centros de día para personas con dependencia son un recurso social que se ha empezado a desarrollar en los últimos años. Así en el año 2001, el número de plazas de estancias diurnas en Andalucía ascendía a 174, mientras que en el año 2006 estas plazas han aumentado hasta las 4.094, con una ratio de cobertura de 0,36 plazas por cada 100 personas mayores, que está por encima de la media (0,30) en España en el año 2005. En este ámbito, Andalu-

lucía presenta un nivel de desarrollo similar a Castilla La Mancha (0,29) y Cataluña (0,33) y por encima de Castilla y León (0,20) y Galicia (0,08).

Los datos referidos en Andalucía a 2006 cuantifican este recurso con un total de 4.094 plazas de titularidad de la Junta de Andalucía, con un ratio de cobertura de 0,36 y un promedio de 3.735 usuarios/as por centro (gráfico 35).

A partir de junio de 2007 se implanta el programa piloto de Estancias Diurnas de fin de semana, sin que hasta el momento se tengan datos en relación a esta modalidad.

GRÁFICO 35: EVOLUCIÓN DE LAS PLAZAS DE UNIDADES DE ESTANCIAS DIURNAS DE ACCESO PÚBLICO Y DEL NIVEL DE COBERTURA. ANDALUCÍA 2001-2006.



Fuente: IMSERSO y Junta de Andalucía.

7.2.2.4 Unidades de Estancias Nocturnas (Centro de Noche)

Los Centros de noche constituyen un servicio de atención a mayores previstos en la Ley de Dependencia, aún pendiente de desarrollo en el ámbito de Andalucía.

Se definen como aquellos dispositivos que pretenden dar respuesta a las necesidades de la persona dependiente que por su comportamiento y problemas relacionados con el sueño precise atención durante la noche, condicionándose el acceso a este servicio a la situación funcional del dependiente, tanto personal como familiar, en la medida que sea susceptible de mejorar o mantener su autonomía y calidad de vida propia así como la de su familia, y así se recoja en el Plan Individual de Atención.

7.2.2.5 Programas de respiro familiar

Se trata de un recurso poco implantado en Andalucía a pesar de que es una de las Comunidades que cuentan con un mayor número de plazas, 502, y ratio de plazas de respiro familiar sobre el total de plazas de acceso público, 3,9%. Sólo en Castilla La Mancha, con 793 plazas, y en el País Vasco, con 500 plazas, se dispone de un nivel de desarrollo similar.

7.2.3 Recursos de Atención Residencial

Se trata de centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustitutoria del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor una atención integral.

Las plazas residenciales se clasifican administrativamente en válidos, asistidos y en gravemente afectados según el grado de dependencia y atención que precise la persona mayor.

Las personas que residen en estos centros tienen garantizadas las siguientes prestaciones: Atención a la salud, estimulación de las capacidades bio-psico-sociales, ayuda en el desarrollo de las actividades diarias, asistencia social y manutención.

Los requisitos para ingresar en un centro residencial de acceso público (plazas de titularidad propia o de titularidad privada concertada con la Administración) consisten en tener los 60 años cumplidos, excepto los acompañantes de un beneficiario; no padecer enfermedad que requiera la atención imprescindible en centro hospitalario o cuyas características puedan alterar la normal convivencia en el centro; no haber sido sancionado con expulsión definitiva de un centro público similar; y, finalmente, estar domiciliado en Andalucía.

Las plazas residenciales de acceso público no son gratuitas para los usuarios. Estos deben abonar una cantidad equivalente al 75% de sus ingresos líquidos anuales, exceptuando las pagas extraordinarias, y hasta un importe máximo del 90% del coste de la plaza. En el cálculo de las aportaciones del usuario no se tienen en cuenta ni su patrimonio personal, ni tampoco las rentas de los otros miembros del hogar o de los hijos no residentes en el mismo.

De este modo, el sistema de copago de los usuarios de las plazas de acceso público no penaliza el ahorro familiar; ni tampoco a los hijos; ni, en principio, a los miembros de la unidad de convivencia. No obstante, la institucionalización de una persona mayor, si ésta es la única o la principal fuente de ingresos en el

hogar, tal como sucede con frecuencia en los hogares formados por parejas de personas mayores, suele comportar un impacto económico muy importante. Hasta el punto que se pueden producir situaciones sobrevenidas de pobreza del resto de miembros del hogar. En particular este problema afecta con mayor intensidad a las mujeres de edad más avanzada, cuyos cónyuges requieren un ingreso residencial. Aunque también afecta, en menor número, a hogares de personas mayores con hijos en situación de desempleo o de exclusión social.

Este problema no sólo afecta a los hogares de rentas bajas, si no también a los de rentas medias. En cualquiera de estos casos, si la persona mayor tiene que ingresar en un centro residencial de acceso público, podrá mantener el 25% de sus ingresos, lo que normalmente representa una cantidad insuficiente para mantener el resto de la unidad familiar. En estos casos, las familias tratan de retrasar la institucionalización, a veces a costa del mantenimiento de situaciones inadecuadas tanto para la persona mayor como para los otros miembros del hogar.

Este problema se agrava en el caso de las familias de rentas medias por el hecho que la oferta actual de acceso público no es suficiente para garantizar la institucionalización de todas las personas mayores que lo necesitan. De este modo, estas familias deben dirigirse al mercado privado donde los costes para el usuario son más elevados al no disponer las plazas de financiación pública.

Según los datos aportados por la Dirección General de Personas Mayores, en enero del 2007, la oferta residencial de acceso público en Andalucía asciende a 12.393 plazas. El 80% de estas plazas se destinan a las personas mayores con dependencia.

Tabla 17: Recursos residenciales de acceso público/privado.

Núm. total plazas	Núm. plazas asistidas	Acceso Público			Acceso Privado
		No Dependiente	Dependiente	Total	
31.727	29.695	1.496	10.897	12.393	19.334

Andalucía: Plazas Residenciales (al 31.12.06)

En el periodo 2001-2006, la evolución de las plazas residenciales de acceso público para personas mayores ha sido creciente. Sin embargo se produjo un descenso notable entre el año 2003 y 2004 que ha retrasado su crecimiento, hecho que se ha producido con menos intensidad a lo largo del año 2006. Sin embargo, el aspecto más destacable en la evolución de las plazas residenciales de acceso público ha consistido en su conversión de plazas de válidos a plazas para la atención a la dependencia. Así, las plazas para mayores con dependencia han crecido ininterrumpidamente

durante todos estos años y lo han hecho a un ritmo superior que la oferta total de acceso público (ver gráfico 37).

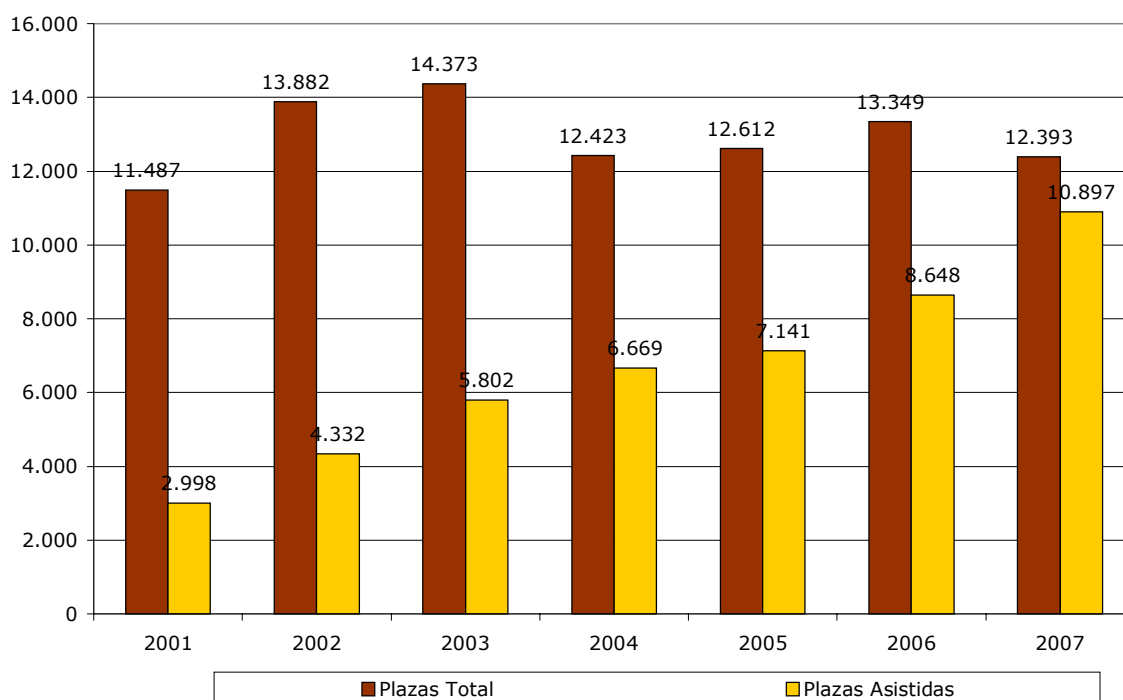
Actualmente, en Andalucía hay 10,58 plazas residenciales de acceso público y 9,30 de plazas asistidas por cada 1.000 personas mayores. Si se comparan estos datos con los correspondientes a España y a las Comunidades Autónomas de Castilla y León, Castilla La Mancha, Cataluña y Galicia del año 2005, se observa que Andalucía presenta niveles de cobertura inferiores a España, así como a las Comunidades mencio-

nadas, exceptuando el caso de Galicia (ver tabla 18). Por otro lado, la cobertura de la oferta residencial de acceso privado en Andalucía también tiene una cobertura inferior a España, lo que puede revelar una reducida preferencia de las familias por la solución resi-

dencial a los problemas de la dependencia o bien una insuficiencia financiera de las mismas para acceder a la oferta privada. En este sentido el análisis de las listas de espera en las plazas de acceso público hubiera permitido arrojar alguna luz sobre esta cuestión.

GRÁFICO 37: EVOLUCIÓN DE LAS PLAZAS RESIDENCIALES, TOTAL Y ASISTIDAS, PARA PERSONAS MAYORES EN ANDALUCÍA. 2001-2006

Conversión de plazas de válidos en asistidos



Fuente: IMSERSO y Consejería de Igualdad y Bienestar Social.

Tabla 18: Cobertura de las plazas residenciales por cada 1.000 personas de 65 y más años.

	Acceso Público			Acceso Privado
	No Dependiente	Dependiente	Total	Total
Andalucía*	1,28	9,30	10,58	16,50
Castilla y León	5,14	15,20	20,34	39,61
Castilla-La Mancha	-----	-----	20,67	28,53
Cataluña	0,47	18,25	18,72	25,99
Galicia	2,80	6,24	9,04	10,81
España**	3,92	11,58	16,77	21,86

* Los datos de Andalucía relativos a acceso público corresponden a enero 2007.

** Los datos de España relativos al acceso público "no dependiente" y "dependiente" no incluyen a las Islas Baleares, Castilla La Mancha y Ceuta, por no disponerse de tales datos. No obstante, se incluyen los datos de estas Comunidades en el caso del acceso público total y el acceso privado.

7.3 LA CALIDAD DE LOS CENTROS PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Personas en Situación de Dependencia, establece en el artículo 16.1 que «Las prestaciones y servicios establecidos en esta Ley se integran en la Red de Servicios Sociales de las respectivas Comunidades Autónomas en el ámbito de las competencias que las mismas tienen asumidas. La red de centros estará formada por los centros públicos de las Comunidades Autónomas, de las Entidades Locales, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados debidamente acreditados». A su vez, en el apartado 3 del mismo artículo se expresa que «Los centros y servicios privados no concertados que presten servicios para personas en situación de dependencia deberán contar con la debida acreditación de la Comunidad Autónoma correspondiente».

Por otro lado, el Decreto 87/1996, de 20 de febrero, modificado por el Decreto 102/2000, de 15 de marzo, por el que se regula la autorización, registro y acreditación de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía, en su Título IV establece la acreditación como acto por el que la Administración garantiza que los Servicios y Centros de Servicios Sociales a quienes se otorgan reúnen los requisitos mínimos de calidad exigidos reglamentariamente, requisitos que se señalaron mediante Orden de 1 de julio de 1997.

En el mismo sentido, el artículo 3.2 de la Orden de 3 de agosto de 2007, relativo a la intensidad de protección de los servicios, establece que «Los centros y servicios privados concertados, así como los centros y servicios privados no concertados que colaboren con el Sistema en la atención a personas en situación de dependencia deberán estar acreditados conforme a la normativa aplicable en la Comunidad Autónoma de Andalucía».

Mediante Orden de 5 de noviembre de 2007 (BOJA núm. 224, de 14 de noviembre) se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía, alcanzando su ámbito de aplicación a todos los centros ubicados en esta Comunidad Autónoma, con independencia de donde radique la sede o domicilio legal de sus titulares, los cuales formarán parte de la Red de Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), excluyéndose de esta Orden los centros de las personas mayores que no se encuentren en situación de dependencia. Por tanto, quedan sometidos al

régimen de acreditación de esta norma los Centros Residenciales, los Centros de Día o Unidades de Estancia Diurnas (UED), y los Centros de Noche o Unidades de Estancias Nocturnas (UEN).

La acreditación de los Centros de Entidades públicas o privadas, que se otorga previa inscripción del Centro en el Registro correspondiente, es requisito indispensable para la concertación de las plazas de los mismos, siendo el periodo de vigencia de las mismas de cuatro años renovables, condicionada al mantenimiento de los requisitos exigidos para su concesión.

En cuanto a los requisitos señalados por la referida Orden de acreditación se establece una exhaustiva regulación diferenciando los requisitos materiales de los funcionales, los comunes a todos los centros y los específicos en función de su tipología.

La norma atribuye la competencia de acreditación a la Dirección General de Personas Mayores de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, estableciendo un plazo de resolución de tres meses y silencio estimatorio en caso de resolución presunta.

Los centros acreditados, con independencia de la obligación de mantener los requisitos y condiciones establecidos reglamentariamente, quedan sometidos a las siguientes obligaciones:

a) Remitir anualmente la programación y memoria de actividades del centro conforme al modelo que se acompaña como Anexo VI.

b) Comunicar anualmente las variaciones en las plantillas de personal, en sus aspectos cuantitativos y cualitativos, conforme al modelo que se acompaña como Anexo VII y documentación que se determina.

c) Someterse al sistema de control de calidad fijado por la Administración.

Igualmente los centros acreditados están obligados a adoptar aquellos sistemas de información y gestión (programas informáticos, protocolos, etc.) que se definan por la Administración para un correcto funcionamiento del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

Por último, la referida Orden de acreditación prevé un régimen transitorio para los centros con autorización previa y/o de funcionamiento provisional o definitivo así como para aquellos que tuvieran solicitada o concedida una acreditación provisional, estableciendo unos periodos de adaptación al respecto.

7.4 LA INTENSIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Dispone el artículo 14 la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía y la atención a las personas en situación de dependencia que las prestaciones podrán tener la naturaleza de servicios y

prestaciones económicas, determinando en el artículo siguiente el contenido del Catálogo de servicios en la siguiente forma:

a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal

b) Servicio de teleasistencia

c) Servicio de Ayuda a Domicilio

- Atención a las necesidades del hogar
- Cuidados personales

d) Servicio de Centro de Día y de Noche

- Centro de Día para mayores
- Centro de Día para menores de 65 años
- Centro de Día de atención especializada
- Centro de Noche

e) Servicio de Atención Residencial

- Residencia para personas mayores en situación de dependencia
- Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

En cuanto a la intensidad de estos servicios del Catálogo la Orden de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de 3 de agosto de 2007, señala esta en función del grado y nivel de dependencia en la forma siguiente (art. 5).

a) Dependencia moderada. Grado I. Nivel 1 y 2

- Teleasistencia
- Ayuda a domicilio
- Centro de Día y de Noche
- Estancias residenciales temporales en centros residenciales
- Prestación económica vinculada al servicio
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar

b) Dependencia severa. Grado II. Nivel 1 y 2

Comprende las mismas prestaciones y servicios aplicables al Grado I, además del Servicio de Atención residencial.

c) Gran dependencia. Grado III. Nivel 1 y 2

Comprende las mismas prestaciones y servicios aplicables al Grado II, además de la prestación económica de asistencia personal.

La intensidad se determina por el contenido prestacional de cada uno de los servicios asistenciales y por la extensión y duración del mismo, según el grado y nivel de dependencia, entendiéndose por servicios asistenciales los que ha de recibir esta para su atención y cuidado personal en la realización de las actividades de la vida diaria, así como los que tengan por finalidad la promoción de su autonomía personal, incluido el transporte adaptado para la asistencia, en su caso, al Centro de Día o de Noche.

En cuanto a la intensidad de cada uno de los servicios, los artículos 7 a 10 de la referida Orden la concreta en los términos siguientes:

1) Intensidad del servicio de Teleasistencia.

El servicio de Teleasistencia se prestará las veinticuatro horas del día durante todos los días del año para las personas en situación de dependencia, conforme a lo establecido en el Programa Individual de Atención y en las condiciones reguladas por las disposiciones aplicables.

2) Intensidad del servicio de Ayuda a Domicilio.

El servicio de Ayuda a Domicilio comprende la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria y la cobertura de las necesidades domésticas, mediante los servicios previstos en el artículo 23 de Ley 39/2006, de 14 de diciembre, y los que se establezcan en la normativa que resulte de aplicación.

La intensidad del servicio de Ayuda a Domicilio estará en función del Programa Individual de Atención y se determinará en número de horas mensuales de servicios asistenciales, mediante intervalos según grado y nivel de dependencia:

Grado III. Gran Dependencia	Horas de atención
– Nivel 2	Entre 70 y 90 horas mensuales
– Nivel 1	Entre 55 y 70 horas mensuales

Grado II. Dependencia severa	Horas de atención
– Nivel 2	Entre 40 y 55 horas mensuales
– Nivel 1	Entre 30 y 40 horas mensuales

El servicio de Ayuda a Domicilio se suspenderá temporalmente por el internamiento de la persona beneficiaria en establecimientos sanitarios o residenciales con carácter temporal, por un máximo de treinta días anuales.

3) Intensidad del servicio de Centro de Día (UED).

El servicio de Centro de Día o Unidad de Estancia Diurna pública o acreditada ajustará los servicios establecidos en el artículo 24 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, a las necesidades de las personas en situación de dependencia atendidas según su grado y nivel.

4) Intensidad del servicio de Atención Residencial.

El servicio de Atención Residencial ofrece una atención integral y continuada, de carácter personalizado y social, que se prestará en centros residenciales, públicos o acreditados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.

La intensidad del servicio Atención Residencial estará en función de los servicios del centro que precisa la persona con dependencia, de acuerdo con su Programa Individual de Atención.

El servicio de estancias temporales en centro residencial o de respiro familiar se ajustará a la normativa aplicable y se prestará en función de la disponibilidad de plazas del Sistema en la Comunidad Autónoma de

Andalucía y del número de personas atendidas mediante cuidados en el entorno familiar.

De todo lo anterior cabe deducir que, salvo el caso del servicio de ayuda a domicilio, en el que se prevé unos tramos de horas de atención según el grado y nivel de dependencia, para el resto se limita a señalar que la intensidad de los servicios a prescribir estará en función de las necesidades de la persona dependiente de acuerdo a lo que se disponga en el Plan Individual de Atención, de la infraestructura con que cuenten los centros que lo presten y a las normas que establezcan cada Comunidad Autónoma.

7.5 PRESTACIONES Y AYUDAS ECONÓMICAS PARA LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La disposición adicional tercera y los artículos 17 a 19 de la LPAP y AD establecen las modalidades de ayudas y prestaciones económicas destinadas a la promoción de la autonomía personal y a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria.

7.5.1 Ayudas económicas

La ayudas destinadas a la autonomía personal, que tienen la consideración de subvención, son las destinadas a:

a) Apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.

b) Facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el lugar que constituyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.

Actualmente las subvenciones individuales para personas mayores de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social están reguladas por la Orden de 15 de febrero de 2007.

En esta norma se establecen subvenciones para la adquisición, renovación y reparación de prótesis y órtesis; así como, subvenciones para la adquisición, renovación y reparación de otras ayudas técnicas y subvenciones para la adaptación funcional del hogar. En todos los casos se tienen en cuenta los ingresos de la unidad familiar per cápita, de modo que estos no pueden sobrepasar el salario mínimo interprofesional. Los solicitantes no pueden haber sido beneficiarios por conceptos similares en otras convocatorias. Además en el caso de las prótesis y órtesis el solicitante debe contar con una prescripción facultativa, un informe social y médico, y debe aportar la factura correspondiente. Las subvenciones pueden cubrir el 100% del coste, con el establecimiento de límites máximos según modalidades de ayudas.

Andalucía se encuentra entre las Comunidades Autónomas que cuenta con mayor número de beneficiarios de las subvenciones individuales para la adaptación funcional de hogar. Los datos correspondientes al año 2004 indican un total de 4.312 beneficiarios y un importe medio de 1.607,02 € por usuario en Andalucía. No obstante, se observa que otras Comunidades como Cataluña y Galicia destinan un importe medio por usuario más elevado que Andalucía (ver tabla 2).

Tabla 19: Beneficiarios e importe medio de las subvenciones para la adaptación funcional del hogar y para los cuidados familiares. Enero 2005.

Comunidades	Adaptación del hogar		Cuidados familiares	
	Beneficiarios	Importe medio	Beneficiarios	Importe medio
Andalucía	4.312	1.607,02	---	---
Castilla y León	569	442,37	871	1.934
Cataluña *	120	2.882,24	32.089	2.885
Galicia	2.893	2.034,00	784	1.954
España	---	---	---	---

Fuente: IMSERSO

En la misma tabla anterior se ha dispuesto información sobre las subvenciones individuales de apoyo a las familias cuidadoras de personas mayores. Este tipo de subvenciones sustituyen a la prestación del servicio de ayuda a domicilio. Actualmente no están reguladas en Andalucía. Esta situación sucede en la

mayoría de las Comunidades Autónomas, salvo excepciones, como es el caso de Cataluña que como se indica cubrió con esta modalidad a 32.089 familias.

La Ley de Dependencia incluye en su catálogo de prestaciones y servicios una prestación económica a familiares que se hagan cargo de la atención de una

persona con dependencia. La prestación estará indicada en situaciones excepcionales en que no sea posible prestar apoyos mediante la oferta de servicios de atención. Además la Ley regula la figura del cuidador familiar y su alta en la Seguridad Social, que se aborda en el punto siguiente.

Respecto a las subvenciones por cuidados familiares es oportuno señalar que debe tenerse en cuenta que la prestación económica puede aliviar la carga financiera que soportan las familias, pero con frecuencia esta no reduce las situaciones de sobrecarga del cuidador familiar. En este sentido sería oportuno que se articulasen medidas complementarias de respiro familiar, de formación a cuidadores familiares y de seguimiento de casos que permitan aliviar y enseñar a afrontar mejor la carga de cuidados.

Además es importante considerar los impactos que la subvención, sobre todo si no está sujeta a compra de servicios, puede generar en la economía familiar y en el sector de servicios de atención. Por un lado, los ingresos de la unidad familiar, especialmente en las rentas más bajas, se hacen más dependientes de la persona mayor con dependencia, lo que llegado el caso de ingreso residencial puede dificultar que este se produzca. Por otro lado, las familias que emplean las subvenciones para la compra de servicios de atención acaban empleando más a la economía sumergida que al sector regulado, por el diferencial de precios, con lo que se perjudica el desarrollo del sector de atención, la creación de empleo de calidad y, en último término, la calidad de la atención a la persona mayor.

Por último, no debemos olvidar que la implantación de una prestación económica no vinculada a la compra de servicios promueve una dinámica creciente de solicitudes que puede llegar a situarse por encima de las necesidades reales de atención.

En este sentido resultan de distinta consideración las subvenciones para la asistencia en centros que promueve actualmente la Junta de Andalucía y que también tendrán un desarrollo en el marco de la Ley de Dependencia, en la medida en que quedan ligadas a la prestación de un servicio que normalmente sólo se solicita en ausencia de otra alternativa para el beneficiario.

7.5.2 Prestaciones económicas

Regula la LPAP y AD tres tipos de prestaciones económicas:

- Prestación económica vinculada al servicio
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales
- Prestación económica de asistencia personal

Estas prestaciones, cuya previsión legal en Andalucía ha sido objeto de desarrollo mediante Orden de 3 de agosto de 2007 están supeditadas a lo que determine el Programa Individual de Atención (PIA), resolución administrativa en la cual se establecerá los servicios o

prestaciones que correspondan al solicitante según el grado y nivel de dependencia, previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario, en la que también se tendrá en cuenta a la familia o entidades tutelares que le represente.

En principio la LPAP y AD prevé las prestaciones económicas con carácter excepcional y en la medida en que no sea viable el acceso a un servicio público o concertado, o cuando el beneficiario venga siendo atendido por su entorno familiar y se den las condiciones establecidas reglamentariamente.

A nadie se le escapa que la insuficiencia de los dispositivos y recursos de servicios sociales afectos a esta finalidad motivará que en los primeros años de implantación de la referida Ley las prestaciones económicas tengan un mayor protagonismo que el que la misma le otorga, y que solo en la medida que progresivamente se incrementen estos servicios, las prestaciones económicas adquirirán el carácter excepcional que la ley les atribuye.

7.5.2.1 Prestación económica vinculada al servicio

La prestación económica vinculada al servicio está destinada a contribuir a la financiación del coste de los servicios establecidos en el catálogo, únicamente cuando en el correspondiente ámbito territorial no sea posible la atención a través de los servicios públicos o concertados de la Red del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.

A estos efectos, se considera que no es posible la atención:

a) Servicio de Atención Residencial: Cuando no se disponga de plaza adecuada en los centros públicos o privados concertados en el ámbito de la provincia en que resida la persona beneficiaria, si se trata de Centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia, o, en el ámbito autonómico, cuando se trate de Centros de Atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

b) Servicios de Centro de Día y de Noche: Cuando no se disponga de plaza o de transporte adecuados para centros públicos o privados ubicados a una distancia máxima de cuarenta y cinco minutos con los medios habituales de locomoción desde el domicilio de la persona beneficiaria.

c) Servicio de Ayuda a Domicilio.

La inexistencia o insuficiencia del servicio de Ayuda a Domicilio se certificará por los Servicios Sociales Comunitarios del Municipio de residencia de la persona beneficiaria.

Tendrán derecho a esta prestación, las personas que reúnan las siguientes condiciones:

- Reunir los requisitos específicos previstos para el acceso al servicio o servicios de atención a los que se vincula la prestación.

– Ocupar o tener reservada plaza u obtener la prestación del servicio en centro o por entidad debidamente acreditados para la atención a la dependencia.

7.5.2.2 Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales

Establece la LPAP y AD el carácter excepcional de esta prestación señalando que cuando el beneficiario venga siendo atendido en el entorno familiar siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad de la vivienda y así se establezca en el Programa Individual de Atención (art. 18 en relación al art. 14.4).

La prestación económica para cuidados en el entorno familiar está destinada a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada por la persona cuidadora no profesional, pudiendo ser reconocida en cualquier grado y nivel de dependencia, cuando se reúnan las condiciones de acceso establecidas.

Tendrán derecho a esta prestación las personas que reúnan las siguientes condiciones:

a) Que la atención y los cuidados que se deriven de su situación de dependencia se estén prestando en su domicilio habitual y se adecuen a sus necesidades en función de su grado y nivel de dependencia.

b) Que se den las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda para el desarrollo de los cuidados necesarios.

El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social, correspondiendo al Estado el coste de la cotización a la Seguridad Social y las acciones de formación del/la cuidador/a.

Por Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, se regula la Seguridad Social de estos cuidadores, disponiendo que podrán asumir la condición de cuidadores no profesionales de una persona en situación de dependencia, su cónyuge y sus parientes de consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco, añadiendo que cuando la persona en situación de dependencia tenga su domicilio en un entorno caracterizado por insuficiencia de recursos públicos o privados acreditados, la despoblación, o circunstancias geográficas o de otra naturaleza que impidan o dificulten otras modalidades de atención, podrá admitir excepcionalmente que el cuidador/a sea una persona de su entorno que, aún no teniendo el grado de parentesco señalado anteriormente, resida en el municipio de la persona dependiente o de uno vecino, y lo haya hecho durante el periodo previo de un año.

La persona cuidadora no profesional deberá reunir los siguientes requisitos:

- a) Ser mayor de 18 años
- b) Residir legalmente en España
- c) Ser cónyuge y/o pariente por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado de parentesco.

Cuando la persona en situación de dependencia tenga su domicilio en un entorno caracterizado por insufi-

ciencia de recursos públicos o privados acreditados, la despoblación, o circunstancias geográficas o de otra naturaleza que impidan o dificulten otras modalidades de atención, las Delegaciones Provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social podrán excepcionalmente permitir la existencia de cuidados no profesionales por parte de una persona de su entorno que, aún no teniendo el grado de parentesco señalado en el apartado anterior, resida en el municipio de la persona dependiente o en uno vecino, y lo haya hecho durante el período previo de un año, debiendo quedar acreditadas en el procedimiento estas circunstancias, así como la imposibilidad de otra forma de atención.

d) Condiciones de idoneidad para prestar el cuidado y atención de forma adecuada y no estar vinculada a un servicio de atención profesionalizada. Asimismo, que los cuidados los pueda ofrecer con una continuidad de, al menos, de tres meses seguidos.

e) Condiciones de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social en la forma reglamentariamente establecida.

7.5.2.3 Prestación económica de asistencia personal

La prestación económica de asistencia personal está destinada a contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la contratación de un asistente personal, que posibilite una mayor autonomía en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria a las personas con gran dependencia, facilitándoles el acceso a la educación y al trabajo.

Tendrán derecho a esta prestación las personas que reúnan las siguientes condiciones:

a) Haber sido valoradas en el grado de gran dependencia, en cualquiera de sus niveles.

b) Tener capacidad para determinar los servicios que requiere, ejercer su control e impartir instrucciones a la persona encargada de la asistencia personal de cómo llevarlos a cabo por sí mismo o su representante legal.

c) Que la persona encargada de la asistencia personal preste sus servicios mediante contrato con empresa prestadora de estos servicios, o directamente mediante contrato laboral o de prestación de servicios con la persona beneficiaria, en el que se incluyan las condiciones y directrices para la prestación del servicio propuestas por ésta y, en su caso, la cláusula de confidencialidad que se establezca.

La persona encargada de la asistencia personal, deberá reunir los siguientes requisitos:

- a) Ser mayor de 18 años.
- b) Residir legalmente en España.
- c) Cuando la relación entre la persona beneficiaria y su asistente personal esté basada en un contrato de prestación de servicios, este último tendrá que acreditar el cumplimiento de sus obligaciones de afiliación y alta en el correspondiente Régimen de la Seguridad Social.
- d) Condiciones de idoneidad para prestar los servicios derivados de la asistencia personal.

7.5.2.4 Determinación de la cuantía y abono de las prestaciones económicas

La cuantía de las prestaciones económicas se establecerá anualmente por el Gobierno mediante Real Decreto, previo acuerdo del Consejo Territorial, para los

grados y niveles con derecho a prestaciones, actualizándose, al menos, con el incremento del IPC anual.

El Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, fija la cuantía de las prestaciones económicas para el año 2007 en las siguientes cantidades:

Grados y Niveles	Prestación económica vinculada al servicio Euros/mes	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar Euros/mes	Prestación económica de asistencia personal Euros/mes
Grado III. Nivel 2	780	487	780
Grado III. Nivel 1	585	390	585

El importe de la prestación económica a reconocer a cada persona beneficiaria se determinará aplicando a la cuantía a que se refiere el párrafo anterior un coeficiente calculado de acuerdo con su capacidad eco-

nómica personal establecida conforme al artículo 14.7 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre. La cuantía de las prestaciones se percibirá íntegramente o se reducirá de acuerdo con la siguiente tabla:

Capacidad económica de acuerdo con la cuantía del IPREM	Prestación Económica		
	Vinculada al servicio	Para cuidados en el entorno familiar	De asistencia personal
Menos de un IPREM	100%	100%	100%
De una a dos veces el IPREM	90%	95%	90%
De dos a tres veces el IPREM	80%	90%	80%
De tres a cuatro veces el IPREM	70%	85%	70%
De cuatro a cinco veces el IPREM	60%	80%	60%
Más de cinco veces el IPREM	50%	75%	50%

El importe de las prestaciones económicas que se fije para cada persona beneficiaria en situación de dependencia de Grado III, en cualquiera de sus modalidades, no podrá ser inferior a la cuantía íntegra fijada en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para la pensión no contributiva.

La determinación de la cuantía individual de las prestaciones económicas vinculada al servicio, para cuidados en el entorno familiar y de asistencia personal se efectuará en función de la dedicación horaria de los cuidados, de acuerdo con la tabla que se establece a continuación, de tal manera que en la dedicación completa se percibirá la prestación íntegra, en la dedicación parcial el 50% y en la dedicación media será proporcional al número de horas de los cuidados:

Dedicación	Horas/mes	Respiro
Completa	160 horas o más	45 días/año
Media	80-159 horas	45 días/año
Parcial	Menos de 80 horas	45 días/año

A las cuantías resultantes de los párrafos anteriores se deducirán cualquier otra prestación de análoga naturaleza y finalidad establecida en los regímenes públicos

de protección social. En particular, de acuerdo con lo establecido en el artículo 31 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, se deducirán las siguientes:

– El complemento de gran invalidez, regulado en el artículo 139.4, del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

– El complemento de la asignación económica por hijo a cargo mayor de 18 años con un grado de minusvalía igual o superior al 75%, previsto en el artículo 182 bis.2.c, del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

– El complemento por necesidad de tercera persona de la pensión de invalidez no contributiva, previsto en el artículo 145.6, del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

– El subsidio por ayuda de tercera persona conforme a lo establecido en el artículo 12.2 c) de la LISMI (Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos).

El abono de las prestaciones económicas a que se refieren los artículos anteriores se realizará en doce mensualidades anuales y, preferentemente, mediante transferencia bancaria a la cuenta designada por la persona beneficiaria o, en su caso, sus familiares o representantes.

La prestación reconocida tendrá efectos económicos a partir del inicio de su año de implantación, de acuerdo con el calendario del apartado 1 de la disposición final primera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, o desde la fecha de la solicitud de reconocimiento de la persona interesada, si ésta es posterior al citado inicio, siempre que en la fecha prevista para la efectividad se reúnan los requisitos establecidos para cada prestación económica. En caso contrario, los efectos económicos se producirán a partir del día primero del mes siguiente a que concurran los mismos.

En cuanto a la capacidad económica de la persona beneficiaria esta se determinará en atención a la renta y patrimonio, considerándose rentas o ingresos computables los bienes y derechos de los que disponga la persona dependiente, derivados tanto del trabajo como del capital, así como cualesquiera otros sustitutivos de aquéllos.

Se entenderá por rentas del trabajo las retribuciones, tanto dinerarias como en especie, derivadas del ejercicio de actividades por cuenta propia o ajena. Se equiparán a rentas de trabajo las prestaciones reconocidas por cualquiera de los regímenes de previsión social financiados con cargo a recursos públicos o ajenos.

Como rentas de capital se computará la totalidad de los ingresos que provengan de elementos patrimoniales, tanto de bienes como de derechos, considerándose según sus rendimientos efectivos. En el supuesto de no existir rendimientos de bienes inmuebles, éstos se valorarán conforme a las normas establecidas en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, a excepción de la vivienda habitual.

Se considera patrimonio de la persona dependiente el conjunto de bienes y derechos de contenido económico de que sea titular, con deducción de las cargas y gravámenes que disminuyan su valor, así como de las deudas y obligaciones personales de que deba responder. Se considerarán exentos de este cómputo la vivienda habitual y los bienes y derechos así calificados en la Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio, hasta el límite establecido legalmente, cuando el beneficiario reciba servicios o prestaciones y debe continuar residiendo en su domicilio.

La capacidad económica final del solicitante será la correspondiente a su renta, modificada al alza por la suma de un 5 por ciento del valor del patrimonio neto que supere el mínimo exento para la realización de la declaración del impuesto sobre el patrimonio, a partir de los 65 años de edad, un 3%, de los 35 a los 65 años, y un 1% los menores de 35 años.

7.5.2.5 Régimen de compatibilidades de los servicios y prestaciones económicas

El régimen de compatibilidades para cada uno de los servicios y prestaciones económicas será el siguiente:

1. El Servicio de Teleasistencia será compatible con todos los servicios y prestaciones salvo con el servicio de Atención Residencial y con la prestación económica vinculada a la adquisición de un servicios de esta misma naturaleza.

2. El Servicio de Ayuda a Domicilio será incompatible con todos los servicios y prestaciones, con excepción de:

a) El servicio de Teleasistencia

b) La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y de asistencia personal durante el periodo vacacional de la persona cuidadora o asistente.

3. El servicio de Centro de Día será incompatible con todos los servicios y prestaciones económicas con excepción de:

a) El servicio de Teleasistencia.

b) El servicio de Atención Residencial cuando el Centro de Día sea de terapia ocupacional.

c) La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y de asistencia personal durante el periodo vacacional de la persona cuidadora o asistente.

4. El servicio de Centro de Noche es incompatible con los demás servicios y prestaciones económicas con excepción de:

a) El servicio de Teleasistencia.

b) La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y de asistencia personal durante el periodo vacacional de la persona cuidadora o asistente.

5. El servicio de Atención Residencial será incompatible con todos los servicios y prestaciones, con excepción de:

a) Unidades de estancia diurna con terapia ocupacional.

b) La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y de asistencia personal durante el periodo vacacional de la persona cuidadora o asistente.

6. La prestación económica vinculada al servicio será incompatible con todos los servicios y prestaciones, con excepción de:

a) El servicio de Teleasistencia, salvo cuando se trate de prestación económica vinculada para la adquisición de un servicio de Atención Residencial.

b) La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales durante el periodo vacacional de la persona cuidadora.

7. La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales será incompatible con todos los servicios y prestaciones, con excepción de:

a) El servicio de Teleasistencia.

b) Los servicios de Ayuda a Domicilio, Centro de Día y de Noche y Atención Residencial, así como con

la prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio de esta última naturaleza, durante el período vacacional de la persona cuidadora.

8. La prestación económica de asistencia personal es incompatible con los demás servicios y prestaciones, con excepción de:

a) El servicio de Teleasistencia.

b) Los servicios de Ayuda a Domicilio, Centro de Día y de Noche y Atención Residencial, durante el período vacacional de la persona asistente.

7.6 OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS

Las personas beneficiarias estarán obligadas a:

– Facilitar directamente, o a través de su representante, toda la información y datos que le sean requeridos y que resulten necesarios para reconocer o mantener el derecho a las prestaciones del Sistema, salvo

que ésta obre en poder de las Administraciones Públicas, siempre que según la legislación vigente pudiera obtenerlos por sus propios medios.

– Destinar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron reconocidas, así como a justificar su aplicación.

– Comunicar a las Delegaciones Provinciales de la Consejería competente en materia de servicios sociales cualquier variación de circunstancias que puedan afectar al derecho, al contenido o a la intensidad de las prestaciones que tuviera reconocidas, en el plazo de treinta días a contar desde que dicha variación se produzca.

Si la persona beneficiaria incumpliera las obligaciones establecidas en el apartado anterior, y como consecuencia de ello, se derivarán cuantías indebidamente percibidas de la prestación económica reconocida, o una participación insuficiente en el coste de los servicios, estará obligada a su reintegro o al abono de la diferencia que corresponda.

8. RECURSOS SANITARIOS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA

8.1 INTRODUCCIÓN

Conforme a las previsiones estatutarias, las competencias exclusivas en materia sanitaria se materializaron tras las correspondientes transferencias de sanidad (1981) e INSALUD (1984) con la creación del Servicio Andaluz de Salud en 1986 (Ley 8/1986, de 6 de mayo), actuación que tiene su posterior iniciativa legislativa con la aprobación de la Ley 2/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía y como colofón el nuevo Estatuto de Autonomía para Andalucía de 2007, en cuyo artículo 22 relativo al derecho a la salud, se señala entre otros el derecho a una asistencia geriátrica especializada.

En el tiempo transcurrido desde la creación del Servicio Andaluz de Salud se han producido importantes cambios en la sociedad española y andaluza, que, con la plena integración de España en la Unión Europea, y el proceso de convergencia económica y de cohesión social, se ha implicado en profundidad en el debate que envuelve a los países europeos en torno a los sistemas de protección social. Los cambios demográficos progresivos hacia un aumento de la esperanza de vida y un envejecimiento de la población, la aparición de nuevas enfermedades y los cambios en la prevalencia de otras, la introducción permanente de nuevas tecnologías médicas, la implantación progresiva de la sociedad global de la información en Europa, y una creciente preocupación por los costes y la fi-

nanciación de las prestaciones públicas, han configurado un escenario para la sanidad en el que las principales prioridades se concentran en modernizar los aparatos administrativos y asistenciales en orden a conseguir una mayor eficacia de su actuación, una mayor eficiencia, una mayor motivación e incentivación profesional y una mejor adaptación a los deseos y necesidades de los ciudadanos andaluces. Todo ello, bajo los principios de mayor participación de los profesionales en la gestión de los recursos asistenciales y de mayor control social.

Mediante la referida ley de Salud de 1998 se pretende, superando el carácter estructural de la Ley 8/1986, consolidar un marco más amplio para la protección de la salud de los ciudadanos andaluces, concretar el marco competencial en el seno de la Administración local, regular el ámbito de actuación y relación con el sector privado y consolidar las bases de la actuación sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma, proporcionando un nuevo marco, más acorde con las circunstancias actuales y futuras, al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Dicha ley tiene, por tanto, como objeto principal la regulación de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos en Andalucía, el régimen de definición y aplicación de los derechos y deberes de los ciudadanos respecto de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma y la ordenación general de las activi-

dades sanitarias en Andalucía, todo ello bajo los principios de coordinación de las actuaciones y de los recursos, aseguramiento público.

Este marco general se complementa con el título V, que define al Plan Andaluz de Salud como el marco de referencia e instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud en el ámbito de Andalucía, estableciendo sus contenidos mínimos y determinando sus criterios de aplicación descentralizada en el territorio.

En dicha ley se establece que los niños, los ancianos, los enfermos mentales, las personas que padecen enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo tienen derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.

Por otro lado la Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores, tiene por objeto regular y garantizar un sistema integral de atención y protección a las personas mayores, que cuente con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas de Andalucía así como de los propios sectores sociales a la que va dirigida y cuyas actuaciones respondan a una acción planificada, coordinada y global donde se contemplen medidas en todas las áreas que afectan a estas personas.

En el título IV, de dicha ley, relativo a la atención sanitaria, se regulan los objetivos de dicha atención dentro del marco del Sistema Público Andaluz de Salud. y en el título V, de la atención sociosanitaria, se afronta un espacio novedoso de atención integral a las personas mayores que precisan de cuidados conjuntos de salud y servicios sociales.

El Plan Andaluz de Salud.

En noviembre de 2003, el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía acordó aprobar el III Plan Andaluz de Salud para el periodo 2003-2008, y remitirlo al Parlamento, cumpliendo así las previsiones contenidas al respecto en la Ley 2/1998 de 15 de junio de Salud de Andalucía.

El III Plan Andaluz de Salud define entre otras, las siguientes líneas prioritarias de actuación:

- Desarrollar un modelo integrado de salud pública moderno, innovador y transparente que dé respuesta a las nuevas situaciones y sea sensible a las demandas sociales.
- Mejorar la salud desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables.
- Proteger y proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud.
- Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de Planes integrales contra el cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón, los accidentes, los problemas osteoarticulares y a favor de la atención mental y la atención a las personas en situación de dependencia.

Dentro de sus objetivos y respecto al tema de atención a la dependencia podemos destacar los siguientes objetivos:

Objetivo 4: Promover la calidad de vida en el envejecimiento.

Estrategias:

- Fomentar actividades intersectoriales de promoción de hábitos saludables que permitan llegar a edades avanzadas con mejor autonomía y calidad de vida.
- Promover estrategias de prevención y seguimiento de hábitos para lograr y conservar un buen estado de salud y calidad de vida.
- Contemplar en los procesos asistenciales la edad y el enfoque sociosanitario de la red de apoyo social.
- Desarrollar estrategias sociosanitarias para la autonomía

De las personas mayores y su permanencia en el entorno elegido.

- Potenciar la atención sociosanitaria a domicilio para las personas en situación de dependencia, cualquiera que sea su lugar de residencia. Esta atención debe incluir el cuidado de la salud, la prevención de la discapacidad, la potenciación de la autonomía personal, la ayuda para las actividades de la vida diaria, así como la promoción de la participación social activa.

Objetivo 5: Favorecer el apoyo a las familias con personas enfermas crónicas y discapacitadas.

Estrategias:

- Desarrollar estrategias sociosanitarias de atención domiciliaria diferenciadas. En ellas debe converger la asistencia sanitaria con el apoyo social que fomenta la autonomía y el autocuidado, así como medidas de ayuda al cuidador principal.
- Establecer compromisos entre los agentes sociales y las instituciones para evitar el aislamiento social de estas personas y sus familias y promover su completa participación social.
- Personalizar el cuidado de manera que los servicios se organicen para cada persona según sus necesidades, expectativas, autonomía y apoyo social. Promover la equidad en el acceso y la continuidad asistencial.
- Potenciar la investigación aplicada y la incorporación de ayudas técnicas que faciliten la autonomía personal, el mantenimiento de la persona dependiente en su entorno habitual y el apoyo a sus cuidadores.
- Promover la atención directa y específica al cuidador, tanto en el domicilio como en su entorno social, para prevenir la aparición de sobrecarga. Fomentar el descanso, favorecer la incorporación al trabajo y la participación social.
- Contemplar las peculiaridades en la atención de las personas con algún tipo de discapacidad o dependencia.

Objetivo 19: Plan Integral de Atención a la Dependencia 2004-2008 para mejorar la calidad de vida de

las personas afectadas y sus cuidadores, en consonancia con el Plan Integral a las Personas Discapacitadas.

Estrategias:

- Incorporar estrategias de intervención sobre los factores de riesgo: accidentes, caídas de personas mayores, inmovilizaciones prolongadas, etc.
- Asegurar la atención precoz de problemas de salud, que puedan llevar a situaciones de dependencia, con especial atención a la recuperación funcional precoz.
- Desarrollar un modelo de organización de servicios a las personas dependientes, que contemple la necesaria colaboración entre las Administraciones, para un sistema integral de cuidados de larga duración y que tenga en cuenta el entorno más adecuado.
- Asegurar los servicios necesarios, que permitan a los cuidadores su plena participación social.
- Establecer compromisos y alianzas entre los agentes sociales y las instituciones para la implantación del Plan.
- Impulsar la implantación de nuevas tecnologías en la aplicación del Plan, en línea con lo avanzado en el Plan Andaluz de Alzheimer.

8.2 CARTERAS DE SERVICIOS Y PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

En el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) se disponen, en la actualidad, de Carteras de Servicios diferenciadas por niveles asistenciales: Cartera de Servicios de Atención Primaria (CSAP) y Cartera de Servicios de Asistencia Especializada (CSAE). La CSAP, con ediciones desde 1999, se articula en Programas de Salud e incluye criterios de definición, de población diana; indicadores de cobertura y seguimiento; estándares de calidad y especificaciones de los sistemas de información y registros en que se apoyan. Tiene un carácter homogéneo y uniforme en su distribución por Distritos, al ser equivalente su nivel de atención, y varía en cuanto al grado de implantación y de adecuación a los objetivos de gestión fijados en los correspondientes contratos programa.

La CSAE, con una segunda edición para 2002, hace un análisis descriptivo de servicios, unidades clínicas o unidades funcionales dependientes de las que dispone cada centro hospitalario, desglosado según especialidades y subespecialidades, así como de su oferta diagnóstica existente. Su resultado es más heterogéneo, reflejando la disponibilidad de tecnologías o áreas de conocimiento concretas, sin especificar criterios de calidad o población de referencia, aspectos que permitirían una atención más eficiente basada en la correcta orientación de pacientes en función de patologías concretas, los cuales podrían beneficiarse de una cierta oferta diagnóstico-terapéutica.

La estructuración de la atención sanitaria en Procesos Asistenciales Integrados, definida en el Plan Marco de Calidad de la Consejería de Salud, permite avanzar en la configuración de una Cartera de Servicios Única (CSU) tendente a superar las dificultades inherentes a las organizaciones por funciones o áreas, para percibir o identificar de forma integrada las necesidades de los pacientes y coordinar las respuestas de atención y cuidados.

De estos Procesos Integrados Asistenciales, y en relación a la población dependiente que nos ocupa podemos destacar:

a) Procesos ligados a Planes Integrales

1. Procesos ligados al Plan Integral de Diabetes
 - Proceso Diabetes mellitus tipo 2
2. Procesos ligados al Plan Integral de Oncología
 - Proceso Cáncer colorrectal
 - Proceso Hipertrofia benigna de próstata. Cáncer de próstata
 - Proceso Cuidados paliativos
3. Procesos ligados al Plan Integral de Cardiopatías
 - Subproceso Síncope
 - Subproceso Fibrilación y flutter auriculares
 - Proceso Angina estable
 - Proceso Angina inestable e IAM sin elevación del ST
 - Proceso IAM con elevación del ST agudo
 - Proceso Tromboembolismo pulmonar
 - Proceso Insuficiencia cardíaca
 - Proceso Riesgo vascular
4. Procesos ligados al Plan Integral de Salud Mental
 - Proceso Ansiedad, depresión, somatización

b) Procesos no ligados a Planes Integrales

- Proceso Anemias
- Proceso Artroplastia de cadera
- Proceso Artrosis de rodilla y cadera.
- Proceso Ataque cerebrovascular
- Proceso Atención al paciente pluripatológico
- Proceso Cataratas
- Proceso Demencias
- Proceso Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Proceso Fractura de cadera en el anciano
- Proceso Insuficiencia venosa crónica.

En cuanto al desarrollo del mapa de procesos asistenciales integrados, según datos de la Memoria del SAS de 2004, durante ese año se desarrollaron líneas de trabajo encaminadas a conseguir como objetivo la implantación y desarrollo de los procesos asistenciales integrados, en materia de estructura organizativa, de herramientas para la implantación, de desarrollo de sistemas de información, así como de evaluación continua.

Así, dentro de los 14 procesos priorizados para su desarrollo e implantación en cada distrito y hospital se incluyeron los correspondientes al Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedi-

mientos diagnósticos en el sistema sanitario público de Andalucía.

En la tabla siguiente se presentan los procesos asistenciales integrados en implantación al finalizar 2004, y entre estos, aquellos que se pueden aplicar a la población dependiente que nos ocupa.

TABLA 20. IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS (2004).

Núm. de distritos de AP y hospitales referencia Según procesos asistenciales en implantación.	
Diabetes mellitus Tipo 2	47
HBP/cáncer de próstata	45
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	41
Fractura de cadera en el anciano	30
Atención al paciente pluripatológico	29
Cuidados paliativos	28
Catarata	27
Insuficiencia cardiaca	22
Ansiedad, depresión, somatización	15
Demencias	13
Ataque cerebrovascular	11
Cefaleas	10
Anemias	3
Cáncer colorrectal	3

8.3 SERVICIOS Y RECURSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

8.3.1 Cartera de Servicios de Atención Primaria

La Oferta/Cartera de Servicios de Atención Primaria recoge el conjunto de actividades clínicas, científico-técnicas y administrativas que se realizan en el primer nivel de atención, estableciendo y unificando criterios de puesta en práctica, en orden a lograr unos servicios enmarcados en los objetivos del Servicio Andaluz de Salud. Estos objetivos están recogidos de forma expresa en el Plan Andaluz de Salud, el Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, el Plan Estratégico, el Plan de Calidad y el Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria.

El Plan Marco de Calidad de la Consejería de Salud, ha propiciado la progresiva implantación de los Procesos Asistenciales Integrados, como ejes de la estructuración de la asistencia sanitaria, avanzando en la superación de limitaciones inherentes a organizaciones por estructuras o áreas, y garantizando una continuidad asistencial centrada en el paciente y sus necesidades. Si bien, en este momento la implantación de este modelo no es homogénea, su desarrollo

actual condiciona que determinados Servicios definidos en la Cartera de Servicios, se vayan adaptando progresivamente a los Procesos Asistenciales Integrados. Los Servicios que se ven afectados por esta estrategia son: Embarazo, Parto y Puerperio, Hipertensión arterial, diabetes, EPOC, VIH/SIDA, Asma y Detección Precoz del Cáncer de Mama.

Los servicios descritos en esta Oferta/Cartera están en funcionamiento en todos los distritos a partir de 2006.

Se destacan aquellos servicios que tienen que ver con la atención sanitaria en Atención Primaria a la población dependiente y especialmente a los Mayores, entre los que se destacan los siguientes:

8.3.1.1 Atención al alta hospitalaria

Continuidad de cuidados en el domicilio que se oferta por parte del médico general, pediatra y/o enfermera, a personas que tras cursar alta hospitalaria, el Hospital informa sobre las necesidades asistenciales de los mismos.

Servicio dirigido, fundamentalmente, a las altas postquirúrgicas. En cualquier caso, a personas cuyas necesidades asistenciales deriven específicamente del motivo por el que ingresaron en un Centro hospitalario.

8.3.1.2 Atención a personas inmovilizadas

Atención sanitaria que se presta en el domicilio del usuario, dirigida a personas que, independientemente de la causa, se encuentran en las siguientes situaciones por un tiempo previsiblemente superior a dos meses:

- Personas que se ven obligados a pasar la mayor parte de su tiempo en cama y que sólo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas.
- Personas con una dificultad importante para desplazarse, que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales.

8.3.1.3 Atención a personas en situación terminal

Atención sanitaria en domicilio que se oferta a las personas con enfermedad avanzada, progresiva e incurable, multisintomática, sin posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico y con un pronóstico de vida inferior a 6 meses.

8.3.1.4 Atención de ancianos residentes en instituciones

Atención sanitaria en el Centro y en el domicilio / institución que presta el equipo de salud a los ancianos residentes en las instituciones de su zona, para su adecuado seguimiento.

La atención se ofertará en el Centro a los ancianos que puedan desplazarse y en la modalidad de aten-

ción domiciliaria a los ancianos inmovilizados, debiéndose realizar una especial atención a las inmunizaciones: gripe, tétanos y otras (antineumocócica).

Los protocolos clínicos serán los mismos que los del servicio de atención al anciano en riesgo.

8.3.1.5 Valoración de necesidades de cuidados domiciliarios y de cuidados a cuidadores

Atención sanitaria que se presta, basada en la información clínica sobre necesidades de cuidados domiciliarios y cuidadoras/es familiares, disponible en la historia de salud, de cara a elaborar un plan de cuidados individualizado para cada una de las personas incluidas en la población diana.

Se valorará la situación de los pacientes necesitados de cuidados domiciliarios y de sus cuidadoras/es no profesionales, de cara a la programación de actividades a realizar.

Actuación según plan de mejora de la atención a las cuidadoras familiares y de grandes discapacitados.

8.3.1.6 Atención a personas polimedicadas

Actividades que realiza el equipo de atención primaria, dirigidas a personas con procesos crónicos que están recibiendo polimedicación, con objeto de mejorar los tratamientos farmacológicos y prevenir la yatrogenia medicamentosa, de forma que se consiga la mejor relación posible beneficio/riesgo.

Se considera persona con enfermedad crónica que está tomando 5 o más medicamentos, de forma continuada, durante un período igual o superior a 6 meses.

Se establecerá un procedimiento de trabajo para la revisión de la medicación y pautas de tratamiento de las personas polimedicadas, a fin de analizar la idoneidad de los mismos.

En los casos en que se determine desajustes en los tratamientos, se adoptará un plan de readaptación personalizado de la medicación en base a una estrategia informativa y de educación sanitaria, gestionando las revisiones por el especialista que fueran necesarias.

Registro en la Historia de Atención Primaria de los cambios de tratamiento.

8.3.1.7 Inmunizaciones

– Inmunización contra la Gripe

Inmunización de la población frente a la Gripe, con el objetivo de disminuir su incidencia y gravedad en grupos de población en los que el padecimiento de esta enfermedad, supone un riesgo de agravamiento de su estado de salud.

Se consideran población de alto riesgo:

- Niños y Adultos con alteraciones crónicas de los sistemas pulmonar y cardiovascular.

- Residentes en instituciones cerradas con procesos crónicos.

- Personas de 65 y más años.

Se consideran grupos potencialmente transmisores los familiares y cuidadores en contacto con pacientes en riesgo.

– Inmunización contra el Tétanos y la Difteria

Inmunización de la población frente al Tétanos y la Difteria, con los objetivos de evitar la aparición de casos de Tétanos, enfermedad de elevada letalidad, y prevenir brotes de Difteria.

Esta inmunización va dirigida especialmente, a personas con mayor riesgo de padecer Tétanos (personas mayores de 50 años que habitan en zonas rurales y/o personas que trabajan en el sector agrícola).

8.3.1.8 Examen de salud de las personas mayores de 65 años

Atención sanitaria que presta el equipo del centro, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, a las personas mayores de 65 años que tiene como objetivo detectar precozmente los problemas de salud que puedan constituir situaciones de riesgo e implantar las medidas de promoción y prevención que, según los estudios disponibles, mejoran la salud y la calidad de vida de nuestros mayores de 65 años, al mismo tiempo que aumentan el periodo libre de dependencia.

Medio millón de andaluces se han beneficiado del examen de salud puesto en marcha en 2006, a las que se les ha realizado mediciones de tensión arterial, pruebas analíticas de agudeza visual y auditiva, pruebas de detección de cardiopatías, oncológicos o diabetes, así como de depresión, demencia o incontinencia urinaria.

8.3.1.9 Atención de personas en riesgo social

Actuaciones específicas dirigidas a personas que, siendo atendidas en los servicios sanitarios, presentan factores de riesgo social. Las actuaciones van encaminadas a su adecuada identificación, coordinación socio-sanitaria y seguimiento.

Se consideran áreas de actuación preferente:

– Ancianos en riesgo. Anciano frágil o en riesgo de estarlo, con problemática social añadida. Personas que cumplan alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Anciano mayor de 80 años que vive solo.
- Anciano aislado o sin apoyo familiar.
- Anciano con incapacidad funcional.
- Anciano con familia en situación de claudicación en cuidados.
- Anciano con sospecha de malos tratos.
- Anciano en riesgo de institucionalización prematura o inadecuada.
- Anciano con problemas económicos graves.
- Ancianos con problemas de vivienda: insalubridad, barreras, riesgo de accidentes, etc.

- Sobrecarga del cuidador principal por situaciones de angustia o ansiedad.
- Sobrecarga del cuidador principal por somatizaciones.
- Analfabetismo funcional del cuidador.
- Incapacitados. Personas con incapacidad o severa dependencia para realizar las actividades de la vida diaria y/o para salir a la calle (minusválidos, inmovilizados, terminales, etc.) y que presenten problemática social añadida. Pueden presentar alguno de los siguientes factores de riesgo:
 - Ausencia de apoyo familiar por carecer de familia.
 - Ausencia de apoyo familiar por imposibilidad de atenderlo.
 - Ausencia de apoyo familiar por atención inadecuada.
 - Soledad –sentimiento de soledad, aislamiento, desarraigo–.
 - Sobrecarga del cuidador por dolencias físicas generadas por los cuidados.
 - Sobrecarga del cuidador principal por situaciones de angustia o ansiedad.
 - Sobrecarga del cuidador principal por somatizaciones.
 - Graves conflictos en el seno de la familia con respecto al incapacitado.
 - Analfabetismo funcional del cuidador.

8.3.1.10 Fisioterapia/Rehabilitación

Atención fisioterapéutica que se oferta a la población por indicación médica, en el Centro y en el domicilio, con objeto de prevenir o intervenir sobre procesos discapacitantes mediante tratamiento fisioterapéutico o sobre patologías cuyo curso se modifica favorablemente con este tratamiento.

La aplicación de los tratamientos fisioterápicos se realizará a los pacientes remitidos de acuerdo con la Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria o la Guía de Procedimientos de los Equipos Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia a Domicilio, siendo un servicio dependiente orgánica y funcionalmente del Distrito de Atención Primaria.

Dependiendo de la modalidad de la atención (tratamiento individualizado, tratamiento en grupo, tratamiento en domicilio, apoyo a la atención a domicilio o programas de prevención o de promoción de la salud), y de acuerdo con las guías de procedimientos, podrán derivar pacientes: médicos rehabilitadores, médicos de familia, otros especialistas médicos, enfermeras de enlace y enfermeras de Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP).

Si comparamos con la Cartera de Servicios del INSALUD (2002) antes de ser transferido podemos ver, que estaba constituida por 38 servicios y relacionados directa o indirectamente con la atención a las personas Mayores:

Servicios de Atención a la Mujer. (Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cerviz, de Endometrio y de Mama, y atención al Climaterio)

Servicios de Atención al Adulto-Anciano. (Consulta Adultos; Vacunación de la Gripe y Tétanos; Prevención de Enfermedades Cardiovasculares; Atención a Pacientes Crónicos Hipertensos, Diabetes, EPOC, Obesos, Hipercolesterolemia; Educación para la Salud a Otros Grupos; Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados, a Pacientes Terminales, y Prevención y Detección de Problemas en el Anciano)

Servicios de Unidades de Apoyo. (Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos y Tratamientos Psicoterapéuticos)

En el año 1996, la única modificación fue la inclusión del servicio: Prevención y Detección de Problemas en el Anciano.

Este reconocimiento generó al menos dos tipos de actividades:

1. Se introduce bajo epígrafe el servicio “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 o 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 elaboró y se puso en marcha este programa, que habitualmente incluía 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.

3. 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 consideraban 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 para cuyo tratamiento resulta más que conveniente la coordinación con el servicio de geriatría y los servicios sociales de la comunidad.

Posteriormente a ésta fecha se ha añadido y según datos del SIAP (sistema de información en Atención primaria), Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006 que todas las CCAA tienen los servicios de Prevención y detección de problemas en personas mayores/ actividades preventivas en el anciano y Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales, casi todas los servicios de Atención al anciano de riesgo, atención de ancianos residentes en instituciones, y atención al alta hospitalaria. Y son las menos las que incluyen servicios de Atención a los cuidadores en la comunidad y en el domicilio, Educación para la salud a grupos de cuidadores, atención domiciliaria a pacientes con deterioro cognitivo y personas de alto riesgo y el servicio de atención a los polimedicados. Tras la aprobación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" en otras se está trabajando en la definición de un servicios específicos de atención a la población dependiente, de prevención de la dependencia y de rehabilitación.

8.3.2 Disponibilidad, cobertura y utilización de los diferentes servicios en Atención Primaria

Tras las últimas transferencias sanitarias, el Sistema Nacional de Salud (SNS) está conformado por 17 servicios de salud. Su tamaño es muy desigual, como lo demuestran las diferencias de población entre algunas comunidades autónomas (CCAA) (la población de Andalucía es 26,5 veces la de La Rioja). La oferta, la utilización y el acceso a la atención sanitaria presentan desigualdades. Paralelamente a la fragmentación del SNS, se ha perdido uniformidad en las fuentes de información esenciales para conocer, calibrar y comparar territorialmente los logros sanitarios. Algunas de esas desigualdades son más visibles que otras. Las

que afectan a la infraestructura física (camas, hospitales, equipamiento) se pueden medir fácilmente, y el sistema de información permite realizarlo. Otras son menos visibles, tanto por los matices ocultos en los datos y las diferentes definiciones (cartera de servicios, cobertura de los programas) como por la ausencia de información.

La implantación del nuevo modelo de atención primaria ha tenido una evolución desigual por CCAA, y ha generado diferencias regionales en el acceso a las prestaciones complementarias a las tradicionales. La dotación de unidades de apoyo, pese a haber aumentado en los últimos años, muestra unas significativas divergencias territoriales. No obstante, es difícil evaluar hasta qué punto estas diferencias han implicado desigualdades de calidad en la atención prestada.

El proceso de transferencias sanitarias iniciado en 1981 (y del INSALUD en 1984) ha dado como resultado una diversidad en los sistemas de información que hace difícil, cuando no imposible, la obtención de cifras homogéneas para todas las CCAA.

Así en lo que a Andalucía se refiere los datos de actividad de los Centros de Salud relacionados con problemas específicos de pacientes dependientes son los siguientes (periodo 2001-2004):

El presupuesto definitivo del SAS en 2005 ha sido de más de 7.104 millones de euros lo que supone un incremento del 8% con respecto a 2004, 905 euros por habitante de Andalucía y 19,5 millones de euros al día.

8.3.2.1 Distribución presupuestaria por programas

- Atención sanitaria: 5.136.826.474 euros
 - Dirección y servicios generales de salud 18.196.448
 - Formación sanitaria, continua y postgrado 108.262.404
 - Hemoterapia 36.374.378
 - Prestaciones farmacéuticas y complementarias 1.781.551.340
 - Servicio de apoyo a la familia: 17.472.785 euros
 - Trasplante de órganos 6.130.111
 - Total 7.104.813.942
 - Actividad asistencial
 - Consultas en el centro de medicina de familia 48.510.830
 - Consultas en domicilio de medicina de familia y pediatría 668.937
 - Servicios de enfermería en el centro 21.087.025
 - Atención domiciliaria de enfermería 2.806.038
 - Sesiones de fisioterapia y rehabilitación 1.096.504
 - Consultas de trabajo social (centro y domicilio) 374.800
- Durante el año 2004 se ha continuado con el proceso de descentralización de la gestión mediante la firma de acuerdos con las unidades clínicas, 123 de atención primaria y 106 de hospitales. En total 8.600 profesionales forman parte de una unidad clínica.

TABLA 20. Actividad de los Centros de Salud relacionada con problemas específicos de pacientes dependientes. Andalucía, 2005

	2001	2002	2003	2004	2005
Atención a pacientes inmovilizados	111.187	121.341	145.016	151.300	158.182
Altas hospitalarias en seguimiento	66.487	76.165	69.140	76.598	93.645
Pacientes en situación terminal	17.421	17.199	17.940	18.829	17.212
Ancianos frágiles	105.068	130.122	160.581	173.743	182.453
Ancianos ingresados en residencias	28.623	28.442	34.294	33.249	33.143

8.4 SERVICIOS Y RECURSOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

A medida que ha aumentado el número de personas de edad avanzada también lo ha hecho la prevalencia de discapacidad y enfermedad asociadas al envejecimiento. El aumento de recursos sanitarios y sociales ha determinado la necesidad de llevar a cabo políticas asistenciales encaminadas a satisfacer las necesidades de las personas mayores.

La asistencia tradicional no es adecuada para los ancianos y urgen nuevas políticas para adaptar los actuales modelos de asistencia.

Los ancianos presentan: altas tasas de co-morbilidad y discapacidad, diferentes patrones de presentación de las enfermedades, diferente respuesta al tratamiento farmacológico y necesidades de soporte social; estas peculiaridades hacen que sea preciso una formación médica especializada.

La Geriátrica según la British Geriatrics Society es la rama de la medicina dedicada al anciano que se ocupa no sólo del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas, sino también de su recuperación funcional y reinserción en la sociedad.

La herramienta de elección para acercarse y tratar a la persona mayor y su proceso de enfermedad es la valoración geriátrica integral, definida como, un proceso diagnóstico multidimensional, casi siempre, interdisciplinar e individualizado que intenta determinar las capacidades y los problemas de la persona mayor frágil en las esferas médica, psicosocial y funcional, con el objetivo de establecer un plan integral de tratamiento y seguimiento a largo plazo. Difiere del modelo clásico de evaluación médica en que su centro es el anciano frágil y toda su complejidad, poniendo especial énfasis en el estado funcional y la calidad de vida, es decir, expectativas de vida libre de incapacidad.

Los objetivos de salud para las personas mayores son:

- Promoción de la salud y prevención de la discapacidad para las personas mayores autónomas.
- Disminución de la morbilidad y retrasar la dependencia e institucionalización.

– Atención en la fase aguda sin discriminación por edad.

– Atención rehabilitadora para conseguir la máxima autonomía en la fase postaguda o de convalecencia y en enfermedades crónicas con tendencia a la discapacidad.

– Atención a personas dependientes para actividades de la vida diaria y en situaciones de enfermedad avanzada y terminal.

Para conseguir estos objetivos es necesaria la adaptación de todos los niveles asistenciales de atención primaria y atención hospitalaria, así como la creación de recursos especializados en atención geriátrica. Naturalmente el resultado final también dependerá de la existencia de una red de servicios sociales, tanto institucionales como de soporte a domicilio o centros diurnos.

El modelo organizativo de mayor eficiencia y eficacia en la atención sanitaria al anciano (especializada) es el Servicio de Geriátrica con todos sus niveles asistenciales, de esta forma se da cumplimiento al principio que rige la asistencia a la persona mayor: la continuidad de cuidados. Puede estar integrado o no en un hospital general aunque existen indicadores que muestran claramente que el modelo integrado es el de mayor eficacia clínica.

Los principales niveles de asistencia geriátrica y sus objetivos son:

1. Unidad Geriátrica de Agudos (UGA): Nivel destinado a la hospitalización de ancianos con procesos agudos o reagudizaciones de enfermedades crónicas. Los pacientes que más se beneficiarían del ingreso en esta unidad serían aquellos ancianos que cumplen criterios de paciente geriátrico. En el Documento de Criterios de Ordenación de Servicios para la atención sanitaria a las personas mayores se define al paciente geriátrico como aquel que cumple tres o más de los siguientes requisitos: edad superior a los 75 años, pluripatología, el proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante, patología mental asociada o predominante, problemática social en relación a su estado de salud.

2. Unidad de Media Estancia (UME): Acoge a pacientes ya diagnosticados que han superado la fase

aguda, y aunque estables son subsidiarios de cuidados médicos, de enfermería y básicamente de rehabilitación. Lo objetivos establecidos pueden alcanzarse durante el ingreso o bien el paciente experimenta un progreso que permite el alta a otro nivel de cuidados.

3. Hospital de día (HD): Se trata de un centro diurno de hospitalización donde los pacientes con incapacidades físicas o psíquicas, con o sin condicionantes sociales, acuden para recibir tratamiento integral con el fin de lograr su recuperación desde su domicilio. Tiene funciones esencialmente rehabilitadoras y de recuperación de las actividades de la vida diaria, aunque también extiende sus actividades a los campos del control clínico y de los cuidados de enfermería.

4. Asistencia Geriátrica Domiciliaria (AGD): Se encargan de la atención de pacientes geriátricos en sus domicilios en coordinación con los equipos de Atención Primaria de Salud.

5. Equipos de valoración y cuidados geriátricos: Se definen como una unidad funcional interdisciplinar, en el ámbito hospitalario, encargada de la valoración y tratamiento integral del paciente geriátrico ingresado en otros servicios o bien que acude a urgencias. Es también responsable de la gestión del alta y derivación al recurso más indicado. Deben garantizar la continuidad de los cuidados tras el alta mediante la coordinación con Atención Primaria y Servicios Sociales.

6. Consultas Externas: Realizan la valoración y el seguimiento, de forma ambulatoria, de pacientes geriátricos. En ellas se evalúan los enfermos remitidos por los médicos de familia y por otros servicios hospitalarios. Se utiliza también este nivel para la revisión de pruebas diagnósticas efectuadas durante la hospitalización, contribuyendo así a reducir las estancias. Son un apoyo a la Medicina de Atención Primaria en el diagnóstico y control de sus pacientes, especialmente en lo que se refiere a la investigación de síndromes geriátricos complejos.

En Andalucía no existe ningún Servicio de Geriátrica. En la Cartera de Servicios de Atención Especializada 2002 que define el desarrollo de la oferta clínico-asistencial que el sistema sanitario público de Andalucía pone a disposición de los usuarios se describen tres unidades funcionales de Geriátrica en:

I. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. Nivel I

II. Hospital Torrecárdenas. Almería. Nivel II

III. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. Nivel II

En las tres unidades anteriormente descritas coincide un factor común: los facultativos que las integran tienen la especialidad de Geriátrica, en cambio ni en las plantillas de los centros ni en los nombramientos de estos especialistas se especifica su especialidad, aun siendo la atención al paciente geriátrico su única y primordial labor asistencial.

El Hospital Virgen Macarena de Sevilla cuenta con la única unidad acreditada en Andalucía, para la docencia médica posgraduada, es decir, para la forma-

ción de especialistas vía MIR en Geriátrica. Se ofertan dos plazas cada año; la primera promoción inició su programa formativo en 1989. Desde el año 2004 las dos plazas por año referidas se han extinguido y a partir de enero de 2008 esta unidad cesará su labor docente. Coincide este hecho con la circunstancia de que la Comunidad Autónoma asume plenas competencias en la oferta de plazas de formación MIR.

En Contrato Programa de los Hospitales del SAS 2001/2004 no encontramos ningún programa de salud dirigido específicamente al paciente geriátrico. Cuando revisamos la actividad asistencial de los hospitales, nos encontramos con programas dirigidos fundamentalmente a procesos asistenciales (ej. enfermedades crónicas) A pesar de ser procesos asistenciales característicos del paciente de edad avanzada, no existe referencia a esta circunstancia. En el diseño, desarrollo, ejecución y evaluación de los contenidos de estos programas no se contempla la participación del facultativo especialista en Geriátrica.

Los procesos asistenciales cuya población diana principal son las personas mayores son los siguientes:

- Proceso asistencial integrado de atención al paciente pluripatológico.
- Proceso asistencial integrado de cuidados paliativos.
- Proceso asistencial integrado de cataratas.
- Proceso asistencial integrado de demencias.
- Proceso asistencial integrado de fracturas de cadera en el anciano.

El contrato-programa del SAS, que incluye las medidas de actuación específica encaminadas a satisfacer las necesidades y demandas de la población anciana, oferta en atención especializada una cartera de servicios que contempla:

- Unidades de paliativos
- Unidades de hospitalización domiciliaria
- Unidades de continuidad asistencial
- Unidades de medicina interna

El Servicio Andaluz de Salud, teniendo en cuenta que la atención de los pacientes mayores implica a distintas disciplinas y especialidades, plantea una coordinación de las mismas por el médico de Atención Primaria y por el médico internista en Asistencia Especializada.

Es obvio que el SAS, según la información anterior, no cuenta en su oferta asistencial con la especialidad de Geriátrica. No se han publicado datos procedentes de la evaluación de estos programas asistenciales ni parámetros de funcionamiento de las unidades descritas.

En el Sistema de información de Centros y Establecimientos y Servicios Sanitarios (SICSS) de la Consejería de Salud, no encontramos ningún centro hospitalario que se describa como hospital geriátrico o hospital de media-larga estancia.

En el Análisis de la actividad realizada por Hospitales Concertados. 2004 hay dos centros de media-larga estancia:

– Clínica La Milagrosa de Morón de la Frontera (Sevilla) dedicada fundamentalmente a cuidados paliativos.

– Hospital San Rafael (Granada), que cuenta con diversas unidades de asistencia geriátrica y facultativos especialistas en Geriátrica.

Un paso intermedio lo constituye el desarrollo y crecimiento de los equipos geriátricos interconsultores, (en la actualidad, solo existe una unidad en el Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería), en aquellos hospitales generales que no disponen de Unidades Geriátricas de Agudos (UGA). Estos equipos deberán estar bien dotados de todo el personal necesario para poder ser realmente eficientes e ir desarrollándose poco a poco hasta su dotación de UGA..

Las Unidades de Media Estancia o Convalecencia, son el primer nivel asistencial geriátrico que fue evaluado y que cuenta con el mayor grado de evidencia científica. Pese a todo, tampoco existen en nuestra comunidad como tales, si bien el Servicio Andaluz de Salud tiene concertadas camas de media y larga estancia en el Hospital San Rafael de los Hermanos de San Juan de Dios en Granada.

La creación de unidades geriátricas de media estancia hospitalarias tiene un volumen suficiente de evidencia científica (grado de recomendación A) que acredita su eficacia, efectividad y eficiencia, frente a los cuidados hospitalarios convencionales, reduciendo el desarrollo de incapacidad y sus consecuencias, mediante la recuperación funcional en fases subagudas de enfermedad. Por tanto la ausencia o escaso desarrollo de este tipo de recurso, redundará a medio y largo plazo en un aumento del gasto, derivado de una ineludible mayor necesidad de cuidados sociales domiciliarios y residenciales.

8.5 PROGRAMAS ESPECIALES DE USO MAYORITARIO PARA PERSONAS MAYORES

8.5.1 Plan de prevención y acción contra los efectos de las altas temperaturas

Entre los meses de junio y septiembre la Consejería de Salud, a través del Servicio Andaluz de Salud, pone en marcha el “Plan andaluz de prevención y acción contra los efectos del exceso de temperaturas sobre la salud”, conocido el riesgo de la morbilidad asociada al calor.

Este Plan tiene como objetivos:

- Reducir el impacto sobre la salud asociado al incremento de la temperatura estival y a posibles olas de calor.
- Establecer un sistema de coordinación e intercambio de la información entre las instituciones implicadas.

- Centrar los esfuerzos preventivos en las poblaciones de riesgo de morbilidad y mortalidad por causa de temperaturas elevadas, identificándolas y estableciendo un seguimiento personalizado con los recursos ya existentes.

Entre las importantes actuaciones llevadas a cabo en el seno de dicho Plan, destacan las siguientes:

- Se identifican las personas susceptibles de agravamiento de su situación ante las temperaturas extremas, que son visitadas por las enfermeras de familia y enfermeras comunitarias de enlace.
- Se captan pacientes de alto riesgo, por las enfermeras de familia que son seguidos por Salud Responde.
- Realización de visitas domiciliarias por las enfermeras de familia.
- Realización de talleres a las cuidadoras de esta población de riesgo.
- Atención telefónica de la población de riesgo mediante Salud Responde.
- Seguimiento de las personas frágiles dadas de alta los fines de semana y festivos, a través de Salud Responde hasta su derivación a las enfermeras de familia.

8.5.2 Desarrollo e innovación de cuidados (Enfermería Comunitaria de Enlace)

El modelo incorporado por el SAS para la mejora de la Atención Domiciliaria incorpora, entre otras medidas, a la Enfermera Comunitaria de Enlace.

La Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE) se enmarca dentro de la gestión de casos con una práctica avanzada de cuidados.

La gestión de casos es un proceso de colaboración mediante el cual la enfermera vela para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial coordinándose con diferentes profesionales y movilizando los recursos necesarios, garantizando así una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y su cuidadora.

Realizará, junto con el resto del equipo, todas aquellas actividades dirigidas a la información y formación de las cuidadoras, prestando apoyo al cuidador/a principal, de forma individual y grupal.

Esta enfermera incorpora a su modelo de práctica clínica la coordinación como elemento fundamental, constituyendo un eslabón entre la Atención Especializada y la Atención Primaria, teniendo una participación activa en las Comisiones de Cuidados de Área, discusión de casos, sesiones de seguimiento de planes de cuidados conjunto, realización de planificaciones al alta conjunta.

El trabajo multidisciplinar y en equipo desde el Centro de Salud conlleva las siguientes líneas estratégicas:

a) Organización de los servicios enfermeros centrado en los pacientes

Se considera conveniente que cada paciente tenga asignada una enfermera de referencia que se haga cargo de su situación, problemas y necesidades y que sirva de enlace entre los dos niveles de atención.

Se han potenciado los canales de comunicación ágiles y eficientes con las enfermeras y servicios del otro nivel asistencial mediante instrumentos como la emisión del informe de continuidad de cuidados y la participación en el órgano de coordinación establecido, la Comisión de Cuidados de Área, cuyo objetivo es que la transferencia de un nivel asistencial a otro se realice de forma reglada y que el paciente así lo perciba.

b) Mejora en la accesibilidad de los pacientes y personas que los cuidan

En este sentido, a las enfermeras encargadas de la captación y valoración de este grupo de población se les ha dotado de teléfonos móviles con el objetivo de poder disponer de un medio de acceso rápido.

El encarecimiento del uso de este dispositivo por personas con escasos recursos económicos (jubilados, viudas, pensionistas,...) se solventó poniendo a su disposición un número de teléfono (902 506060) para contactar con su enfermera de enlace, con coste de llamadas locales a través de Salud Responde.

La plataforma de comunicación de Salud Responde también se ha puesto al servicio de enfermeras de atención primaria y de asistencia especializada para poder contactar y comunicar de forma muy ágil con profesionales de otro nivel asistencial, para atender necesidades o situaciones que ayuden a mejorar la cooperación y la continuidad de la atención de los pacientes y de las personas que los cuidan.

c) Mejoras en la gestión de la cartera de servicios

Se han establecido mecanismos para que las enfermeras de estos pacientes en primaria puedan, a través de las enfermeras de enlace de uno u otro nivel de atención, resolver cuestiones relacionadas con determinadas prescripciones y/o prestaciones como las de soporte nutricional y dietético en el domicilio, la prestación ortoprotésica y otros elementos de tecnología compleja relacionados con el dolor, entre otros. También, para atender en su domicilio a las personas que cuidan proporcionándoles un plan de cuidados, cuando así lo requieran, y para la participación en talleres sobre conocimientos en cuidados y de apoyo emocional.

La cartera de servicios recoge también la atención a pacientes con incontinencia urinaria con el fin de mejorar y de recuperar el nivel de autonomía de estas personas. Se ha puesto énfasis en la formación de las enfermeras sobre las medidas más efectivas para el control de este problema, además de editar en colaboración con la Asociación.

8.5.3 Más acceso a la información para los profesionales

Se promueve la misma a través de la visualización de los registros de cuidados de Hospitales y Distritos con el fin de poder disponer de un fondo de donde tomar ideas ya desarrolladas por otros, disponible en la Web del SAS bajo el título de "Atlas de registros"

El Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) desarrollado desde la Atención Primaria del INSALUD, en 1999 ante el proceso de envejecimiento poblacional, intentaba mejorar la calidad de la atención sanitaria que se presta en domicilio a los pacientes y potenciar este entorno como lugar de atención, siempre que se considere como el más adecuado en función de la patología y las necesidades de cuidados. Como objetivos específicos

Señalaban los de proporcionar una adecuada organización de los cuidados, así como ofertar una atención integral de calidad a los pacientes y a sus cuidadores. Esto significaba contribuir al control de la sintomatología, mejorar el autocuidado y dar apoyo a los cuidadores.

Además este Programa mejora la interrelación entre los diferentes recursos socio-sanitarios implicados en la atención a estos pacientes, estableciendo acuerdos y circuitos de coordinación en distintos niveles de atención sanitaria y otras instituciones (Comisión Sociosanitaria de Área y Distrito, los recursos dependientes de los servicios sociales, los servicios clínicos y centrales del hospital de referencia y los hospitales de media o larga estancia).

La implantación y el desarrollo de los ESAD han mejorado la formación de los profesionales sanitarios implicados en el programa y potenciado el desarrollo de líneas de investigación en la atención domiciliaria. Asimismo se ha mejorado el apoyo a la familia de los enfermos atendidos en los domicilios mediante la formación de los cuidadores y la coordinación de los recursos sociales disponibles.

Como antecedentes del Programa cabe destacar la implantación de distintos programas relacionados con la atención domiciliaria, entre los que se encuentran los siguientes: el Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados en Atención Primaria, el Programa de Atención a Pacientes Terminales en Atención Primaria, el Programa de Cuidados Paliativos Hospitalarios y el Programa Sociosanitario para la Atención de Personas Mayores.

El programa definido para el proyecto contemplaba las premisas de:

– Proporcionar atención sanitaria en el domicilio del paciente, con una adecuada calidad científico-técnica desde la organización y recursos de Atención Primaria, siempre que las características del paciente así lo aconsejasen.

– Proporcionar a los profesionales de Atención Primaria herramientas que les permitieran, desde una perspectiva de equipo, atender a los pacientes de manera integral y dar respuesta a los diferentes problemas que plantean, coordinando los recursos existentes.

– El Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) se planteó como una unidad de apoyo de Atención Primaria, formada por profesionales médicos, de enfermería y personal auxiliar, cuyas funciones (asistenciales, de coordinación, docentes y de investigación) se orientaban prioritariamente a proporcionar apoyo a los profesionales sanitarios de Atención Primaria en el desarrollo del programa.

8.5.4 Cuide su vista

El Convenio de Colaboración entre la Consejería de Salud, el Servicio Andaluz de Salud y la Delegación Regional de Andalucía del Colegio Nacional de Ópticos Optometristas para el desarrollo de actividades en materia de Prevención y Promoción de la Visión (PPV) fue suscrito el 26 de marzo de 1999.

La formalización de este Convenio se sustenta en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, en la que se recogen tanto la prevención de los problemas de salud de los ciudadanos como uno de los pilares básicos de la atención sanitaria, como el papel decisivo en dichas actuaciones de la Administración Sanitaria, con especial relevancia en la conjunción de esfuerzos de los sectores profesionales del ámbito sanitario.

La aplicación del Convenio ha permitido la realización, hasta el 31 de diciembre de 2003 de 38.896 exámenes de salud, por los 765 establecimientos de Ópticas que se encontraban incluidos en el Convenio.

8.5.5 Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada

De todos son conocidos el impacto y la importancia que tienen sobre la morbilidad y mortalidad estos problemas de salud, de forma que actualmente hay una preocupación preferente de todas las instancias implicadas para dar respuesta a estos problemas. En concreto, Europa en sus dos dimensiones, la OMS-Europa en su documento “objetivos Salud XXI”, y la Unión Europea insisten en la prioridad destacada que el problema de la obesidad y el sedentarismo tienen especialmente para los países desarrollados.

En este sentido, nuevamente Europa a través del programa de Salud Pública 2003-2008, llama la atención sobre la necesidad de elaborar planes y procesos que articulen una respuesta integrada a éste problema de Salud Pública.

Por todo ello, Andalucía teniendo en cuenta estas recomendaciones, y en el marco de desarrollo del 3^{er} Plan Andaluz de Salud, está ya inmersa en un proce-

so de construcción del Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada, que pretende, como objetivo final, favorecer la toma de decisiones de los andaluces, respecto a una correcta y saludable alimentación, y un ejercicio físico adecuado a sus condiciones particulares.

Consecuentemente el Plan está sustentado en tres ejes esenciales: El primero, se basa en el desarrollo de la promoción de la salud, que nos permite armonizar el disfrute de las condiciones saludables, -como el comer de todo- y desarrollar una actividad física satisfactoria, con la prevención del sobrepeso y la vida sedentaria, y en definitiva, evitar sus últimas consecuencias negativas en términos de enfermedad.

El segundo, la intersectorialidad precisa de la participación, a veces más decisiva, de otros sectores como son las empresas de producción y del ocio, de las instituciones (Deporte, Educación, Agricultura, Consumo, etc.), y de las asociaciones de usuarios y consumidores... y todo ello bajo la asesoría directa de las sociedades científicas. Este eje plantea al Plan un proceso de construcción conjunto y compartido, acorde con su denominación.

El tercer eje se refiere a la participación directa de los ciudadanos, de forma que el programa cumplirá sus objetivos si al final, los Andaluces logran no sólo mejorar su alimentación y estado físico, sino disfrutar con ello, en la conciencia de que así se está consiguiendo además reducir los riesgos de padecer graves enfermedades.

El Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada está en definitiva dirigido a todos los ciudadanos andaluces, concita la participación directa de otros sectores además del sanitario, y pretende no solo prevenir la enfermedad sino promover la salud.

8.6 PLAN DE APOYO A LAS FAMILIAS ANDALUZAS

El Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas tiene por objeto establecer un conjunto de medidas en favor de estas, para facilitar la vida familiar, así como la integración de la mujer y el hombre en la vida laboral en condiciones de igualdad, con la finalidad de:

– Establecer políticas específicas de soporte real y efectivo a las familias para favorecer el bienestar, desarrollo y estabilidad de las familias andaluzas.

– Asegurar que las mujeres y hombres puedan conciliar la vida laboral y familiar.

– Atender las necesidades específicas de los/as mayores de sesenta y cinco años y personas con discapacidad en las Familias.

– Desarrollar políticas específicas para las familias unipersonales y monoparentales.

Posteriormente dicho plan se amplía mediante con: la Orden de 9 de marzo de 2004, que publica un texto integrado de los Decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003 de 4 de febrero, y 7/2004, de 20 de enero, ambos de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas y Decreto 100/2007, de 10 de abril, de modificación del Decreto 137/2002.

Dentro de este Plan, el Sistema Sanitario Público andaluz ha iniciado actuaciones específicas referidas al cuidado de personas mayores dependientes y mejora de la accesibilidad a los servicios como son los cuidados domiciliarios, Rehabilitación y Fisioterapia y el Plan Andaluz de Alzheimer.

8.6.1 Cuidados a domicilio

La Orden de 9 de marzo de 2004 del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, recoge en su artículo 28 la necesidad de mejorar los cuidados enfermeros a domicilio para las personas mayores o con discapacidad que lo necesiten, así como prestar apoyo y formación a las cuidadoras familiares en su labor. Para ello define el refuerzo de los equipos enfermeros de los grandes núcleos de población estableciendo las siguientes líneas de actuación:

Personalización del servicio. Cada persona/unidad familiar tiene una enfermera de referencia para todos sus cuidados ya sea en el centro de salud o en el domicilio.

Creación de la figura de la enfermera comunitaria de enlace. Con formación específica sobre valoración integral y coordinación, esta enfermera recoge la información específica sobre las necesidades de mayores, discapacitados y sus cuidadoras, para compartirla, revisarla y coordinar las intervenciones con todos los profesionales, el médico y la enfermera del paciente y con los demás miembros del equipo de atención primaria, además de los familiares implicados. La enfermera hace una valoración específica del paciente y su cuidadora necesitados de atención domiciliaria. Se concentra en detectar, valorar e intervenir de forma precoz en problemas de salud y paliar los existentes, actuando en cooperación con el equipo. Prestan apoyo a la cuidadora principal, de forma individual y grupal, realizando talleres para la formación de las cuidadoras sobre cuidados básicos.

En desarrollo del mismo se han implementado las siguientes medidas:

Plan de formación. Se ha desarrollado una formación específica para todas las enfermeras comunitarias de enlace progresivamente del resto de las enfermeras de atención primaria sobre personalización de los cuidados, expectativas de los pacientes en atención primaria y herramientas para la valoración de los problemas de salud de esta población.

Plan de comunicación. Dirigido a la población: Se han editado 150.000 trípticos con el compromiso de calidad de los servicios que prestan las enfermeras de

familia y las enfermeras comunitarias de enlace. Dirigido a los profesionales: Se han editado 4000 manuales. También se han desarrollado el "I Foro provinciales" y la II Jornada de cuidados "Las enfermeras al cuidado de las familias andaluzas" para la difusión de las mejoras realizadas en la Atención Domiciliaria de las personas mayores y/o con discapacidad.

Promover la continuidad de cuidados. Se ha publicado la 2ª del manual de Cuestionarios, test e índices para la valoración de pacientes, y la 1ª edición de un manual de Cuestionarios, test e índices para la valoración de pacientes con problemas de salud mental. El objetivo es hacer homogénea la información que se necesita para establecer el plan de cuidados, lo que mejorará notablemente la continuidad entre los miembros del equipo.

Material de apoyo para los pacientes y cuidadoras. Se ha dotado a los distritos de atención primaria de camas articuladas (con colchón), grúas eléctricas para la movilización de pacientes, colchones y cojines anti-escaras, protectores preventivos de escaras de talón, aspiradores eléctricos portátiles, entremetidas para la movilización de pacientes encamados, andadores y barandas abatibles adaptables a todo tipo de camas, tablas para bañeras y sillas adaptables para duchas.

Material específico para el mejor desarrollo de los cuidados. También se han adquirido maletines especialmente diseñados para la atención domiciliaria, libros de taxonomías propias de la disciplina enfermera como son la edición especial para el Sistema Andaluz de salud de diagnósticos (NANDA), la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) para consulta y guía de la planificación de los cuidados, la publicación de la 2ª coedición SAS-ASANEC de una Guía de Incontinencia Urinaria, elementos de telecomunicación como teléfonos móviles para la Enfermera Comunitaria de Enlace con el fin de garantizar un contacto rápido ante cambios en la situación del paciente, y agendas informáticas (PDA) que faciliten la recogida de información sobre cuidados en los domicilios.

8.6.2 Fisioterapia y rehabilitación

En el mismo sentido, el Plan de apoyo a las familias andaluzas procura mejorar la accesibilidad de los/as pacientes y cuidadora/es a los servicios de rehabilitación y fisioterapia en su propio entorno. Así, en el artículo 29 y 30 de la Orden de 9 de marzo se establece la creación de una red de unidades de fisioterapia y rehabilitación en los distritos de atención primaria, que contará con médicos rehabilitadores y fisioterapeutas.

La Consejería de Salud ha querido avanzar en la accesibilidad a este servicio para las personas con mayor dificultad ampliando el desarrollo de salas de fisioterapia con equipos móviles de atención domiciliaria en los grandes núcleos de población.

Este servicio contempla cuatro posibles tipos de atención:

- Tratamiento domiciliario especializado, dirigido a pacientes que no puedan (o no deban) desplazarse a una sala, que presenten déficit reversible o estable, pero susceptibles de incrementar su capacidad funcional. Se ha elaborado una guía de procedimientos que detalla los procesos susceptibles de tratamiento en domicilio. Este tipo de atención también va dirigido a los cuidadora/es principales de pacientes discapacitados en el entorno familiar.

- Atención a domicilio por parte del equipo de atención primaria, en caso de pacientes discapacitados con gran limitación funcional (Índice de Barthel entre 20 y 40) y necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida.

- Tratamiento individualizado en sala de fisioterapia, dirigido a pacientes discapacitados o con déficit funcional cuando es posible incrementar su capacidad funcional. Al igual que el tratamiento domiciliario, se ha elaborado una guía de procedimientos para el tratamiento en salas.

- Tratamiento en grupos en sala de fisioterapia, para mujeres mastectomizadas y personas con algias vertebrales crónicas inespecíficas.

En desarrollo de este programa se han llevado a cabo las siguientes líneas de actuación:

- Equipos móviles: Se han puesto en marcha 42 equipos de rehabilitación y fisioterapia a domicilio, en todas las capitales de provincia y el Campo de Gibraltar, dotados de fisioterapeutas, celadores-conductores, automóvil y equipamiento portátil. Estos equipos cubren la atención mañana y tarde y se encuentran coordinados por un FEA en Rehabilitación que también depende del Distrito de atención primaria correspondiente.

- Terapia ocupacional: En 2003 se ha iniciado la ampliación de la cartera de servicios de los dispositivos de apoyo de Rehabilitación y Fisioterapia de los distritos de atención primaria con la incorporación de nueve terapias ocupacionales en los distritos urbanos de las capitales de provincia. Su objetivo fundamental es la atención domiciliaria y el trabajo con el resto de los profesionales de atención primaria para facilitar la reincorporación del gran discapacitado a su entorno habitual. Se ha elaborado una guía para el desarrollo de la terapia ocupacional en atención primaria. Y se han dotado, específicamente, nueve salas de trabajo de terapia ocupacional.

- Salas de fisioterapia: Con la dotación del Plan de apoyo a las familias andaluzas se han abierto nuevas salas de fisioterapia (principalmente en zonas alejadas de las existentes y con población elevada).

8.6.3 Plan andaluz de alzheimer

Se estima que alrededor de 60.000 andaluces padecen en la actualidad algún tipo de demencia. El 90% de estas personas viven con sus familias y unos 24.000

pueden ser dependientes, lo que supone una importante sobrecarga para las cuidadoras/es principales.

El artículo 31 de la Orden de 9 de marzo de 2004 establece los siguientes objetivos a conseguir en la atención a los enfermos de Alzheimer y sus familias:

- Incrementar la detección precoz de la enfermedad.

- Proporcionar a los centros de día/estancia diurna de Alzheimer un mayor acceso a fuentes de información, mejor conocimiento de la enfermedad y una mayor fluidez en el intercambio de información entre centros y con el personal sanitario.

- Asignar profesionales médicos y enfermeros para la atención directa en las unidades de estancia diurna de Alzheimer.

- Facilitar la conexión telemática entre los centros de salud, los centros de día, las unidades de estancia diurna y los centros de atención especializada, para la realización de consultas e interconsultas, tramitación de citas y derivación a especialistas.

- Potenciar las sesiones de apoyo a los familiares de los/as enfermos/as.

Estos objetivos vienen a reforzar las medidas propuestas de cuidados domiciliarios y fisioterapia/rehabilitación, de las que también se benefician los paciente con Alzheimer y sus familias.

En desarrollo de esta plan se han llevado a cabo las siguientes líneas de actuación:

- Acuerdo marco de colaboración entre la Consejería de Salud y la Federación de Familiares de Enfermos de Alzheimer, para garantizar la participación de las personas y asociaciones implicadas en la implantación y desarrollo de los programas contenidos en el Plan Andaluz de Alzheimer.

- Convenio de Colaboración entre la Consejería de Salud y la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y la Confederación Andaluza de Federaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias para el desarrollo del Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010 (suscrito en septiembre de 2007) y que sustituye a los Planes de Alzheimer anteriores suscrito por separado por ambas Consejerías con la citada Confederación.

- Convocatorias anuales de subvenciones para el desarrollo de las medidas contempladas en el Plan de Alzheimer.

Programa PAS de asistencia sanitaria, que integra el proceso de atención a las demencias con los cuidados a domicilio y en la propia asociación, mediante la asignación directa de profesionales con formación específica para este tipo de atención.

Programa FIA (de Familia, Información y Acceso) que facilita conectividad a todas las asociaciones de familiares permitiéndoles el acceso permanente a la información y el conocimiento sobre la enfermedad. Para ello se ha creado una página web (www.alzheimerdeandalucia.com) y se ha dotado a las asociaciones con equipos informáticos.

Programa CONECTA, que ofrece servicios de videoconferencia entre asociaciones de familiares y permitirá la interconexión con los servicios de salud a través del programa de telemedicina. Un canal de estas características permitirá la implantación de teleconsulta y teleformación. Hasta el momento se han financiado 8 equipos de videoconferencia y alta de 16 líneas de RDSI, por lo que existe un equipo en cada provincia.

Programa ERES orientado a facilitar, extender y mejorar la aplicación de programas de neuroestimulación psicológica a los enfermos, ya sea en los centros de día como en el propio domicilio de los enfermos. Su carácter gradual y su orientación lúdica facilita el contacto de los enfermos con sus nietos, reforzando lazos afectivos y la implicación de los niños.

Programa FOR, tanto de formación presencial como de teleformación. Este programa tienen como objetivo mejorar la formación y la capacitación de responsables, profesionales y voluntarios de las asociaciones de familiares, así como la mejora de la formación de los profesionales de la atención primaria de salud que manejan prioritariamente estos enfermos.

El Plan de Apoyo se concibió como un Modelo ("nueva forma de hacer las cosas") basado en la participación con las Asociaciones, que son punto de encuentro entre los familiares y vehículo de comunicación entre éstos y las Instituciones.

Antes de la implantación del Plan existían en Andalucía 25 Asociaciones de Familiares y una Federación Provincial. En la actualidad existen 102 Asociaciones de Familiares y 8 Federaciones Provinciales que ha significado la creación de una Confederación Andaluza que representa a este colectivo en la Confederación Nacional.

Desde el inicio del Plan se han censado y acreditado todas las Asociaciones de Familiares en función a los recursos y distintas carteras de servicios previamente definidas desde la Federación Andaluza. En este sentido hoy existen tres Tipos de Asociaciones:

- Tipo I: Asociaciones titulares de Unidades de Estancia Diurna. En la actualidad 16 Unidades respecto a las 3 que existían con anterioridad al Plan. Los pacientes tienen una estancia diaria entre 8-10 horas. Estas Unidades disponen de talleres de estimulación, relajación, apoyo a familiares, apoyo en domicilio, etc.

- Tipo II: Asociaciones que trabajan con pacientes a través de talleres de estimulación cognitiva, asesoramiento y apoyo a familiares y en ocasiones atención en domicilio. La estancia de los pacientes en la Asociación oscila entre 3-4 horas día y en ocasiones no todos los días de la semana.

- Tipo III: Asociaciones que realizan solamente actividades de información y asesoramiento.

En desarrollo de este Plan se ha llevado a cabo los siguientes programas (2002-2005)

1. Programa de Atención Sanitaria (PAS):

Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía se desplazan a las Unidades de Estancia Diurna (Tipo I) para un seguimiento personalizado de los pacientes, provisión de recetas y fungibles, etc. Este programa que se inicia en el 2.003 en la actualidad da cobertura a unos 350 pacientes que de manera periódica reciben la visita de los profesionales del Centro de Salud más próximo a la ubicación de la Unidad de Estancia Diurna en la que se encuentran.

2. Formación (Programa FOR):

Formación a Directivos de las Asociaciones: Se han impartido 4 Cursos dirigidos a Directivos de Asociaciones, participando un total de 193 personas.

Jornadas con Directivos del Sistema Sanitario Público de Andalucía: Se han celebrado dos Jornadas en las que han participado Directivos de todos los Distritos de Atención Primaria de Andalucía.

Formación a profesionales de las Asociaciones de Familiares: Se han impartido 39 Cursos a los que han asistido un total de 654 personas.

Formación a profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía: Se han impartido 12 Cursos a los que han asistido 201 profesionales.

3. Programa ERES (Estimulación Cognitiva)

En la actualidad se benefician diariamente 1000 usuarios de la realización de ejercicios de estimulación cognitiva gracias a las 123 pantallas táctiles instaladas en las 43 Asociaciones de Familiares (Tipo I y Tipo II). Previamente se han instalado 121 Programas Informáticos y se han formado 45 psicólogos de las Asociaciones para impartir estos programas de estimulación cognitiva.

4. Programa de Información y Acceso (FIA)

Se ha diseñado una página web (www.alzheimer-deandalucia.com), creándose 75 correos electrónicos para las distintas Asociaciones, y dotándose con un importante equipamiento informático (173 PC, 88 impresoras, 10 ordenadores portátiles, 9 cañones de proyección y 60 tabletas gráficas). En la actualidad se están diseñando 2 cursos de teleformación que en el último trimestre del año estarán disponibles a través de la web.

5. Programa CONECTA (Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones)

Hay 8 equipos de videoconferencia operativos estando previsto que en el último trimestre se instalen otros 8 equipos que permitirán que 16 Asociaciones estén en comunicación permanente a través de este canal de comunicación.

6. Programa de Voluntariado (VIVO)

Se está finalizando la confección de un Manual para el voluntariado, que incluye derechos, deberes, funciones, formación, compromisos y "ruta del voluntari@ en una asociación", etc. El objetivo es que en cualquier punto de nuestra Comunidad todos los ciudadanos que deseen participar como voluntari@ tengan el mismo reconocimiento y consideración.

7. Programa de Investigación

“Aportación de las Nuevas Tecnologías a la Rehabilitación Neuropsicológica de la Atención Focalizada y Sostenida en Enfermos de Alzheimer”.

El Primer Plan de Alzheimer en el periodo 2002-2005 arroja el siguiente resultado (resumen): Cursos con Asociaciones de Familiares (101), Cursos con Atención Primaria (66), Ordenadores (208), Pantallas táctiles para estimulación cognitiva (180), Sistema Videoconferencia (16), Página web (1), Cursos telefonación (2), Proyecto Investigación (1) y con un presupuesto de: 567.475 euros (2002), 785.673 euros (2003), 513.845 euros (2004).

El Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010

El 24 de septiembre de 2007 se suscribe un único convenio marco de colaboración entre las Consejerías de Salud e Igualdad y Bienestar Social y la Confederación Andaluza de Federaciones de Familias de enfermos de Alzheimer para el desarrollo del Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010, con el que se persigue, a través de los programas establecidos en el mismo, los siguientes fines:

- a) Atención integral a las personas afectadas con enfermedad de Alzheimer y apoyo a las personas cuidadoras en todas las fases de la enfermedad.
- b) Información, formación, ayuda y asesoramiento a los cuidadores y a las cuidadoras, asociaciones y profesionales implicados en la enfermedad de Alzheimer.
- c) Sensibilización de la opinión pública, instituciones, entidades y medios de comunicación.
- d) Adecuación de los recursos sanitarios y sociales, así como el establecimiento de protocolos y procedimientos conjuntos.
- e) Impulsar el uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.
- f) Desarrollar un sistema de Censo, Catalogación y Acreditación de las Asociaciones de Familiares.
- g) Desarrollar programas para la vinculación del Voluntariado con las Asociaciones de Familiares.
- h) Establecer un Sistema de Evaluación de la Líneas de Actuación que se definan en el Plan.
- i) Promover e impulsar líneas de investigación.

8.6.4 Ampliación del plan de atención a las familias

8.6.4.1 Plan de atención a cuidadores familiares

Tras la aprobación del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, las personas que realizan cuidados familiares han pasado a convertirse en población diana de la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud.

Atendiendo a esta situación, el sistema sanitario está desarrollando programas específicos que proporcionen

ayudas a las cuidadoras familiares e igualmente facilitar medidas de apoyo a éstas para la importante labor que realizan dentro del ámbito familiar y social.

Con el título de cuidar a los que cuidan se pone en marcha el plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía en marzo de 2005, que se incluye en la Cartera de Servicios de AP y AE.

8.6.4.2 Examen de Salud para mayores de 65 años

Con el fin de avanzar en el desarrollo del objetivo de promoción de la calidad de vida en el envejecimiento del 3^{er} Plan Andaluz de Salud, el Sistema Sanitario Público de Andalucía pone en marcha en el 2006 una nueva iniciativa de promoción de la salud, detección precoz de los problemas de salud y de necesidades de cuidados dirigida a la población mayor de 65 años. Dicha iniciativa tiene como misión la detección e intervención precoz ante problemas de salud para mantener la autonomía, el buen estado de salud y la calidad de vida.

También se enmarca dentro de decreto de atención a las Familias Andaluzas y se incluye en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

Los Servicios de Atención Primaria del SSPA son el punto de partida para el desarrollo de este plan, coordinando a los diferentes profesionales y servicios ofertados.

Este servicio que se oferta, se define como el conjunto de las actividades destinadas a la promoción, prevención, diagnóstico precoz, confirmación diagnóstica, establecimiento de un plan terapéutico y de cuidados, para los mayores de 65 años en Andalucía.

8.6.5 Evaluación del plan de apoyo a las familias andaluzas

8.6.5.1 Cuidados a domicilio

Durante el año 2004 se ha continuado desarrollando y ampliando las líneas que se comenzaron en el año 2002. Líneas que van dirigidas a pacientes inmovilizados, con pérdida de autonomía y que no pueden salir de sus viviendas. También incluye la atención y apoyo, mediante programas específicos y concretos de actuación, a las personas cuidadoras principales de tales pacientes.

Así, y en lo que se refiere al nuevo servicio de enfermera comunitaria de enlace, se han incorporado en 2004 un total de 63 nuevas enfermeras comunitarias de enlace. Con ello, se alcanza la cifra total de 271 de este nuevo tipo de enfermeras para toda Andalucía desde que comenzó tal servicio en 2003, con 168 equipos enfermeros reforzados.

Asimismo, y en lo que se refiere también al nuevo servicio de enfermera de enlace hospitalaria, se ha

continuado ampliando el citado servicio que comenzó con 5 enfermeras en el año 2003. Así, durante 2004 se han incorporado 10 enfermeras más.

Y en lo que respecta al material de ayuda y apoyo para los cuidados en el domicilio, se han distribuido nuevamente en 2004 entre todos los distritos sanitarios de Andalucía material de ayuda para tales cuidados domiciliarios, de cara a la mejora de la atención prestada en los domicilios. Entre el citado material, destacan: colchones (1.455), cojines antiescaras (3.202), aspiradores (140), protectores de talón (3.000), barandillas (2.080), incorporadores de plano (1.950), asientos para inodoros (1.600), pastilleros (13.095), grúas (350) y bancos de ducha (1.600), entre otros.

8.6.5.2 Fisioterapia y rehabilitación

Los dispositivos de rehabilitación y fisioterapia en atención primaria son una prestación impulsada por el Plan de apoyo a las familias, que incluye tanto los servicios prestados en las salas de rehabilitación y fisioterapia de los centros de atención primaria, como también tratamientos a domicilio para los pacientes que tienen dificultades para desplazarse. La disponibilidad de estos dispositivos en los centros de salud facilita el acceso de los pacientes y sus cuidadores a dichos servicios.

En el año 2004, el número total de salas de fisioterapia y rehabilitación de atención primaria asciende a un total 173, en las que se atendieron un total de 73.340 pacientes. En la tabla se muestra la actividad realizada en estos dispositivos.

TABLA 22. ACTIVIDAD DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN EN LAS SALAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (2003-2004)

	2003	2004
Salas en funcionamiento	148	173
Fisioterapeutas	196	201
Pacientes atendidos	89.167	73.340
Sesiones tratamiento individual en sala	950.223	1.096.504
Sesiones de tratamiento en domicilio	4.872	7.801
Pacientes atendidos en grupo	10.079	19.470

A los dispositivos instalados en los centros de salud hay que sumar los recursos de los equipos móviles. Estos equipos móviles están integrados por 10 médicos rehabilitadores y otros 44 fisioterapeutas que desarrollan su labor. Mediante estos equipos móviles fueron atendidos el pasado año en su domicilio otros 3.679 pacientes, con una media de 12,6 visitas por enfermo.

Además, los servicios de atención primaria de fisioterapia y rehabilitación han ampliado su cartera de

servicios con la incorporación de la figura del terapeuta ocupacional, que facilita la reintegración a la vida cotidiana de las personas que han sufrido una importante discapacidad o deterioro funcional como consecuencia de accidente o enfermedad. En el año 2004, los nueve terapeutas ocupacionales que actualmente prestan sus servicios en atención primaria realizaron 3.236 visitas para atender a 794 pacientes en sus domicilios, además de realizar otras actividades de apoyo a la Atención a pacientes discapacitados, como la organización de talleres para cuidadores.

8.7 ASISTENCIA SANITARIA DE LOS RECURSOS SOCIALES EN ANDALUCÍA

Los Servicios Sociales Especializados, en cuanto instrumentos para la atención a las personas mayores dirigidos a posibilitar su integración social se estructuran a través de: centros de día, unidades de estancias diurnas, viviendas tuteladas, centros residenciales y otras alternativas.

Debido al número tan reducido de unidades sanitarias destinadas a cuidados de larga duración que oferta el Servicio Andaluz de Salud, son los Servicios Sociales los que han cubierto este nivel asistencial.

Los Servicios Sociales atienden a personas mayores con necesidad de cuidados de larga duración, fundamentalmente a través de servicios institucionales: las Residencias de Ancianos.

La Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía define los centros residenciales como centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustitutoria del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona una atención integral.

Para poder obtener la condición de usuario de residencias de mayores dependientes de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social (ya sea de válidos, asistidos, mixta o psicogerítrica), es necesario tener 60 años cumplidos, no padecer enfermedad que requiera la atención imprescindible en centro hospitalario o cuyas características puedan alterar la normal convivencia en el centro, no haber sido sancionado con la expulsión definitiva de un centro público similar y obtener la puntuación del baremo para el ingreso en la residencia solicitada. (Decreto 28/1990, de 6 de febrero, por el que se establecen los requisitos para el ingreso y traslado en residencias para la tercera edad y centros de atención a minusválidos psíquicos y Orden de 8 de enero de 1986 sobre baremos de admisiones, traslados y permutas)

Las solicitudes se valoran utilizando los baremos vigentes. A la hora de otorgar la puntuación este baremo tiene especialmente en cuenta a aquellas personas en situación de desamparo, que no cuenten con apoyo o atención familiar, también a aquellos que

sufran malos tratos, que residan en albergues o similares, que vivan situaciones de conflictividad familiar o que se encuentren en situación precaria, con una puntuación adicional significativa caso de residir en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

El baremo establecido prima fundamentalmente factores de índole social frente a las necesidades asistenciales del solicitante.

La clasificación tradicional que distinguía residencias para personas mayores "válidas" o "asistidas" está siendo sustituida por una única categoría: personas mayores con dependencia. Se está produciendo un proceso de reconversión de las plazas, impuesta por la evidencia de una progresiva pérdida de capacidad funcional de las personas que las ocupan y porque en la actualidad existe una mayor demanda de ingreso de personas mayores con algún grado de incapacidad.

En Andalucía el número de residencias, de titularidad pública o con plazas concertadas, que ofertan plazas de válidos sigue siendo muy elevado.

Las residencias tienden a convertirse en centros para personas mayores dependientes (de este modo el concepto residencia se equipara al de residencia asistida) ajustándose a las prestaciones y servicios definidos en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Desde el sector profesional viene destacándose la necesidad de llevar a cabo una valoración geriátrica integral especializada previa al ingreso residencial que evalúe si se han agotado todas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento sanitario de sus problemas antes de considerar la dependencia como definitiva.

El informe médico que debe presentarse junto a la solicitud de ingreso en una residencia presenta unos ítems que no informan adecuadamente del grado de dependencia del solicitante, además puede ser cumplimentado por cualquier médico y no es evaluado de nuevo hasta el ingreso en el centro residencial.

A las personas mayores ingresadas en una residencia deberían aplicarse instrumentos de evaluación y clasificación que garanticen la relación entre la necesidad y el recurso recibido.

Una vez conocida la tipología de las personas mayores que son atendidas en una residencia, deberían dotarse de los recursos asistenciales que requieren sus usuarios.

Las residencias asistidas, públicas o concertadas, en Andalucía presentan grandes diferencias en cuanto tamaño o número de plazas, tipología de los usuarios, personal que las integra y dotación técnica.

Forman parte del personal de atención directa al usuario las siguientes categorías profesionales: médico, diplomado en enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliar sanitario, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y trabajador social.

Todas las residencias de titularidad pública cuentan con médico. No es así en las residencias concertadas

en las que nos encontramos con varias posibilidades: no hay asistencia médica propia, médico con una jornada reducida o bien la asistencia se reduce a algunos días por semana y la atención exclusiva en caso de urgencia. En las residencias dependientes de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social a partir de 2005 se exige para ocupar una plaza de médico geriatra, la licenciatura de medicina y la especialidad en Geriatria.

En dos centros residenciales públicos se cuenta con médico rehabilitador.

Los diplomados en enfermería presentan como en la categoría de médico una ratio DUE/usuario muy variable. En la mayoría de centros públicos cubren los tres turnos establecidos (mañana, tarde y noche) y los festivos.

Los auxiliares de enfermería son el personal de atención directa más numeroso y no siempre se les exige la titulación oficial requerida.

El trabajador social se encuentra en un porcentaje muy elevado de residencias fundamentalmente públicas y de mayor tamaño (superior a 100 plazas).

Las categorías con menor presencia son el fisioterapeuta y fundamentalmente el terapeuta ocupacional y el psicólogo.

En general, no existen programas o protocolos de intervención establecidos homogéneos ni siquiera en los centros que dependen de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. A este factor hay que añadir que la tipología del usuario no está bien definida. En un mismo centro podemos encontramos con residentes no dependientes y dependientes, con un grado variable de dependencia, con enfermedades crónicas, con pluripatología, con enfermedades psiquiátricas, diagnosticados de demencia con o sin trastornos de conducta asociados y terminales que requieren cuidados paliativos. Esta población tan heterogénea no cuenta en muchos casos con espacios adecuados o unidades específicas para patologías concretas (demencias) ni tampoco con el personal con la formación adecuada para atenderlos.

Existen también diferencias en cuanto a los dispositivos asistenciales de los que disponen las residencias, los más frecuentes son: unidades de enfermería, electrocardiografía, posibilidad de realizar analíticas simples, dotación para radiología, sala de rehabilitación y sala de terapia.

La asistencia sanitaria en residencias no está integrada con la asistencia sanitaria general, no hay sistematizadas vías de comunicación entre los profesionales de Servicios Sociales y Sanitarios, no existen sistemas de coordinación con Atención Primaria ni con la Atención Especializada.

Es necesaria la implantación de sistemas objetivos de evaluación de la calidad de los servicios que se prestan en las residencias para adecuar los recursos con los que se cuentan a las necesidades de las personas mayores a las que atienden y garantizar la calidad de la asistencia sanitaria que se proporciona.

Los centros de día son una gama de servicios alternativos o intermedios que dan respuesta al núcleo familiar y al anciano que queriendo vivir en su domicilio, necesita apoyos de estructuras formales e informales, gracias a los cuales se minimicen las barreras que hacen al anciano dependiente y le eviten la institucionalización.

Podemos observar que el desarrollo de esta modalidad de prestación está siendo conceptualmente confusa hasta la actualidad, existiendo así estructuras que salvo la denominación no tiene nada en común y asumen funciones radicalmente distintas.

La terminología usada por el IMSERSO y también por el IAAS nos ha llevado a esta confusión, aplicando el título de centros de día a los Hogares y Clubes (espacios cuya es labor estrictamente social) y los catalogados como centros de día por su contenido socio-sanitario en la literatura nacional, son los que se han denominado Unidades de Estancias Diurnas.

Las plazas concertadas para personas mayores en Unidades de Estancias Diurnas han aumentado un 31% pasando de 2.409 en 2004 a 3.608 en agosto de 2006, estas unidades están enmarcadas en el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas.

Las Unidades de Estancias Diurnas están destinadas a prestar una atención integral durante parte del día a personas mayores con un grado variable de dependencia física o psíquica. Su objetivo es mejorar o mantener el nivel de autonomía personal de los usuarios y apoyar a las familias o cuidadores que afrontan la tarea de atenderlos.

Podemos definir este recurso como un servicio sociosanitario. La mayoría de estos centros son de gestión privada con plazas concertadas. El tamaño es variable, entre 10 y 300 plazas ofertadas pero el número de plazas habitual es de 20. No hemos encontrado estudios o encuestas, con respecto a los usuarios (grado de dependencia, patologías más frecuentes o estancia

media), personal o programas de intervención más frecuentes. Habitualmente no cuentan con atención médica, es más habitual la presencia de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo y por supuesto auxiliares de enfermería.

Al igual que las residencias no cuentan con una adecuada coordinación con otros niveles de asistencia sociales y sanitarios. Tampoco se han elaborado índices de calidad asistencial ni se han hecho estudios amplios para determinar su eficacia.

Las Unidades de Estancias Diurnas dedicadas a personas mayores con Enfermedad de Alzheimer no presentan en general una programación específica ni recursos asistenciales que difieran mucho del resto de unidades.

El Plan Andaluz de Servicios Sociales para Alzheimer desarrolla cinco programas en el área de recursos sociales especializados:

- Programa para proyectos de Construcción / Adecuación / Equipamiento de centros residenciales y Unidades de Estancia Diurna para mayores con Alzheimer.

- Programa de Mantenimiento de Plazas residenciales destinadas a mayores con Alzheimer y otras demencias.

- Programa de Estancias Diurnas

- Programa de Respiro Familiar

- Programa de intervención con demencias en centros residenciales.

Estos programas no se han desarrollado, o bien lo han hecho de forma incompleta. Los usuarios de dichos servicios no cuentan con atención especializada.

No se describen aquí otros Servicios Sociales comunitarios y especializados porque llevan a cabo sobre todo una labor de carácter social y no se presta en general asistencia sanitaria: Servicios de Ayuda a Domicilio, Telemedicina, Viviendas Tuteladas y otras alternativas.

9. LA ARTICULACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES (LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA)

9.1 LOS ESPACIOS SOCIOSANITARIOS: ¿DE LA COORDINACIÓN A LA INTEGRACIÓN DE SERVICIOS?

Como se ha puesto de manifiesto en anteriores capítulos, en las personas mayores dependientes suelen confluir problemas de capacidad funcional que les impiden realizar de forma autónoma las actividades de la vida diaria, con problemas de salud, especialmente

enfermedades crónicas incapacitantes cuyo manejo obliga a una utilización frecuente de los dispositivos sanitarios (centro de salud, hospital, atención domiciliaria, etcétera). Tanto en España como en la mayoría de los países europeos de nuestro entorno la respuesta asistencial se ha visto fragmentada entre dos sistemas con problemas de coordinación entre sí: el sistema de atención sanitaria y el sistema de servicios sociales. Mientras el primero se ha ocupado de los problemas de salud de este grupo de personas, con

los recursos asistenciales, modalidades y enfoques comunes al resto de población, el segundo, en nuestro país, ha tratado de complementar con recursos escasos e intensidad limitada el apoyo otorgado por las familias a las personas que requerían cuidados de larga duración. Actualmente se comparte la idea de que la articulación de ambos sistemas mediante mecanismos de coordinación, o incluso de integración, a diferentes niveles (en el de las políticas, en el de las organizaciones y/ o en el de los equipos de atención) puede ayudar a dar una respuesta más adecuada a las necesidades de atención de las personas mayores con problemas de dependencia. Al mismo tiempo se ha ido imponiendo la idea de que la atención sociosanitaria, término acuñado en nuestro país para referirse a las características, y recursos asistenciales, de las personas con problemas de salud y necesidades de cuidados de larga duración, debe basarse en enfoques diferentes al enfoque biomédico clásico para abordar las enfermedades agudas o al tradicionalmente asistencialista de los servicios sociales.

El significado del término sociosanitario es confuso; parece surgir en el entorno sanitario de nuestro país, hace un par de décadas, para designar los “casos” de personas que además de atención ante un problema de salud requerían ayuda personal para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Es curioso que el término designe la naturaleza del problema por los sectores implicados en su solución³⁹, su uso parece constatar la fragmentación de las decisiones y los problemas de continuidad en la atención, liberando de una parte de la responsabilidad a cada uno de los dos sectores y poniendo el acento en la necesidad de coordinación.

De la expresión de la naturaleza de un problema, el término sociosanitario pasó a designar una modalidad de atención: la atención sociosanitaria, con frecuencia asociada al envejecimiento y a la atención a las personas mayores. Actualmente el término se utiliza en el contexto de la atención a los problemas de dependencia y de los cuidados de larga duración, para referirse a diferentes aspectos de una misma realidad:

- La simultaneidad de problemas de salud y problemas de dependencia (que, aunque más frecuentes en la vejez, pueden darse a cualquier edad).

- Espacios de intervención en los que se ofrecen servicios de salud y ayuda personal que pueden abrirse en cualquiera de los dos sectores (social y sanitario) y tanto en el ámbito comunitario como en el institucional.

- Una modalidad de atención que responde a la múltiple dimensión de los problemas con un enfoque

de atención integral, continuidad– más allá de las administraciones o niveles implicados, multidisciplinariedad, complementariedad con el sistema informal de cuidados y proximidad al propio entorno, mediante estrategias de coordinación, integración, o incluso creación de una red específica de servicios.

- La necesidad de coordinación entre ambos sectores.

En esta última acepción coordinación sociosanitaria se define como “un conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia”. El objetivo de la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios es facilitar la accesibilidad y la continuidad entre los mismos; lo que supone una cuestión de creciente importancia y en replanteamiento en toda Europa, en el marco de la atención a la dependencia. Frente a las propuestas de mejora de la coordinación se ha planteado también la alternativa de crear una red de servicios sociosanitarios, con recursos de ambos sistemas y otros específicos, pero esta alternativa cuenta con menos adeptos entre los responsables de los servicios sanitarios y sociales por considerar que crearía nuevos problemas de coordinación.

La falta de coordinación y/ o integración entre los servicios sociales y sanitarios se ha identificado como uno de los principales problemas a resolver para garantizar una atención integral a las personas en situación de dependencia, incluso en los países con un mayor desarrollo de los cuidados de larga duración, como pueden ser Dinamarca y Holanda. Aunque los estudios realizados en el entorno europeo muestran algunos progresos en este terreno, todavía se mantienen importantes diferencias entre los sectores social y sanitario que afectan a las políticas, a las estructuras organizativas, a los sistemas de gestión y a la propia cultura profesional, dificultando la coordinación o integración de las intervenciones. La actual preocupación en el entorno de la Unión Europea al respecto se ha plasmado en iniciativas de amplio alcance como el proyecto PROCARE, que se realiza en nueve países (Austria, Alemania, Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, Francia, Grecia, Italia y Reino Unido) en el contexto del Quinto Programa Marco de la UE “Calidad de vida y gestión de los recursos vitales: el envejecimiento de la población y las discapacidades”. La evaluación de las experiencias europeas en articulación de los sectores sanitario y social para la continuidad de los cuidados de larga duración muestra buenos resultados en tres tipos de iniciativas: los equipos multidisciplinarios de valoración, la integración de estructuras a nivel local con un mecanismo específico de financiación y la gestión de casos en atención domiciliaria.

En España el debate para dar respuesta a las situaciones de discontinuidad de la atención y falta de

³⁹ Los términos equivalentes a los utilizados en los países de nuestro entorno serían “dependencia” para expresar la naturaleza del problema y “cuidados de larga duración” para designar la respuesta del sistema de atención.

coordinación se remonta al informe abril (1991). Desde entonces hasta llegar a la recientemente promulgada Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de Dependencia se han ido sucediendo numerosas iniciativas legislativas, a nivel estatal, entre las que resulta una referencia obligada la iniciativa adoptada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que en el año 2001 y en el seno del Consejo Interterritorial intentó diseñar un modelo de atención sociosanitaria de acuerdo con todas las Comunidades Autónomas, un documento que estableciera las líneas generales de un “Modelo de Atención Sociosanitaria” que sirviera de guía y orientación a la hora de elaborar cada autonomía su Plan de actuaciones en esta materia, y ello en base a criterios de homogeneización.

El citado documento parte de las premisas de que el modelo de atención ha de ser:

- Global, afectando a todos y cada uno de los ámbitos de actuación en los que estén implicados los recursos destinados a prestar esta atención.

- Integral, considerando el abordaje de los cuidados de las personas dependientes tanto desde los aspectos físicos, psíquicos como sociales y económicos que inciden de una u otra forma en la pérdida de autonomía de la persona, precisando del apoyo institucional, personal (familiar, voluntariado o profesional), o económico, debiendo incluirse la atención al cuidador principal de la persona dependiente.

- Multidisciplinar, implicando en los cuidados a los diferentes profesionales que a lo largo del curso de la enfermedad intervienen en cualquiera de sus procesos diagnósticos, preventivos, de valoración de la dependencia, hasta aquéllos que planifican el tratamiento, valoran los resultados y rehabilitan al ciudadano en su entorno de la forma más eficaz posible para la mejora de su salud.

- Acorde con el modelo asistencial sanitario y social del entorno de la persona dependiente.

- Equitativo, en el desarrollo territorial de los recursos y Accesible a todos los ciudadanos de acuerdo con el nivel de dependencia de cada persona.

- El modelo que se plantea tiene la capacidad de adaptarse individualmente y ser flexible para la atención apropiada en el momento oportuno.

En este sentido se venía a postular un modelo que en líneas básicas venía a establecer:

- Necesidad de trabajo conjunto entre los diferentes departamentos de Sanidad y Servicios Sociales, con mayor reparto de responsabilidades para lograr una mayor eficacia.

- Mayor énfasis en la prevención, promoción de la salud e independencia.

- Mayor énfasis en la rehabilitación.

- Valoración integral de la dependencia.

- Tendencia al mantenimiento en el entorno del enfermo.

- Apoyo a los cuidadores informales.

A tal finalidad se partía de la base de que el modelo de atención sociosanitaria requería:

- Una definición más ajustada de usuario sociosanitario.

- Una mayor coordinación entre niveles asistenciales y sistemas.

- Asegurar la equidad y acceso a los recursos.

- Garantizar un abordaje integral, multidisciplinar y rehabilitador del usuario y su entorno inmediato (Modelo de Atención Integral).

- Identificación de las puertas de entrada a los diversos recursos y servicios.

- Establecer un sistema de información y evaluación que permita el seguimiento de la atención.

- Adecuar las prestaciones sociales y sanitarias a las necesidades de las personas.

Posteriormente la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud incorpora la prestación de atención sociosanitaria en su artículo 14 definiéndola como aquel “conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”, prestación que en esta norma se incorpora con idéntica consideración que el resto de las prestaciones (primaria, especializada, urgencia, farmacéutica, ortoprotésica, etc.) con la finalidad de garantizar la continuidad de los cuidados a través de la adecuada coordinación entre los servicios sanitarios y sociales.

En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria, siguiendo el referido precepto legal, se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine, comprendiendo en todo caso los cuidados sociosanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Esta prestación encuentra mayor grado de concreción en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, regulador de la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema Nacional de Salud, tanto en sus niveles de primaria como especializada, en diversas actividades de promoción y prevención, rehabilitación, actuaciones y servicios específicos (pacientes inmovilizados, pacientes crónicos, etc.), atención paliativa a enfermos terminales, señalándose en el apartado 6.5.3 del Anexo II (Cartera de Servicios de Atención Primaria) que la atención a las personas mayores comprenderá:

- Consejo y seguimiento del paciente polimedicado y con pluripatología.

- Detección y seguimiento del anciano en riesgo.

- Atención al anciano en riesgo: valoración clínica, sociofamiliar y del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria. Esta valoración conlleva la

elaboración de un plan integrado de cuidados sanitarios y la coordinación con atención especializada y los servicios sociales, con la finalidad de prevenir y atender la discapacidad y la comorbilidad asociada.

– La atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas, incluyendo información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

Así pues, a este conjunto de cuidados se refiere el artículo 15.2 de la Ley de la Dependencia, al incluir en el catálogo de servicios, junto a los servicios sociales, los servicios sociosanitarios, al remitirse al artículo 14 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Las principales iniciativas estatales en materia de coordinación sociosanitaria se describen en el cuadro siguiente:

Tabla 23. PRINCIPALES INICIATIVAS DE ÁMBITO ESTATAL PARA LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Iniciativa	Aportaciones más significativas
Informe “Abril” en 1991.	Plantea la falta de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales y la necesidad de adaptar el sistema de salud a las nuevas demandas de cuidados
Acuerdo Marco entre los Ministerios de Asuntos Sociales y Sanidad para la actuación coordinada de la atención a las personas mayores y con discapacidad en 1993	Distribución de las responsabilidades entre los dispositivos sanitario y social. Sanitario: atención a las enfermedades crónicas y degenerativas. Social: la atención a la pobreza, aislamiento o soledad y barreras estructurales. Ambos: atención a la discapacidad funcional, ayuda para AVDs, necesidades de cuidadores/ as y síndromes geriátricos.
Bases para la ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores” (1993)” Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención a las personas mayores” (1995)”	Esbozo de un modelo de base comunitaria, dirigido a garantizar la continuidad de la atención bajo los principios de integralidad, interdisciplinariedad y rehabilitación.
Acuerdo del Congreso de los Diputados para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud. (1997)	Mandato al gobierno para impulsar la atención sociosanitaria.
Estudio sobre la atención sociosanitaria en España por encargo de la subsecretaría de Sanidad y Consumo y el IMSERSO (1998)	Estudio, de un grupo de expertos, de las iniciativas de las CCAA (usuarios, prestaciones, sistemas de información, coordinación y financiación) con vistas a establecer las bases de un modelo estatal.
Bases para un modelo de atención sociosanitaria (Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001)	Documento en el que se establecen las líneas generales de un “modelo de atención sociosanitaria que sirviera de guía y orientación a las Comunidades Autónomas en sus planes de actuación.
Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003)	Definición de prestación sociosanitaria : “atención que comprende los cuidados destinados a enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social” y de las actuaciones a asumir en el ámbito sanitario: Cuidados de larga duración, convalecencia y rehabilitación de déficit funcional recuperable.

Respecto a las experiencias de coordinación sociosanitaria en nuestro país, la primera iniciativa de este tipo fue el programa “Vida als anys” surgido en 1986 ante la preocupación en el ámbito sanitario catalán por la ocupación de camas hospitalarias por personas mayores cuyo alta se retrasaba frecuentemente debido a problemas de dependencia para realizar las AVD. El programa se desarrolló bajo la idea de cambiar la orientación de determinados servicios, de un enfoque biomédico a otro biopsicosocial, ofreciendo una atención integral a través de un amplio abanico

de servicios con base en la comunidad. Al programa “Vida als anys” le sucedieron otros en diferentes comunidades como: el programa PALET en Valencia (1996), el PASSOS en Galicia (1996), o el plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León (1998), a los que siguieron iniciativas de diferente carácter en la mayoría de las Comunidades Autónomas. La tabla 2 recoge las principales experiencias de coordinación sociosanitaria que han tenido lugar en España agrupadas según el modelo de prestación/ coordinación que las caracteriza.

Tabla 24. CLASIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES EXPERIENCIAS DE COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Modelos de prestación/coordinación socio-sanitaria	Ámbito territorial y rasgos principales
Creación de una red de servicios socio-sanitarios.	<i>Cataluña</i> . Red de servicios socio-sanitarios, como desarrollo del programa "Vida als anys". Incluye media y larga estancia, hospitales de día, equipos de valoración y soporte de la atención geriátrica a domicilio y en el hospital. Solución satisfactoria para la coordinación de los recursos sanitarios pero insuficiente para los socio-sanitarios.
Creación de órganos de coordinación socio-sanitaria en la administración autonómica, o asignación de estas funciones a organismos ya existentes.	<i>País Vasco</i> : Consejo Vasco de Atención Socio-sanitaria. <i>Navarra</i> : Coordinador del Plan Foral de Atención Socio-sanitaria adscrito a Salud. <i>Extremadura</i> : Direcciones Generales de Atención Socio-sanitaria y Salud, y de Servicios Sociales.
Planes de Atención Socio-sanitaria o de Atención a las Personas Mayores que contemplan estrategias de coordinación.	<i>Castilla León</i> : II Plan Socio-sanitario. <i>Valencia</i> : programa PALET para pacientes crónicos y terminales. <i>Castilla-La Mancha y Madrid</i> : Planes de Atención a las Personas Mayores.
Integración de estructuras de las Administraciones Sanitaria y Social.	<i>Cantabria</i> : Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. La gestión de servicios sociosanitarios recae en un servicio de programas y ordenación sanitaria. <i>Galicia</i> : durante una legislatura asumió un enfoque integrador a través de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, desdoblado posteriormente.
Coordinación mediante las estructuras existentes en las áreas de salud o de servicios sociales.	<i>Aragón</i> : Gerencia de área (atención primaria y especializada). <i>Asturias</i> : Consejos de Salud en los que participan profesionales de servicios sociales y atención primaria de salud.
Coordinación mediante estructuras con funciones de gestión de casos.	<i>Cataluña</i> : equipos de soporte y comisiones sociosanitarias con base territorial, <i>Castilla León</i> : Comisiones sociosanitarias provinciales. <i>Valencia</i> : comisiones de coordinación por áreas de salud. <i>Andalucía</i> : coordinación de la atención domiciliaria a través de enfermeras gestoras de casos ubicadas en los distritos de AP.
Programas u objetivos enmarcados en los Planes de Salud	<i>Canarias</i> : incluye como objetivo la elaboración de un Plan Sociosanitario y la integración de servicios para las personas mayores. <i>Andalucía</i> : el II Plan de Salud incluye el desarrollo de mecanismos de coordinación entre hospitales, primaria, servicios sociales y otras instituciones.

En el nivel macro, numerosas Comunidades Autónomas (Cataluña, País Vasco, Galicia, Navarra, Castilla y León, Aragón y Cantabria) han creado órganos de gestión que coordinan las actuaciones de ambos sectores para ofrecer servicios sociosanitarios. En el nivel meso, una de las iniciativas más interesantes, la creación de comisiones sociosanitarias de área o distrito, o sus equivalentes para la gestión conjunta de los casos, tuvo escasa trascendencia ante la escasez de recursos específicos que coordinar y la falta de capacidad ejecutiva para hacerlo. En el nivel micro, la coordinación suele producirse, a través del trabajador social del centro de salud, quien evalúa el caso, a demanda del profesional médico o de enfermería, y solicita el servicio social correspondiente.

Aunque se considera que la coordinación sociosanitaria debe adaptarse a la realidad de cada territorio, se comparten una serie de criterios de efectividad entre los que destacan los siguientes:

- La coordinación no puede sustituir a la escasez de recursos.
- Debe partir del reconocimiento de cada una de las partes.
- Necesita de la valoración exhaustiva de cada caso por profesionales expertos.
- Descentralización territorial con capacidad ejecutiva de los responsables.
- Tutela de la administración para garantizar el acceso equitativo a los recursos de acuerdo a la necesidad.

Las principales recomendaciones que, en lo que respecta a la coordinación sociosanitaria, se hacen en el Libro Blanco sobre Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España son las siguientes:

- La creación de órganos, estructuras e instrumentos de coordinación con el suficiente respaldo normativo de las administraciones públicas: las comisiones sociosanitarias de área podrían ser una buena opción para la toma de decisiones interinstitucional.

- La sectorización, a nivel autonómico, en áreas sociosanitarias, haciendo coincidir los mapas sociales y sanitarios.

- La “orquestación” de los mecanismos para coordinarse en los niveles de área, o sector, y zona básica, mediante un trabajo conjunto que garantice la visión integrada de las personas dependientes, la delimitación de competencias y la comunicación entre los profesionales que prestan atención directa a los pacientes (médicos/as, enfermeros/as y trabajadores/as sociales).

- La descentralización en la toma de decisiones y el desarrollo de la capacidad de gestión de los profesionales de atención directa.

- La elaboración de criterios consensuados y flexibles de ordenación y utilización de los recursos sociosanitarios disponibles, en el ámbito de actuación correspondiente (CA, municipio, área), estableciendo acuerdos estables sobre: los sistemas de información, valoración integral de los casos, derivación e indicadores de evaluación.

- Evaluación exhaustiva de la eficacia de los equipos de soporte como una de las estrategias de coordinación a valorar (PADES, ESAD, Equipos sociosanitarios del Plan Nacional de Alzheimer, o experiencia de Sabadell).

- Promover experiencias piloto de gestión de casos. La clarificación de su estructura, funciones, dependencia y financiación, para evitar los principales factores que pueden limitar su eficacia (escasa capacidad de decisión para asignar recursos, presiones para que asuman la prestación de cuidados, dificultades para garantizar la continuidad ante la escasez de recursos) supone un reto importante que, a bajo coste, facilitaría que los profesionales sanitarios, especialmente de enfermería, realizaran ese papel de tutores-gestores.

- Adaptar los contenidos curriculares de las disciplinas implicadas en la atención a las situaciones de dependencia, y mejorar la formación continuada de los profesionales de ambos sectores proporcionando espacios de formación interdisciplinario, que faciliten una cultura de interrelación y trabajo en equipo.

- Tener en cuenta la opinión de usuarios/as y cuidadores/as en el diseño de los planes de atención y coordinación.

- Implantar sistemas objetivos de acreditación y evaluación de la calidad de los servicios que se ofertan desde los diferentes sectores. Los estándares de acredita-

ción deberán incluir, además de los estructurales, criterios de efectividad de los programas así como aquellos relacionados con el ejercicio de los derechos fundamentales de las personas (intimidad, autonomía, acceso a recursos fundamentales, relaciones sociales etc.).

En los últimos años hemos asistido a algunas experiencias de integración asistencial en el ámbito catalán que incluyen servicios sociosanitarios (al modo de las generadas en sistemas de salud muy fragmentados –como el estadounidense– o en países con sistemas de seguro social y cuidado gestionado). Las llamadas organizaciones sanitarias integradas (OSI) se definen como redes de servicios que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones, que incluyen la atención primaria de salud, la atención especializada y la atención sociosanitaria, para una población determinada responsabilizándose tanto de los costes como de los resultados en salud de la población. Recientemente se ha publicado un estudio de seis casos de OSI40 que resulta de interés desde el punto de vista de la coordinación entre los diferentes niveles que integran las organizaciones.

La comparación de los seis casos ayuda a identificar tendencias comunes en el uso de mecanismos e instrumentos de coordinación eficaces. Estas tendencias son las siguientes:

- El uso de “directivos integradores” para mejorar la coordinación entre los diferentes servicios a lo largo del continuo comprendidos en el ámbito (directivos de planificación, directivo de área etc.), tendiendo a estructuras con elementos matriciales.

- Integración de las direcciones de apoyo asistenciales (farmacia, laboratorio, admisión etc.) y no asistenciales (recursos humanos, económico-financiera etc.) para toda la OSI.

- Utilización de puestos de enlace para coordinar las funciones de dirección y asistenciales de la OSI (comités permanentes, consejos de dirección globales y asistenciales, grupos de trabajo multidisciplinarios por procesos asistenciales).

- Sistemas de información verticales

- Uso de gestores de casos (unas veces ubicados en la atención primaria y otras en la especializada) como responsables del paciente a lo largo del continuo.

- Uso de mecanismos de normalización de los procesos: guías de práctica clínica, planes de alta, criterios de derivación y circuitos administrativos.

- Normalización de habilidades a través de sistemas expertos: sesiones clínicas compartidas, consultoría de casos clínicos, rotación de profesionales por los diferentes niveles

⁴⁰ Las OSI incluidas en el estudio han sido las siguientes: Badalona Serveis Assistencials, Consorci Sanitari del Maresme, Consorci Sanitari de Terrassa-Fundació Hospital Sant LLàtzer, Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Grup d'Assistència Sanitària i Social (Grup SAGESSA), y Serveis de Salut Integrats Baix Empordà.

- Mecanismos de adaptación mutua (grupos de trabajo y puestos de enlace) para la coordinación entre el nivel sociosanitario con el resto: unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias de geriatría y cuidados paliativos, programas de atención ínter niveles, equipos de atención domiciliaria, enfermeras gestoras de casos en el domicilio, comisiones de soporte etc.

9.2 LA ARTICULACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES EN ANDALUCÍA

A nivel institucional, cabe decir que en nuestra Comunidad no se ha dado una trayectoria de iniciativas para coordinar las actuaciones entre las Administraciones Social y Sanitaria. Destaca el intento de elaboración conjunta, entre las Consejerías de Salud y de Asuntos Sociales del Plan de Atención Integral al Mayor en Andalucía (PAIMA), en 1996. Aunque este Plan no llegó a finalizarse, el trabajo realizado fue punto de partida para el posterior desarrollo de la Ley andaluza del Mayor de 1999 además de producir un riquísimo análisis de situación (desgraciadamente poco utilizado para la acción) plasmado en los estudios sobre Calidad de Vida de los Mayores Andaluces (Consejería de Asuntos Sociales. 1997) y Condiciones de Vida de las personas mayores en Andalucía (Escuela Andaluza de Salud Pública. 2003).

Cabe destacar una abundante producción normativa para regular la protección de colectivos específicos y una más general en la que se hace referencia a la atención y coordinación sociosanitaria, aunque la realidad es que no se han visto acompañadas del desarrollo de las estructuras y la financiación necesarias para su abordaje. Respecto a la segunda, el Convenio Marco entre las Consejerías de Salud y la de Asuntos Sociales de 18/6/1997 definía dentro de la población diana de servicios sociales y sanitarios conjuntos, a los siguientes grupos:

- Personas mayores, en especial aquellas que han llegado a situaciones de diferentes grados de dependencia social y sanitaria.
- Personas con minusvalías que precisen servicios de detección y atención precoz de rehabilitación y recuperación o de atención especializada.
- Pacientes crónicos inmovilizados en domicilios.
- Pacientes terminales que presentan problemáticas sociales añadidas.
- Niños con algún tipo de problemática social y/o sanitaria.
- La Comunidad Gitana en los problemas sociales y sanitarios que puedan presentar.
- Drogodependencia y sus efectos, en los aspectos sociosanitarios.
- Colectivos de inmigrantes y refugiados en sus problemas sociales y sanitarios.

- Zonas y colectivos de especial problemática social.

Dos años más tarde la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía en su título V, artículo 24 punto 1 recogía que “El Sistema Sociosanitario Andaluz para las personas mayores tiene por finalidad la prestación, de forma integral y coordinada, de servicios propios de la atención sanitaria y de los servicios sociales, bien sean de carácter temporal o permanente” considerando destinatarios de este sistema a aquellas personas mayores que por su alto grado de dependencia especialización en los cuidados e insuficiencia de apoyo sociofamiliar requieran ser atendidos conjuntamente por los recursos sanitarios y sociales. La misma Ley abunda y matiza en el artículo 25: “Las prestaciones sociosanitarias que se desarrollen irán dirigidas a garantizar los siguientes principios generales:

- Conseguir y mantener el mayor grado de autonomía e independencia en el entorno domiciliario, evitando el ingreso innecesario en instituciones.
- Impulsar los mecanismos de coordinación y actuación conjunta entre los servicios sociales y los servicios sanitarios, tanto en el nivel de atención primaria y comunitaria como en los niveles especializados.
- Incluir planes y programas coordinados e ínter departamentales que contemplen las innovaciones necesarias para hacer frente a las nuevas necesidades de demandas asistenciales.
- Establecer los criterios sociosanitarios precisos para la ordenación de los recursos tanto para la delimitación de las estructuras de atención como de sus funciones y acceso a las mismas.
- Potenciar programas de formación continuada, investigación e intercambio de experiencias multidisciplinares entre los profesionales implicados, de manera que redunde en la mejora de la calidad de la atención a las personas mayores.”

La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su artículo 11, relativo a la participación de las Comunidades Autónomas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), les asigna a las mismas, la función de “Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención”. Lo cierto es que más allá de la normativa general, en nuestra comunidad se han ido desarrollando mecanismos y experiencias de coordinación intersectorial para la puesta en marcha de planes específicos entre los que destacan: el I Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía, el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, y el Plan Andaluz de Alzheimer ya descritos en los capítulos sobre servicios sanitarios y servicios sociales de atención a la dependencia.

Vinculadas al desarrollo de Planes integrales de atención se han ido produciendo en nuestra comuni-

dad un rico acervo de experiencias, a aprovechar para mejorar la articulación entre los servicios sanitarios y sociales, entre ellas destacan.

9.2.1 La Gestión de Casos en Atención Domiciliaria

Como se describió en el capítulo correspondiente, se trata de introducir un dispositivo de enlace, a través de enfermeras adscritas a los distritos sanitarios de atención primaria que tienen un papel fundamental de coordinación entre los diferentes dispositivos, organizaciones y profesionales sanitarios. De amplia tradición en los países nórdicos, Estados Unidos, Canadá, Holanda y Reino Unido, e introducido más tarde en otros países europeos, como Austria, Alemania, Francia o Italia, ha demostrado efectividad en mejorando la satisfacción, calidad de vida y estado funcional de pacientes en situación de dependencia. La experiencia en Andalucía se inició en 2002 en el marco del Plan de Atención a las familias Andaluzas. La investigación sobre la experiencia a través de un estudio cuasi-experimental en tres distritos sanitarios ha demostrado mejoras en la satisfacción, capacidad funcional y manejo del régimen terapéutico en personas incluidas en los programas de atención domiciliaria del SAS, así como en la captación y sobrecarga de las cuidadoras principales.

Actualmente el trabajo de las enfermeras comunitarias de enlace se limita al interior del sistema sanitario pero podría ampliar su alcance a la coordinación con los servicios sociales comunitarios, especialmente con el SAD y/o con los especializados, aunque ello supondría una ruptura con los mecanismos burocráticos vigentes, para actuar transversalmente.

9.2.2 La asistencia sanitaria a ancianos residentes en instituciones

Se trata también de un mecanismo de gestión de casos llevado a cabo por equipos de profesionales (enfer-

meros, médicos y trabajadores sociales con formación geriátrica) desde unidades específicas ubicadas en los distritos sanitarios. La primera experiencia se inició en Málaga en el año 2000 y actualmente se ha extendido a otros cuatro distritos sanitarios. El objetivo es garantizar a las personas mayores institucionalizadas el mismo nivel de servicios sanitarios que al resto de la población mayor. En el año 2005 el censo de ancianos valorado en las unidades era de 33.143.

9.2.3 La gestión por procesos asistenciales integrados

Amparado en los enfoques de Calidad Total de la industria y en los modelos de gestión de enfermedades, este sistema de gestión asistencial se inició en el Sistema Sanitario Público Andaluz en 2002 con los objetivos de: garantizar la continuidad entre los niveles y servicios asistenciales y disminuir la variabilidad de las prácticas clínicas, no atribuibles al estado de salud o características de los pacientes. Ha dado lugar a un interesante conjunto de protocolos asistenciales que bajo la forma de Guías de Atención (con planes de cuidados asociados en los casos de pacientes con especial vulnerabilidad), con normas de calidad y criterios de evaluación que van introduciéndose paulatinamente en las organizaciones sanitarias (atención, primaria, especializada, atención domiciliaria). Se trata de sistemas expertos que ayudan a la coordinación a través de la normalización de los procesos. Han sido diseñados por grupos interdisciplinarios de profesionales de los diferentes niveles asistenciales.

Aunque en nuestra comunidad no se han utilizado para la coordinación de la atención entre los servicios sanitarios y sociales potencialmente tienen esa capacidad. Sería posible identificar procesos “sociosanitarios” a diseñar por equipos transversales (de ambos sectores). La gestión de dichos procesos sería más efectiva articulando mecanismos de financiación específicos y sistemas de información adecuados (tipo RUG III, por ejemplo).

CONCLUSIONES

1. En Andalucía se produce el fenómeno común a los países occidentales conocido como “envejecimiento poblacional” (progresiva mayor proporción de personas mayores de 65 años en el conjunto de la población), dándose algunas de las características comunes al proceso (feminización, aumento considerable de los mayores de 80 años), presentando cifras ligeramente inferiores a las del conjunto de España y Europa.

La longevidad media de la población andaluza ha crecido espectacularmente en el último medio siglo, siendo en la actualidad similar a la europea y ligeramente inferior a la media española. En las últimas décadas, el aumento en número de años de la esperanza de vida al nacimiento en Andalucía ha sido inferior a la media estatal, tanto para hombres como para mujeres.

Las principales causas de mortalidad de las personas mayores andaluzas son, por este orden, las enfermedades circulatorias, los tumores, y las enfermedades respiratorias, al igual que en nuestro entorno geográfico.

La prevalencia de enfermedades crónicas con alto impacto en la morbi-mortalidad (Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipemias) es similar a la de la media española, con cifras más altas en mujeres y a mayor edad.

Las personas mayores andaluzas presentan un alto grado de sedentarismo.

Las personas mayores andaluzas tienen un estado de salud percibida (autopercepción) mejor que la media nacional, siendo su salud la principal preocupación de nuestras personas adultas mayores y la identifican fundamentalmente con la capacidad de desenvolverse de manera autónoma e independiente en la vida cotidiana enfatizando la preocupación por la calidad de vida.

La Dependencia en personas mayores esta determinada por factores como enfermedades y deficiencias (osteoarticulares, Diabetes Mellitus tipo 2, cardiovasculares, problemas sensoriales, deterioro cognitivo, limitaciones en extremidades inferiores, etc.), características socio-demográficas (sexo femenino, edad avanzada, bajo nivel socioeducativo), hábitos de vida poco saludables (tabaquismo, sedentarismo, aislamiento social, etc.).

Existen factores internos o externos al individuo que modulan el proceso de la dependencia: afrontamiento individual, apoyo emocional, accesibilidad, ayudas técnicas, promoción de la salud, prevención, atención especializada, etc.

Las tasa de discapacidad de las personas mayores andaluzas supera ampliamente la media nacional. Andalucía ocupa el primer lugar en número de personas mayores con discapacidad, y el segundo en proporción al conjunto de la población entre las Comunidades Autónomas.

Las personas mayores andaluzas presentan una mayor prevalencia de dependencia que las del resto del Estado: se estima que entre el 40% y el 50% de las personas mayores de 65 años necesitan ayuda para realizar alguna actividad de la vida diaria.

El 15% de los mayores presentan grados de dependencia leve, necesitando ayuda solo para alguna de las actividades instrumentales. Representan un grupo estratégico para desarrollar programas específicos de prevención.

Los patrones culturales y de género tienen su expresión en la necesidad de ayuda de las personas dependientes.

Las personas mayores de 80 años presentan tasas de dependencia un 20-30% superiores a los de 65-79 años, así como mayores grados de severidad.

Entre las personas mayores andaluzas dependientes con grados de severidad moderados o severos

tienen un mayor peso relativo las mujeres y las personas con menor nivel educativo y económico.

La esperanza de vida libre de discapacidad de los mayores de 65 años se sitúa en los 10 años en nuestro medio.

El estatus socioeconómico es un reconocido determinante del estado de salud. Las personas mayores andaluzas presentan un nivel educativo significativamente inferior a grupos poblacionales de menor edad. Aproximadamente una tercera parte de los hogares andaluzes cuyo principal sustentador es una persona mayor y una tercera parte de los mayores en general se encuentran situados por debajo de la línea de pobreza del 60% de la media nacional del gasto medio equivalente (porcentajes que superan en un 10% la media nacional). La mejora de estas condiciones es un reto ineludible

2. La mayor parte de las personas mayores dependientes pueden permanecer en su entorno gracias al denominado cuidado informal, entendido como la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos, u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen.

El 85% de las personas mayores andaluzas de 65 a 79 años dependientes recibe ayuda de sus familiares, situación que se da en el 87% de los mayores de 80 años.

El perfil típico de cuidadora es el de una mujer, pariente de la persona mayor (hija, habitualmente), de 57 años de edad media (aunque hasta un 32% de las personas cuidadoras de mayores andaluzas son a su vez mayores de 65 años), de bajo nivel educativo y escasos recursos económicos, ejerciendo el cuidado con escaso o nulo apoyo formal o informal.

El cuidado de mayores dependientes suele ser permanente y continuado, prolongado en el tiempo (el 50% de las cuidadoras lleva más de 5 años ejerciendo, el 33% más de 10), y de dedicación prácticamente exclusiva.

Las cuidadoras andaluzas se encuentran frecuentemente agotadas (45%), con salud regular o mala (46%) con especial afectación de la esfera psicológica. Perciben que cuidar afecta negativamente a su salud (51%).

El ejercicio del cuidado merma las posibilidades laborales, de desarrollo profesional e incrementa el gasto familiar.

Las personas cuidadoras siguen entendiendo que el cuidado de sus mayores es una obligación moral. Pero consideran, también, que deberían tener ayuda de los servicios públicos de atención (el 75%) y también de otros familiares.

Los servicios más demandados por los cuidadores son el Servicio de Ayuda a Domicilio, las ayudas económicas para adaptaciones en el hogar, y la teleasistencia.

Las políticas de apoyo a cuidadoras deberían ser, en primer término, políticas de reducción de las desigualdades y fomento de la equidad.

3. Existe margen para mejorar la mortalidad prevenible y el “exceso de discapacidad” de las personas mayores andaluzas. La promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la prevención del deterioro funcional desde atención primaria y especializada, y la prevención de la iatrogenia contribuirían a la búsqueda de la excelencia en la atención a nuestros mayores.

El envejecimiento activo incluye factores sociales, ambientales, económicos, conductuales, y de servicios de salud y sociales.

Se deben potenciar los programas de fomento de la actividad física, de alimentación saludable, de activación mental y participación y promoción social.

Las personas mayores deben tener acceso a los programas de Prevención Primaria según los protocolos y recomendaciones vigentes.

Corresponde a la Atención Primaria de Salud la aplicación y extensión de medidas de prevención y promoción de la salud, detección y actuación sobre mayores “frágiles” o en riesgo, y el correcto abordaje de los síndromes geriátricos y cuadros clínicos específicos.

Se deben implementar protocolos preventivos específicos de síndromes geriátricos (trastornos de equilibrio y caídas, deterioro cognitivo, incontinencia urinaria, alteraciones sensoriales, malnutrición, polifarmacia, maltrato y abuso).

Algunas de las labores reseñadas aparecen recogidas en la cartera de servicios de Atención Primaria. La aplicación de los diferentes programas es desigual y más testimonial que efectiva.

Es necesario ofertar carteras de servicios en Atención Primaria efectivas, basadas en evidencias científicas y con mecanismos de evaluación y mejora, que recojan la problemática asistencial de las personas mayores.

Es necesario formar y capacitar a los profesionales de Atención Primaria en la prevención y manejo de los problemas de las personas mayores más frágiles y dependientes. La labor de los servicios docentes de Geriatría es imprescindible.

Se deben adecuar los recursos humanos y materiales a la realidad asistencial actual de los Centros de Salud.

Se deben crear y estructurar mecanismos de apoyo por parte de la atención geriátrica especializada. La figura del Geriatra consultor por distrito, o incorporado a equipos interdisciplinares de enlace debiera ser evaluada.

La atención domiciliaria es labor fundamental en la atención continuada de mayores dependientes. Reconociendo el liderazgo de los profesionales de enfermería en la prestación de cuidados domiciliarios, la complejidad de situaciones, la imbricación de factores sociales y sanitarios hacen aconsejables equipos mul-

tidisciplinares sociosanitarios de atención. La posibilidad de implementar equipos de soporte debiera ser evaluada.

Se deben potenciar medidas de formación y apoyo a cuidadores, así como el traslado al domicilio de recursos materiales y humanos (ayudas técnicas, fisioterapia, etc.)

Las personas mayores hacen un mayor y mejor uso de los recursos sanitarios hospitalarios. Por otro lado, tras un ingreso hospitalario el 30% de los mayores de 65 años y el 50% de los mayores de 80 años van a presentar deterioro funcional. Es ineludible establecer estrategias de prevención y tratamiento precoz en atención especializada.

Las evidencias científicas muestran que para mejorar la eficacia y eficiencia de la asistencia al mayor hospitalizado se deben desarrollar protocolos de detección de personas mayores en riesgo de deterioro funcional, contar con equipos multidisciplinares que usen la valoración geriátrica integral como mecanismo diagnóstico y terapéutico, personal especializado en Geriatría allá donde la atención a mayores de 70 años sea frecuente, y desarrollar protocolos específicos de manejo de síndromes geriátricos.

La cartera de Servicios de Atención Especializada del Servicio Andaluz de Salud no contempla la atención especializada en Geriatría.

El desarrollo progresivo de la atención geriátrica especializada de las personas mayores andaluzas más vulnerables, recomendado por las evidencias científicas y recogido como derecho en el Estatuto de Andalucía de 2007, debe ser un hecho ineludible en los hospitales Generales.

Los profesionales del Sistema Sanitario Pública de Andalucía que ejercen como especialistas en Geriatría debieran ser reconocidos como tales, así como las Unidades hospitalarias en las que desarrollan su trabajo.

Se recomienda que toda persona mayor de 80 años o entre 65 y 80 con algún síndrome geriátrico o riesgo de deterioro funcional que acuda al hospital, debe recibir una valoración y asistencia geriátrica integral.

Las Unidades Hospitalarias que atiendan mayoritariamente a personas mayores de 70 años deberán contar con médicos y enfermeras especialistas en Geriatría en el equipo asistencial multidisciplinar.

Se deberán implementar Unidades de Media Estancia Geriátrica o recuperación funcional, dirigidas a personas mayores con deterioro funcional moderado-grave reciente y posibilidades de recuperación.

Se recomienda el desarrollo de Hospitales de Día Geriátricos dirigidos a mayores con deterioro leve-moderado reciente y necesidad de cuidados geriátricos y rehabilitadores para su recuperación funcional.

La iatrogenia farmacológica y asistencial (falta de adecuación de la asistencia hospitalaria a las necesidades de los mayores hospitalizados) genera dependencia.

Se deben implementar medidas legales, administrativas y técnicas que desarrollen la coordinación de recursos sanitarios y sociales en la atención de las personas mayores dependientes.

4. Los denominados Centros de día u hogares son los equipamientos donde se articulan las políticas sociales de promoción y prevención de la dependencia en personas mayores. La ratio de cobertura en Andalucía (52%) se sitúa por encima de la media de España. No se dispone de datos sobre equipamientos de dichos centros, cartera de servicios, actividades, etc.

Los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio han aumentado en los últimos años en términos absolutos y relativos. La ratio de cobertura en Andalucía para mayores de 65 años es de 3,38 por cada 100 mayores, ligeramente inferior a la media estatal. En cuanto a la intensidad del servicio Andalucía ocupa el penúltimo lugar entre las comunidades autónomas.

El servicio de Teleasistencia ha crecido de forma importante en los últimos años siendo utilizado por 55.000 usuarios, lo cual representa una ratio de 4.80 por cada 100 personas mayores.

Las Unidades de Estancia Diurna o Centros de Día para personas mayores dependientes presentan una ratio de 0.30 similar a la media estatal.

En los últimos años se ha producido un crecimiento del número de plazas residenciales dirigidas a personas mayores dependientes. Aún así, la ratio de plazas de financiación pública en Andalucía es inferior a la media estatal.

Los programas de respiro familiar tienen un desarrollo incipiente.

La Ley de la Dependencia preve prestaciones económicas con carácter excepcional, cuando no sea viable el acceso a un servicio público o concertado. La insuficiencia de recursos y de su promoción puede quebrar esta excepcionalidad.

Dada la escasez de recursos y la mayor prevalencia de dependencia de los mayores andaluces, se deberán promover de manera urgente los servicios recogidos en catálogo a fin de no subvertir el espíritu de la Ley.

Especialmente urgentes son las dotaciones de plazas residenciales, Servicio de Ayuda a domicilio con mayor intensidad horaria y cualificación profesional adecuadas, y Centros de Día para personas mayores dependientes, así como Centros de Día especializados (pacientes con demencia).

Es necesario establecer mecanismos de coordinación con los Servicios de Salud a fin de mejorar la atención integral de los mayores.

Los personas mayores institucionalizadas en Residencias deberán contar con atención geriátrica especializada en el seno del equipo multidisciplinar de trabajo.

Se debieran establecer protocolos de derivación adaptada para mayores institucionalizados hacia el hospital de referencia.

Se evidencia la necesidad de profundizar en la coordinación con los Servicios de Salud y las Entidades locales, puntos débiles de la misma.

11. RECOMENDACIONES DEL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN ANDALUCÍA

11.1 AL CONSEJO DE GOBIERNO

PRIMERA. Que se estudie la necesidad de reforzar el Sistema Andaluz de Atención a la Dependencia (SAAD) mediante niveles de protección superiores al mínimo estatal garantizado, promoviendo la adopción de acuerdos con la Administración General del Estado así como niveles adicionales de protección con cargo a los Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

SEGUNDA. Que sin perjuicio de la obligada adecuación de la legislación andaluza de servicios sociales (fundamentalmente la Ley de Servicios Sociales de 1988 y Leyes de Atención a las personas con discapacidad y a las personas mayores de 1999), se valore la oportunidad y conveniencia de promover una ley andaluza de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia.

TERCERA. Que se agilice la puesta en marcha de la Agencia para la Atención a la Dependencia en Andalucía, dotándola con los recursos necesarios para garantizar una eficaz y eficiente gestión del Sistema Andaluz de Atención a la Dependencia (SAAD).

CUARTA. Que se articulen las medidas de colaboración con la Administración Local, así como el traspaso de los medios y recursos que fueran necesarios, para asegurar la adecuada y eficaz cooperación de los Servicios Sociales Comunitarios en la gestión de este sistema.

QUINTA. Que se establezcan los criterios generales de coordinación sociosanitaria entre los distintos departamentos de la Administración Autonómica y Local de Andalucía, y en base a ellos se adopten las medidas necesarias para una adecuada y continua atención de las personas dependientes..

11.2 A LA CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

SEXTA. Que se agilicen los procedimientos y se refuercen los recursos destinados a la valoración de la situación de dependencia, resolviendo los procedimientos relativos al reconocimiento del grado y nivel y a las prestaciones y servicios derivados de la misma, en los plazos establecidos.

SÉPTIMA. Que se dicten las instrucciones necesarias en orden a que en la elaboración de los Programas Individuales de Atención (PIA), la determinación de la intervención mas adecuada a las necesidades de la persona en situación de dependencia, respete la prioridad de los servicios del catálogo sobre las prestaciones económicas, que en todo caso tendrán carácter excepcional.

OCTAVA. Que se incrementen los recursos relativos a los servicios del Catálogo, especialmente los relativos al servicio de ayuda a domicilio y residencial, en orden a que los ratios de cobertura igualen o superen la media española.

NOVENA. Que se valore la necesidad y viabilidad de establecer, con cargo a los presupuestos autonómicos, complementos a las prestaciones económicas de atención a la gran dependencia, cuando las especiales circunstancias y gravedad de dicha situación lo justifique.

DÉCIMA. Que se incrementen los fondos asignados a las convocatorias anuales de subvenciones y al Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, sin que en ningún caso las partidas presupuestarias relativas a las mismas se reduzcan con motivo de la financiación al Sistema Andaluz de Atención a la Dependencia (SAAD).

11.3 A LA CONSEJERÍA DE SALUD

UNDÉCIMA. Que se valore la necesidad de elaborar guías y protocolos de atención sanitaria a las personas mayores dependientes, en orden a una asistencia integral, integrada, continuada y coordinada entre los distintos niveles asistenciales, garantizándose la equidad en el acceso y adaptando las estructuras de atención a las necesidades de estos usuarios.

DUODÉCIMA. Que se incrementen y refuercen los programas específicos de promoción y prevención dirigidos a las personas mayores frágiles o en riesgo de estarlo así como los programas especiales de uso mayoritario por personas mayores.

DECIMOTERCERA. Que se incrementen la atención sanitaria domiciliaria, tanto en los niveles de asistencia primaria como especializada, especialmente para los casos de personas mayores dependientes inmovilizadas o en situación terminal.

DECIMOCUARTA. Que se incrementen y refuercen los servicios de Rehabilitación y Fisioterapia, tanto en los Centros como la domiciliaria.

DECIMOQUINTA. Que se promueva la formación geriátrica de los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.

DECIMOSEXTA. Que se incrementen las unidades hospitalarias de geriatría y se valore la necesidad de crear un Servicio de Geriatría de referencia en Andalucía.

11.4 A LAS CONSEJERÍAS DE SALUD Y PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

DECIMOSÉPTIMA. Que se estudie la necesidad de elaborar un Plan Andaluz de Atención a las Personas Mayores en situación de Dependencia, en el que se integraran los distintos planes sectoriales/específicos (Plan de Atención a Cuidadores Familiares, Plan Andaluz de Alzheimer, etc.), en el que se establezcan los mecanismos de coordinación entre los distintos niveles de asistencia sanitaria (primaria y especializada) y de servicios sociales.

DECIMOCTAVA. Que se refuercen y coordinen las medidas de apoyo y de formación a los cuidadores/as informales, especialmente en los casos de enfermos dependientes sometidos a cuidados familiares y con asistencia sanitaria domiciliaria.

DECIMONOVENA. Que se valore la necesidad de incorporar una valoración geriátrica integral de las personas mayores dependientes, que ponga especial énfasis en su estado o capacidad funcional, como exigencia para el ingreso y seguimiento de su atención en cualquier dispositivo sanitario o sociosanitario residencial.

11.5 A LA CONSEJERÍA DE OBRAS PÚBLICAS Y TRANSPORTES

VIGÉSIMA. Que se incrementen las ayudas tendentes a la seguridad y adecuación funcional básica de viviendas que constituyan la residencia habitual y permanente de las personas mayores dependientes.

BIBLIOGRAFÍA

IMSERSO (2005). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y Tendencias "Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea". Nº 15, abril 2005.

INE. INEBASE. 2006. Proyecciones de población. Base Censo 2001. <http://www.ine.es/inebase/>

INE. INEBASE 2006. Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud (EDDES). <http://www.ine.es/inebase/cgi>

IEA (2003). Longevidad y Calidad de Vida en Andalucía. www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica

IEA. Encuesta de Redes Familiares (ERF) 2005. <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/Redesfamiliares>

Andalucía: Dependencia y solidaridad en las redes familiares. IEA, 2006.

www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica.es

INE. Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (ECPF). Base 1997. <http://www.ine.es/inebase/cgi>

INE (1987). Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías: año 1986. Madrid

INE (2002). Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud 1999. Resultados detallados. Madrid.

Giampaolo Lanzieri. Long-term population projections at national level. Population and social condition. European Communities, 2006 <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Memoria Estadística de la Consejería de Salud 2003. Servicio de Información y Evaluación. Unidad de Estadística. Sevilla: Consejería de Salud, 2004.

Gonzalo Jiménez, E. Las condiciones de vida de las personas mayores en Andalucía. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales, 2004.

Bergner M, Rothman ML. Health status measures: an overview and guide for selection. *Annu Rev Public health*, 1987; 8:191-210.

Sánchez-Cruz JJ, Daponte A, García MM et al. 1ª y 2ª Encuesta Andaluza de Salud. Junta de Andalucía: Consejería de Salud. 1999 y 2003, respectivamente.

Philp I (2000) EASY-Care: A systematic approach to the assessment of older people. *Geriatric Medicine*, 30(5), 15-19.

Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The DUKE-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26: 709-23.

The Health status of the European Union. Narrowing the health gap. Health and Consumer Protection. Eu-

ropean Commission, 2003. [Acceso 20 agosto 2006] Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal>

3er Plan de Educación Nutricional por el farmacéutico (PLENUFAR III). 2005. Educación nutricional a las personas mayores. Consejero General de Colegios Oficiales de farmacéuticos. <http://www.portalfarma.com/pfarma>

Harmer B; Henderson V (1955). Principles and practice of nursing. New York: Mac Millan

Guillén Llera F; Pérez del Molino Martín J (1994). Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona. Masson, S.A.

Bazo, MT. Sociología de la vejez. En Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Madrid: Médica Panamericana, 1999.

Abellán García A (2002). Longevidad y Estado de Salud. Cap. 2. En: Las personas mayores en España. Madrid: IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Comisión Europea (1998): Recomendación N.º R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia.

Organización Mundial de la Salud (2001): Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (versión española). Madrid: IMSERSO.

Baltes, M. M. (1996): The many faces of dependency in old age, Cambridge University Press, 186 p.

Puga González MD (2002). Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010. Madrid: Fundación Pfizer.

Kay, D.W.K. Ageing of the Population: Measuring the Need for Care. Age and ageing (1989); 18: 2.

Brunelle, Y.; Rochon, M. Limites, avantages et utilisation des EVSI dans le contexte actuel de l'évolution des systèmes de soins. *Cahiers Québécois de Démographie* (1991); 20, 2: 405-438.

Rodríguez Cabrero (Coord.): (1999): La protección social de la dependencia. Madrid: IMSERSO.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-9.

Barthel DW, Mahoney FI. Functional evaluation: Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14:61-65

Lawton, M. P.; Brody, E. M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living, *Gerontologist* (1969); 9: 179-186.

Casado Marín (2007). Efectos y abordajes de la dependencia: un análisis económico. Barcelona: MASSON. S.A.

Manton KG, Woodbury MA, Tolley HD (1994). Statistical applications using fuzzy sets. New York: Wiley-Interscience.

Vaqué J, Vilardell M, Taberner JL, Tresserras R, Salleras L. Reducción de la mortalidad y vejez saludable. *Med Clin* 2001; 116 (Supl 1): 3-8

Gruenberg EM. The failure of success. *Milbank Q Health Society* 1977; 55: 3-24

Kramer M. The rising pandemic of mental disorder and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62 (Supl 285): 298-297.

Manton KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Q Health Society* 1982; 60: 183-244.

Caldwell, J.C. (1990). Introductory thoughts on health transition, en Caldwell, J.C.; Findley, S.;

Fries JF. Aging, natural death and de compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303: 130-135

Jacobzone S, Cambois E, Robine JM (1999). The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?. *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, Nº 37.

Gaëtar L, Gaëlle B and The Disability Study Expert Group Members (2007). Trends in severe disability among elderly people: assenssing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. *OECD Health Working Papers*.

Murray JL, López AD. Regional patterns of disability-free expectancy and disability-adjusted life expectancy: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1347-1352.

Freedman VA, Martín LG, Schoeni RF. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: a systematic review. *JAMA* 2002; 288: 3137-46.

Fries JF. Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Ann Intern Med*. 2003; 139: 455-459.

Manton KG, Gu X. Changes in tehe prevalence of chronic disability in the United States black and non-black population above age 65 from 1982 to 1999. *Proc Natl Acad Sci*. 2001; 98 : 6354-9.

Gonzalo E, Pasarín MI. La salud de las personas mayores. *Gac Sanit* 2004;18 (Supl. 1): 69-80.

De Manuel E, Cuadra P, Miñarro R (1999). Evaluación de Políticas Sanitarias en el Estado de las Autonomías. BBVA. Bilbao.

Casado Marín D, López i Casasnovas G (2001). La dependencia en las personas mayores. Cap I. En: Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Barcelona: Fundación La Caixa.

Otero A, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Aguilar MD, Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 201-213

Nagi S. Some conceptual issues in disability and rehabilitation. En: Sussman M, editor (1965). *Sociology*

and Rehabilitation. American Sociological Association. Washington, DC.

Oliveira R, Villaverde C. Una nueva aproximación conceptual para la incapacidad. *Rev Mult Gerontol* 2001;11(2):72-77

Verdugo MA. (1995) La concepción de discapacidad en los modelos sociales En M A. Verdugo (Comp.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 1-35). Madrid: Siglo Veintiuno.

Verbruggen LM, Jette AM. The disablement Process. *Sm. Sci. Med*. Vol. 38, No. 1. pp. I-14. 1994

Stuck AE, et al. Risk factors for functional status decline in community- living elderly people: A systematic literature review. *Soc Sci Med*. 1999; 48: 445-69

Lawrence RH, Jette AM. Disentangling the disablement process. *J Gerontol Soc Sci*. 1996; 51: S173-82.

Peek MK, et al. Examining the disablement process among older Mexican American adults. *Soc Sci Med*. 2003;57:413-25.

Reynolds SL, Silverstein M. Observing the onset of disability in older adults. *Soc Sci Med*. 2003; 57: 1875-89.

Béland F, Zunzunegui MV. La salud y las incapacidades funcionales. Elaboración de un modelo causal. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 1995; 5: 259-73.

Waidmann, TA, Liu, K. Disability Trends among Elderly Persons and Implications for the Future. *Journal of Gerontology*. 2000, 55B; 5: 298-307.

Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF. Aging, health risks and cumulative disability. *N Engl J Med* 1998; 338: 1035-1041.

Sturm R, Ringel J, Andryeva T. Increasing Obesity Rates and Disability Trends. *Health Affaires* 2004; I, 23 (2): 199-205.

Cutler DM. Declining disability among the elderly. *Health Affairs*. 2001; 20: 11-27.

Gonzalo, E, Millán A, Mateo I. Las condiciones de vida de las personas mayores en Andalucía. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales y Escuela Andaluza de Salud Pública, 2004.

Rodríguez Cabrero G, Montserrat Codorniú J. (2002). *Modelos de Atención Sociosanitaria, una aproximación a los costes de la dependencia*. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Beland, F; Zunzunegui MV. La salud y las incapacidades funcionales. Elaboración de un modelo causal. *Revista de Gerontología*. 1995; 5(4): 259-273

Jones D.A, Vetter N.J. Formal and informal support received by carers of elderly dependants. *BMJ* 1985; 291: 643-5.

Wright K. *The economics of informal care of the elderly*. London: Centre for Health Economics; 1983.

Van Ewijk H, Hens H, Lammersen G. Mapping of care services and the care workforce. Consolidated

report. En: Moss P (editor). Care work in Europe. Current understandings and future directions.

Williams F. In and beyond New Labour: towards a new political ethics of care. *Critical Social Policy* 2001; 21(4): 467-93

Camps V. La ética del cuidado. En: Camps V (ed). El siglo de las mujeres. Madrid: Ediciones Cátedra; 1998. p. 69-81.

García-Calvente MM. Cuidados de salud, género y desigualdad (editorial). *Comunidad* 2002; 5:3-4

García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: EASP; 1999.

Gonzalo E y cols. Condiciones de vida de las personas mayores en Andalucía. Informe global de la encuesta a cuidadores informales. Granada: EASP, Consejería de Salud y Fundación Andaluza de Servicios Sociales, Consejería de Asuntos Sociales; 2003.

Bazo MT. El cuidador familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: el caso de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33(1):49-56.

Rodríguez P. El problema de la dependencia en las personas mayores. *Documentación Social* 1998; 112:33-63.

García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit* 2004, 18 (supl.1): 132-139.

La Parra D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gac Sanit* 2001; 15 (6): 498-505.

Pérez JM, Abanto J, Labarta J. El síndrome del cuidador en los procesos de deterioro cognoscitivo (demencia). *Aten Primaria* 1996;18 (4):194-202.

Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2003; 18 (2): 250-67.

Brehaut JC, Kohen DE, Raina P et al. The health of primary caregivers of children with cerebral palsy: how does it compare with that other Canadian caregivers?. *Pediatrics* 2004;114 (2):e182-91.

Li TC, Lee YD, Lin CC, Amidon RL. Quality of life of primary caregivers of elderly with cerebrovascular disease or diabetes hospitalized for acute care: assessment of well-being and functioning using the SF-36 health questionnaire. *Qual Life Res* 2004; 13 (6): 1081-8.

Schultz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality. The caregiver health effects study. *JAMA* 1999; 282 (23): 2215-9

Chiou CJ, Chen IP, Wang HH. The health status of family caregivers in Taiwan: an analysis of gender differences. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20 (9): 821-6

Argimon JM, Limon E, Vila J, Cabezas C. Health-related quality of life in carers of patients with dementia. *Fam Pract* 2004; 221 (4): 454-7.

Pinquart M, Sorensen S. Gender differences in caregivers stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006; 61 (1):P33-45.

Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman PH. Informal caregiving. Differential experiences by gender. *Med Care* 2002; 40 (12): 1249-59.

Scharlach AE. Caregiving and employment: Competing or complementary roles?. *Gerontologist* 1994; 34 (3):378-85.

Martínez MA. "Las familias ya no podemos más". Riesgos de exclusión social de las familias que cuidan de enfermos crónicos graves. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* 2002; 35: 145-65.

Morris M. Gender-sensitive home and community care and caregiving research: A synthesis paper. Final report. National Coordinating Group on Health Care Reform and Women, Health Canada. Documento electrónico 2001. Disponible en: <http://www.cewhcesf.ca/healthreform/publications>

Standing H. El género y la reforma del sector salud. Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies 2002. Publicación Ocasional N°3.

Yoo BK, Bhattacharya J, McDonald KM, Garber AM. Impacts of informal caregiver availability on long-term care expenditures in OCDE countries. *Health Serv Res* 2004; 39: 1971-92.

Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Bilbao: Fundación BBV; 1999.

Moore MJ, Zhu CW, Clipp EC. Informal cost of dementia care: estimates from National Longitudinal Caregiver Study. *J Gerontol* 2001; 56 B (4): S219-28.

Anderson A, Levin LA, Emtinger BG. The economic burden of informal care. *Int J Technol Assess Health Care* 2002; 18(1): 46-54.

Artaso B, Martín M, Cabases JM. El coste del cuidado de pacientes mayores con patología psicogeriátrica en la comunidad. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30 (3):135-41.

Carmichael F, Charles S. The opportunity cost of informal care: does gender matter?. *J Health Economics* 2003, 22 (5): 781-803.

Twigg J, Atkin K. Carers Perceived. Policy and Practice in Informal Care. Buckingham: Open University Press; 1994.

Twigg J. Cuidadores de los ancianos: modelos para un análisis. En: Jamieson A, Illsley R. Comparación de las políticas europeas de atención a las personas ancianas. Barcelona: SG Editores y Fundación Caja Madrid; 1993, p.35-51.

Department of Health. United Kingdom. Caring about carers: A national strategy for carers. Disponible en: <http://www.carers.gov.uk> (accedido 1/03/02).

Finberg LF, Newman SL, Van Steenberg C. Family Caregiver Support: Policies, perceptions and practices in 10 states passage of the National Family Caregiver Sup-

port Program. Family Caregiver Alliance 2002. Consultado en <http://www.caregiver.org>. (accedido 20/08/03).

Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist* 2002; 42 (3): 356-372.

Esping-Andersen, G. *Three worlds of welfare Capitalism*. New Jersey: Princeton University Press; 1990.

García-Calvente MM, Castaño López E, Mateo Rodríguez I. *Análisis de género de políticas, programas e intervenciones sobre cuidadoras y cuidadores informales en España*. Granda: EASP y Observatorio de Salud de las Mujeres, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Dirección General de Asistencia Sanitaria, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan atención a cuidadoras familiares en Andalucía. <http://www.sas.juntaandalucia.es/principal/documentos> (accedido 10/03/07).

Armstrong P, Armstrong H. Thinking it through: Women, work and caring in the New Millennium. <http://www.medicine.da.ca/mcewh>.

Eduardo Zafra, Rosana Peiró, Nieves Ramón, Carlos Álvarez-Dardet, Carme Borrell, "Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España" *Rev. Gaceta sanitaria*, julio 2006. Volumen 20 - Número 04 p. 295 - 302

Rodríguez Cabrero G. Dependencia y Atención sociosanitaria. *Boletín sobre envejecimiento Perfiles y Tendencias* 2000; 2:1-6

Plan de Servicios Sociales de Andalucía. (1993-1996)

Plan de Atención Integral a Personas Mayores, de Andalucía. Propuesta de modelo desde Servicios Sociales (documento no publicado. 1996).

3^{er} Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Sevilla, 2003.

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cartera de Servicios de Procesos Asistenciales Integrados 2006.

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2006.

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cartera de Servicios de Atención Especializada 2006.

Plan Marco de Calidad de la Consejería de Salud de Andalucía. Consejería de Salud de Andalucía. Mapas de Procesos 1 y 2.

Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2004.

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía.

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Examen de Salud para Mayores de 65 años.

La atención a la dependencia en España. D, Casado-Martín, Rev., *Gac. Sanit.* 2006; 20 (Sup. 1):135-42
INSALUD Cartera de Servicios en Atención Primaria. Subdirección General de Atención Primaria. Año 2002.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. Subdirección General de Atención Primaria. "Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia" Madrid, 2002.

La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. ED. Defensor del Pueblo: Informes, Estudios y Documentos. Madrid, 2000.

Oferta pública y privada de servicios sanitarios por Comunidades Autónomas. Beatriz González Rosa M Urbanos Pedro Ortega. *Rev., Gac. Sanit.* Mayo 2004. Volumen 18 - Número Supl.1 p. 82-89.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan Cuide su vista.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan para la promoción de la Actividad Física.

Servicio Andaluz de salud. Enfermera Comunitaria de Enlace, una estrategia de mejora para los cuidados a domicilio. Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Revisión año 2004.

Servicio Andaluz de salud. Manual de objetivos y Actividades de las enfermeras Comunitarias de Enlace. Documento 4. Plan de apoyo a las Familias Andaluzas. Enero 2005.

Servicio Andaluz de salud. Unidad de Coordinación de Cuidados. Enfermera de Enlace Hospitalaria.

Servicio Andaluz de salud. Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria. Guía de Procedimientos. Plan de Apoyo a las Familias. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Octubre 2003.

Servicio Andaluz de salud. Guía para el Desarrollo de la terapia Ocupacional en Atención Primaria de Salud. Plan de apoyo a las Familias Andaluzas. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Octubre 2003.

Servicio Andaluz de Salud. Plan integral de Salud Mental 2003-2007. Consejería de Salud de La Junta de Andalucía. Sevilla 2004.

Geriatria XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

Ruipérez I. Envejecimiento, siglo XXI y solidaridad. *Rev Esp. Geriatr Gerontol.* 2002; 37 (S29): 3-6.

Alonso T. Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil. *Rev. Esp Geriatr Gerontol* 2004;39: 1-67 44. Gómez-Pavón J., Ruipérez I., Rodríguez A., Rodríguez J., González J. L. y Maturana N. Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2006; 41: 1-82.

La actividad y calidad de los hospitales andaluces 2004. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2005. Respuesta a la pregunta escrita relativa a especialidad de geriatría en los hospitales andaluces (BOPA núm. 195 de 11-05-2005).

Rubenstein L., Stuck A., Siu A., Wieland D. Impacts of Geriatric evaluation and management program on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39S: 8-16.

Instituto Nacional de la Salud. Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores. Madrid 1996.

Litago C y cols, Aten Primaria 2005; De Alba C y cols, Aten Primaria 2003; de Alba C y cols, Aten Primaria 2001; Martín Lesende I, Aten Primaria 2005

SANCHO, M. (2006) El Sistema de Protección Social ante situaciones de dependencia: retos de futuro, en *La Dependencia: un reto interdisciplinar*, Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología. Navarra.

Regato P, Sancho T: "La coordinación sociosanitaria como eje de actuación en la comunidad", en *Atención domiciliaria. Organización y práctica*. Springer, Barcelona, 1999.

Rodríguez Rodríguez P: "El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia". Documento de trabajo 87/2006. Fundación Alternativas. Madrid 2006

Leichsenring, K. Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea, *Boletín sobre el envejecimiento*, núm. 15, IMSERSO. Madrid 2005

OECD Social Policy Division. "Long-Term Care for Older People". OECD 2005.

Gaminde I. Formulación de políticas sociosanitarias: dificultades y perspectivas. *Gac Sanit.* 2006; 20(4):257-9

Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. Consorci Hospitalari de Catalunya. Barcelona 2007.

Sáez Méndez, H. Calidad de vida en las personas Mayores de Andalucía. Ed Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales. Sevilla 1997.

Gonzalo E y cols. Condiciones de vida de las personas mayores en Andalucía. Granada: EASP, Consejería de Salud y Fundación Andaluza de Servicios Sociales, Consejería de Asuntos Sociales; 2003.

Ferguson J A, Weinberger M: Case management programs in primary care *Journal of General Internal Medicine* 1998; 13(2): 123-126

Morales JM, Gonzalo E, Martín FJ, Morilla JC, Torral I, Rivas A, García JJ, Tobías A, Contreras E, Millán A. Efectividad de un nuevo modelo de atención domiciliaria en Andalucía. (2002).

Bases para un modelo de Atención Sociosanitaria (documento no publicado). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.

Gómez Pavón, J. y cols. Prevención de la Dependencia en las Personas Mayores. 1ª Conferencia de Prevención de la Salud en la Práctica Clínica en España.

