

Las personas mayores y las situaciones de dependencia

MAYTE SANCHO CASTIELLO, ROSA DÍAZ MARTÍN,

PENÉLOPE CASTEJÓN VILLAREJO,

ELENA DEL BARRIO TRUCHADO*

La reciente aprobación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (en adelante LAAD) ha despertado el interés de la ciudadanía por conocer las necesidades de las personas que necesitan mucha ayuda para llevar una vida cotidiana digna. Es sobradamente conocido que la mayoría de ellas son personas de edad avanzada. Sin embargo, el auge del desarrollo de esta importante iniciativa legislativa no debería contribuir en ningún caso a acrecentar esa perversa asociación de la vejez a las situaciones de discapacidad, enfermedad, fragilidad o dependencia.

Quizá por primera vez en la historia de la humanidad, estamos ante un numeroso grupo de ciudadanos (siete millones y medio) que empieza a condicionar las decisiones políticas y las orientaciones económicas, que son objeto de mucha atención como potenciales con-

sumidores, sustituyendo aquellas representaciones sociales y grupales carentes del menor atractivo, por imágenes saludables, activas y sobre todo heterogéneas. Un cambio radical realizado en algo menos de dos décadas.

Abrimos este número dedicado al envejecimiento y la dependencia, ofreciendo una breve panorámica sobre las personas mayores en España, para adentrarnos a continuación en cuestiones más concretas relativas a aquellas que padecen situaciones de dependencia. Dedicamos una parte importante de esta aportación a analizar las respuestas que en este momento están recibiendo a sus necesidades, con especial énfasis en los recursos sociales disponibles a partir de los cuales ha de construirse la red de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Finalmente, se realizan algunos comentarios sobre conceptos y principios que están presentes en esta iniciativa legislativa y que suponen retos importantes en el buen hacer cotidiano que el desarrollo de esta Ley debe suponer.

* Equipo Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO.

1. LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA: CONDICIONES DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES. INDICADORES DEMOGRÁFICOS, DE SALUD, ECONÓMICOS, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y OTROS

1.1. Demografía de la vejez: Población

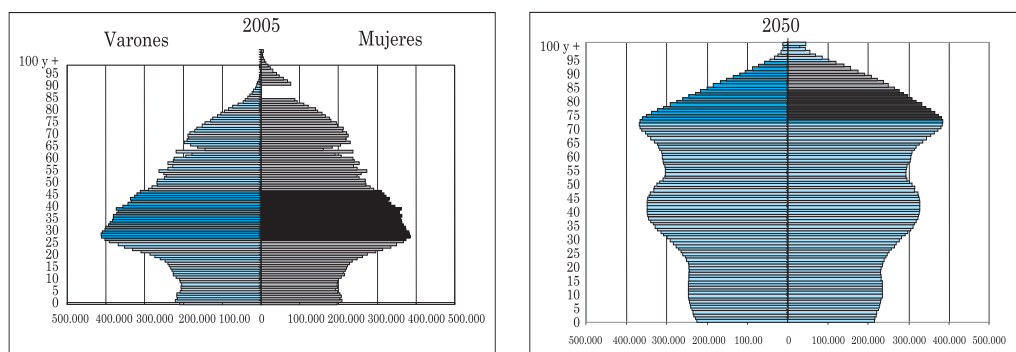
El indicador demográfico sin precedentes, en este camino del envejecimiento, ha sido sin duda la extensión de la mayor esperanza de vida a toda la población, lo que se ha denominado como la «democratización de la vejez». La esperanza de vida ha aumentado a lo largo del último siglo de manera espectacular. En España se estima que la esperanza de vida al nacer en 2002 en varones y mujeres era de 76,4 y 83,0 años, respectivamente (INE, 2006).

La población mayor comienza a ser un segmento muy importante de nuestra sociedad representando a un 16,7% del total de la población. Según los datos del último Padrón Municipal a 1 de enero de 2006, había conta-

bilizadas en España 7.484.392 personas que han superado el umbral de los 65 años. Y en unos años, estos datos se elevarán desorbitadamente cuando la población nacida durante el *baby-boom*¹ llegue a esa etapa vital.

El año 2020 se configura como el próximo hito histórico. Es el momento aproximado de entrada de las generaciones del *baby-boom* en edades de jubilación; la población mayor superará los 8,5 millones de personas, la mayoría de ellos habrán participado en el mercado de trabajo y adquirido derechos contributivos. Las proyecciones² del Instituto Nacional de Estadística señalan que en el año 2050 habrá en España 16.387.874 personas mayores, lo que se corresponderá con el 30,8% de la población total. En mitad de siglo la población mayor alcanzará a ser un tercio del total. Las proyecciones de población de Naciones Unidas (2004) para 2050 calculan que España será el tercer país más envejecido del mundo con un 34.1% de población mayor en ese año, estando por delante Japón e Italia.

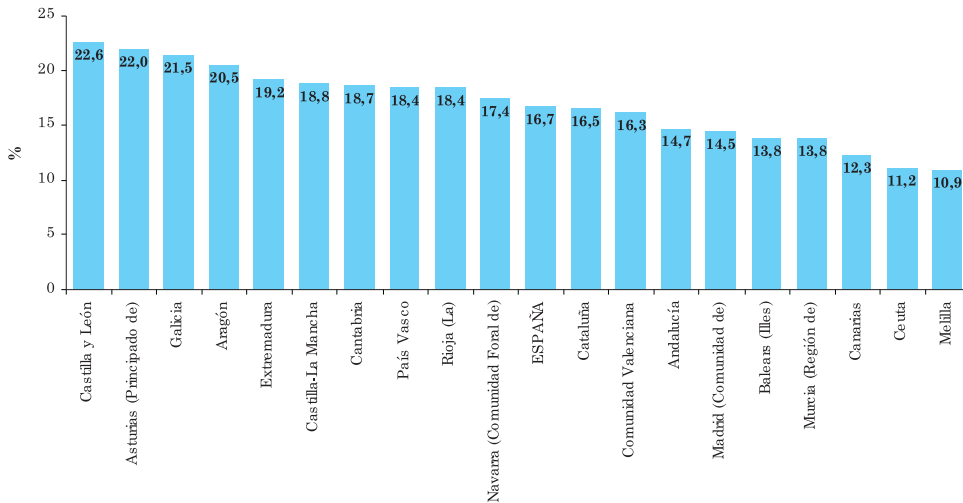
GRÁFICO 1. POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD, 2005 Y 2050



¹ *Baby-boom*: Periodo que se caracterizó por un fuerte aumento de la natalidad. En España entre el 1957 y 1977.

² Proyección del INE (Escenario 1) basada en el Censo de 2001, publicada en agosto de 2004.

GRÁFICO 2. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES.
COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 2006



Fuente: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2006. INE 2006.

Además de este aumento de población mayor, se está produciendo un evidente envejecimiento de las personas mayores de más edad, es decir, de las personas octogenarias, lo que se ha denominado como «envejecimiento del envejecimiento». Las cifras absolutas muestran que, en 2006, había en España 1.974.823 personas de 80 y más años, representado el 4.4% de la población total y el 26.4% de la población mayor. En 2050, este porcentaje se habrá incrementado hasta el 11.1% de la población total (casi 6 millones de personas) y al 36% de la población mayor.

1.1.1. Hábitat

El proceso de envejecimiento, aunque es una tendencia general en toda España, se caracteriza por diferencias interterritoriales entre comunidades autónomas, y entre los diferentes hábitats. Los principales indicadores demográficos son diferentes para cada comunidad autónoma lo que se traduce en un desigual índice de envejecimiento en cada una de ellas, por lo que existen comunidades más envejecidas y otras más jóvenes. Res-

pecto al hábitat, la mayor concentración de personas mayores se produce en áreas urbanas. El 71.7% de los mayores residen en municipios urbanos; el 17.3% en municipios rurales intermedios y el 11.0% en municipios propiamente rurales. Este patrón de distribución de la población se repite en cualquier otro grupo de edad, en el que cada vez juega un papel más relevante la población urbana y tiene un menor peso la rural. El lugar donde residen las personas mayores condiciona claramente el diseño de las políticas sociales y de planificación de servicios. En la ciudad, esta mayor concentración permite la existencia de una «red de seguridad» que permite a los planificadores de servicios obtener mayor eficiencia en el gasto social. Aun así, en numerosas ciudades existen servicios cercanos a las personas mayores que los necesitan, pero de difícil acceso, ya sea por la escasa accesibilidad de los mismos edificios en los que viven, muchos de ellos sin ascensor, o por las dificultades que impiden a una persona mayor moverse por su barrio, como la no accesibilidad del transporte o la no adaptabilidad del entorno. En el medio rural el problema es la dispersión en núcleos pequeños y distan-

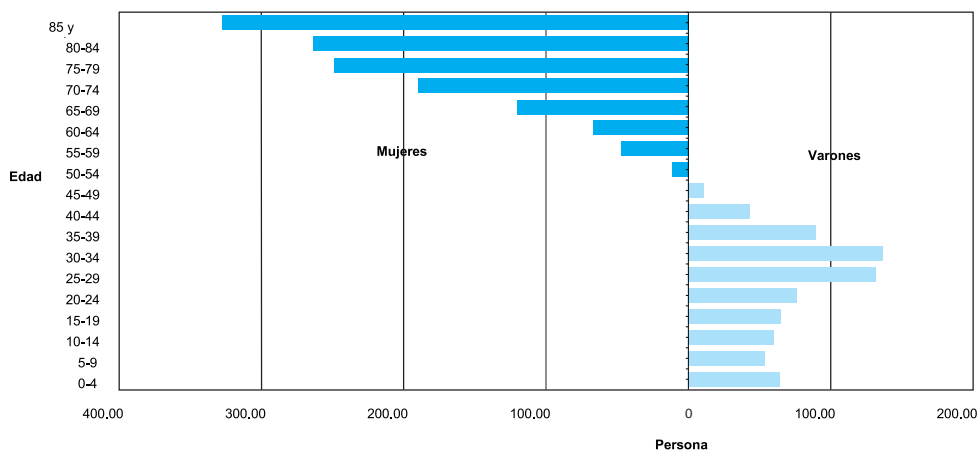
tes lo que dificulta la prestación de servicios. Este es un asunto difícil de articular en comarcas rurales, por lo que se necesitan nuevos programas innovadores que superen esta dificultad. En algunas Comunidades ya están en este camino uniendo los servicios sociales a las nuevas tecnologías y dando impulso a los recursos domiciliarios.

1.1.2. Género

El género predominante en la vejez es femenino. Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, lo que condiciona una femini-

zación de esta etapa vital. El mayor número de mujeres que de hombres en las edades avanzadas es una característica mundial lo que tiene implicaciones para la sociedad y los propios individuos. La *sex ratio*³ evoluciona a lo largo de la vida de las cohortes⁴. Nacen aproximadamente 106 niños por cada 100 niñas, pero estas cifras se van equilibrando en edades maduras. Por encima de los 85 años hay 234 mujeres por cada 100 varones. Este triunfo femenino en la vejez supone, en realidad, una victoria con un alto coste ya que esa esperanza de vida mayor no se traduce casi nunca en una mejor calidad de vida, como se indica más adelante el indicador

GRÁFICO 3. DIFERENCIA ENTRE MUJERES Y HOMBRES POR GRUPOS DE EDAD, 2005



Fuente: INE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2005.

³ Número de varones por cada cien mujeres.

⁴ Cohortes de nacimiento: Conjunto de individuos nacidos en un determinado período.

*esperanza de vida libre de incapacidad*⁵ (EV-LI) muestra que las mujeres viven más años, pero los viven con un peor estado de salud (ver epígrafe 1.2. Estado de salud).

1.2. Estado de salud

La esperanza de vida es uno de los indicadores más frecuentes de aproximación al estado de salud de la población. Los últimos cálculos para este indicador se encuentran en el Anuario Estadístico de España 2006 del INE, donde se enuncia que para el año 2002 era de 79.7 años, lo que representa una evolución temporal ascendente pero no implica necesariamente, que todos los años en los que se incrementa la vida sean años en buen estado de salud.

Como hemos reflejado anteriormente, la esperanza de vida para las mujeres españolas es de 83 años, casi 7 más que la de los hombres (76,4). La situación, *a priori*, más ventajosa para las mujeres, queda matizada por los datos que se ofrecen en *Indicadores de Salud 2005*, elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo; en dicho informe se incorpora el índice EVLI, ya mencionado (ver nota al pie núm. 5), que sintetiza no sólo la duración, sino también la calidad de vida. La EVLI al nacer en el año 2000 era 70.7 años (69.0 en hombres y 72.4 en mujeres) y a los 65 años es para los varones de 11.7 y para las mujeres de 12.6; es decir, para las personas de 65 años, ya sean hombres o mujeres, el buen estado de salud se incrementará sólo 12 años más. El resultado es una expectativa de años vividos con incapacidad de 7.1 para los hombres y 10.4 para las mujeres (8.7 para ambos sexos).

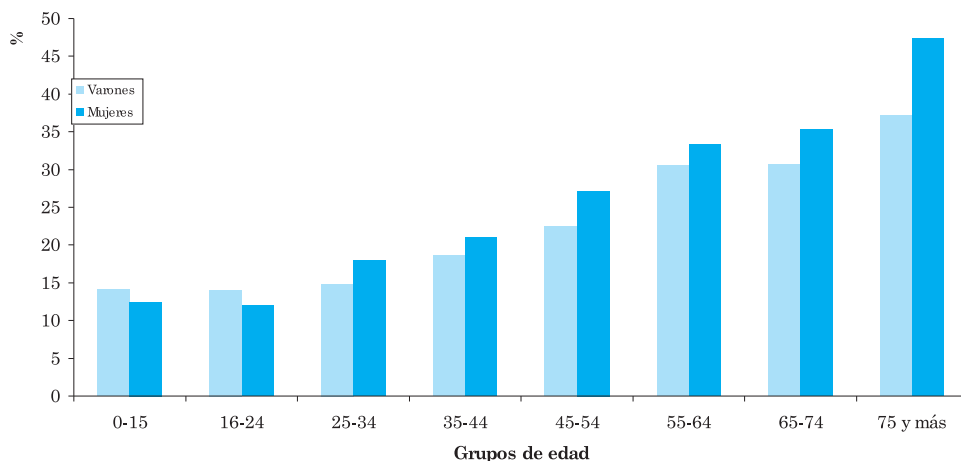
⁵ *Esperanza de vida libre de incapacidad*: Indicador elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo para su informe: *La salud de la población española en el contexto europeo y el Sistema Nacional de Salud. Indicadores de Salud, 2005*.

Otra de las formas para conocer el estado de salud de la población es la evaluación que el propio individuo hace de su salud, conocida como *estado de salud subjetivo* que refleja el estado físico, las enfermedades padecidas, y también los factores sociales, económicos y del entorno de la persona. Según los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores 2006 (IMSERO-CIS), un 46,5% de la población mayor manifiesta tener un estado de salud bueno o muy bueno, aunque con diferencias considerables según sexo: más de la mitad de los hombres (54.4%) lo definen así, mientras que en el caso de las mujeres el porcentaje desciende hasta el 40.6%. Por otro lado, el porcentaje de mujeres que consideran que su salud es mala o muy mala prácticamente duplica al de los hombres de la misma opinión (17,5 y 9,8 respectivamente).

El 22.2% de la población total española declaró haber padecido alguna enfermedad (dolencia o impedimento) en los últimos doce meses, que la limitó en su actividad habitual durante más de diez días (Encuesta Nacional de Salud, INE 2003). Hasta los 24 años los varones presentan porcentajes de enfermedad algo más altos que las mujeres; de los 25 en adelante la tendencia se invierte, y a mayor edad, mayor es la proporción de mujeres que enferman respecto a la de los hombres. A los 75 años la diferencia entre sexos alcanza su cota más alta, las mujeres de esa edad que declararon haber enfermado superan a los hombres en un 28%.

Casi un tercio de la población de personas mayores (31%) declara problemas osteoarticulares, siendo este grupo de enfermedades las que de manera más frecuente dice padecer este grupo de edad. Las mujeres manifiestan tener esta dolencia en proporciones muy superiores a los varones; ellos señalan en mayor medida problemas de corazón y aparato respiratorio, afecciones asociadas a hábitos de vida no saludables.

GRÁFICO 4. ENFERMEDAD DECLARADA EN CADA GRUPO DE EDAD Y SEXO (%), 2003

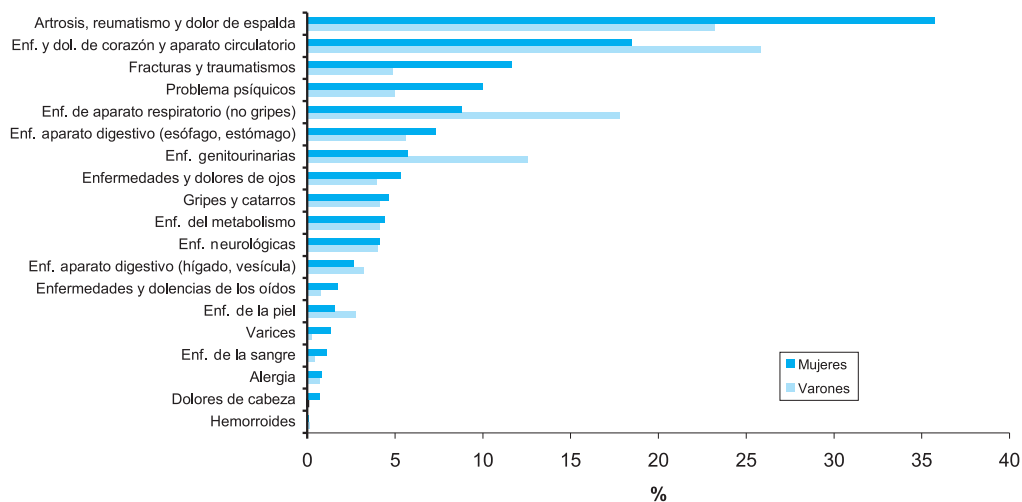


Nota: en los últimos 12 meses.

1) Se recogen las dolencias o enfermedades que hayan limitado la actividad habitual durante más de 10 días seguidos.

Fuente: INE: INEBASE: Encuesta Nacional de Salud. Tablas nacionales, 2003. Estado de salud y accidentalidad. INE, 2006.

GRÁFICO 5. DOLENCIAS DECLARADAS POR LA POBLACIÓN DE EDAD, 2003



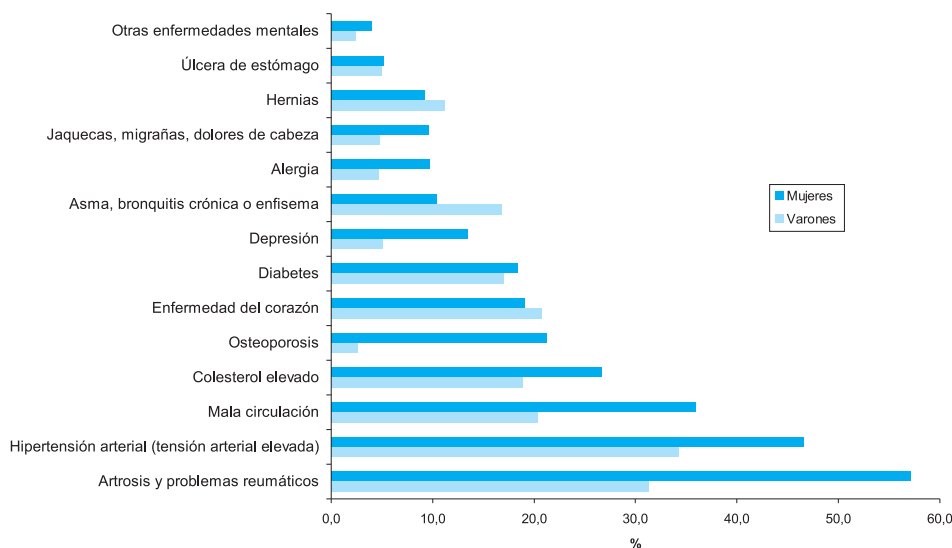
Nota: Porcentajes verticales; multirespuesta, la suma no da 100.

Fuente: MSC-INE: Encuesta Nacional de Salud, 2003.

Cuando se pregunta por enfermedades crónicas diagnosticadas las respuestas no presentan incoherencias respecto a las auto-declaradas: cerca de la mitad de las personas

de 65 y más años tienen artrosis o problemas reumáticos; a continuación le sigue la hipertensión arterial (41,3%), y con porcentajes menos elevados, la mala circulación (29,3%)

GRÁFICO 6. ENFERMEDAD CRÓNICA DIAGNOSTICADA, 2003



Nota: Diagnosticada por el médico.

Fuente: INE-MS: Encuesta Nacional de Salud, 2003.

y el colesterol elevado (23,4%). De las catorce enfermedades por las que se preguntó, tan sólo en tres los porcentajes masculinos superan a los femeninos.

La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE, 2004) muestra un panorama distinto, pues son los hombres los que presentan mayor número de altas en todos los tramos de edad, exceptuando las cohortes que van desde los 14 a los 44 años y coincidiendo con la edad en la que las altas por parto hacen que la morbilidad femenina sea superior. A partir de los 65 años, las diferencias entre los sexos se acentúan, y en el tramo de 74 a 84 años el número de altas de los varones supera en un 52% al de las mujeres.

Casi dos quintos (38,6%) de todas las altas hospitalarias correspondieron a personas mayores; constituye el grupo de población más significativo respecto del conjunto total de hospitalizados. La distribución por edades de la morbilidad indica que el tramo de 65 a 74 años es en el que mayor porcentaje de ingresos se suceden (16,7%).

Los datos sobre defunciones según causas de muerte que ofrece el INE para el año 2004, siguen esta misma línea al mostrar una mayor mortalidad entre los hombres de 65 y más años (mueren 4.838 por cada 100.000, frente a las 3.742 fallecidas por cada 100.000 mujeres). También muestran una homogeneización del proceso de muerte: cada vez se muere más tarde, por lo que los fallecimientos se concentran en las edades más elevadas. Nueve de cada diez fallecidos por enfermedades del aparato circulatorio tienen 65 o más años, ésta es la principal causa de muerte entre las personas mayores.

1.3. Posición económica. El sistema de pensiones

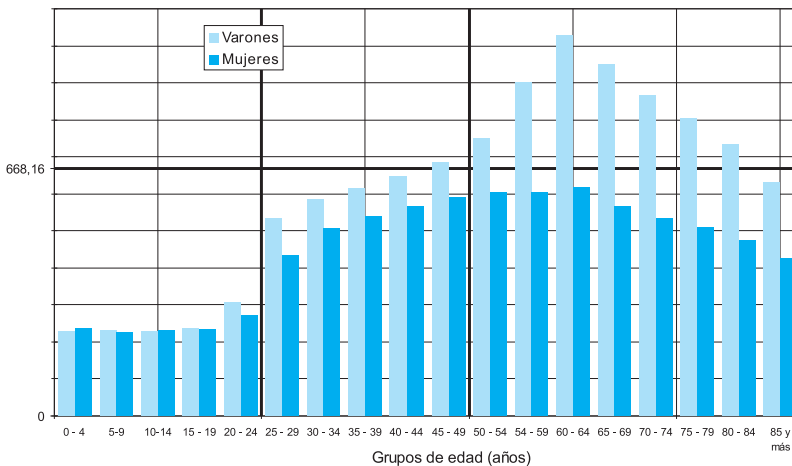
La situación económica de las personas mayores viene determinada, principalmente, por la cuantía de las pensiones que reciben. Tanto las pensiones de jubilación por un lado, como las pensiones de viudedad por otro. Estas últimas se han convertido en un meca-

nismo de protección a la vejez, sobre todo a la vejez femenina, en la medida en que constituyen la fuente principal de ingresos, si no la única, para un buen número de mujeres mayores en nuestro país (Pérez Ortiz, 2007).

El importe medio de las pensiones contributivas de la Seguridad Social, a 1 de enero de 2007, era de 668,16 euros/mes. Mientras que la cuantía media de las pensiones de jubilación asciende a 752,79, el importe medio de

la pensión de viudedad es de 495,86. Esta diferencia en la cuantía, se refleja en una desigualdad de disposición económica entre hombres y mujeres mayores. El importe de las pensiones recibidas por las mujeres, sin importar el tipo, es mayoritariamente menor que la media. Esto se agrava con la edad, resultando que el valor mínimo de las cuantías de estas pensiones se sitúa entre las mujeres de 85 y más años (426,59 €).

GRÁFICO 7. PENSIONES CONTRIBUTIVAS DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL: PENSIONES MEDIAS MENSUALES POR EDAD Y SEXO
1 de enero de 2007



Fuente: INSS: *Evolución mensual de las pensiones del Sistema de la Seguridad Social*, 1 de enero de 2007.

Un aspecto muy importante que también determina la posición económica de las personas mayores, es la disposición de vivienda en propiedad. El 87.2% de las personas mayores tiene una vivienda en propiedad (INE, Censo 2001), lo que supone un alivio para los presupuestos de los mayores y también un atractivo negocio para el sector inversor y bancario que, últimamente, oferta una gran variedad de productos en el ámbito de las hipotecas inversas. Pero además de ser un recurso importante como delimitador de la situación económica, tiene especial relevancia

en relación con la calidad de vida y las opciones para poder elegir el lugar de residencia, aún en condiciones de dependencia.

1.4. Nivel de instrucción

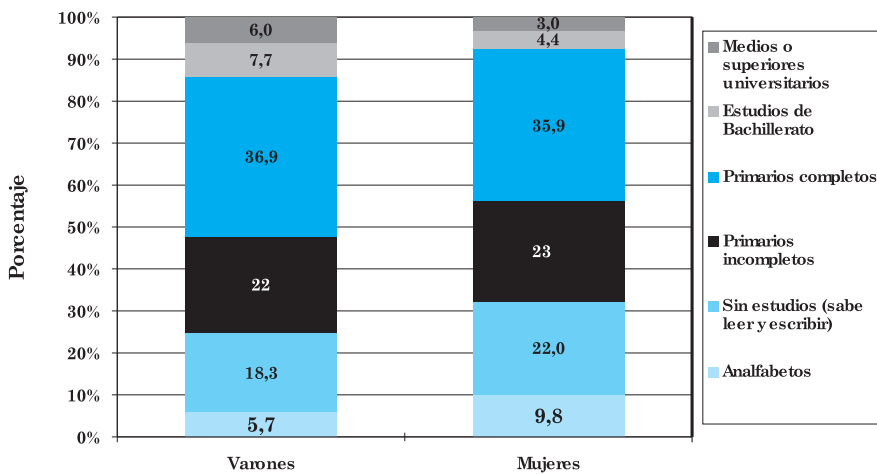
Un indicador a tener en cuenta en la descripción de las condiciones de vida de las personas mayores es el nivel de formación, por estar directamente relacionado con numerosos parámetros que determinan formas y hábitos de vida relacionados con la salud. Aunque el

nivel educativo de las personas mayores ha ido en aumento en estos últimos años, todavía se mantiene una tasa considerable de personas que se sitúan en el analfabetismo. El 8,1% de la población mayor es actualmente analfabeta. Con una incidencia del 5,7% entre los varones y del 9,8% entre las mujeres, es decir, hay casi dos mujeres por cada hombre que no saben leer ni escribir. Este porcentaje se eleva

a un 12,0% entre la población de 85 y más años. (IMSERSO, ECVN 2006)

El nivel educativo de una población tiene incidencia en aspectos muy importantes de la vida de ese grupo. Un nivel educativo bajo resulta determinante en cuestiones tan destacadas como el bienestar, el estado de salud y las situaciones de discapacidad y dependencia. (Abellán y Esparza, 2006)

GRÁFICO 8. NIVEL DE FORMACIÓN ALCANZADO POR LOS MAYORES DE 65 Y MÁS AÑOS



Fuente: Observatorio de personas mayores-IMSERSO. Encuesta condiciones de vida de las personas mayores.

1.5. Familia y convivencia

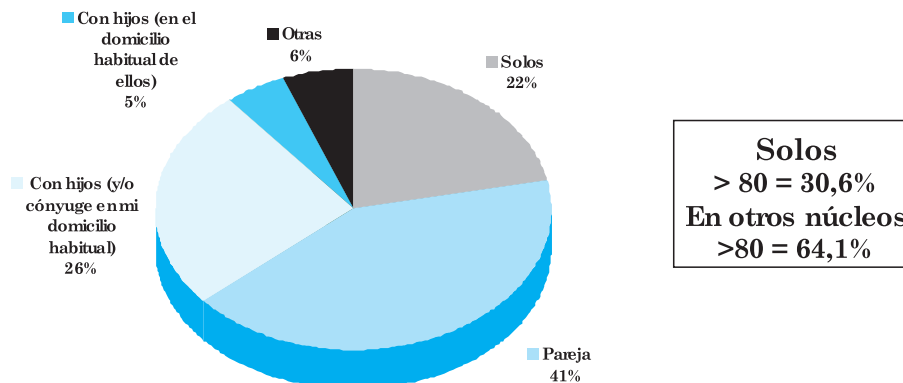
El envejecimiento de la población tiene también consecuencias en la estructura y organización de la familia. En la actualidad, y gracias al aumento de la longevidad, conviven en una misma época diferentes generaciones de una misma familia. La coexistencia de cuatro generaciones en un mismo momento es un hecho histórico, no sólo convivimos con nuestros padres e hijos, sino que también se conforman familias con la presencia del bisabuelo/a. Esta nueva organización familiar de persistencia de varias generaciones, y por tanto, de familias «extensas», se

opone, por otro lado, al paso de la familia extensa (muchos miembros cohabitando en la misma vivienda) a la familia nuclear (hogar compuesto por pocos miembros). Este cambio ha afectado sustancialmente a los hogares de las personas mayores. La forma de convivencia mayoritaria de la población mayor es la pareja (41,7%), seguida de la soledad (21,4%) (IMSERSO, ECVN 2006).

El tamaño medio del hogar⁶ de las personas mayores (2,3 personas) ha descendido sustancialmente en los últimos años, al igual

⁶ Número de personas que convive en el hogar.

GRÁFICO 9. FORMAS DE CONVIVENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES



Fuente: Observatorio de personas mayores-IMSERSO, *Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores*.

que en el resto de la población. Aunque la tendencia sea la misma para la población de otras edades, los datos muestran que los hogares compuestos por personas mayores tienen un tamaño medio menor que el resto. En la vejez se cohabita con un número más limitado de personas y está muy extendida la vida en soledad.

La soledad incide sobre todo en el género femenino. El 29% de las mujeres mayores vive en esta situación, frente al 11% de los varones. Algunas de las causas son: la mayor esperanza de vida de las mujeres, el hecho diferencial de que la edad de contraer matrimonio es casi siempre mayor entre los hombres, y que, en el estado de viudedad, son las mujeres las que prefieren seguir manteniendo su autonomía residencial, al estar tradicionalmente más habituadas al ámbito doméstico que los varones. El aumento del número de personas mayores que viven solas es un asunto muy abordado por las políticas públicas actuales, al estar vinculado a una mayor fragilidad, especialmente, en cuanto a la incidencia de dependencia.

Pero, aunque el hogar unipersonal sea algo muy frecuente entre la población mayor, y la familia extensa se catalogue dentro de la extinción, estos cambios tan acelerados no han supuesto que desaparezcan los lazos fa-

miliares tan característicos de nuestra sociedad. La familia «extensiva», en la que si bien ha disminuido el grupo familiar en el hogar, ello no implica que disminuya la importancia y el apoyo de la familia, sino solo se modifica en la forma. La familia sigue siendo central, no desaparecen las relaciones familiares entre generaciones, únicamente dejan de cohabitar en la misma vivienda; es lo que se ha denominado «intimidad a distancia».

Entre la población mayor, un 72,6% tiene hijos/as que viven en su mismo barrio, pueblo o ciudad, manteniendo contactos semanales el 79,8%. De esta manera se conforma una red cercana de apoyo social, instrumento muy útil como sustento material y emocional. El mantenimiento de contactos con el exterior, ya sea a través de la familia, amigos o vecinos, tiene un aspecto positivo muy importante tanto en el plano afectivo, el estado de ánimo y la salud, como en el de poder disponer de apoyo y ayuda en determinados momentos. «La cantidad y calidad de las relaciones que tiene un individuo y que le proveen de ayuda, afecto y autoafirmación personal, tienen no sólo influencia en el funcionamiento social del individuo, sino que median en el mantenimiento de la autoestima durante la vejez y tiene una posible función «amortiguadora» en relación con las pér-

didas». (Díaz-Veiga, 1987 en Yanguas Lezaun, 2006).

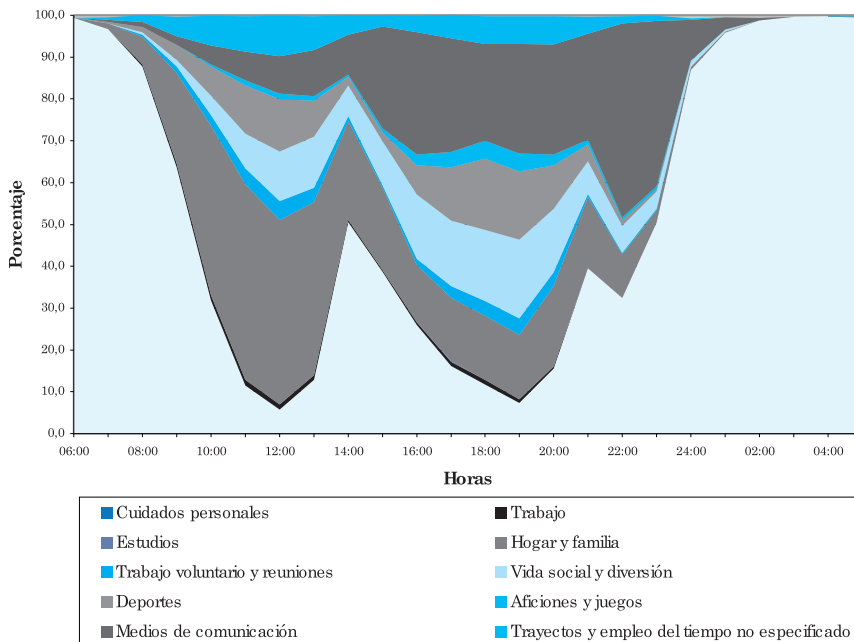
1.6. Otros indicadores: estereotipos y uso del tiempo

Los estereotipos existentes y tan extendidos en nuestros días nos ofrecen una imagen de las personas mayores asociada al gasto y a la carga social, impidiéndonos dar la importancia que se merece a las aportaciones que realizan. La cotidianidad de las personas mayores es característicamente activa y realizan numerosas y continuadas aportaciones económicas y sociales a la colectividad, aunque, demasiadas veces, resultan «invisibles» por estar fuera del mercado de trabajo. Sin embargo, en España las personas mayores llevan a cabo su vida diaria realizando actividades muy variadas, que pueden englobar-

se entre las que realizan para sí mismas, como necesidades esenciales y de ocio, y las que hacen para y por los demás, como las de participación, voluntariado o ayuda a otros hogares. La actividad de la población mayor es notablemente alta y su utilización del tiempo diversificada.

Algunas de las actividades a las que dedican su tiempo son las domésticas y familiares; en esta etapa de la vida es en la que más se suavizan los roles de género y son, sobre todo las abuelas, un recurso muy utilizado para el cuidado de niños/as, siendo su intervención decisiva para alcanzar la tan anhelada conciliación de la vida laboral y familiar. El trabajo voluntario y el apoyo informal ocupan también a un porcentaje destacado de la población mayor que realiza esta tareas de modo continuo y desinteresado. (Barrio Truchado, 2007).

GRÁFICO 10. RITMOS DE ACTIVIDAD DIARIA ENTRE LAS PERSONAS MAYORES



Fuente: Uso del tiempo entre las personas mayores. *Boletín sobre el envejecimiento "Perfiles y Tendencias"*, núm. 27. Observatorio de personas mayores-IMSERSO, marzo 2007.

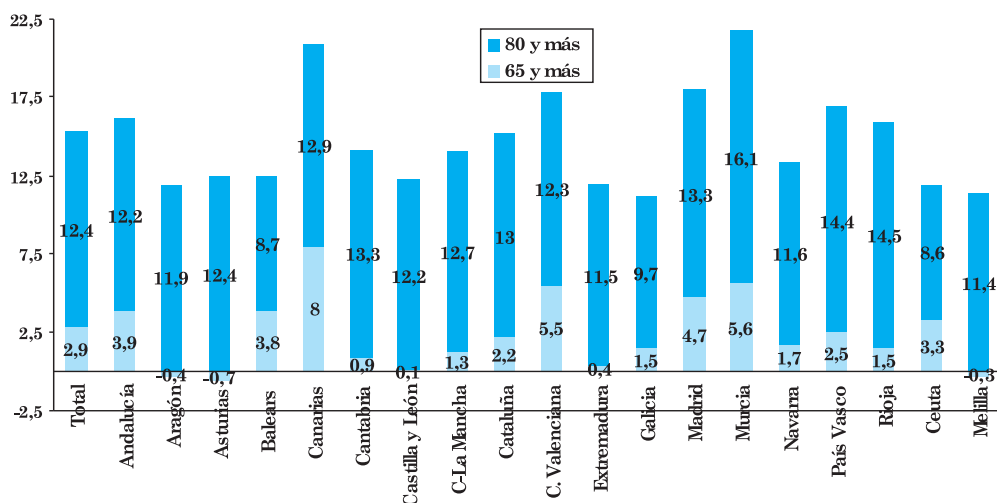
2. ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Según las estimaciones realizadas en el Libro Blanco sobre la Atención a las personas en situación de dependencia en España (2005), basadas en la explotación de la Encuesta Nacional de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, IMSERSO, ONCE, 1999), en 2005 había 1.125.190 personas en situación de dependencia grave o muy grave, que podrían ser beneficiarias de un sistema de protección a la dependencia. De ellas, 826.551 serían mayores de 65 años.

Es sobradamente conocido que existen múltiples cuantificaciones sobre la población española en situación de dependencia condicionadas sobre todo, por el número de activi-

dades de la vida diaria que se incluyen en los cálculos. Entre las personas mayores de 65 años, un 21,5% son dependientes en algún grado, de ellos un 14,9% declara una dificultad absoluta para la realización de actividades de la vida diaria, grave un 29% y moderada el 56,1%, según su propia percepción de severidad (INE. ENS: Encuesta nacional de salud, 2003, microdatos. En Abellán García, 2006). En definitiva, el establecimiento de un sistema de protección a las personas que necesitan mucha ayuda, pasa siempre por la definición de un «umbral de entrada» al sistema y de una fórmula de graduación de los niveles de dependencia que permita clasificar cada uno de ellos en grupos, asignándoles las correspondientes cuantías en sus prestaciones económicas e intensidades en la oferta de servicios (Libro Blanco, 2005).

GRÁFICO 11. INCREMENTO DE LA POBLACIÓN MAYOR 2003-2006 DE 65 Y DE 80 AÑOS SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA



Fuente: INE. Padrón municipal de habitantes 1 de Enero de 2003 y 1 de Enero de 2006

Recientemente ha sido aprobado el Marco de Cooperación Interadministrativa para el desarrollo de la Ley, previsto en el artículo 10, en el que se actualizan, utilizando los datos del padrón municipal de 2006, las cuantificaciones de población potencialmente usuaria a 1.173.764, de las cuales, 867.207 son

personas mayores. En consecuencia, a lo largo de este trabajo se utilizará siempre la cuantificación realizada para la puesta en marcha de la Ley.

Durante los años 2007 y 2008 se realizará una nueva Encuesta de Discapacidad, Auto-

TABLA 1. PROYECCIONES DE POBLACIÓN DEPENDIENTE EN 2007

Población dependiente	Total	< 65 años	65-79 años	80 y + años
Total	1.173.764	306.557	373.929	493.278
Grado III	205.915	31.500	47.730	126.585
Grado III (nivel 2)	73.093	11.181	16.943	44.969
Grado III (nivel 1)	132.821	20.318	30.787	81.716

Fuente: Observatorio de personas mayores-IMSERSO, 2007. Elaboración propia.

nomía y Dependencia (EDAD) que, sin duda, aportará nuevas informaciones y datos más ajustados a la realidad actual de las personas que necesitan ayuda. No obstante, se pueden avanzar algunas de las características más destacadas de este grupo poblacional:

- Es norma general en todas las sociedades desarrolladas que la prevalencia de la discapacidad se incrementa con la edad. En España los mayores de 65 años constituyen el 74% de la población dependiente.
- Entre el grupo poblacional de edades más jóvenes la dependencia es mayor en varones que en mujeres. Esta tendencia se invierte, sin embargo, a partir de los 50 años. En ese momento el número de mujeres dependientes supera al de hombres. En la vejez la dependencia tiene un claro perfil femenino. A partir de los 65 años el 68,5% de las personas dependientes son mujeres. A partir de los 80 un 73%.
- El estado civil en el que se encuentra el mayor porcentaje de personas mayores dependientes es la viudez, con tasas del 32,2%, doblando la cifra de las personas que se encuentran casadas.
- El nivel de instrucción es uno de los factores más determinantes de las situaciones de dependencia y discapacidad. El riesgo de padecer discapacidad aumenta a medida que desciende el nivel educativo. Entre las personas que no tienen estudios y son analfabetas el porcentaje de dependencia asciende a un 29,8%, mientras que entre las personas con estudios superiores es de un 13,1%.
- Como es lógico, las personas mayores con alguna dependencia declaran un peor estado de salud que la media de ese mismo grupo de edad. Algo más de la mitad, el 51,1% autopercebe su salud como mala o muy mala, frente al 12,6% del resto.
- Las enfermedades más diagnosticadas entre este grupo son la artrosis y los problemas osteoarticulares, lo que se traduce en que las discapacidades más extendidas son las concernientes a la movilidad. Las personas dependientes padecen una media de casi cuatro enfermedades, casi el doble que aquellas que no necesitan ayuda. (ENS, 2003)
- Existe amplia evidencia científica sobre la influencia de la actividad física en la salud objetiva de los individuos. La realización de prácticas sedentarias es tres veces superior entre las personas dependientes. El sedentarismo puede ser causa de dependencia, pero también es cierto que ciertas enfermedades que causan dependencia pueden ser el motivo de una menor movilidad.

TABLA 2. POBLACIÓN DEPENDIENTE (Estimación 2007)

	< 65 años	65-79 años	80 y + años	Total
Andalucía	60.139	67.165	74.844	202.147
Aragón	7.446	11.358	19.099	37.147
Asturias	7.845	11.557	16.928	36.330
Baleares	7.753	6.641	9.238	23.632
Canarias	13.805	12.959	13.174	39.938
Cantabria	3.441	5.225	8.029	16.695
Castilla y León	15.087	25.578	43.352	84.017
Castilla-La Mancha	13.223	18.534	26.103	57.860
Cataluña	48.215	55.603	77.799	181.617
C. Valenciana	32.819	40.336	45.980	119.135
Extremadura	7.505	11.303	14.884	33.692
Galicia	18.774	29.164	43.305	91.243
Madrid	40.285	41.282	52.128	133.695
Murcia	10.091	10.999	12.154	33.245
Navarra	3.790	4.694	7.784	16.269
País Vasco	13.052	17.990	23.501	54.544
Rioja	2.183	2.667	4.191	9.041
Ceuta	527	460	428	1.416
Melilla	576	414	356	13.461
TOTAL	306.557	373.929	493.278	493.278

Fuente: Observatorio de personas mayores-IMSERSO, 2007. Elaboración propia.

– La forma de convivencia cambia a lo largo del proceso de envejecimiento. Entre las personas dependientes el ciclo más frecuente se inicia en hogares con parejas, y se acaba, a edades elevadas,

en hogares multigeneracionales, habitualmente conviviendo con algún hijo, aumentando también la institucionalización y disminuyendo el número de hogares solitarios.

3. LA RESPUESTA A LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA.

3.1. El sistema de apoyo informal

Como se viene constatando en distintas investigaciones del IMSERSO (Colectivo IOÉ/IMSERSO/CIS, 1995; IMSERSO/GFK, 2005) la principal respuesta a las situaciones de dependencia, aun cuando requieran de cuidados de larga duración, proviene del denominado sistema de apoyo informal; término amplio con el que se quiere hacer referencia a todos los cuidados y atenciones que no son dispensados por el sistema público, o por el mercado, pero que se acaba materializando, la mayor parte de las veces, en familiares de sexo femenino.

En la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores 2006 (IMSERSO-CIS), se preguntó a las personas entrevistadas acerca de su capacidad para desempeñar una serie de actividades de la vida diaria (incluyendo en la lista tareas básicas e instrumentales). También se les pidió que indicasen, en caso de no poder realizarlas, quién era la persona que principalmente les proporcionaba la ayuda. El 38,5% de las de las respuestas dadas señala a las hijas; en segundo lugar, con un peso porcentual del 22,2 aparecen los esposos o esposas; los siguientes, aunque a considerable distancia, son los hijos (10,2%), y a continuación las personas empleadas de hogar (9,2%) sucedidas por el resto de categorías. Sin embargo, estos mismos datos varían atendiendo al sexo de la persona que requiera la ayuda. Cuando son mujeres las que necesitan apoyo, la clasificación se mantiene pero los porcentajes cambian: la importancia de las hijas entre las respuestas obtenidas aumenta a un 44% y los maridos bajan hasta un 15,4%. En el caso de ser hombres los necesitados de ayuda, las esposas pasan a ocupar el primer lugar con un peso porcentual de 42, después las hijas (22,3%), los hijos (8,5%), empleadas/os de hogar (7,4) y demás respuestas.

Las pautas de cuidados que resultan de la explotación de esta encuesta siguen apuntando a un modelo tradicional en el que las construcciones de género colocan a las mujeres como principales responsables de la dispensación de ayuda. La distinta situación conyugal y residencial con la que se encuentran hombres y mujeres al entrar en situaciones de dependencia vendría a explicar, en parte, la menor implicación de los esposos en los trabajos de cuidado; los hombres casados a menudo tienen mayor edad que sus esposas, por lo que, cuando son dependientes, pueden contar con ellas como cuidadoras potenciales, mientras que las mujeres, dada su mayor esperanza de vida, suelen estar viudas cuando la discapacidad las limita. Por otra parte, al centrar la atención en la generación posterior y observar la desigual participación de hijos e hijas en estas tareas, podemos seguir pensando en la estructura sexo-género como la argumentación con más capacidad explicativa.

El análisis de los distintos tipos de actividades para las que prestan apoyo los hijos e hijas señala a los roles de género como factor operante. Las tareas en las que más presencia tienen los hijos son: hacer gestiones, administrar el dinero, ir al médico, utilizar el transporte público, hacer compras..., todas ellas, actividades instrumentales. En las definidas como básicas para la vida diaria es donde menores porcentajes alcanzan. Por el contrario, las tres actividades en las que las hijas obtienen más altos porcentajes son: comer, utilizar el WC y asearse/ arreglarse, relativas, por tanto, al cuidado personal.

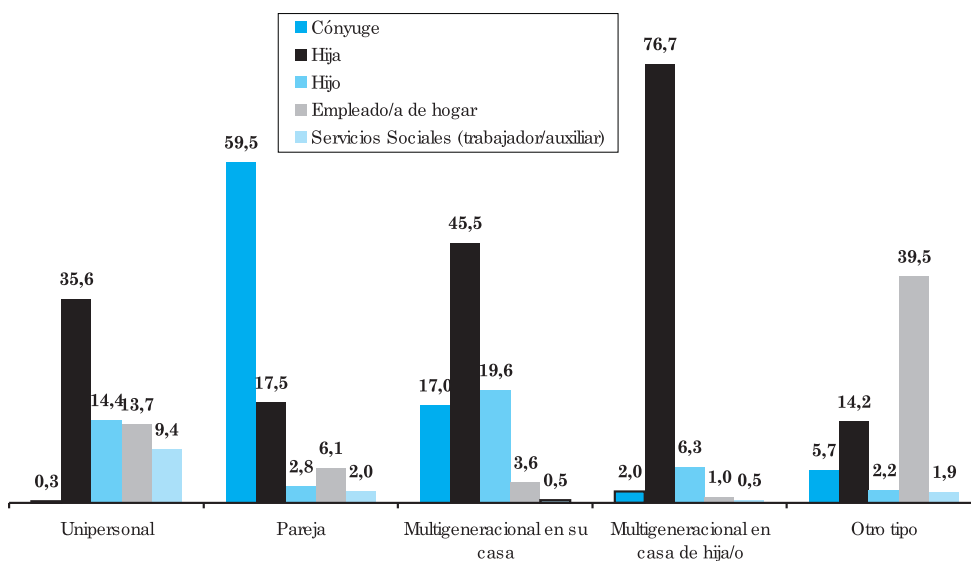
En hogares compuestos por una pareja mayor, la ayuda proviene en primer lugar de los cónyuges (59,5%). Cuando la persona mayor vive sola, la figura principal en la provisión de cuidados es la hija (35,6%). Especialmente interesantes parecen las diferencias entre las personas mayores que cohabitan con sus descendientes en su propia casa y las que lo hacen en la casa de éstos; en este último caso, el peso porcentual de las hijas es

TABLA 3. PERSONA QUE DISPENSA LOS CUIDADOS SEGÚN TIPO DE ACTIVIDAD
Porcentajes horizontales

	Cónyuge	Hija	Hijo	Empleado/a de hogar	Otros	Nadie, necesita ayuda pero no la tiene	N.C.
Ponerse los zapatos	24,9	41,6	5,0	11,8	12,9	0,3	3,4
Vestirse/desvestirse	26,6	38,3	5,5	14,2	10,3	0,5	4,5
Bañarse/ducharse	24,1	40,1	5,6	9,8	15,1	0,9	4,3
Asearse/arreglarse	19,4	43,3	5,9	13,8	12,4	0,5	4,6
Comer	21,3	44,5	6,2	15,7	7,6	0,0	4,6
Utilizar el WC	20,7	44,4	6,4	12,2	9,5	0,7	6,2
Andar por la casa	23,4	41,3	6,7	11,9	7,8	0,7	8,1
Levantarse/acostarse	27,1	37,8	7,1	12,4	10,3	0,7	4,6
Hacer otras tareas domésticas	17,3	31,4	7,2	21,6	16,3	1,4	4,8
Utilizar el teléfono	21,4	41,0	8,4	5,8	11,7	1,0	10,7
Tomar medicación(control)	25,4	41,7	8,7	10,9	9,3	0,7	3,3
Preparar comidas	20,6	36,1	9,5	12,9	12,1	0,6	8,3
Salir a la calle/desplazarse por la calle	24,1	35,6	9,7	8,0	12,7	1,5	8,5
Hacer compras	24,6	36,2	11,4	7,6	11,9	1,1	7,2
Utilizar el transporte público	22,1	35,3	11,4	3,9	10,1	2,5	14,8
Ir al médico	21,4	42,4	12,9	5,7	11,7	0,7	5,1
Administrar el dinero	23,6	38,1	16,9	3,7	6,8	0,1	10,9
Hacer gestiones	17,9	39,2	20,2	3,6	8,9	0,8	9,4

Fuente: IMSERSO-CIS, Encuesta sobre Condiciones de Vida de las Personas Mayores, septiembre 2006.

GRÁFICO 12. CUIDADORES/AS SEGÚN TIPO DE HOGAR DONDE VIVE LA PERSONA MAYOR QUE RECIBE LA AYUDA.



Nota: no se incluyen todas las categorías de cuidadores

Fuente: IMSERSO-CIS, Encuesta sobre Condiciones de Vida de las Personas Mayores, septiembre 2006.

llamativamente alto (76,7%), por lo que podría deducirse que –cuando la dependencia empuja a las personas mayores a salir de su casa e instalarse en la de un descendiente– será, con mucha probabilidad, en la de una hija. Cuando estamos ante un hogar multigeneracional y la casa es propiedad de la persona mayor que requiere los cuidados, las hijas siguen siendo las primeras procuradoras, pero también es la situación residencial donde mayor participación tienen los hijos (19,6%). Los descendientes que permanecen en el hogar de la persona mayor podrían considerarse «no emancipados», siendo éste el contexto de convivencia que más propicia la participación de los hijos varones en el trabajo de cuidado.

3.2. Servicios Sociales

Sin entrar a analizar la breve historia del proceso de implantación de nuestro Sistema de Servicios Sociales, podemos afirmar que a partir de los años 80 es cuando se produce el auténtico desarrollo de un modelo público de atención a las personas mayores. En esos años se intentaba dar respuesta a necesidades asociadas no tanto a las situaciones de dependencia, como a las carencias de tipo socioeconómico que padecía, con especial intensidad, el grupo de los mayores de 65 años. La década de los 90 ha supuesto la implantación definitiva de un Sistema público de Servicios Sociales. De hecho, en un corto espacio de tiempo, se ha puesto en marcha una amplia gama de servicios y programas que pretenden dar respuesta a un conjunto mucho más heterogéneo de necesidades.

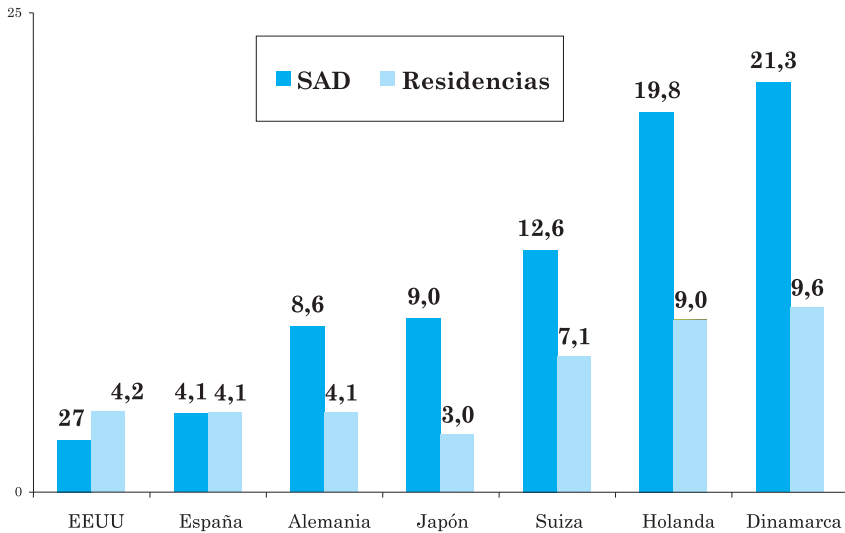
La difusión del Plan Gerontológico en 1993 no ha sido ajena a este proceso, impulsando un cambio cualitativo en la concepción de la planificación y el abordaje de la atención a las personas mayores y convirtiéndose en referente de múltiples planificaciones posteriores. Pero sobre todo, este Plan estableció las bases conceptuales del modelo público de servicios sociales, adop-

tando a lo largo de todos sus contenidos el lema «envejecer en casa», que ya había sido difundido años antes por varios organismos internacionales.

En definitiva, al menos aparentemente, hemos conseguido homogeneizar nuestro discurso sobre la vejez con los países más avanzados en políticas sociales. Pero nuestra distancia de más de veinte de años con gran parte de Europa, no desapareció a la hora de poner en práctica este excelente diseño de planificación. De hecho, su grado de ejecución se ha valorado como bastante escaso, muy especialmente en cuanto al desarrollo de servicios domiciliarios, que dieran coherencia a sus planteamientos conceptuales. El hecho de que el Plan Gerontológico no llegara a tener valor normativo, su escasa dotación presupuestaria y su coincidencia, en su periodo de desarrollo, con el proceso de descentralización de competencias en esta materia, sin duda han contribuido a que su aplicación no fuera la deseada. En definitiva, la distancia con Europa y con los países de la OCDE era y sigue siendo importante, como se puede observar en el gráfico y tabla siguientes.

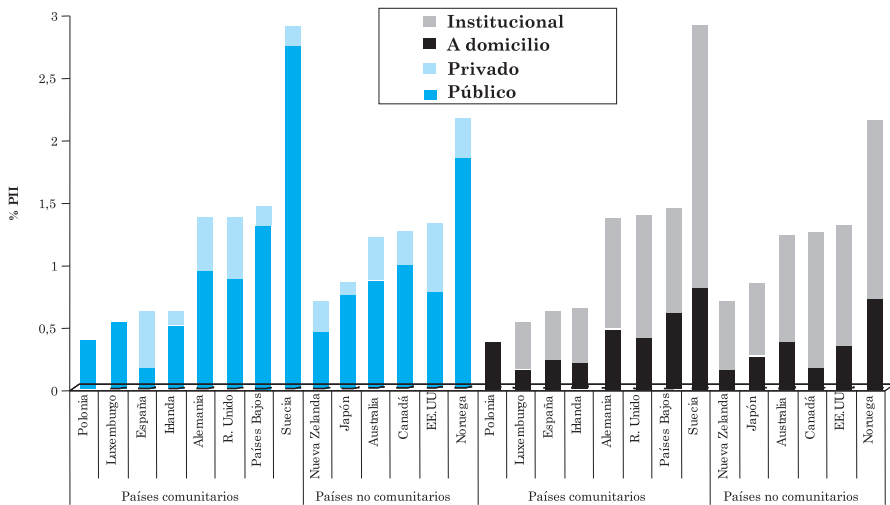
La oferta de Servicios disponibles e incluso su desarrollo, previsto en muchas de las planificaciones gerontológicas, no responde aún hoy a las recomendaciones de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y de otros organismos internacionales, ni a las opiniones y preferencias de la ciudadanía (CIS, 2001). La opción de permanecer en el domicilio habitual durante la vejez es la más deseada, clara y contundente, para la población española, sea cual sea la generación y edad del entrevistado. Sin embargo, el desarrollo de nuestros servicios domiciliarios y residenciales no ha guardado relación con estas preferencias ni recomendaciones, la realidad del desarrollo de los servicios domiciliarios ha sido escasa en relación con la evolución residencial y, en cualquier caso, insuficiente.

GRÁFICO 13 RATIOS DE COBERTURA DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO Y DE RESIDENCIAS



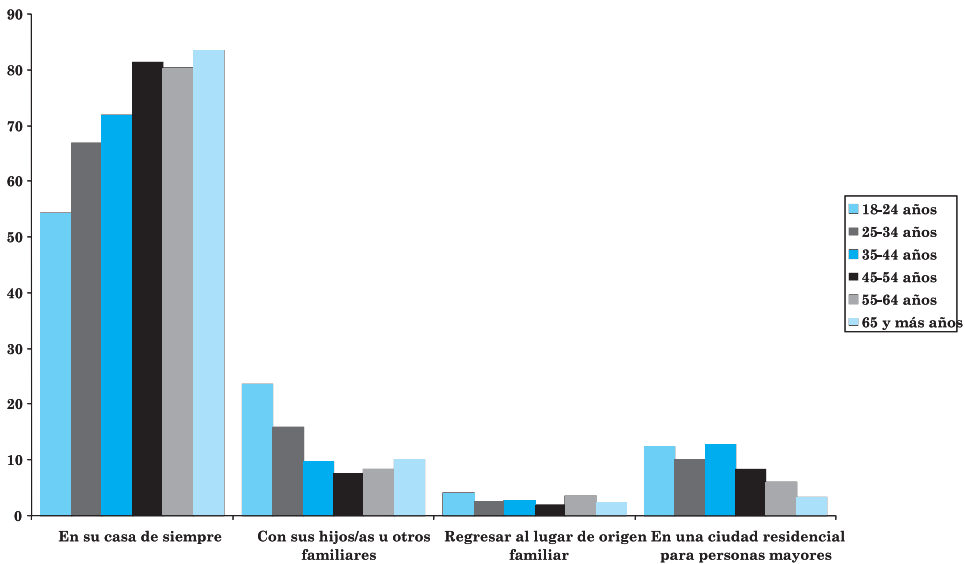
Fuente: Observatorio de personas mayores-IMSERSO, 2007. Elaboración propia sobre varios textos procedentes de UE. y OCDE. Datos 2005-2006 según países.

GRÁFICO 14. ESTRUCTURA DEL GASTO EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN ALGUNOS PAÍSES DE LA OCDE, 2000



Fuente: OCDE, Projecting OCDE health and long-term care expenditure, Economics Department Working Papers, n. 447. Tomado de OPM-Alboma, «Servicios sociales para personas mayores en España», Perfiles y tendencias, n. 22, abril 2006: 42.

GRÁFICO 15 EXPECTATIVAS SOBRE LA FORMA DE RESIDENCIA DESEADA EN LA VEJEZ, SEGÚN LA EDAD DEL ENTREVISTADO, 2001



Fuente: CIS, noviembre 2001.

Como puede observarse, las expectativas de convivencia con otros, aunque sean los hijos, son muy poco deseadas y, significativamente, acudir a cualquier tipo de centro residencial es una opción que se desea menos aún a cualquier edad y todavía menos a medida que se tienen más años.

3.2.1. Nuestra situación actual

Sin pretender un análisis detallado, para el que remitimos al realizado en el Libro Blanco de atención a la dependencia, ofrecemos aquí unas breves notas sobre el desarrollo y actual situación de los principales recursos que intervienen en la atención a las personas mayores en situación de dependencia.

Los Servicios de atención domiciliaria:

Los SAD (Servicios de Atención Domiciliaria) desde su comienzo, hace ya casi 30 años,

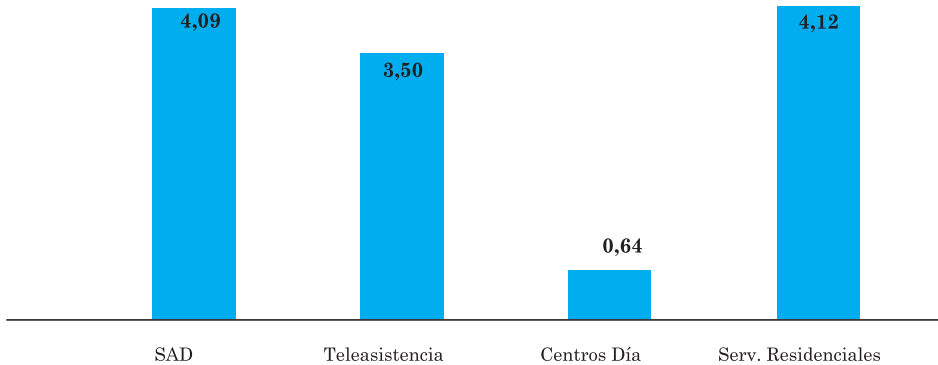
han experimentado una importante transformación. Hemos pasado de los escasos centenares de usuarios de comienzos de los años 80 a los 305.801, en enero 2006.

En lo que se refiere a las características territoriales de este servicio, parece que la desigualdad es el rasgo dominante.

A escala nacional, el índice de cobertura, definido como porcentaje de personas de 65 y más años usuarias del servicio, se sitúa como media en 4,09. La Comunidad con mayor índice de cobertura en el SAD es Extremadura, con un 9,82, cerca de seis puntos por encima de la media nacional. También destacan Castilla-La Mancha y Madrid con índices de 6,37 y 6,29 respectivamente.

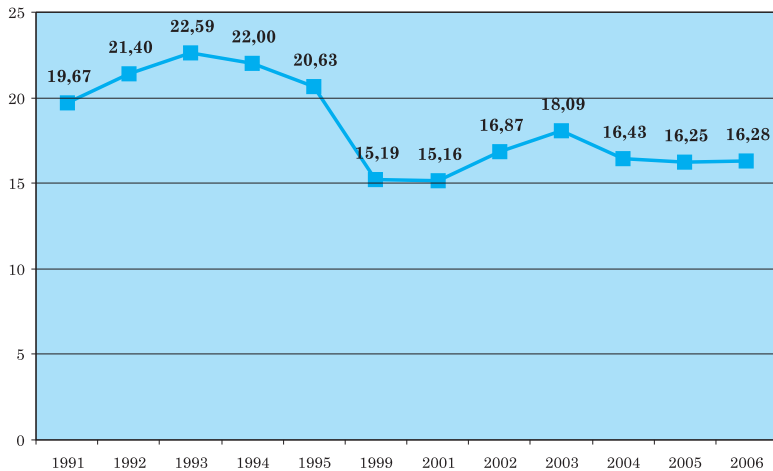
Sin embargo, no es el número de usuarios y su progresión cuantitativa lo que puede indicarnos qué tipo de servicio estamos ofreciendo; la intensidad horaria y otros parámetros cualitativos son determinantes en la esencia de la prestación de este recurso. En

GRÁFICO 16 ÍNDICE DE COBERTURA DE ALGUNOS SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA (Enero 2006)



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE (2006). *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2006*. Elaboración Propia.

GRÁFICO 17 EVOLUCIÓN DE LA INTENSIDAD HORARIA EN AYUDA A DOMICILIO, 1991-2006



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000,2002, 2005) *Las Personas Mayores en España. Informes 2000, 2002 y 2004*; Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. Elaboración propia

enero de 2006, esta intensidad horaria, definida como el número de horas de atención por usuario al mes, se situaba como media en 16,28 horas/ mes/ usuario, lo que supone pocos minutos más de 4 horas a la semana.

La insuficiencia de este servicio para la

atención a personas dependientes y ayuda a sus cuidadores es evidente. Si comparamos esta situación con las establecidas ya por el Consejo Territorial de la Dependencia parece claro que éste será el servicio que tendrá que realizar un esfuerzo mayor para adaptarse a la nueva situación.

TABLA 4 INTENSIDAD DEL SERVICIO DE AYUDA A SOMICILIO

Grado III GRAN DEPENDENCIA		Grado II DEPENDENCIA SEVERA	
Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 1
70 – 90 horas/mes	55 – 70 horas/mes	40 – 55 horas/mes	30 – 40 horas/mes

CUANTÍAS MÁXIMAS DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, GRADO III

Grado III	Vinculada al servicio	Cuidados entorno familiar	Asistencia personal
Nivel 1	585 euros/mes	390 euros/mes	585 euros/mes
Nivel 2	780 euros/mes	487 euros/mes	780 euros/mes

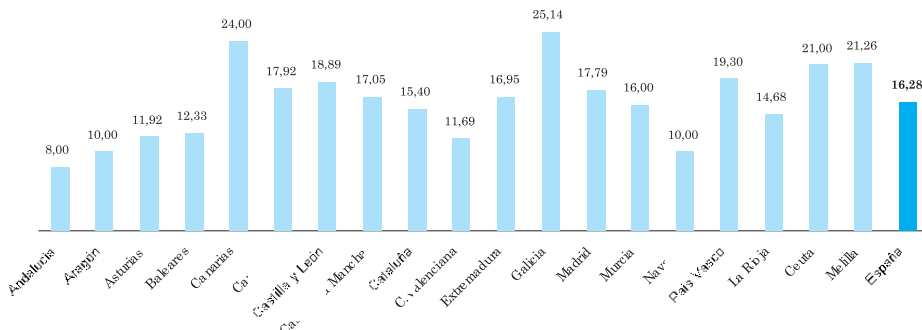
Fuente: Elaboración propia sobre los acuerdos del Consejo Territorial de la Dependencia. 2007.

Aún se dedica la mayor parte del tiempo a las tareas domésticas (10,31 horas), mientras que bastante menos de la mitad de la intensidad horaria media es dedicada a cuidados personales (5,07 horas). Esta distribución, al igual que los demás indicadores no es uniforme para todas las Comunidades Autónomas. Asimismo, hay que destacar su evolución a lo largo del período 1999-2006, siendo cada vez más las Comunidades en las que la propor-

ción de tiempo dedicado al cuidado personal del mayor supera al tiempo dedicado a tareas domésticas.

Por otro lado, la disparidad territorial existente en cuanto a los precios públicos/hora de los servicios domiciliarios aporta una idea bastante realista sobre la desigualdad en la atención dispensada. El precio público del SAD se sitúa como media nacional en

GRÁFICO 18 SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO. INTENSIDAD HORARIA (1 de enero 2006)



Fuente: Comunidades Autónomas, Cidades Autónomas y Diputaciones Forales. Elaboración Propia. Enero 2003.

12,12 euros/hora/usuario. Existiendo importantes oscilaciones entre Comunidades: Navarra y Melilla con un precio de 22,32 y 20,09 euros/hora respectivamente, frente a Extremadura y Cantabria, territorios con el precio público más bajo: 6,18 y 7,30 euros/hora, respectivamente. Esta diferencia de más de un 300% en el precio hora, evidencia distinta concepción, naturaleza, tipología y calidad del servicio que, sin lugar a dudas, trasciende a las características socioeconómicas propias de cada Comunidad.

Los servicios domiciliarios que incluyen también acompañamiento y apoyo psicosocial y, en ocasiones, comidas o lavandería, deben reorientarse como servicio de apoyo a las familias cuidadoras y de provisión socio-sanitaria, integrada o coordinada con el Sistema Nacional de Salud, para la atención a la dependencia más grave.

Los SAD son innegablemente los servicios que mayor transformación y desarrollo deben experimentar, si quieren dar respuesta las necesidades reales de las personas en situación de dependencia. Sin duda alguna, este será uno de los retos más complejos al que

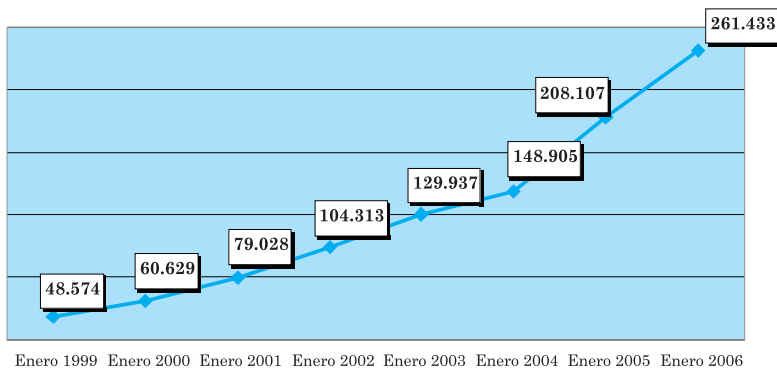
es necesario hacer frente en la aplicación de la LAAD.

Teleasistencia

La evolución de este servicio ha sido exponencial desde hace una década, que se tienen los primeros datos sobre su cobertura. Se ha pasado de 7.070 usuarios en 1995 a 261.433 en enero de 2006, lo que supone un índice de cobertura del 3,5 % sobre las personas mayores de 65 años y aproximadamente el 11% sobre el total de personas mayores que viven solas. A pesar de este enorme desarrollo, se ha desaprovechado este servicio para avanzar en la atención integral de las personas mayores con problemas de dependencia o soledad.

La Teleasistencia puede ser un elemento clave para la promoción de la autonomía personal y el apoyo en el mantenimiento de la persona dependiente en su entorno habitual, siempre que se contemple como un servicio complementario de la ayuda a domicilio.

GRÁFICO 19 **SERVICIO PÚBLICO DE TELEASISTENCIA .EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE USUARIOS (1999-2006)**



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000,2002, 2005). *Las Personas Mayores en España. Informe 2000,2002 y 2004*. Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. Elaboración propia.

Los Centros de Día

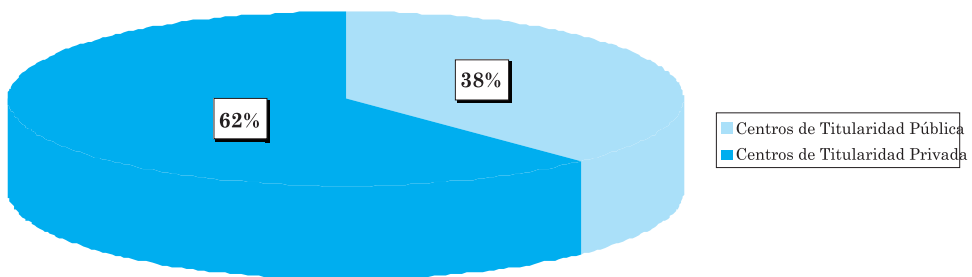
Como servicios intermedios y de respiro familiar son un recurso fundamental para el mantenimiento de la persona dependiente en su entorno habitual y desempeñan un papel esencial en el apoyo a las familias cuidadoras.

Es un recurso relativamente reciente, existe desde hace poco más de una década, y quizá por ello persisten aún diferencias de conceptualización e importantes desigualda-

des territoriales bajo esta misma denominación. Tiene ya bastante demanda tanto por la función terapéutica que realiza con la persona dependiente como por hacer posible la compatibilización de la vida familiar y laboral. Quizá se explique por ello el desarrollo exponencial del sector privado que gestiona ya un 62% de las plazas, si bien la financiación predominante sigue siendo pública en un 60%.

Actualmente existen 47.624 usuarios, lo que supone un índice de cobertura del 0,64%.

GRÁFICO 20 CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES
DISTRIBUCIÓN DE CENTROS SEGÚN TITULARIDAD. Enero 2006



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. Elaboración propia

Residencias

Es el servicio con más antigüedad y que mayor transformación ha experimentado en los últimos años, tanto en cuanto a la organización de la vida cotidiana de los residentes, como en la tipología de servicios que oferta. Ha evolucionado desde una concepción inicial plenamente asilar, pasando por un periodo marcadamente hotelero, hasta la actualidad que presenta una imagen de cobertura socio-sanitaria, que no siempre se corresponde con la realidad del quehacer cotidiano, ni de la *ratio* de profesionales involucrados.

El número total de plazas residenciales a enero 2006 era de 298.870, tanto públicas como privadas. De ellas, todavía solo 156.973, el 52,5% de las plazas residenciales, son para personas dependientes y están distribuidas en 4.888 centros de los que 3.886 pertenecen al sector privado. Una vez más, las diferencias interautonómicas son excesivamente acusadas, así como el claro predominio de las plazas de financiación estrictamente privada, que evidencia el esfuerzo que las familias españolas deben hacer, cuando es necesario que sus familiares mayores sean atendidos en un centro residencial.

TABLA 5 CENTROS DE DIA PARA PERSONAS DEPENDIENTES EN ESPAÑA
NÚMERO TOTAL DE CENTROS Y PLAZAS (Enero 2006)

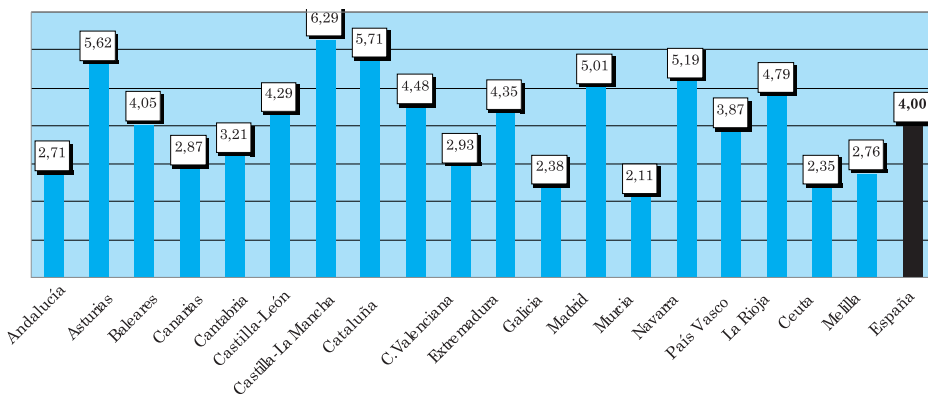
Ambito territorial	Población>65 01/01/2006	Nº de centros Total	Nº plazas Total	Índice de Cobertura (1)
Andalucía *	1.171.494	180	4.265	0,36
Aragón	261.446	21	1.494	0,57
Asturias	236.471	41	1.041	0,44
Baleares	138.277	30	657	0,48
Canarias	246.089	49	1.036	0,42
Cantabria	106.112	25	545	0,51
Castilla y León	570.061	127	2.709	0,48
Castilla-La Mancha	363.046	62	1.370	0,38
Cataluña	1.173.849	646	11.133	0,95
C.Valenciana	780.213	141	5.838	0,75
Extremadura	208.724	61	1.166	0,56
Galicia	594.506	66	2.279	0,38
Madrid	868.361	254	9.525	1,10
Murcia	188.945	33	1.034	0,55
Navarra	104.941	11	288	0,27
País Vasco	393.194	109	2.891	0,74
La Rioja	56.328	13	279	0,50
Ceuta	8.388	1	25	0,30
Melilla	7.316	2	49	0,67
España	7.477.761	1.872	47.624	0,64

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE (2006). *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2006*. Elaboración propia.

(1) Índice de Cobertura: (nº plazas/población >65)×100

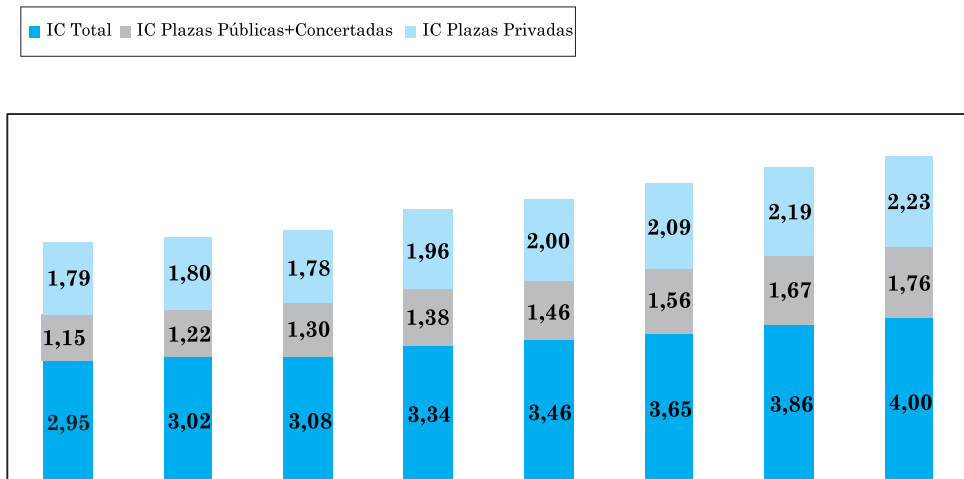
* Andalucía: dato referido a enero 2005.

GRÁFICO 21 CENTROS RESIDENCIALES.ÍNDICE DE COBERTURA PLAZAS
(Enero 2006)



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE (2006). *Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2006*. Elaboración propia.

GRÁFICO 22 PLAZAS RESIDENCIALES. EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE COBERTURA*. (1999-2006)



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000,2002,2005). Las Personas Mayores en España. Informe 2000, 2002 y 2004. Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE Inebase. Revisión Padrón Municipal 1/01/1999 a 01/01/2006. Elaboración propia.
* Índice de Cobertura: (NºPlazas/Pob>65)*100.

4. RETOS DE FUTURO ANTE EL NUEVO DERECHO DE CIUDADANÍA.

4.1. Envejecimiento activo

Las sociedades modernas envejecidas deberían aspirar hoy, más que nunca, a disociar al máximo el binomio edad-dependencia y a conseguir que esta etapa de la vida se caracterice por la actividad, la consecución de proyectos nuevos, o todavía inacabados, y el desarrollo de iniciativas útiles al conjunto de la sociedad (Sancho *et al.* 2007). Para ello, tanto desde las administraciones públicas como desde la iniciativa social, deben emprenderse políticas y programas que promuevan un envejecimiento satisfactorio desde un doble aspecto: la mejoría de la calidad de vida de quien ya ha alcanzado la edad de jubilación e incluso la avanzada vejez y el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes en las personas más jóvenes que garanticen, en lo posible, la prolongación de la vida activa e independiente, hasta su límite máximo.

En coherencia con estos planteamientos, quizás, una de las más importantes contribuciones a la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002) haya sido la realizada por la OMS mediante el documento «**Envejecimiento Activo: Un marco político**». Aborda una serie de aspectos clave con relación al envejecimiento, que lo ha convertido ya en un documento de referencia para la planificación y toma de decisiones en cualquier ámbito: técnico, profesional o político, y define el envejecimiento activo como «el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.» Este concepto se convierte en el paradigma de la participación de los ciudadanos mayores en los procesos sociales y personales como clave de calidad de vida y autonomía, cualquiera que sea la situación de independencia o discapacidad de estas personas.

El afrontamiento del envejecimiento desde el enfoque del ciclo vital lleva implícito el reconocimiento de la diferencia, la diversi-

dad y la falta de homogeneidad del denominado colectivo de personas mayores. Ello supone la obligación de diseñar intervenciones y programas adaptados a las diferentes necesidades de este grupo de población así como a tener en cuenta los contextos y factores ambientales en que las personas envejecen.

Las personas mayores deben acceder a nuevas oportunidades de información y formación que apoyen el aprendizaje a lo largo de toda la vida. Todo ello en el marco del lema «Una sociedad para todas las edades» en el que la flexibilidad en las intervenciones y periodos vitales, en los que estas se ponen en práctica, han de presidir los proyectos gerontológicos, contribuyendo así a ofrecer una imagen del envejecimiento ajustada a la realidad y libre de estereotipos negativos.

4.2. Prevención de la dependencia

Uno de los objetivos prioritarios del paradigma sobre el envejecimiento activo, es la **prevención de la dependencia**. Constituye uno de los principios de nuestra Ley y de todas las que actualmente están en vigor en los países desarrollados. Y es que existe suficiente evidencia científica sobre la eficacia de la prevención en cualquiera de sus niveles: primaria, secundaria y terciaria (Fries, 1980 Gómez *et al.* 2003, Ruipérez, 2004). Las tasas de envejecimiento tanto en el mundo desarrollado como en el que está en vías de hacerlo, no hacen sino aumentar, con especial relevancia para el grupo de mayores de 80 años que es el que crece de forma más intensa. Pero quizá el gran reto de este recién estrenado siglo XXI resida en el cumplimiento de la denominada hipótesis de la compresión de la morbilidad (la reducción de la morbilidad es superior a la reducción de la mortalidad), que supone que no sólo vivamos más años, sino que los podamos disfrutar libres de discapacidad. Las experiencias conocidas en algunos países como Reino Unido, Suecia y EEUU, (Manton, K. y Gu, X. 2001) abren

un horizonte optimista para el futuro próximo. La prevención y la promoción de hábitos saludables constituyen el pilar fundamental de esta deseable aspiración de las sociedades modernas.

Sin duda alguna, el éxito de la aplicación de la Ley dependerá, en gran parte, de la puesta en marcha de programas eficaces de prevención de la dependencia, a través de intervenciones sociosanitarias coordinadas en todos los niveles de actuación.

4.3. Autonomía

La introducción del concepto de autonomía con carácter transversal en la Ley, debe suponer una oportunidad en el abordaje de la atención a las personas mayores que necesitan mucha ayuda para desenvolverse en su vida cotidiana. Hasta ahora, la conceptualización en torno a la autonomía parece que se asociaba al mundo de la discapacidad en las personas jóvenes o adultas, que luchan por mantener su capacidad de elección sobre sus proyectos vitales y la independencia en su vida cotidiana. Sin embargo, la dependencia funcional es un concepto asociado a la vejez, el deterioro, la asignación de recursos y toma de decisiones por otras personas del entorno familiar o profesional. La importancia de que la capacidad de decisión de las personas se sitúe en el centro de las planificaciones e intervenciones con personas mayores en situación de dependencia, es trascendental ya que debe generar cambios sustanciales en los modelos de atención vigentes y en sus consiguientes recursos y servicios.

4.4. Continuidad de cuidados

Concepto entendido como «el derecho que tienen las personas en situación de dependencia a recibir atención formal e informal adecuada». Para ello, ha de organizarse y disponerse un conjunto diversificado de ser-

vicios de proximidad –sociales y sanitarios– que puedan ser utilizados, consecutiva y simultáneamente, y que puedan combinarse con flexibilidad y eficacia para adaptarse a la situación concreta de dependencia y a la evolución que experimente a lo largo del tiempo (Rodríguez P, 2006). Garantizar la continuidad de los cuidados ha sido uno de los objetivos que ha generado la mayor parte de las iniciativas de coordinación entre los sistemas sanitario y social. También entre los diferentes niveles asistenciales de cada sistema, intentando en todos los casos establecer los adecuados circuitos y protocolos de derivación que hicieran posible esta continuidad. Las experiencias españolas y europeas ponen de manifiesto las dificultades de este objetivo (proyecto PROCARE, acuerdos diversos de coordinación sociosanitaria en todos los ámbitos de las administraciones públicas). Sin embargo, podemos constatar cómo países con experiencia en el desarrollo de leyes de protección a la dependencia siguen intentando lograr esa integración de los cuidados desde cualquier sistema de procedencia. El desarrollo de los Centros Locales de Información y Coordinación franceses (CLIC) y estructuras parecidas, puestas en marcha recientemente en Alemania, son una buena muestra de la necesidad de avanzar en este complejo reto.

4.5. Mantenimiento y atención en el entorno habitual

Hemos visto cómo la opinión de los ciudadanos de cualquier grupo de edad y, muy especialmente, de los mayores (Barómetro CIS, 2004. ECDV, 2006) es rotunda acerca de cómo y dónde prefieren recibir atenciones cuando necesiten ayuda. Sin embargo, y quizá por esa falta de «cultura de la autonomía» asociada a la vejez, la realidad de la oferta de servicios se aleja bastante de sus deseos. Una vez más, la Ley nos ofrece la oportunidad de reconducir el modelo de atención a las personas mayores dependientes en varios aspectos:

- Superando la tradicional dicotomía comunitario-institucional en la oferta de recursos. Toda la red de atención deberá tener la característica de proximidad y por lo tanto, un enfoque comunitario que integre todos los recursos necesarios, incluyendo los alojamientos de cualquier tipo. La disociación comunitario (general), especializado (institucional) ha perdido coherencia en el ámbito de la dependencia, donde todos los servicios de una u otra forma, son especializados. Pero, sobre todo, en este momento en el que se produce un crecimiento importante de todos los recursos, tenemos la oportunidad de planificar su uso y oferta de manera mucho más racional. La fórmula «área sociosanitaria» en la que coincidan territorialmente los servicios sociales y sanitarios parece la más coherente, ágil y eficaz, para dar una respuesta adecuada a las situaciones de dependencia (Sancho, 2000, 2006).
- Diseñando un modelo de atención acorde a las necesidades y deseos de sus potenciales usuarios. Es necesario insistir en que la Ley regula un derecho de ciudadanía fundamental, pero no establece el modelo de atención que garantice este derecho. Estamos una vez más ante la oportunidad de ajustar el modelo a las necesidades emergentes, contando con la participación de los interesados y sus familias, llevando a la práctica los principios comentados y la necesaria complementariedad entre todos los actores de este proceso: personas en situación de dependencia, familiares, profesionales, administraciones públicas, proveedores de servicios... Y cómo no, desarrollando decididamente servicios domiciliarios que den respuestas eficaces a sus necesidades.

4.6. Modelo centrado en la persona

Es necesario garantizar el protagonismo de las personas en situación de dependencia

en los diseños de los programas y en los procesos de intervención.

Quizá este sea el reto más complejo a lograr con el desarrollo de esta Ley, pero también el más imprescindible. Se observa cada día cómo las estructuras organizativas de cualquiera de los servicios de atención se imponen sobre las necesidades y deseos de las personas: El tamaño y diseño de los servicios hacen prácticamente imposible la humanización de los mismos, los horarios de los profesionales no se corresponden con los de sus clientes, la escasez de medios y personal obligan a olvidar los programas de intervención que no sean de estricta supervivencia, el respeto a la intimidad se vulnera continuamente... En definitiva, padecemos un excesivo umbral de tolerancia a la hora de valorar la atención que dispensamos a las personas mayores.

La Ley abre un horizonte de esperanza para las personas que necesitan ayuda y sus familias. Pero también lo abre para los profesionales que cada día se ven obligados a dar respuestas no deseadas a las demandas de las personas, derivadas de la escasez de recursos y, en ocasiones, de la falta de formación adecuada para las tareas que tienen encomendadas. En definitiva, estamos ante una oportunidad ilusionante que va a contar con el esfuerzo, la motivación y, necesariamente, la comprensión de muchos ciudadanos desde cualquiera que sea su implicación en este proceso, que elevará sin duda el bienestar de la ciudadanía española.

5. CONCLUSIONES

Acabamos de realizar una somera revisión sobre algunas características de las personas mayores en España y, con más detalle, de aquellas que padecen situaciones de dependencia. También se han analizado las respuestas que la sociedad, la familia y los poderes públicos están ofreciendo actualmente a estas personas. Todo ello, como marco ex-

plicativo y punto de partida en la aplicación de la Ley recién aprobada, analizada en profundidad en otros trabajos de esta revista. Para finalizar, se han realizado algunos comentarios de carácter conceptual que consideramos esenciales, no sólo en cuanto a la puesta en marcha de esta Ley, sino también en el necesario diseño de políticas sociales y programas de intervención, dirigidos al conjunto de la población mayor. La correcta resolución de estos retos de futuro va a garantizar, sin duda alguna, una mejor calidad en la vida cotidiana de la ciudadanía española, con independencia de su edad.

La mayoría de la población en situación de dependencia, son personas muy mayores y presentan múltiples carencias en la atención que reciben. Junto a ellas está el llamado «ejército de protección social invisible» constituido por cientos de miles de familiares, mujeres en su mayoría, ayudados por otro grupo aún más invisible: las cuidadoras y cuidadores inmigrantes que en muchos casos realizan su trabajo en condiciones indignas. Por ello, la puesta en marcha de este nuevo derecho de ciudadanía supone un hito en la historia del bienestar español que abre su marco protector a los más débiles.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ABELLÁN, A. SANCHO et al. (2006): Mayores y familia en la sociedad actual en INFORME España 2006. Una interpretación de su realidad social. Centro de Estudios del Cambio Social (CECS) Fundación Encuentro. 2006
- ABELLÁN GARCÍA, A. y ESPARZA, C. (2006): Las personas mayores con dependencia en PUYOL ANTOLÍN, R. y ABELLÁN GARCÍA, A. (Coord.) (2006): Envejecimiento y Dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid. Mondial Assistance.
- ABELLÁN GARCÍA, A. y PUGA GONZÁLEZ, M. (2005): Una España que envejece. *Papeles de Economía Española*, 104, p: 57-75.

- ABELLÁN GARCÍA, A. (2002): Persona mayor y demografía: ¿Hacia dónde vamos?. *Siete días médicos*, número especial, p: 22-28.
- ARBER, S. y GINN, J. (1996): Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. Narcea.
- ARGULLÓ TOMÁS M.S. (2001): Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: Una aproximación psico-sociológica. Madrid. IMSERSO.
- II ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (2002): Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. NACIONES UNIDAS. A/CONF. 197/9
- BARRIO TRUCHADO, E. del (2007): Uso del tiempo entre las personas mayores. *Boletín sobre el envejecimiento, Perfiles y Tendencias* nº 27. Madrid, IMSERSO.
- Colectivo IOÉ/IMSERSO/CIS (1995): Cuidados en la Vejez. El apoyo Informal. Madrid. IMSERSO.
- FRIES, J. F. (1980), The compression of morbidity: near or far? *En Milbank Quaterly*, 67,2.
- GÓMEZ, J., SEPÚLVEDA D., e ISAAC, M., (2003): Reducción de la dependencia en el anciano. Servicio de Geriátrica de Cruz Roja.
- IMSERSO (2005): Libro Blanco Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid. IMSERSO.
- IMSERSO/GFK (2005): Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid. IMSERSO.
- LEICHSERING, K (2005): Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea. *Boletín sobre el envejecimiento, Perfiles y Tendencias* nº 15. Madrid. IMSERSO.
- MANTON, K. y GU, X. (2001): Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2001 May 22;98(11):6354-9.
- MSC (2005): La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de salud. Madrid. Ministerio de Salud y Consumo.
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (2002): Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, en *Revista española de geriatría y gerontología* 37 (2).
- PÉREZ ORTIZ, L. (2007): Trabajo y situación económica en SANCHO *et al.* (2007): APELLÁN GARCÍA, A., DEL BARRIO TRUCHADO, E., CATEJÓN VILLAREJO, P., PÉREZ ORTIZ, L., SANCHO CASTIELLO, M. (2007): Informe 2006. Las personas mayores en España. Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO.
- PUYOL ANTOLÍN, R. y APELLÁN GARCÍA, A. (Coord.) (2006): Envejecimiento y Dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid. Mondial Assistance.
- RODRÍGUEZ, P (2006): El Sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. *Laboratorio de Alternativas*. Doc. 87/2006.
- RUIPEREZ, I. (2004): Prevención geriátrica de la dependencia, en Casado, D., Respuestas a la dependencia. Madrid, Ed. CCS.
- SANCHO *et al.* (2007): APELLÁN GARCÍA, A., DEL BARRIO TRUCHADO, E., CATEJÓN VILLAREJO, P., PÉREZ ORTIZ, L., SANCHO CASTIELLO, M. (2007): Informe 2006. Las personas mayores en España. Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO.
- SANCHO CASTIELLO, T. y DÍAZ MARTÍN, R. (2006): *Revista de Documentación Social*. Mayo 2006.
- SANCHO, M.T. (2000): La coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, en Defensor del Pueblo: La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid.
- YANGUAS LEZAÚN, J.J. (2006): Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Premio IMSERSO «Infanta Cristina». IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Fuentes estadísticas utilizadas:

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS):

Estudio 2.439, (noviembre 2001)

Instituto Nacional de Estadística (INE):

1. Anuario estadístico de España 2006. Indicadores demográficos. Edición en CD-ROM. INE, 2006.
2. Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2006.
3. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE, 2004)
4. Encuesta Nacional de Salud. INE, 2003.
5. Encuesta Nacional de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, IMSERSO, ONCE, 1999)

Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

- Evolución mensual de las pensiones del Sistema de la Seguridad Social, 1 de enero de 2007.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO):

- Encuesta de Condiciones de Vida de la Personas Mayores, 2006.

Naciones Unidas

- World Population Prospects: The 2004 Revisión

Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC)

- La Salud de la Población Española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores 2005. Madrid MSC.

RESUMEN El presente trabajo ofrece en primer lugar, una panorámica general sobre el proceso de envejecimiento y algunos de los indicadores más importantes para el análisis de las condiciones de vida de las personas mayores en nuestro país. A continuación se presentan las últimas estimaciones del número personas dependientes calculadas a partir del Padrón Municipal de 2006 (INE) y la Encuesta Nacional de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, IMSERSO, ONCE, 1999) y se indaga en las características concretas de la población mayor que padece situaciones de dependencia. La principal respuesta a este tipo de situaciones proviene del denominado sistema de apoyo informal; partiendo de los datos obtenidos en la Encuesta de Condiciones de Vida 2006 (IMSERSO-CIS), se dibuja un mapa del cuidado a personas mayores en los hogares españoles. Parte importante de este trabajo se dedica al análisis los recursos sociales disponibles a partir de los cuales ha de construirse la red de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Para finalizar, se han realizado algunos comentarios de carácter conceptual esenciales para el diseño de políticas sociales y programas de intervención dirigidos a personas mayores y que han de estar presentes también en el proceso de puesta en marcha de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.