

DEFENSOR DEL PUEBLO

INFORMES, ESTUDIOS Y
DOCUMENTOS

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

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

Madrid, 2000

ÍNDICE

| | <u>Pág</u> |
|---|------------|
| I. RECOMENDACIONES DEL DEFENSOR DEL PUEBLO SOBRE LA ATENCION SOCIOSANITARIA Y ASPECTOS CONEXOS | 9 |
| II. LA ATENCION SOCIOSANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA (INFORME DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA). | 15 |
| CAPÍTULO 1. LA PROTECCIÓN JURÍDICA A LAS PERSONAS MAYORES EN ASPECTOS SOCIO SANITARIOS DENTRO DEL MARCO LEGAL EXISTENTE | 16 |
| I. INTRODUCCIÓN. | 16 |
| II. LA PROTECCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN LA LEGISLACIÓN DE CARÁCTER GENERAL. | 17 |
| A. La protección jurídica desde el código civil. | 17 |
| 1. Revisión del art. 211 del código civil. | 18 |
| 2. Reforma del art. 203 del código civil, | 19 |
| 3. Facilitar la autodesignación de tutor para los supuestos de una futura incapacitación. | 20 |
| 4. Regular determinados contratos atípicos, | 20 |
| 5. Revisión del derecho a la prestación de alimentos. | 21 |
| 6. Fomentar el recurso de la curatela. | 21 |
| B. La protección jurídica desde el código penal. | 22 |
| C. El sistema fiscal y las personas mayores. | 23 |
| III. LA PROTECCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO SOCIO-SANITARIO. ANÁLISIS A NIVEL ESTATAL Y A NIVEL AUTONÓMICO. | 23 |
| A. A nivel estatal. | 23 |
| 1. Referencia a la Constitución Española | 23 |
| a) El concepto de lo sociosanitario. | 23 |

| | <u>Pág</u> |
|---|------------|
| <i>b)</i> Distribución de competencias en materia de servicios sociales..... | 24 |
| <i>c)</i> Los Estatutos de Autonomía y la Asistencia Social | 25 |
| <i>d)</i> El papel de las Corporaciones Locales. | 25 |
| 2. Ley General de Sanidad. | 26 |
| <i>a)</i> El respeto a determinados derechos fundamentales recogidos en la Constitución. | 27 |
| <i>b)</i> Derecho a la protección general de la salud. | 27 |
| <i>c)</i> Derecho a la igualdad en el acceso a la prestación de los servicios sanitarios. | 28 |
| <i>d)</i> Derecho a participar en la política sanitaria y en el control de su ejecución. .. | 29 |
| <i>e)</i> Derecho a atención sanitaria integral y a la coordinación de los recursos | 29 |
| <i>f)</i> Derecho a la información. | 30 |
| <i>g)</i> Derecho a la confidencialidad. | 31 |
| 3. Plan Gerontológico. | 32 |
| <i>a)</i> Reivindicaciones económicas. | 33 |
| <i>b)</i> Salud y asistencia sanitaria. | 33 |
| <i>c)</i> Servicios Sociales. | 34 |
| <i>d)</i> Cultura y ocio. | 34 |
| <i>e)</i> Participación. | 34 |
| 4. Ley General de Seguridad Social y legislación laboral. | 35 |
| <i>a)</i> La legislación laboral y su especial incidencia en el apoyo a los cuidadores. . | 36 |
| <i>b)</i> La protección económica | 37 |
| <i>c)</i> Pensión complementaria | 38 |
| <i>d)</i> La protección de la dependencia | 39 |
| B A nivel autonómico. | 40 |
| 1. Sistema catalán | 43 |
| 2. Plan de atención sociosanitaria de Castilla y León | 45 |
| IV. CONCLUSIONES/PROPUESTAS..... | 47 |
| CAPÍTULO 2. ANALISIS DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL MARCO DE LA ATENCION SOCIO SANITARIA. | 50 |
| I. INTRODUCCIÓN | 50 |
| II. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA DEMANDA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES. | 52 |
| III. LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA. | 56 |
| A. La definición de «dependencia» | 56 |
| B. Cuantificación de la dependencia. | 56 |
| C. Perfiles y necesidades de familiares cuidadores. | 57 |

| | <u>Pág</u> |
|--|------------|
| IV. PERSPECTIVAS DE FUTURO: LA CRISIS DEL APOYO INFORMAL Y EL ADVENIMIENTO DE LA DEPENDENCIA COMO NUEVA NECESIDAD SOCIAL. | 62 |
| A. La crisis del apoyo informal. | 62 |
| B. La necesaria intervención profesional en las situaciones de dependencia. | 63 |
| C. La configuración de los cuidados de larga duración como nueva necesidad social. | 63 |
| V. EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES | 65 |
| A. Evolución de los servicios sociales en España. | 66 |
| B. Servicios sociales dirigidos a las personas mayores | 68 |
| 1. Hogares y clubes. | 68 |
| 2. Adaptaciones de viviendas. | 70 |
| 3. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). | 71 |
| 4. Servicio de Teleasistencia. | 73 |
| 5. Centros de Día. | 74 |
| 6. Estancias Temporales en Residencias. | 76 |
| 7. Sistemas alternativos de alojamiento. | 77 |
| 8. Servicios institucionales. | 79 |
| C. Los sistemas de acceso a los servicios. | 84 |
| VI. VALORACIÓN GLOBAL Y PROPUESTAS. | 85 |
| A. Potenciación del SAD | 87 |
| B. Modelo de cuidados institucionales de larga duración. | 89 |
| C. Apoyo a familias cuidadoras. | 90 |
| D. Acceso a los servicios y sectorización. | 92 |
| E. Formación e investigación. | 93 |
| F. Promoción de cambios en la filosofía de los servicios sociales. | 94 |
| CAPÍTULO 3: ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA. | 95 |
| I. ASPECTOS ESPECIFICOS. | 95 |
| A. Introducción. | 95 |
| B. Características de la enfermedad en las personas mayores. | 98 |
| C. Cambios actuales en los patrones de la enfermedad. | 99 |
| D. Clasificación de las personas mayores en base a sus necesidades sanitarias. | 100 |
| 1. Personas mayores sanas. | 100 |
| 2. Personas mayores enfermas. | 100 |
| 3. Ancianos de alto riesgo. | 100 |
| 4. Paciente geriátrico. | 101 |
| E. Características que debe reunir la asistencia sanitaria a las personas mayores. | 101 |
| F. Organización de la asistencia sanitaria a las personas mayores en España. | 102 |

| | <u>Pág</u> |
|---|------------|
| II. LA ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA. | 103 |
| A. Programas específicos. | 103 |
| 1. Cartera de Servicios de Atención Primaria | 104 |
| 2. Programa del Anciano. | 104 |
| B. Dificultades en la planificación y ejecución de los Programas. | 104 |
| 1. Escasez de tiempo por paciente. | 105 |
| 2. Escasez de formación en geriatría de los profesionales. | 105 |
| 3. Ausencia de servicios de geriatría de referencia. | 107 |
| C. Atención domiciliaria. | 108 |
| D. Coordinación. | 108 |
| E. Control de calidad. | 109 |
| III. ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN GENERAL. | 110 |
| A. Especialidades de uso más frecuente por las personas mayores. | 110 |
| B. Formación en medicina geriátrica. | 111 |
| C. Riesgos de la hospitalización en las personas mayores | 112 |
| D. Discriminación por edad. | 114 |
| E. Adecuación de las hospitalizaciones. | 116 |
| F. Control de calidad. | 117 |
| IV. ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN GERIATRÍA. | 118 |
| A. Actuaciones desarrolladas. | 118 |
| 1. El programa “Vida als Anys”, Cataluña. | 118 |
| 2. Criterios de ordenación de servicios | 120 |
| 3. Otras experiencias. | 121 |
| B. Características de la asistencia geriátrica. | 122 |
| C. Rentabilidad de asistencia geriátrica. | 123 |
| D. La formación especializada en geriatría. | 124 |
| E. Recursos y carencias existentes. | 125 |
| 1. Por hospitales. | 125 |
| 2. Por número de especialistas en geriatría. | 126 |
| 3. Por tipos de unidades. | 127 |
| F. Coordinación..... | 128 |
| 1. Coordinación con atención primaria. | 128 |
| 2. Coordinación con los servicios sociales. | 129 |
| V. CUIDADOS CONTINUADOS Ó DE LARGA DURACIÓN | 130 |
| A. Atención domiciliaria. | 131 |
| B. Atención en instituciones. | 132 |
| VI. LA COORDINACIÓN SANITARIA | 134 |
| A. En atención primaria-especializada. | 134 |
| B. Entre servicios sanitarios y sociales. | 135 |

| | <u>Pág</u> |
|---|------------|
| VII. PROPUESTAS. | 136 |
| A. Asistencia sanitaria en general. | 136 |
| B. Atención primaria. | 137 |
| C. Atención especializada en general. | 138 |
| D. Asistencia geriátrica..... | 139 |
| E. Cuidados sanitarios de larga duración. | 140 |
| F. Coordinación. | 141 |
| CAPÍTULO 4: LA COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS. | 142 |
| I. INTRODUCCIÓN. | 142 |
| II. ANÁLISIS DE LAS INICIATIVAS Y PROGRAMAS SOCIO-SANITARIOS. | 144 |
| A. Las iniciativas sociosanitarias desde la administración general del Estado. | 145 |
| 1. El modelo de coordinación de servicios. | 147 |
| 2. Las comisiones sociosanitarias. | 150 |
| 3. Desarrollo y resultados del convenio de colaboración interministerial para la atención sociosanitaria a las personas mayores. | 152 |
| 4. Valoración. | 153 |
| B. Las iniciativas sociosanitarias en las comunidades autónomas. | 155 |
| 1. Programa Vida als Anys (Cataluña)..... | 155 |
| 2. Plan de atención sociosanitaria de Castilla y León. | 160 |
| 3. Programa de atención sociosanitaria de Galicia. | 167 |
| C. La atención sociosanitaria en la planificación gerontológica autonómica. | 170 |
| 1. Plan de atención a las personas mayores de Castilla-La Mancha | 170 |
| 2. Comunidad Autónoma de Madrid. | 172 |
| III. Situación actual en relación a las iniciativas de la Administración General del Estado en materia de atención sociosanitaria..... | 175 |
| A. Acuerdo Parlamentario para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud..... | 175 |
| B. Plan estratégico del INSALUD | 177 |
| C. Grupo de expertos de las Administraciones Autonómicas y General del Estado ... | 179 |
| D. El Plan Nacional de Atención a Enfermos de Alzheimer y otras demencias | 180 |
| IV. OTRAS RECOMENDACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES SOBRE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA. | 183 |
| V. CONCLUSIONES. | 184 |
| VI. PROPUESTAS. | 189 |

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 5: LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: COSTES Y FINANCIACIÓN. | 193 |
| I. LAS NECESIDADES SOCIOSANITARIAS: OBJETO DE PROTECCION SOCIAL. | 193 |
| II. FACTORES QUE INCIDEN EN EL COSTE DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN. | 195 |
| A. La población dependiente. | 195 |
| B. Cobertura: ¿universal o asistencial?. | 197 |
| C. La intensidad protectora. | 199 |
| D. Modelos de cuidados. | 201 |
| III. CUANTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES SOCIOSANITARIAS. | 202 |
| A. Cuantificación de necesidades y coste de servicios sociales. | 203 |
| B. Cuantificación y coste de servicios sanitarios hospitalarios. | 210 |
| C. Mejoras en la gestión. | 210 |
| IV. CONCLUSIONES. | 211 |
| APENDICE: INCLUSIÓN DEL RIESGO DE DEPENDENCIA EN LA SEGURIDAD SOCIAL. | 213 |
| I. INCLUSION DEL RIESGO DE DEPENDENCIA COMO SITUACIÓN O CONTINGENCIA CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL. | 213 |
| II. LA SITUACION EN ESPAÑA. | 213 |
| III. LA SITUACION EN EL RESTO DE EUROPA. | 215 |
| IV. CONTENIDO DE LA PROPUESTA FINAL. | 216 |
| RECOMENDACIONES. | 220 |
| 1. LA PROTECCIÓN JURÍDICA A LAS PERSONAS MAYORES EN ASPECTOS SOCIOSANITARIOS DENTRO DEL MARCO LEGAL EXISTENTE. | 220 |
| 2. ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA. | 222 |
| 3. ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA. | 225 |
| 4. LA COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS. | 229 |
| 5. COSTES Y FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA. | 232 |
| 6. INCLUSION DEL RIESGO DE DEPENDENCIA EN LA SEGURIDAD SOCIAL. | 233 |
| BIBLIOGRAFIA. | 235 |
| III. LAS NECESIDADES SOCIOSANITARIAS DE LA POBLACION DEPENDIENTE EN ESPAÑA: MODELOS DE CUIDADOS PROLONGADOS Y COORDINACION DE RECURSOS EL DEBATE PROFESIONAL (INFORME DE LA ASOCIACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE GERONTOLOGÍA) | 245 |

| | <u>Pág</u> |
|--|------------|
| 1. Objetivos Y Metodología. | 245 |
| 2. Los Orígenes De La Atención Sociosanitaria: Una Reflexión Histórica. | 250 |
| 3. Qué Son Las Necesidades Sociosanitarias. | 255 |
| 4. La Coordinación Sociosanitaria Al Servicio De Los Sistemas De Atención Sociosanitaria. | 258 |
| 5. Los Profesionales De La Atención Sociosanitaria: Diferencias Y Complementariedad La Inevitable Interdisciplinariedad Y Comunicación Corporativa. | 263 |
| 6. Dependientes Y Cuidadores: Cómo Hacer Visible Su Necesario Protagonismo. | 265 |
| 7. Nuevas Necesidades, Nuevas Políticas Y Nuevos Estilos De Trabajo. | 267 |
| 8. Conclusiones Y Propuestas. | 279 |
| ANEXO 1 : FICHA RESUMEN DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN | 285 |
| GD1: Cataluña. | 285 |
| GD2: País Vasco | 287 |
| GD3 : Castilla la Mancha. | 290 |
| GD4 : Andalucía. | 293 |
| GD5.: Madrid. | 295 |
| Una visión global del debate de los profesionales | 298 |
| ANEXO 2:COMPOSICIÓN DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN. | 301 |
| ANEXO 3 :DOCUMENTACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA | 303 |

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

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

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

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

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

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

Los estudios elaborados por ambas sociedades científicas se acompañan a esta recomendación. Uno de estos informes ha sido 17 confeccionado por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y está dividido en cinco capítulos. En el primero de ellos, se analiza la protección jurídica de las personas mayores en aspectos sociosanitarios; en el segundo, se examinan los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria; el tercero versa sobre la asistencia sanitaria a las personas mayores; el cuarto atañe a la atención social a estas personas; y, por fin, el quinto y último capítulo se refiere a los costes y a la financiación de la atención sociosanitaria. El estudio recoge, además, como apéndice, un capítulo relativo a la inclusión de la dependencia como situación o contingencia específicamente cubierta por el sistema de Seguridad Social, así como una extensa bibliografía.

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

Por su parte, en el segundo de estos estudios, realizado en el marco del convenio celebrado con la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología, se analizan las necesidades sociosanitarias de la población dependiente, recogándose para ello, mediante la intervención de profesionales del espacio sociosanitario, los

ejes del debate teórico que se desarrolla en los campos profesionales de la sanidad y de los servicios sociales, con especial incidencia en las perspectivas futuras.

Aparte de una serie de conclusiones y propuestas, también se incluyen, como anexos, una ficha resumen de los grupos de discusión, la composición de estos grupos y la documentación y bibliografía consultada. La autoría del estudio corresponde a Gregorio Rodríguez Cabrero.

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

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

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

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

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

RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Primera. Que se valore la oportunidad y conveniencia de estudiar las medidas necesarias para perfeccionar la asistencia sanitaria prestada por el

sistema nacional de salud en el ámbito de la geriatría, teniendo para ello en cuenta, en su caso, las propuestas recogidas en los informes que se acompañan a esta recomendación.

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

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

2. Al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Primera. Que se valore la oportunidad y conveniencia de estudiar, en coordinación, si fuera necesario, con el Ministerio de Sanidad y Consumo, la implantación de las medidas necesarias para dar a la situación de dependencia una regulación coherente, eficaz y eficiente en el marco del sistema de Seguridad Social.

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

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

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

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

3. Al Ministerio de Justicia.

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

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

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

4. Al Ministerio de Educación y Cultura.

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

II. LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

**(Informe de la Sociedad Española
de Geriátría y Gerontología)**

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

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

Creemos que si determinados temas generales no se subsanan difícilmente la atención social y sanitaria a la persona mayor va a estar suficientemente garantizada, ni van a poder reclamarse como injustas o ilegales aquellas situaciones que lo sean, porque ni existirá la información ni los caminos adecuados, ni, en definitiva, la conciencia general de supuestos denunciables, que algunas actuaciones pueden tener.

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

A. LA PROTECCIÓN JURÍDICA DESDE EL CÓDIGO CIVIL

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

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

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

1. Revisión del artículo 211 del Código Civil

La redacción actual del artículo 211 del Código Civil (párrafo primero) dice:

«El internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial. Esta será previa al internamiento, salvo que por razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas. El internamiento de menores se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.»

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

Si la redacción del artículo 211 del Código Civil tenía dificultades de interpretación, la reciente reforma sobrevenida como consecuencia de la Ley del Menor ha sido realmente perjudicial para el colectivo de personas mayores, hasta el punto de que hay interpretaciones constatadas de juzgados que indican la no aplicabilidad de este texto legislativo al internamiento de las personas mayores en centros residenciales. E incluso interpretaciones contradictorias dentro de la misma circunscripción judicial. Pero dejando este punto que puede ser extremo y que por suerte no es la interpretación más generalizada ni en la judicatura ni en la doctrina, debemos insistir en una nueva revisión del texto que tenga en mente los problemas del mayor, y las presiones que sobre ellos se ejercen en relación con su ingreso en una residencia para personas mayores.

Así sería aconsejable establecer sistemas intermedios de validación de manifestación de voluntad de una persona mayor sistemas que por otra parte ya vienen funcionando en otros ordenamientos jurídicos de nuestro entorno. Esto garantizaría la toma de decisiones de aquellos que sin estar incapacitados pueden verse presionados por determinados condicionantes o por intereses personales no

propios, sino de las personas que se sienten obligadas a atenderles. Estos sistemas de validación intermedios son eficaces para determinadas decisiones personales, para las que sí estaría capacitada la persona mayor, y dejaría la ineficacia para otras decisiones más complejas.

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

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

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

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

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

2. Reforma del artículo 203 del Código Civil

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

posible causa de incapacitación en una persona deberán ponerlo en conocimiento del ministerio fiscal.

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

Se entiende asimismo que se denunciarían aquellos casos que realmente y por diversas razones deberían ser incapacitados, ya que los profesionales pueden objetivar mejor lo que se entiende por urgente y necesario en las declaraciones de incapacitación.

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

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

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

4. Regular determinados contratos atípicos

Resulta actualmente frecuente la suscripción por parte de personas mayores de determinados contratos que tienen por objeto conseguir la prestación de un servicio o una renta a cambio de la entrega de un bien inmueble. Este tipo de contratos, denominados atípicos, ni se hicieron ni se desarrollaron pensando en lo que actualmente son y de ahí la gran cantidad de problemas que de ellos se derivan cuando los aplicamos a estos supuestos, un tanto irregulares, de los que son parte activa las personas mayores.

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

5. Revisión del derecho a la prestación de alimentos

El derecho de alimentos, que está perfectamente estructurado en la línea ascendente (hijo menor que reclama al padre), no tiene tanta versatilidad por lo que respecta a la línea descendente (padre que reclama a hijo). Convendría en éste como en otros temas tener en cuenta que esta situación de solidaridad familiar es recíproca y como tal debe entenderse. La quiebra de este derecho se produce fundamentalmente porque es el propio mayor quien tiene irremediamente que solicitar tal derecho y esto produce fricciones graves en la formulación de la demanda desde el momento en que no se entiende suficientemente como correcto el planteamiento de semejante demanda por razones, obviamente, de tipo sentimental. De ahí que sean muchas las situaciones en que no se plantea demanda por consideraciones emocionales subjetivas, que mantienen al presunto derechohabiente en situación absolutamente desventajosa e injusta. De ahí que se pida incesantemente que sea el propio ministerio fiscal el que en determinados casos, y al menos cuando se comprometen fondos públicos, pueda ser el que inicie el expediente de reclamación.

6. Fomentar el recurso de la curatela

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

Se pide, por tanto, un cuidado especial en el análisis y estudio de cada caso de incapacitación para facilitar el tipo de institución tutelar adecuado. La labor de los juzgados debería tener que verse auxiliada en todos los casos por una serie de informes complementarios que harían del trabajo judicial un verdadero estudio ponderado de aquello que conviene a cada caso concreto. Si esto sucediera así,

serían muchas más las situaciones en las que estaría presente la curatela y esto redundaría en un mayor beneficio, con toda seguridad, de los incapacitados. Debiera ponerse en conocimiento de los juzgados la necesidad de que en todo proceso de incapacitación de persona mayor se contara con diferentes informes técnicos, cuantos más mejor, para que tras un estudio detenido de cada caso pudiera fomentarse mucho más la utilización del recurso tutelar de la curatela, como alternativa al todo o nada que supone la no incapacitación o la incapacitación genérica.

B. LA PROTECCIÓN JURÍDICA DESDE EL CÓDIGO PENAL

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

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

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

1. Hubiera sido bueno que una norma tan reciente no hubiera olvidado considerar como circunstancia agravante de la responsabilidad penal el hecho circunstancial de la vejez, cuando ésta se da en el sujeto pasivo del presunto delito o falta. Esta perspectiva hubiera hecho posible un tratamiento más justo, y homologado con otros ordenamientos.
2. Se ha perdido una buena ocasión para tipificar o delimitar con mayor concreción dentro de determinados delitos o faltas aquellas acciones que suponen «maltrato» para algunos colectivos, entre los que no podemos olvidar al de las personas mayores. Aunque bien es verdad que el término genérico de maltrato es consustancial a la mayor parte de acciones delictivas recogidas en el Código, hubiera sido bueno referenciar el maltrato físico, psicológico e incluso el económico, así como unir determinados delitos o faltas a la figura del maltrato en personas mayores, del mismo modo que en la tipificación de otras acciones punibles se hace referencia a otros colectivos.
3. Por último, tendría que mencionarse directamente el hecho del abandono de personas mayores dependientes, que tienen muy limitada su capacidad de autodefensa y que, en definitiva, pueden ser objeto de otras acciones punibles.

Las personas mayores dependientes se encuentran, no obstante, directamente referenciadas en todos los artículos que hablan de incapaces y en los delitos y faltas relativos a derechos y deberes familiares. Pocas

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

C. EL SISTEMA FISCAL Y LAS PERSONAS MAYORES

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

Sin ánimo de entrar a fondo en esta cuestión se recoge simplemente que la reforma llevada a cabo recientemente y que entró en vigor el 1 de enero de 1999 ha asumido la mayor parte de las demandas planteadas. Bien es verdad que las medidas fiscales pueden parecer insuficientes cuantitativamente hablando, pero no por ello debemos dejar de anotar la sensibilidad que ha existido al respecto en la reciente reforma fiscal.

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

A. NIVEL ESTATAL

1. Referencia a la Constitución española

a) El concepto de lo sociosanitario

La situación de la población mayor en España ha cambiado obviamente, por la evolución demográfica, la situación económica, el perfil de los mayores y las características sociales y familiares del entorno. Ello ha hecho que paulatinamente los problemas tengan que irse resolviendo desde una nueva perspectiva que ya no es unidimensional, sino que supone una concatenación de elementos y disciplinas. Nace así la consideración multifacial de los temas relacionados con las personas mayores, y muy concretamente se empieza a hablar desde hace unos años de lo

«socio sanitario», como contexto de referencia para la resolución de algunos de los principales problemas que los mayores tienen. Se habla, así pues, de la consideración de muchos problemas desde al menos una doble vertiente social y sanitaria, que debe ser tenida en cuenta conjuntamente a la hora de la resolución de los problemas. La demanda socio sanitaria es, pues, una realidad. Y esta realidad no es lógicamente ajena al mundo del Derecho positivo, al mundo de la norma, y desde esa faceta vamos a formalizar un acercamiento a esta realidad.

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

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

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

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

Resulta claro que de acuerdo al artículo 149 de nuestra carta magna la competencia de los servicios sociales corresponde a las comunidades autónomas, las cuales la desarrollarán a través de sus respectivos Estatutos de Autonomía.

Con independencia de lo anterior parece claro que compete al Estado la regulación de todas aquellas condiciones que ayuden a mantener la igualdad entre todos los españoles. Asimismo es estatal la coordinación general sanitaria y el régimen general de la seguridad Social. El artículo 149.1.16 confiere al Estado esta potestad coordinadora en el área de la sanidad, lo que a priori podría resultar altamente positivo para la cuestión que nos ocupa si no fuera porque esta facultad coordinadora no está tan clara en la asistencia social o servicios sociales, de ahí que esta facultad coordinadora y el principio de cooperación (cooperación voluntaria entre posiciones de igualdad de los diversos entes públicos) pueda quedar reducida a la nada, con independencia de las funciones y competencias que tienen atribuidas las Conferencias Sectoriales de acuerdo a la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

El principal problema radica en que se producen dos sistemas diferentes de reparto de competencias en el mundo sanitario y en el mundo de los servicios

sociales. Así, del mismo modo que puede existir un cierto sistema unitario de tipo jurídico en el campo de la sanidad y que parte de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, e incluso del propio Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, esto no sucede en los Servicios Sociales, en donde en modo alguno existe el sistema unitario referenciado, y no se da más que una amalgama de disposiciones que emanan del Estado, de las Administraciones autonómicas y de la Administración local. En todas ellas no hay un hilo conductor o referencial y mucho menos una interdependencia o conexión. Así las cosas, parece claro que en gran parte la coordinación sociosanitaria que debería ser competencialmente hablando tema asignado a la Administración central queda en manos de las diferentes comunidades autónomas, con la posible dispersión que ello puede acarrear. Y todo ello salvando esos otros principios generales atribuidos constitucionalmente al Estado y que tienen una relativa influencia en el tema que nos ocupa (en lo que se refiere a los principios de igualdad, solidaridad, cooperación interterritorial, coordinación general, etc.).

e) *Los Estatutos de Autonomía y la asistencia social*

Al haber contemplado la propia Constitución la posibilidad de que las comunidades autónomas asuman todas o algunas de las competencias estatales en materia de asistencia social y servicios sociales se ha producido en realidad un traspaso de estas competencias de forma generalizada a los entes autonómicos, porque en principio así se ha desarrollado en sus respectivos Estatutos de Autoforma. Y esto se ha hecho sin excepción alguna. Cuestión diferente, aunque no vamos a entrar en ella, es el tema de los servicios sociales de la Seguridad Social, en donde existiría una competencia compartida, al menos si nos movemos dentro de lo que se estipula en la propia Constitución. El Estado tendría competencias de regulación básica y régimen económico y las comunidades autónomas de desarrollo normativo y de gestión de servicios. Esta dualidad de atribución de competencias se produce formalmente atendiendo a las fuentes de financiación que de los servicios sociales se derivan.

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

d) *El papel de las corporaciones locales*

La Constitución española delimita la organización territorial del Estado. No obstante lo anterior, y a diferencia de lo que hace con las comunidades autónomas, no especifica ni delimita las competencias de los entes locales en los temas objeto

de este informe. El artículo 137 establece la organización territorial del Estado y reconoce al municipio determinada autonomía para la gestión de sus intereses. Hay que ser conscientes de que éste es el espacio primero de participación de todos los ciudadanos y el lugar donde mejor se van a detectar los distintos problemas y, por ende, donde las soluciones pueden ser las más ajustadas a las posibles necesidades. La Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, es la norma fundamental que regula el ámbito de la actuación municipal.

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

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

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

2. Ley General de Sanidad

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

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

La designación a partir del título VIII de nuestra Constitución de las comunidades autónomas como las competentes en materia de Sanidad.

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

La introducción de la participación ciudadana en la organización y gestión de la sanidad a través, entre otros, de los Consejos de Salud de Área.

Partiendo de aquí, no podemos dejar de tener en cuenta que, según la mayor parte de las encuestas consultadas, el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es bueno. Incluso de muy satisfactorio lo califican el 70 por 100 de los consultados y solamente un 10 por 100 tiene una opinión negativa. Así haremos un análisis general de la legislación de asistencia sanitaria para detectar, a nuestro entender, dónde se producen los principales fallos o quiebras legales, o simplemente incumplimientos para que de alguna manera puedan ser tenidos en cuenta, de cara a subsanarlos en la medida de lo posible. Y todo ello lógicamente desde la perspectiva del usuario como persona mayor.

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

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

Con una brevísima referencia a este tema, ya tratado en la parte de protección general, se quiere dejar constancia que la propia ley, en base a la importancia del tema, vuelve a tocar en el principio de la misma la necesidad de respetar el derecho a la dignidad de la persona, a la intimidad que cada ser humano necesita y por supuesto a la no discriminación por razones de edad, tema que trataremos con mayor profusión dentro de un apartado posterior.

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

Entrando con mayor concreción en el principal objeto de la ley está el derecho a la protección de la salud. Así, el artículo 1 es especialmente claro y dice textualmente: «La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.» Y deja posteriormente muy claro que todos los españoles son titulares de este derecho. El bien protegible de la salud se extenderá a toda la población española, nos dice el artículo 3.2, e igual idea recoge el artículo 4.

Queda claro que estamos hablando de un derecho positivo perfectamente referenciado, recogido en el sentido más amplio y sin supuestos excepcionales que den cabida a un cumplimiento a medias o a su incumplimiento total. Dado que el concepto de salud puede ser interpretado en sentido más o menos amplio, cabría un posible escape a considerar la salud de una u otra manera. Pero cualquiera que sea su acepción no cabe duda que existen algunos estados permanentes de carencia de salud que no son atendidos por el sistema. Quizás sea la falta de infraestructuras adecuadas, quizás la escasez de los recursos asistenciales o económicos, quizás la dejación de obligaciones. De cualquier forma los esfuerzos por una atención mejor y más generalizada a las carencias de «situaciones

saludables», en muchas personas mayores, sería racional. Probablemente los estados críticos de salud estén mejor atendidos, pero la enfermedad crónica o los procesos terminales ofrecen sustanciales déficits.

La protección a la salud desde el punto de vista cuantitativo ha tenido un gran avance que es preciso reconocer. El mandato recogido en el artículo 3.2 de la LGS que decía que la asistencia sanitaria se extendería a toda la población española está prácticamente realizado, dado que se pasó del 77 por 100 de cobertura en 1977 al actual 97 por 100 en Seguridad Social, más otro 2,6 por 100 por otros sistemas, lo que da prácticamente un 100 por 100.

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

«Los poderes públicos garantizarán la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, de acuerdo a dispuesto en la Constitución.» Las menciones a la igualdad, tanto en el acceso, como en la distribución de los recursos son constantes en la Ley General de Sanidad, así como las referidas a la no discriminación por diversas razones, entre las que no debemos olvidar la edad. Aunque el texto no nombra esta circunstancia, una interpretación lógica del artículo 10 no deja lugar a dudas.

La no utilización de determinadas tecnologías, la falta de respeto al principio de autonomía personal, la dificultad para el ingreso y la permanencia en unidades especiales de vigilancia intensiva, el cierre casi sistemático a ser receptores de órganos para trasplante, la preterización en determinadas cirugías, no deja lugar a dudas. La igualdad total está relativamente distante, por no decir lejos.

Con todo y ser importante lo anteriormente dicho, quizás hay que mencionar otro punto que no por incipiente deja de preocupar. Nos referimos a las diferentes formas de ver la reorganización de los servicios sanitarios de cara al futuro. La Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, que separa determinadas funciones e incluso les asigna diferentes partidas presupuestarias, puede ser la base de determinadas reformas en las que la sanidad pública quiebre en favor de nuevas fórmulas que plantean nuevos modelos de gestión (fundaciones, empresas públicas, consorcios, sociedades autogestionadas) que pueden hacer peligrar mucho más este irrenunciable principio de igualdad en el acceso a la prestación de los servicios públicos de salud.

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

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

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

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

No parece exagerado considerar que, partiendo de que un gran porcentaje de los usuarios de los servicios sanitarios son las personas mayores, se pudiera estructurar para el futuro esta participación representativa teniendo en cuenta los criterios al respecto de este colectivo en razón de determinadas cuotas de participación.

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

e) *Derecho a atención sanitaria integral y la coordinación de los recursos*

Parte de esta atención integral y coordinada está estipulada en el artículo 18.2 en donde se habla de un conjunto de acciones curativas integradas, incluidas aquellas que tienden a la prevención de la salud. Insiste asimismo el artículo 46.h) cuando dice textualmente que una característica primordial del sistema de salud nacional es «la organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, como de la curación y rehabilitación».

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

La referencia en el campo de la salud mental es mucho más directa y explícita, así el artículo 20.4 dice: «Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales y a la pérdida de salud en general.» Dado que son muchas las personas mayores que están de lleno inmersas en el campo de la salud mental, por padecer enfermedades psíquicas, es necesario recordar que la casi totalidad de los

cuidados de atención recaen sobre familiares directos, poniéndoles en una situación realmente delicada. Casi siempre son deficitariamente atendidos, sobre todo en las etapas finales, en lugares inadecuados, lo que propicia la pluripatología y los ingresos intermitentes y, en definitiva, la aceleración del final de la vida en condiciones realmente carentes de las más mínimas cotas de calidad.

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

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

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

f) *Derecho a la información*

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

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

Con independencia de la no procedencia de profundizar demasiado en este tema, sí que al menos debemos insistir también en la idea de diferenciar lo que

significa informar y comunicar, la información es una parte de la comunicación a la que tenemos derecho. La comunicación supone otras técnicas y habilidades que no siempre se ejercen, aunque es el punto de mira hacia el que hay que ir.

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

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

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

Sin ánimo de insistir más en un tema del que existe consenso general, no podemos pasar por alto la mención al artículo 10.6.b) que dice textualmente:

«Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho (a decidir) corresponde a sus familiares o personas allegadas.» La redacción, al menos, resulta totalmente inadecuada, y sin ánimo de otro tipo de cuestionamientos debería, en cuanto fuera posible, enmendarse la absoluta inadecuación de este texto a los postulados generales del Código Civil, que en modo alguno haría buena esta teoría. Los procesos de toma de decisiones están formulados en la teoría general del Derecho.

g) Derecho a la confidencialidad

Todos los usuarios de las administraciones públicas sanitarias tienen derecho a «la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público» (art. 10.3 de la Ley General de Sanidad). En idéntico sentido, aunque con mucho mayor detalle, se describe la defensa de este derecho en el artículo 61 de esta Ley.

Especial significado tiene este derecho que defiende la intimidad personal y la no divulgación de situaciones y detalles que pertenecen normalmente a la esfera

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

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

3. Plan Gerontológico

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

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

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

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

La vigencia fue fijada por la propia Institución que lo elaboró para el período 1992-2000. El Plan estaba dividido en cinco áreas (pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura-ocio y participación), que analizaremos a

continuación, al igual que hemos hecho con la ley de sanidad, en orden a precisar qué medidas están recogidas y no se cumplen, qué otras no están, y señalar aquellas que precisan de una expansión suficiente para que puedan satisfacer los estados carenciales. La diferencia con la Ley General de Sanidad es ostensible en el sentido de que en el ámbito sanitario estamos ante una ley que obliga. Por el contrario, un Plan no deja de ser un instrumento de desarrollo de políticas sociales para personas mayores que marca unas directrices que después deben ser desarrolladas, si se puede, por las comunidades autónomas. Por tanto, aquí de nuevo nos movemos en dos ámbitos diferentes.

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

a) *Reivindicaciones económicas*

Establecía en líneas generales el Plan la revalorización de las pensiones existentes, que eran bastante bajas, y exigía la universalización de las mismas a través de las pensiones no contributivas. Debemos reconocer que este derecho a revalorizar las pensiones se está consiguiendo poco a poco y la implantación de una red no contributiva es ya una realidad desde la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social las prestaciones no contributivas, desarrollada posteriormente por el R.D. 357/1991, de 15 de marzo. No se han conseguido, y no está claro que se puedan conseguir a muy corto plazo, que las pensiones no contributivas sean iguales al salario mínimo interprofesional, ni la pensión compensatoria para personas mayores dependientes, objeto de consideración de otro apartado al que nos remitimos. Pero en general han existido avances importantes.

b) *Salud y asistencia sanitaria*

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

mismo en la ley que en el contenido de este Plan existe base para reivindicar un desarrollo normativo que ampare esta recomendación o derecho.

c) *Servicios sociales*

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

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

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

d) *Cultura y Ocio*

Determinadas actividades de ocio tienen en cierto modo que ver con la coordinación sociosanitaria de forma más o menos directa, aunque bien es verdad que la mayor parte de estas actividades sólo puede relacionarse muy indirectamente. Me refiero a lo que se considera la estrella de estos programas, exactamente los dedicados a vacaciones y termalismo social, sobre todo este último puede tener una estrecha relación con temas sanitarios, que evidentemente requerirían una mejor consideración y coordinación.

e) *Participación*

La participación de las personas mayores en los temas sanitarios ha quedado clara anteriormente y más claro ha quedado que, con independencia de lo que

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

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

Con esto se puede resumir, en cuanto al Plan Gerontológico se refiere, que las directrices marcadas por el mismo han sido relativamente asumidas y desarrolladas, y ha tenido un grado de cumplimiento general muy alto, aunque pueda constatarse que ni se ha hecho todo ni a veces de forma acertada. Pero al igual que hemos resaltado en los temas sanitarios, la coordinación, incluso dentro de las mismas áreas sociales, no ha sido la que cabría esperar y desde luego no ha sido la necesaria. Se puede constatar un aumento de los programas y los servicios, pero han sido pocos o han caído en saco roto los intentos por hacer abordajes sociales y sanitarios conjuntamente, teniendo siempre en cuenta al receptor, como algo unitario.

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

4. Ley General de Seguridad Social y legislación laboral

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

La cobertura social que se facilita a las personas mayores, aunque no sea armónica ni tenga carácter universal, al menos existe. Pero lo que no existe a lo largo del articulado de la ley, entre otras razones, porque quizás no sea ése el lugar apropiado, es una visión panorámica que deje vías abiertas a la coordinación de los sistemas social y sanitario. La creación de un espacio coordinado de atención sociosanitaria es inexistente y supone, por tanto, un grave problema del que tenemos que dejar constancia aquí, porque en principio no está resuelto y se debería, con cierta urgencia, pensar en su resolución.

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

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

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

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

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

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

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

- El capítulo primero facilita la integración en la vida familiar dando oportunidades a hombres y mujeres respecto a poder pedir permisos y excedencias para el cuidado de la familia. Se amplía igualmente el derecho a la reducción de jornada. Y, por último, se tienen muy en cuenta entre las causas de extinción del contrato laboral determinadas ausencias que tienen que ver con el cuidado de la familia.
- El capítulo quinto establece unas reducciones importantes en las cotizaciones empresariales a la Seguridad Social a efectos de paliar en lo posible los períodos de excedencia, permisos etc., y con la finalidad de que no sean los propios empresarios los que tengan que sufrir en alguna medida estas ausencias laborales y así desincentiven la creación de puestos de trabajo.
- En los capítulos siguientes se adaptan las medidas establecidas a las leyes reguladoras de la Función Pública para que lo modificado en el Estatuto de los Trabajadores les sea de aplicación a los colectivos comprendidos en el ámbito de su aplicación, tal y como establece la propia exposición de motivos del proyecto de ley.

b) *La protección económica*

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

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

Las pensiones son además más bajas en las franjas de edad en las que mayor grado de dependencia se genera, y esto es así por razones obvias dentro de un sistema contributivo. Los mayores de edad más avanzada son los que tienen menos cobertura en las cotizaciones y donde inciden mayoritariamente las pensiones no contributivas.

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

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

c) *Pensión complementaria*

Aunque sea un objetivo estatal aumentar las pensiones en los tramos más desfavorecidos, no parece aventurado predecir que nunca van a ser suficientes para hacer frente a las situaciones de dependencia; de ahí la necesidad de exigir que de alguna forma empiece, como se ha hecho en otros países, la puesta en marcha de una pensión complementaria que vendría a paliar los gastos que la atención a la dependencia conlleva.

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

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

- Pensión complementaria o aumento de la cuantía de la pensión existente desde el momento en que un tribunal ad hoc determine algún grado de dependencia.
- Instauración de un sistema de cheque servicio por el que el usuario accede a los servicios públicos o privados de acuerdo a determinadas normas preestablecidas. Son, en definitiva, una subvención al consumo que hace

crecer la demanda de servicios y que mejora la oferta. Incentiva asimismo el empleo, dentro de lo que se denomina nuevos yacimientos de empleo, y fomenta el sector de la llamada economía social, fundamentalmente cooperativas. Este tipo de cheques se facilita a la persona mayor dependiente de acuerdo a unos baremos y con él se accede al mercado de la prestación de servicios.

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

d) *La protección de la dependencia*

La protección de la dependencia en el sistema de la Seguridad Social español no tiene un abordaje coherente o coordinado, así la mayor parte de las situaciones de dependencia carecen de una mínima cobertura en el sistema, y cuando la tienen, la cuantía es realmente reducida.

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

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

Medidas económicas en favor de las personas dependientes:

- Pensión de gran invalidez en su modalidad contributiva.
- Complemento a la pensión de invalidez, dentro de las no contributivas.

Existen otra serie de medidas no económicas o dinerarias:

- Servicios sociales generales.
- Atención en centros.

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

- Prestación por gran invalidez (50 por 100 t.p.).
- Pensión que se devenga en favor de hijos y hermanos de pensionista de jubilación o de invalidez.
- Asignación por hijo minusválido a cargo.

Estas asignaciones monetarias o no monetarias vienen a reafirmar aún más las características de una acción manifiestamente insuficiente y poco coherente, que lógicamente no es significativa para un problema de la importancia actual de la dependencia. Especial hincapié tenemos que hacer en la cuestión de la incoherencia, por no decir injusticia, ya que la desigualdad de trato es manifiestamente ostensible en un tema como el de la dependencia. Así con todo y ser la dependencia una cuestión grave a cualquier edad de la vida, hay que pensar que lo es mucho mayor en la edad más avanzada de la misma y ahí es donde las posibilidades del apoyo informal son menores también, dado que las estructuras familiares son lógicamente menos sólidas cuando no inexistentes. Pues bien, como si de una relación inversa de valores se tratara, la protección existe en la etapa de actividad laboral y no se tiene en cuenta en la jubilación. La pensión que se devenga en la situación de dependencia proveniente de una situación de actividad laboral tiene en cuenta la situación en la que queda el trabajador y la necesidad de una tercera persona que deberá prestarle ayuda para las actividades de la vida diaria y de ahí la pensión de gran invalidez con un complemento especial para la tercera persona que ayuda al dependiente. Esto mismo en la etapa de inactividad laboral no da derecho a nada, lo que no deja de ser sorprendente e injusto. De ahí la exigencia de una revisión en profundidad que sea capaz de analizar técnicamente estas cuestiones. La pensión de jubilación o de viudedad tiene su significado y su razón técnica de ser, pero no tiene nada que ver con la dependencia y el coste que ella genera para el afectado y su familia, de ahí que ésta tenga que ser considerada como una contingencia más, totalmente protegible, con dependencia, y esto es lo que se pide, de la etapa de la vida en la que sobrevenga.

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

B. NIVEL AUTONÓMICO

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

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

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

La primera referencia concreta de carácter normativo que en relación con las personas mayores se hace desde las administraciones autonómicas es la Orden de 29 de mayo de 1986 que crea el programa «Vida a los años» de atención sociosanitaria a los mayores con larga enfermedad y que la promulga el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña.

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

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

normativo posterior, como sucede en la Comunidad de Castilla-La Mancha y Andalucía.

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

- Orden de 29 de mayo de 1986 sobre creación del programa «Vida als anys» de atención sociosanitaria a la gente mayor con larga enfermedad.
- Convenio de Coordinación Sociosanitaria de los Ministerios de Asuntos Sociales y Sanidad y Consumo 1993 (coordinación entre el Estado y las diversas comunidades autónomas).
- Acuerdo del Gobierno valenciano de 16 de mayo de 1995 en materia sociosanitaria Viene precedido de una Orden de 30 de marzo del mismo año de la Consellería de Sanidad y Consumo, por la que se crea el programa especial de atención sanitaria a pacientes ancianos, a pacientes con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal (Programa PALET).
- Acuerdo de la Comunidad de Madrid entre la Consejería de Bienestar Social y Sanidad para optimizar los recursos existentes en temas sociosanitarios (mayo de 1995).
- Elaboración del Plan de Atención Integral a los Mayores Andaluces (PAIMA) desde las Consejerías de Salud y Asuntos Sociales y la Dirección General de Salud Pública y el Instituto andaluz de Servicios Sociales.
- Decreto de 21 de enero de 1997, por el que se aprueba el Plan de Salud de Canarias. Con él se inicia el desarrollo de actividades dirigidas a la coordinación de los servicios sociales y sanitarios para una mejor atención a las personas mayores.
- Orden de 7 de mayo de 1997 de concertación y acreditación de centros sociosanitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia, desarrolla el programa PASOS. Su principal aportación es la definición de tipos de centros y de usuarios que pueden beneficiarse de estos recursos.

- Decreto de 29 de enero de 1998 por el que se aprueba el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León. Es un Plan bastante ambicioso que establece objetivos y calendario de compromisos. Va dirigido a personas mayores, a enfermos crónicos y enfermedades degenerativas, y establece al propio tiempo programas de prevención.
- Plan coordinado de atención sociosanitaria para personas mayores, realizado desde la Consejería de Sanidad del Gobierno de La Rioja. Crea la figura del coordinador sociosanitario y la Comisión Coordinadora de Asistencia.
- Plan Estratégico 1998-2001, del Instituto Nacional de la Salud, que marca como prioridad «la integración de los recursos sociosanitarios mediante consorcios con las comunidades autónomas, las corporaciones locales y el IMSERSO y todas las instituciones dedicadas a estos cuidados» (de ámbito estatal).

1. *Sistema catalán*

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

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

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

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

sociales y la sanitaria. No es un modelo sanitario en el que desde ese área se estructuran las prestaciones sociales, lo que le hace estar bien diseñado en principio.

La atención sociosanitaria se presta a través de una serie de centros y de servicios que a veces se facilitan directamente y otras desde los propios centros. Genéricamente se denominan centros y establecimientos sociosanitarios los que habitualmente dan atención en servicios sociales y en asistencia sanitaria, bien sean éstos dispensados de forma ambulatoria o en régimen de internamiento. Dentro de este tipo de centros están los «sociosanitarios de larga permanencia», los «centros sociosanitarios asistidos» y los «servicios de atención domiciliaria». Con independencia de este tipo de centros existe la atención sociosanitaria concertada, que tiene una fuerte implantación y que se desarrolla fundamentalmente a través de equipos especializados para la atención a la «convalecencia», «larga estancia», «cuidados paliativos», «equipos de soporte a la atención primaria», «equipos de atención en centros hospitalarios» y «hospitalización de día».

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

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

existiendo grandes carencias en la coordinación y por ello, o con independencia de ello, grandes lagunas asistenciales.

2. Plan de atención sociosanitaria de Castilla y León

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

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

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

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

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

atención temprana de grupos de alto riesgo, dirigido especialmente a menores de seis años.

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

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

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

Ante estos dos sistemas serían interminables las preguntas que nos podemos hacer, pero quizás la primera y principal sería si realmente el sistema sociosanitario está ya en marcha, funciona, es algo tangible o sólo sirve para seguir debatiendo y profundizando en un discurso profesional y político del que no acabamos de salir y del que a la hora de la verdad encontramos muy pocas realidades. La creación del nuevo escenario sociosanitario, que parte de la utilización de recursos sanitarios y sociales ya existentes, pero que añade recursos nuevos, no pasa, en la mayor parte de las ocasiones, de ser un mero deseo sin excesivas concreciones. Pero incluso cuando sea realidad este sistema puede constituir una amenaza para el sistema público y gratuito de sanidad y para el avance necesario de los servicios sociales.

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

Podrían analizarse otros planes o experiencias, más bien de otras comunidades autónomas, pero entendemos que no tienen demasiado interés desde el punto de vista legal y sí pueden tenerlo desde el punto de vista de contenidos, por lo que entendemos van a ser analizados en las otras dos partes fundamentales, referidas a contenidos, de que consta este informe. Baste aquí recordar finalmente que el desarrollo normativo sociosanitario es relativamente poco, mucho más escaso todavía es aquel que aborda el tema de forma integral y globalizada; un poco más desarrollado aquel que hace referencia a temas puntuales o sistemas experimentales, siempre de tipo parcial, relacionados con lo sociosanitario. Así pues, empieza a ser urgente la toma de decisiones políticas que desemboquen en compendios legislativos sobre los que asentar un adecuado sistema de atención sociosanitaria.

IV. CONCLUSIONES/PROPUESTAS

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

1. Desde el punto de vista legal es necesario ir fomentando en los legisladores y en los que propician las leyes, a todos los niveles, una cultura jurídica, que tenga en cuenta que las personas mayores (dependientes especialmente) tienen unas necesidades que en modo alguno están contempladas en la legislación actual a ningún nivel. Los legisladores nunca legislan pensando en el mayor dependiente, ni siquiera

en temas muy concretos y que les son casi de aplicación exclusiva. Después es preciso hacer la aplicación analógica y es la jurisprudencia, con los riesgos que esto lleva en nuestro sistema, la que tiene que suplir estas lagunas. Por ello se propone que en todo tipo de elaboración legal sea un referente sistemático la persona mayor en situación de dependencia. Este tema se puede abordar desde la legislación general y con este espíritu de referencia o desde una legislación especial que les considere como grupo unitario y diferenciado. Cualquiera de las dos opciones es válida. Lo que hay que tener en cuenta es que la persona mayor debe ser el sujeto activo de sus propios problemas. Un abordaje desde la familia, por ejemplo, sería desde nuestro entender mucho más inadecuado.

2. Hay una serie de reformas en torno al Código Civil, que reiteradamente se están pidiendo como de urgente consideración. Todas ellas están recogidas en la primera parte de este informe, a título de ejemplo traemos aquí de nuevo el tema de la autodesignación de tutor y los internamientos involuntarios, y parece oportuno proponer la reforma adecuada.
3. Aunque el maltrato a la persona mayor no es todavía motivo de excesiva preocupación, no se debería obviar su regulación, de alguna manera, para no proceder, como suele ser costumbre reiterada, a posteriori, cuando el problema es considerable.
4. Establecer sistemas de información adecuados para las personas mayores y sus familiares en los que ésta se facilite de manera completa y coherente, teniendo en cuenta siempre el principio de AUTONOMIA PERSONAL y la consideración de sujeto activo, que, salvo incapacitación, tiene toda persona con independencia de otras circunstancias. Aquí se habla más que de una propuesta de cambio a nivel legal, de la generalización de una buena praxis, que tenga en cuenta el estatuto personal de todo ciudadano, estatuto de plena capacidad, mientras un juez no determine lo contrario.
5. Asumida la necesidad de la coordinación sociosanitaria y reconociendo lo menguado de su desarrollo normativo, debería profundizarse en la consolidación de normas de ámbito estatal, autonómico y local, que hicieran posible la creación, desarrollo e instauración de este sistema de atención. De aquí se derivarían normas que tuviesen en cuenta los sistemas de financiación, la catalogación de las prestaciones, etc.
6. Abordar normativamente y del modo más eficaz posible la cuestión de incoherencia técnica que la legalidad admite en relación al tratamiento que se da a la dependencia. Así, ésta es tenida en cuenta en la etapa de

actividad laboral y como consecuencia se financia de alguna manera y se desprecia la dependencia sobrevenida en la etapa de jubilación. Debería quedar claro que se trata de una contingencia protegible en cualquier momento de la vida de una persona.

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

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

1. INTRODUCCIÓN

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

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

Pero, además, la evolución conceptual en la forma de entender tanto la atención como el propio diseño ha sufrido cambios radicales. Los comienzos en la implantación de programas de intervención gerontológica de los países desarrollados, que pueden situarse a partir de la Segunda Guerra Mundial, vinieron presididos por postulados unidireccionales consistentes en que la intervención se producía si y sólo si existía constatación de la incapacidad de los individuos para adaptarse a los cambios, tanto individuales como sociales (Lesseman, Martin, 1993). Esto era así en dos sentidos y en dos momentos. En primer lugar, porque los mecanismos protectores de los servicios sociales sólo entraban en escena cuando ocurría una situación de necesidad social grave, a la que el individuo o su familia no pudieran dar respuesta (personas mayores indigentes, sin familia, enfermas...). En segundo lugar, y ya en el ámbito estricto de la intervención, porque los especialistas de la gerontología (que, sobre todo, procedían del mundo

de la geriatría) se limitaban a intervenir en los aspectos relacionados con las pérdidas de las capacidades funcionales para desarrollar las actividades normales de la vida cotidiana (todo ello arropado por un gran número de instrumentos de valoración de esta capacidad). Fue la época del desarrollo institucional en todos los ámbitos. Existía consenso en cuanto a que toda persona que presentara síntomas de no poder desarrollar su vida con arreglo a las pautas de «normalidad» establecidas habría de ser atendida. Lo habitual era que los cuidados se prestasen dentro del contexto familiar, y sólo si éste era inexistente o fallaba intervenían los sistemas formales de atención, previa prueba de escasez de medios económicos. En este último caso, la intervención se realizaba en ámbitos y contextos que situaban a las personas extramuros de la sociedad (asilos, hospitales psiquiátricos, hospicios...).

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

Por lo que se refiere a los servicios de atención, las evaluaciones que se realizaron desde los años setenta y a lo largo de la década de los ochenta sobre las condiciones de vida en las instituciones fueron ofreciendo resultados e informaciones tan negativos que llegó a provocarse un rechazo generalizado al sistema institucional en todo el contexto de la Europa occidental. Definitivamente, las posiciones que postulaban la marginación y el aislamiento en aras de una correcta «atención medicalizada» se han visto desplazadas por aquellas que preconizan la integración social y, más aún, la normalización para hacer frente a los problemas de estos ciudadanos. Prueba de ello es que el lema «envejecer en casa» se ha convertido en objetivo común de las políticas sociales de atención a las personas mayores de los países desarrollados (OCDE, 19%), si bien la evaluación de su cumplimiento no siempre arroja resultados satisfactorios. Así, el modelo comunitario de atención defiende la conveniencia de que los problemas de las personas se afronten allí donde se producen, sin que tengan que sufrir el desarraigo que genera el abandono del modo de vida habitual. En consecuencia, los servicios de atención giran en torno al domicilio, lo que ha dado y está dando lugar a una amplia gama de modalidades.

La evolución someramente glosada que se ha experimentado en lo que se refiere a servicios y programas gerontológico ha venido acompañada, además, de la asunción generalizada de la importancia de hacer diagnósticos e intervenciones sociales de carácter global. Esta perspectiva conlleva la consideración de las necesidades humanas en sentido comprensivo y no fragmentario. Lógicamente, al hacer análisis de necesidades con esta nueva dimensión, el resultado es que, además de ir desarrollándose programas y servicios comunitarios de atención a personas mayores en casos de necesidad de ayuda, también se va incluyendo a la familia como destinataria de los mismos. Partiendo del reconocimiento del apoyo familiar como principal proveedor de cuidados y atenciones a las personas dependientes, el interés de los poderes públicos es favorecer ahora el mantenimiento de dicho apoyo mediante una oferta diversificada de prestaciones y servicios. Además de lo anterior, el análisis sistémico de las necesidades humanas conlleva que se consideren como objeto de intervención todas ellas. Desde esta perspectiva, en el caso de las personas mayores aparece como prioritario atender, además de sus concretas necesidades de atención sociosanitaria, también cuestiones como la garantía de su autodeterminación, la participación social, el acceso a los bienes culturales, el aprovechamiento de su experiencia en beneficio de la sociedad, las relaciones intergeneracionales, etc.

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

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

Como ponen de manifiesto los datos oficiales publicados sobre la población censal de nuestro país, en el año 1981 se había doblado el número total de personas registrado a comienzos de siglo. No obstante, según los datos de la última renovación censal (1991), se ha podido detectar que en el decenio 1981-1991 el crecimiento total de la población ha sufrido una drástica disminución en relación con la pauta del período anterior.

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

TABLA 1. POBLACIÓN ESPAÑOLA, CLASIFICADA POR GRUPOS DE EDAD, DURANTE EL PERÍODO 1960-1991 (EN MILES DE HABITANTES)

| Años | Grupos de edad | | | Total |
|------|----------------|----------|----------|----------|
| | <15 | 16-64 | 65 y más | |
| 1960 | 8.347,3 | 19.612,1 | 2.505,3 | 30.528,5 |
| 1970 | 9.459,6 | 21.290,5 | 3.290,6 | 34.040,7 |
| 1981 | 9.685,9 | 23.760,9 | 4.236,7 | 37.683,3 |
| 1991 | 7.969,3 | 25.498,2 | 5.497,7 | 38.965,2 |
| 1996 | 6.361,6 | 27.111,3 | 6.196,5 | 39.669,4 |

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

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

TABLA 2. POBLACIÓN ESPAÑOLA, CLASIFICADA POR GRUPOS DE EDAD, DURANTE EL PERÍODO 1960-1991 (PORCENTAJES)

| Años | Grupos de edad | | | | Total |
|------|----------------|-------|----------|-----------|-------|
| | <15 | 16-64 | 65 y más | No consta | |
| 1960 | 27,34 | 64,24 | 8,21 | 2,11 | 100 |
| 1970 | 27,79 | 62,54 | 9,67 | — | 100 |
| 1981 | 25,70 | 63,05 | 11,24 | — | 100 |
| 1991 | 20,45 | 65,44 | 14,11 | — | 100 |
| 1996 | 16,0 | 68,3 | 15,6 | — | 100 |

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

En síntesis, puede decirse que en los últimos años el crecimiento de la población española, observada en su conjunto, se realiza de forma ostensiblemente decreciente, al tiempo que se experimentan cambios muy importantes en los grupos de edad extremos. Como se ha mostrado, de 1981 a 1991 ha descendido en casi dos millones el número de niños, mientras que en el citado año de 1991 se registraban más del doble de personas mayores que en 1960. En términos porcentuales, hemos pasado de un 27,3 por 100 de niños registrados en 1960 a representar éstos sólo un 16 por 100 del total de la población en 1996. Con respecto a los mayores de sesenta y cinco años, mientras el número de éstos en 1960 suponía el 8,2 por 100 del total de la población, en 1991 representaban ya el 14,1 por 100 de la misma y en 1996 el 15,6 por 100.

Hasta ahora los datos presentados corresponden a población observada. Sin embargo, para planificar es necesario trabajar sobre proyecciones demográficas.

La evolución prevista en números absolutos y relativos correspondiente a la estructura de la población española por grupos de edad puede verse en la tabla 3, de cuyo análisis se concluye que el fenómeno del envejecimiento va a incrementarse de manera notable en los próximos años.

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

| Años | < 15 años | % | 15-64 años | % | — 65 y más | % |
|-------------|---------------------|----------|-------------------|----------|-------------------|----------|
| 1991 | 7.640.930 | 19,4 | 25.913.623 | 66,9 | 5.345.208 | 13,7 |
| 1996 | 6.522.084 | 16,3 | 26.844.171 | 68,3 | 6.050.063 | 15,4 |
| 2001 | 6.267.214 | 14,6 | 26.972.544 | 68,4 | 6.689.559 | 17,0 |
| 2006 | 6.622.279 | 14,5 | 26.995.816 | 68,0 | 7.044.384 | 17,5 |
| 2011 | 7.197.543 | 14,7 | 26.703.798 | 67,1 | 7.208.580 | 18,2 |
| 2016 | 7.335.833 | 14,9 | 26.402.894 | 66,0 | 7.574.097 | 19,1 |
| 2021 | 6.941.271 | 14,2 | 26.230.529 | 65,5 | 7.970.661 | 20,3 |
| 2026 | 6.207.950 | 13,1 | 25.900.509 | 64,6 | 8.659.715 | 22,3 |

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

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

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

Como se ilustra en la tabla 5 la caída de la natalidad experimentada en España durante nuestra Guerra Civil y el período de posguerra tendrá su lógica influencia sesenta y cinco años más tarde después de 1936, es decir, a partir del año 2001 y, por eso, el crecimiento del grupo > 65 años disminuirá llamativamente a partir de entonces. Durante ese período, sin embargo, va a crecer mucho el grupo de los mayores de ochenta años. Dentro de este último grupo se dejarán notar los efectos de la bajada de la natalidad del período 1936-1950 a partir del año 2016, llegándose incluso en el quinquenio 2016-2021 a experimentar un crecimiento negativo.

TABLA 4. EVOLUCIÓN PROYECTADA DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS Y DE 80 Y MÁS AÑOS (1986-2026) (EN MILES)

| Años | > 65 años | > 80 años |
|------|-----------|-----------|
| 1986 | 4.679,6 | 930,4 |
| 1991 | 5.345,20 | 1.142,9 |
| 1996 | 6.050,1 | 1.309,3 |
| 2001 | 6.689,6 | 1.459,2 |
| 2006 | 6.944,4 | 1.766,9 |
| 2011 | 7.208,6 | 2.033,6 |
| 2016 | 7.574,1 | 2.226,9 |
| 2021 | 7.970,7 | 2.202,1 |
| 2026 | 8.659,7 | 2.315,1 |

Fuentes: Elaboración propia a partir de Proyección de Población Española. Instituto de Demografía. CSIC 1994

TABLA 5. CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN MAYOR POR QUINQUENIOS (1991-2026)

| Períodos Quinquenales | > 65 años | > 80 años |
|-----------------------|-----------|-----------|
| 1991/1996 | 698.006 | 166.379 |
| 1996/2001 | 636.960 | 149.849 |
| 2001/2006 | 243.717 | 307.758 |
| 2006/2011 | 285.158 | 266.712 |
| 2011/2016 | 364.228 | 193.326 |
| 2016/2021 | 378.071 | - 24.885 |
| 2021/2026 | 658.573 | 113.037 |

Fuentes: Elaboración propia a partir de Proyección de Población Española. Instituto de Demografía. CSIC 1994

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

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

A. LA DEFINICIÓN DE DEPENDENCIA

El término dependencia, si bien es polisémico, se refiere, en el contexto de la protección social, a la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana. El Consejo de Europa (1998), después de largas deliberaciones, ha propuesto la siguiente definición: «son personas dependientes quienes, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria». En los países donde se han desarrollado sistemas específicos de protección a la dependencia suelen operativizar la «ayuda importante», como «ayuda de otra persona».

B. CUANTIFICACIÓN DE LA DEPENDENCIA

Según la investigación de ámbito nacional disponible en España sobre esta cuestión (INE, 1988; IMSERSO, 1995a y h; Encuesta Nacional de Salud, 1995) pueden realizarse estimaciones que no resultan siempre coincidentes. De todas ellas, la que se ha centrado más en los factores de la demanda y de la oferta de los cuidados de larga duración ha sido la desarrollada por el IMSERSO (hoy denominado IMSERSO). Según esa última fuente, se cifra en un 25 por loo el porcentaje de personas mayores de sesenta y cinco años que residen en viviendas (no se incluye a quienes viven en residencias), que informaron precisar ayuda para la realización de alguna o algunas de las actividades de la vida cotidiana. Esto significa, en términos absolutos, que la dependencia, considerada de manera amplia, afectaría a alrededor de un millón y medio de personas. De ellas, 650.000 tienen más de ochenta años. Las actividades para las que con mayor frecuencia precisan ayuda o no pueden realizarse son: realizar tareas domésticas (el 17 por 100), bañarse o ducharse (el 15 por 100 de los mayores de sesenta y cinco años), o subir o bajar escaleras (el 12 por 100). En cuanto al perfil de estas personas que se ven necesitadas de ayuda, hay un claro predominio femenino (el 66 por 100 de las mayores de sesenta y cinco años y el 73 por 100 de las mayores de ochenta son mujeres).

Al número mencionado de personas mayores dependientes que viven en sus casas, hay que sumar el de quienes viven en residencias, que son alrededor de 159.000, aunque no todas ellas son dependientes graves. Asimismo, hay que considerar el número de personas con graves discapacidades que dependen de la ayuda de otra para realizar las actividades de la vida diaria y que cuentan entre dieciocho y sesenta y cinco años. Según estimaciones realizadas a partir de la Encuesta de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, que aplicó el INE en

1986, podría fijarse el mismo en algo más de 150.000 personas (INSERSO/DATLAN, 1996).

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

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

En definitiva, las tendencias de futuro señalan un incremento claro de la demanda de cuidados durante la vejez, tanto por la propia evolución demográfica (sobre todo por el gran incremento de las personas mayores de ochenta años), cuanto por la continua expansión de la morbilidad a edades avanzadas.

C. PERFILES Y NECESIDADES DE FAMILIARES CUIDADORES

Una vez conocido el número de personas que necesitan ayuda, la investigación mencionada del IMSERSO se propuso conocer también a cargo de quiénes estaba su atención permanente. La encuesta aplicada a personas mayores (N = 2.500) incluía la pregunta ¿quién suele prestarle en mayor medida esta ayuda? que debía ser respondida por quienes dijeron precisarla. Pueden resumirse los resultados en la escueta afirmación de que la inmensa mayoría de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes son asumidos por familiares y allegados (el 86,5 por 100 del total que reciben), es decir, que los realiza el llamado apoyo informal. El inmenso caudal de dedicación en tiempo y esfuerzo que realizan las familias que cuentan en su seno con una persona mayor dependiente ha sido durante mucho tiempo muy poco reconocido y, en cierta manera, ha permanecido en la invisibilidad durante mucho tiempo. Sólo muy recientemente han comenzado a desarrollarse programas y medidas de apoyo a las familias cuidadoras.

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

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

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

Como aspecto más destacado puede afirmarse que se ha confirmado en estos estudios que el perfil típico de quienes cuidan a las personas mayores en España puede sintetizarse en la fórmula que ya se ha enunciado en otro lugar (Rodríguez, 1995a) como de «género femenino, número singular»: *el 83 por 100 del total de cuidadoras/es son mujeres, y de ellas declaran que no reciben ayuda de nadie para la realización de este trabajo el 61,5 por 100*. Es significativa, además, la masiva presencia de la figura de las hijas que se produce en España. Mientras en Estados Unidos, uno de cada cuatro hijos/as cuidadores son varones, en España sólo lo son uno de cada diez.

En cuanto a la edad, también se confirma para España lo que sucede en otros lugares, es decir, que el intervalo de edad del potencial cuidador se sitúa entre los cuarenta y cinco y los sesenta y nueve años. Según la encuesta de la que estamos ofreciendo algunos resultados, tienen más de cuarenta y cinco años el 70 por 100 del total de personas cuidadoras. La edad media de éstas es de cincuenta y dos años. El estado civil que predomina en es el de casados/as (76,6 por 100 del total de la muestra), siendo solteras/o5 el 15,8, viudas/os el 4,9 por 100 y separadas o divorciadas el 2,5 por 100.

Por lo que se refiere a las modalidades de convivencia, persona atendida y quien le cuida viven predominantemente juntas de manera permanente (58,7 por 100), viven temporalmente juntas en el 15,7 por 100 de las ocasiones, mientras que cuidan a una persona que vive en otra casa el 24 por 100 de los encuestados/as. *El 14 por 100 de las personas mayores dependientes que son atendidas por sus allegados viven solas*. En estos últimos casos parece que se reproduce y sirve también para algunas personas mayores dependientes la fórmula de «intimidad a distancia» que ha sido descrita por los especialistas (Lehr y Wilbers, 1989). Pero, desde luego, puede resultar especialmente dramática la situación de este grupo: ancianos y ancianas que a su situación de dependencia de

otras personas para realizar actividades de la vida diaria deben añadir el peso del aislamiento y de la soledad.

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

- El 65,6 por 100 del conjunto de la muestra tiene un nivel de enseñanza muy bajo (sin estudios o primarios), mientras que, en el otro extremo, sólo cuentan con estudios universitarios, medios o superiores, el 6,1 por 100.
- El 75 por 100 del total de personas cuidadoras no tienen actividad laboral alguna (son amas de casa el 50 por 100, jubiladas/os el 15 por 100 y paradas/os el 9,7 por 100).
- Sólo el 18,5 por 100 de la muestra desarrolla un trabajo remunerado, que compatibiliza con los cuidados; de estas personas, trabajan a jornada completa el 63,5 por 100, a media jornada el 20 por 100 y durante horas sueltas el 14,3 por 100.

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

1. Efectos sobre la situación laboral:
 - El 26 por 100 no puede plantearse buscar un trabajo.
 - El 11,5 por 100 ha abandonado su trabajo a causa de los cuidados.
 - El 12,4 por 100 se ha visto obligado a reducir su jornada laboral.
2. Efectos sobre el estado de salud:
 - El 51 por 100 presenta cansancio habitual.
 - El 32,1 por 100 manifiesta estar deprimido.
 - Un 29 por 100 cree que su salud se ha deteriorado a causa del cuidado.
3. Efectos sobre el tiempo de ocio y vida relacional:
 - Un 64,1 por 100 ha sufrido una reducción sensible de su tiempo de ocio.
 - El 48 por 100 ha dejado de ir de vacaciones.
 - El 39 por 100 no tiene tiempo para frecuentar amistades.

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

1. Intensidad de la ayuda:
 - El 85 por 100 del total de personas entrevistadas en la muestra de cuidadores/as respondió que la ayuda que suministran es diaria.
 - Un 53 por 100 afirman que en los cuidados invierten más de cinco horas al día.
 - La media de horas de atención semanal es de treinta y cinco horas.

2. Período de duración de los cuidados:
 - Un 28 por 100 declararon llevar más de diez años atendiendo a una persona mayor dependiente.
 - El 18,9 por 100 informaron llevar de seis a diez años.
 - Lleva cuidando de tres a cinco años el 25,7 por 100.

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

Como resumen de este apartado puede afirmarse que la familia española (y de manera especial las mujeres) está soportando un peso abrumador sin que por parte de los poderes públicos se haya realizado un esfuerzo paralelo para mitigarlo en algo. Las dificultades establecidas para acceder a los servicios sociales (ayuda a domicilio, residencias, centros de día, estancias temporales, etc.) son de tanta envergadura que muchas familias que han demandado este apoyo se han dado de bruces contra el *muro de los baremos*. Estos suelen establecer requisitos tan rigurosos para poder acceder a los servicios públicos que el destino final de las solicitudes suele ser una lista de espera que se convierte en una «espera a Godot» porque nunca llega a producirse la entrada al servicio solicitado. La existencia de requisitos de acceso que nada tienen que ver con la circunstancia objetiva de «necesitar ayuda para las actividades de la vida diaria» se plantea en dos direcciones:

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

Por otra parte, porque alcanzar un determinado (y escaso) nivel de renta suele ser motivo de exclusión. Muchas personas, y de manera muy especial las pertenecientes a las clases medias, se encuentran ante una nueva paradoja. Se les

deniega el servicio público por sobrepasar el nivel de renta establecido en los baremos (son consideradas ricas), y, cuando acuden en busca de un servicio privado, no pueden pagarlo (son y se sienten pobres).

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

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

A. LA CRISIS DEL APOYO INFORMAL

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

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

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

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

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

Fuente: Fernández Cordón (1992), Informe español para el Observatorio Europeo.

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

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

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

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

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

B. LA NECESARIA INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA

El desarrollo de la geriatría y de la gerontología han evidenciado, por otra parte, que ofrecer una atención de calidad a las personas dependientes no pueden hacerlo personas sin formación específica. La aplicación de determinados programas de intervención, según patologías o trastornos, exige disponer de unos conocimientos técnicos suficientes. Afrontar determinados comportamientos, comunicarse con personas que pueden tener dificultad para expresarse, saber cómo manejar las situaciones de estrés, pasa por haber recibido formación y entrenamiento en las habilidades necesarias.

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

C. LA CONFIGURACIÓN DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN COMO NUEVA NECESIDAD SOCIAL

Las transformaciones someramente indicadas: fenómeno del envejecimiento (en especial, crecimiento de los mayores de ochenta años), incremento consiguiente de las personas dependientes (por aumento de la prevalencia de

enfermedades y trastornos que producen dependencia y que se asocia a la edad muy avanzada) y crisis del apoyo informal están originando que los países desarrollados se planteen cómo desarrollar sus sistemas de protección social para dar cobertura suficiente a la nueva necesidad social sobrevenida: la dependencia.

Como ya se ha mencionado, y según se ha desarrollado con mayor amplitud en otros lugares (Rodríguez y Sancho, 1995; Rodríguez, 1998), esta nueva necesidad social no está prevista como situación o contingencia a proteger por nuestro Sistema de Seguridad Social, y, por tanto, no se encuentra cubierta más que de manera insuficiente por un conjunto de servicios sociales que se hallan todavía lejos de constituir un verdadero «sistema» acabado de protección.

¿Por qué se dice que la provisión de cuidados en la vejez es una «nueva» necesidad social? ¿Es que no existían antes ancianos/as que precisaban cuidados? Por esgrimir el dato cuantitativo, recuérdese que el número de personas mayores de ochenta años en los años setenta era de apenas medio millón. Además, los modos de convivencia predominantes por aquel entonces era el de la familia extensa: más del 70 por 100 de las personas mayores de sesenta y cinco años vivían con los hijos u otros familiares (Informe GAUR, 1975). Por otra parte, como las enfermedades y trastornos que producen dependencia se incrementan sobre todo a edades muy avanzadas y no eran numerosos los ancianos/as que llegaban a ellas, existían relativamente pocas personas con gran necesidad de cuidados durante largos períodos de tiempo. Las que presentaban esta necesidad eran atendidas de forma «natural» en el contexto familiar, en el que existía la figura de la «madre de todos», esto es, la mujer cuyo rol consistía fundamentalmente en una plena dedicación personal y vital a la atención de su casa y al cuidado de todos los miembros de la familia. Para los casos de abandono o de carencia de familia, existían asilos y residencias, como programa prácticamente exclusivo que se proveía por los recursos formales de atención.

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

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

- Cada vez existen más personas mayores con problemas de dependencia que demandan cuidados de larga duración y de gran intensidad (durante amplios plazos de tiempo y en largas jornadas de trabajo).

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

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

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

V. EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES

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

A. EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA

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

«Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.»

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

La década de los ochenta y los primeros años noventa han supuesto la generalización del actual modelo de servicios. Se ha producido un considerable incremento de los recursos sociales más tradicionales (hogares o clubes de jubilados y residencias), se han implantado de manera generalizada los servicios de atención domiciliaria, aunque su extensión y calidad son todavía muy deficientes, y, al tiempo, se han ido poniendo en marcha una amplia gama de servicios de carácter más innovador (centros de día, teleasistencia, sistemas alternativos de alojamiento, etc.). El desarrollo de unos y otros está suponiendo cambios cualitativos importantes en los principios ideológicos y filosóficos que rigen las políticas sociales de atención a las personas mayores (Rodríguez, Sancho, 1995). Así, mientras que a principios de la década de los años ochenta el objetivo prioritario de los servicios sociales públicos se centraba en la construcción de residencias dirigidas fundamentalmente a personas con un buen nivel de autonomía funcional pero con importantes problemas socioeconómicos, en la actualidad el diseño y la planificación de los servicios de atención a las personas mayores suelen estar presididos por postulados que enfatizan la necesidad de priorizar aquellos que favorecen la permanencia en su entorno habitual, con especial énfasis en la atención domiciliaria. Según esta concepción, las residencias y otros servicios institucionales quedarían reservados para aquellas personas, generalmente mayores de ochenta años, con problemas de dependencia funcional o cognitiva que les imposibilita seguir viviendo en su medio habitual con niveles mínimos de bienestar.

El desarrollo de los servicios sociales en los últimos años ha evidenciado la necesidad de diseñar planes globales de intervención que respondan a los diversos estados de necesidad de las personas mayores y que, en la medida de lo posible, ofrezcan recursos acordes a estas situaciones. En este sentido, entre todas las programaciones realizadas merece la pena destacar, como referente de la política de Estado para este grupo de población, el Plan Gerontológico, marco de actuación para la década de los años noventa (INSERSO, 1993). Se trata de un diseño de intervención con un enfoque de atención integral, que se sistematiza en torno a cinco grandes áreas: pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio, y participación. En cada una de ellas se establecen grandes líneas de actuación, objetivos y medidas para la cumplimentación de los mismos, así como los organismos responsables para llevarlas a efecto. En dicho Plan se desarrolla el contenido de los servicios y programas para las personas mayores, muy especialmente los que se circunscriben a los ámbitos social y sanitario, así como los relacionados con el acceso a los bienes culturales, al ocio y la participación de este grupo de población en la vida social.

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

Pero lo cierto es que, cuando faltan menos de dos años para agotarse el período previsto de ejecución del Plan Gerontológico (el horizonte se situaba en el año 2000), puede afirmarse que las previsiones contenidas en el mismo están muy lejos de haberse cumplido. En el ámbito en el que más esfuerzo se ha hecho, como es el de desarrollo de equipamientos residenciales, el crecimiento se ha realizado de manera desordenada, con grandes desequilibrios territoriales y gran disparidad en los modelos de atención. En cuanto a los servicios de ayuda a domicilio, sobre los que el Plan Gerontológico había realizado una ambiciosa propuesta (alcanzar el 8 por 100 de *ratio* para el año 2000) puede decirse que el fracaso ha sido mayor, tanto en lo que se refiere a extensión del servicio como en cuanto atañe a la calidad de la atención y a los requisitos consiguientes de formación.

Se pasa a continuación, como se anunciaba arriba, a la glosa sumaria de uno de los dos grandes bloques en que cabe distribuir los servicios sociales: los que tienen un carácter marcadamente asistencial porque son los que están directamente

relacionados con la atención a personas en situación de dependencia o fragilidad. Se dejan, pues, aparte y sin desarrollar el conjunto de servicios y programas más relacionados con el ámbito de la participación social.

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

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

1. El primero es el de diversidad en la oferta, lo que posibilita el ejercicio de la capacidad de elección y contribuye a una mejor adecuación entre necesidad y respuesta.
2. El otro es la complementariedad, que se configura como criterio clave, aplicado en ámbitos como: el mundo de lo social y lo sanitario, los servicios formales e informales, los múltiples proveedores públicos, privados e iniciativa social, etc.

B. SERVICIOS SOCIALES DIRIGIDOS A LAS PERSONAS MAYORES

1. *Hogares y clubes*

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

a) *Servicios que suelen ofrecer los hogares*

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

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

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

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

b) *Cobertura y estimación de necesidades*

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

c) *Dependencia y gestión de los centros*

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

2. *Adaptaciones de viviendas*

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

- a) Por las situaciones carenciales que se han detectado en los equipamientos de bastantes de las viviendas de las personas mayores.
- b) Porque las condiciones de la vivienda se configuran como requisito previo en la prestación de los servicios domiciliarios, difícilmente justificable en hogares que no reúnan condiciones mínimas de habitabilidad o que no sean accesibles para utilizar los servicios básicos cuando se está en una situación de dependencia.

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

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

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

No debe considerarse por más tiempo como necesidad menor contar con una vivienda adecuada y accesible. Ajustarse al principio «envejecer en casa» pasa, como cuestión previa, por contar con una vivienda que permita el desenvolvimiento normal de la vida cotidiana de las personas. En consecuencia, debe estar generalizada la inclusión de las adaptaciones de viviendas dentro de los programas de ayuda a domicilio.

3. *Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)*

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

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

a) *Servicios que suele ofrecer el SAD*

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

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

b) *Objetivos del SAD*

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

c) *Dependencia y funcionamiento del SAD*

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

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

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

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

La coordinación entre la provisión de servicios de atención domiciliaria de carácter social y sanitario se configura como objetivo prioritario de intervención, único camino para que este recurso responda a criterios de eficiencia y eficacia.

d) *Cobertura y estimación de necesidades*

Recientemente se han dado a conocer los resultados de la única investigación realizada en España para conocer el alcance y características del SAD, que se ha desarrollado mediante un convenio de colaboración entre el IMSERSO y la FEMP. Según los resultados ofrecidos en la misma, la cobertura actual del SAD no representa ni siquiera el 1 por 100 del total de personas mayores (Porto y Rodríguez, 1998). En la actualidad, y teniendo en cuenta que esos datos corresponden a 1996, puede realizarse una estimación para 1999 de alrededor del 1,5 por 100 en que podría situarse el porcentaje de personas mayores de sesenta y cinco años que acceden al SAD. El Plan Gerontológico establecía llegar a una previsión de cobertura del 8 por 100 para finales de esta década, lo que significaría un esfuerzo de considerable magnitud en la consecución del objetivo «envejecer en casa», que es el que se plantean tanto las propias personas mayores, como los responsables de los servicios de atención. Se está procediendo a la revisión de dicho objetivo del Plan Gerontológico, ya que se calcula que la *ratio* de extensión del SAD difícilmente superará un 2 por 100 en el año 2000.

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

4. *Servicio de Teleasistencia*

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

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

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

a) *Cobertura y estimación de necesidades*

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

El Plan Gerontológico establece una *ratio* del 12,5 por 100 de las personas mayores que viven solas (en torno a un millón), lo que supondría alcanzar en el año 2000, en números absolutos, una cifra de unos 125.000 beneficiarios. Las estimaciones que se realizan para el año 1999 sobre cobertura de la teleasistencia sitúan la misma en alrededor de 50.000 usuarios, lo que evidencia, también en este servicio, el poco impulso que se ha dado a este programa.

5. *Centros de día*

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

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

La implantación de este servicio en España ha dado lugar en ocasiones a confusiones con otro tipo de equipamientos de funcionamiento diurno como son los hogares y clubes (a los que ya se ha hecho referencia) y los hospitales de día, cuyos objetivos y actividades son bastante similares en algunas facetas. Algunas diferencias básicas entre estos tres recursos se establecen en la tabla 7:

TABLA 7. RECURSOS DE ATENCIÓN DIURNA

| Modelo | Dependencia | Objetivos | Duración del servicio | Destinatarios |
|------------------|----------------------|--|---|--|
| Hospital de día | Servicios sanitarios | Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación ante problemas de salud | Programa cerrado. Periodo de pocos meses. | Personas mayores enfermas; en su mayoría proceden del hospital. |
| Centro de día | Servicios sociales | Prevención de la institucionalización, rehabilitación, mantenimiento del nivel de autonomía, apoyo a las familias. | Flexible. Hay casos cronicados. | Personas mayores con problemas de pérdida de capacidad funcional (física o psíquica) |
| Hogares y clubes | Servicios sociales | Prevención, socialización, información y formación. | Indefinida. | Personas mayores independientes y semidependientes. |

a) *Servicios que suelen ofrecer los centros de día*

a) *Atención social:*

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

b) *Atención a la salud psico-física:*

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

e) *Socialización y participación:*

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Relaciones personales.

- Actividades de ocio y cultura.
- Actividades productivas.

b) *Cobertura y estimación de necesidades*

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

6. *Estancias temporales en residencias*

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

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

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

a) *Cobertura y estimación de necesidades*

Es éste otro servicio de carácter innovador en nuestro país y de reciente implantación, especialmente desde las administraciones públicas, por lo que no se dispone de cifras significativas de cobertura. El Plan Gerontológico establece medidas destinadas a favorecer la generalización de este servicio como son:

- a) Reserva de al menos un 2 por 100 de plazas destinadas a esta finalidad en las residencias dependientes de la Administración.

- b) Aprovechamiento de las plazas ocupadas por residentes fijos de centros públicos durante el período de sus vacaciones, mediante el establecimiento de las normas y compensaciones necesarias.
- c) Concierto con entidades privadas (hoteles, residencias, etc.) para la reserva de plazas con carácter temporal.

7. *Sistemas alternativos de alojamiento*

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

a) *Características de los alojamientos alternativos*

- Ubicados en el entorno habitual.
- Convivencia en grupos pequeños.
- Organizadas en torno a algún sistema de tutela.
- Diseño hogareño, no institucional.
- Autofinanciables en muchos casos por sus inquilinos.

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

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

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

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

- b) Viviendas tuteladas ocupadas por grupos que oscilan entre las cuatro y diez personas.
- c) Viviendas comunales, que habitualmente son autogestionadas por las propias personas mayores que las ocupan.

- d) Minirresidencias de hasta veinte personas, desarrolladas sobre todo en el medio rural.
- e) Acogimiento en diversas fórmulas, como acogida familiar, de convivencia intergeneracional, etc.

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

TABLA 8. SISTEMAS ALTERNATIVOS DE ALOJAMIENTO

| | Ventajas | Desventajas |
|------------------------------|---|--|
| Alternativas convivenciales. | Sentimientos de utilidad Fomentan la autoayuda. Mejoran la autoestima. Permanencia en el entorno habitual. | Intimidad no garantizada. Problemas de convivencia. |
| Alternativas individuales. | Intimidad/privacidad. Ajuste servicio/necesidad. Autonomía/independencia. Fácil mantenimiento. | Soledad/aislamiento. Segregación. Costo elevado cuando aumenta la dependencia. |

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

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

b) Cobertura y estimación de necesidades

A pesar de que en los últimos años se están desarrollando estos sistemas de alojamiento en todo el territorio español, su grado de implantación es muy escaso y, aunque no existe cuantificación separada de este recurso, se estima que no es todavía significativo numéricamente. El Plan Gerontológico establece una *ratio* de cobertura del 1 por 100 de los mayores de sesenta y cinco años para el año 2000.

8. *Servicios institucionales*

Están constituidos básicamente por residencias, pues, aun cuando existe otro tipo de oferta como centros sociosanitarios u hospitales de media o larga estancia, la inmensa mayoría se centra en aquéllas. Entre las definiciones de residencia que existen se destaca la siguiente: «Centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia» (Rodríguez, 1995).

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

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

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

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

- Potenciar la independencia y la seguridad (evitando caídas, paliando discapacidades y actuando sobre la reducción de las capacidades sensoriales).
- Conseguir el equilibrio y la seguridad psíquicos (espacios definidos e identificables que compensen la desorientación espacial y fomenten el contacto con el exterior y la naturaleza).
- Respetar la intimidad individual.
- Provocar las relaciones sociales.
- Facilitar la labor del personal para el desarrollo de sus funciones.

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

a) *Programas de intervención en residencias*

Sanitarios

- Atención médica.
- Fisioterapia.
- Terapia ocupacional.

Psicosociales

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

Para casos de deterioro cognitivo

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

Cuidados paliativos

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

b) *Cobertura y estimación de necesidades*

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

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

Aunque el crecimiento de plazas ha sido importante en los diez años analizados, sin embargo, no se refleja claramente ese dinamismo cuando se atiende a la evolución de la *ratio* de cobertura: Habiéndose puesto en funcionamiento durante el período más de 82.000 nuevas plazas de residencias, este incremento no ha llegado a significar ni siquiera un punto en cuanto se refiere al aumento de la *ratio*. Ello se explica porque la expansión en la creación de este recurso ha corrido paralela, de manera coincidente, al aumento tan considerable que durante el lapso de tiempo analizado ha tenido el número de personas mayores de sesenta y cinco años.

TABLA 9. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS Y DE LAS PLAZAS RESIDENCIALES

| Comunidad Autónoma | 1988 | | | 1994 | | | 1998 | | |
|----------------------|--------------------------|---------------|------------------|-------------------------|---------------|------------------|-------------------------|---------------|------------------|
| | <i>Pobl.> 65 años</i> | <i>Plazas</i> | <i>Ratio (%)</i> | <i>Pobl.>65 años</i> | <i>Plazas</i> | <i>Ratio (%)</i> | <i>Pobl.>65 años</i> | <i>Plazas</i> | <i>Ratio (%)</i> |
| Andalucía | 738.982 | 13.464 | 1,82 | 878.497 | 20.603 | 2,35 | 979.572 | 28.939 | 2.95 |
| Aragón | 199.885 | 5.325 | 2,66 | 229.266 | 8.659 | 3,78 | 245.115 | 9.645 | 3.93 |
| Asturias | 169.304 | 3.888 | 2,30 | 198.075 | 5.843 | 2,95 | 215.928 | 5.707 | 2.64 |
| Baleares | 95.961 | 1.932 | 2,01 | 103.203 | 3.243 | 3,14 | 110.440 | 3.278 | 297 |
| Canarias | 131.297 | 1.624 | 1,24 | 149.645 | 3.423 | 2,29 | 172.311 | 3.549 | 2.06 |
| Cantabria | 73.266 | 1.976 | 2,70 | 86.657 | 2.777 | 3,20 | 93.231 | 3.377 | 3.62 |
| Castilla-La Mancha | 266.885 | 5.995 | 2,25 | 287.722 | 9.564 | 3,32 | 308.983 | 15.557 | 5.03 |
| Castilla y León | 303.962 | 13.284 | 4,37 | 487.456 | 21.025 | 4,31 | 518.783 | 23.637 | 4.56 |
| Catalunya | 903.840 | 13.700 | 1,52 | 937.104 | 33.520 | 3,58 | 1.033.969 | 34.481 | 3.33 |
| Comunidad Valenciana | 466.541 | 7.434 | 1,59 | 551.163 | 11.330 | 2,06 | 603.143 | 13.585 | 2.25 |
| Extremadura | 155.755 | 3.030 | 1,95 | 174.138 | 4.276 | 2,46 | 187.078 | 4.357 | 2.33 |
| Galicia | 429.235 | 6.104 | 1,42 | 469.198 | 7.126 | 1,52 | 501.941 | 7.099 | 1.41 |
| Madrid | 549.136 | 14.112 | 2,57 | 635.190 | 14.423 | 2,27 | 721.029 | 16.923 | 2.35 |
| Murcia | 110.640 | 1.548 | 1,40 | 134.958 | 2.639 | 1,96 | 150.000 | 3.315 | 2.21 |
| Navarra | 70.972 | 3.168 | 4,46 | 84.777 | 3.535 | 4,17 | 91.147 | 3.899 | 4.28 |
| País Vasco | 246.002 | 7.990 | 3,25 | 293.333 | 8.856 | 3,02 | 331.557 | 9.061 | 2.73 |
| La Rioja | 37.885 | 1.470 | 3,88 | 48.715 | 2.146 | 4,41 | 51.437 | 2.154 | 4.19 |
| Ceuta y Melilla | 11.908 | 444 | 3,73 | 12.670 | 350 | 2,76 | 14.709 | 350 | 2.38 |
| TOTAL | 4.961.456 | 106.488 | 2,15 | 5.761.767 | 163.338 | 2,83 | 6.330.337 | 188.862 | 2.98 |

En la tabla 10 se refleja con mayor detalle la situación de la oferta en el año 1998. Se incluye información correspondiente a número de centros y titularidad de los mismos y de las plazas correspondientes, con el fin de poder analizar la distribución de las plazas que se produce entre el sector público y el privado. A efectos de comparabilidad, téngase en cuenta que en el año 1994 se contabilizaron 53.161 plazas públicas y 110.177 privadas.

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

c) *Previsiones de incrementos en residencias y viviendas con servicios*

En su faceta cuantitativa, puede afirmarse que la oferta española actual en plazas residenciales está claramente por debajo de la demanda. Por lo que se refiere a plazas en viviendas y apartamentos, la estimación que puede realizarse de su extensión, que no ha llegado a poder cuantificarse de manera singular, es que sigue siendo muy insuficiente. El Plan Gerontológico planteaba como objetivos ajustados al crecimiento calculado para el año 2000 llegar a una *ratio* de cobertura del 3,5 en plazas residenciales y de un 1 en viviendas tuteladas o apartamentos con servicios. Teniendo en cuenta que la media de plazas disponibles en el conjunto de la UE está situada por encima del 5, podría considerarse que el objetivo de 4,5 resulta modesto, pero hay que tener en cuenta también que el Plan Gerontológico hacía una fuerte apuesta por el desarrollo de servicios y programas comunitarios. En cualquier caso, el hecho cierto es que, aun siendo las residencias el recurso que más se ha desarrollado y sobre el que mayor esfuerzo se ha realizado, todavía no podemos decir que hayamos ni siquiera alcanzado la *ratio* del 3, como media de plazas en todo el Estado.

| Comunidad Autónoma | Pob. total | Pbl.>65 años | % | Titularidad pública | | | Titularidad Privada | | | Sin titularidad | | TOTAL | | |
|----------------------|-------------------|------------------|--------------|---------------------|---------------|--------------|---------------------|----------------|--------------|-----------------|-----------|--------------|----------------|-------------|
| | Año 1998(*) | Año 1998 | >65 años | Centros | Plazas | % | Centros | Plazas | % | Centros | Plazas | Centros | Plazas | Ratio % |
| Andalucía | 7.228.056 | 979.572 | 13.55 | 160 | 8.824 | 30,49 | 488 | 20.115 | 69,51 | | | 648 | 28.939 | 2,95 |
| Aragón | 1.177.886 | 245.115 | 20.81 | 32 | 3.017 | 31,28 | 174 | 6.628 | 68,72 | | | 206 | 9.645 | 3,93 |
| Asturias | 1.070.779 | 215.928 | 20.17 | 20 | 2.188 | 38,24 | 86 | 3.519 | 61,66 | | | 106 | 5.707 | 2,64 |
| Baleares | 740.823 | 110.440 | 14.91 | 22 | 2.027 | 61,84 | 20 | 1.251 | 38,16 | | | 42 | 3.278 | 2,97 |
| Canarias | 1.561.991 | 172.311 | 11.03 | 19 | 1.487 | 41,90 | 41 | 2.062 | 58,10 | | | 60 | 3.549 | 2,06 |
| Cantabria | 524.991 | 93.231 | 17.77 | 3 | 514 | 15,22 | 37 | 2.863 | 84,78 | | | 40 | 3.377 | 3,62 |
| Cast.-La Mancha | 524.722 | 308.983 | 18.58 | 162 | 4.772 | 30,67 | 180 | 10.785 | 69,33 | | | 342 | 15.557 | 5,03 |
| Castilla y León | 1.662.877 | 518.783 | 20.89 | 72 | 7.425 | 31,41 | 309 | 16.173 | 68,42 | 6 | 39 | 420 | 23.637 | 4,56 |
| Catalunya | 2.483.921 | 1.033.969 | 16.77 | 113 | 6.407 | 18,58 | 716 | 28.074 | 81,42 | | | 829 | 34.481 | 3,33 |
| Comunidad Valenciana | 6.614.149 | 603.143 | 15.17 | 56 | 4.317 | 31,78 | 187 | 9.268 | 68,22 | | | 243 | 13.585 | 2,25 |
| Extremadura | 3.976.605 | 187.078 | 17.61 | 33 | 2.035 | 46,71 | 38 | 2.322 | 53,29 | | | 71 | 4.357 | 2,33 |
| Galicia | 2.700.328 | 501.941 | 18.59 | 17 | 1.912 | 26,93 | 57 | 5.175 | 72,90 | 2 | 12 | 86 | 7.099 | 1,41 |
| Madrid | 5.148.439 | 721.029 | 14.00 | 46 | 7.269 | 42,95 | 316 | 9.654 | 57,05 | | | 362 | 16.923 | 2,35 |
| Murcia | 1.091.084 | 150.000 | 13.75 | 14 | 1.400 | 42,23 | 26 | 1.915 | 57,77 | | | 40 | 3.315 | 2,21 |
| Navarra | 527.918 | 91.147 | 17.27 | 20 | 962 | 24,67 | 43 | 2.937 | 75,33 | | | 63 | 3.899 | 4,28 |
| País Vasco | 2.066.612 | 331.557 | 16.04 | 45 | 3.148 | 34,74 | 93 | 5.913 | 65,26 | | | 138 | 9.061 | 2,73 |
| La Rioja | 265.487 | 51.437 | 19.37 | 5 | 641 | 29,76 | 19 | 1.513 | 70,24 | | | 24 | 2.154 | 4,19 |
| Ceuta y Melilla | 150.031 | 14.709 | 9.80 | 2 | 148 | 42,29 | 2 | 202 | 57,71 | | | 4 | 350 | 2,38 |
| TOTAL | 39.604.273 | 6.330.373 | 15.98 | 841 | 58.493 | 30,97 | 2.832 | 130.369 | 69,03 | 8 | 51 | 3.681 | 188.862 | 2,98 |

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

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

TABLA 11. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PLAZAS EN RESIDENCIAS Y OTRAS ALTERNATIVAS DE ALOJAMIENTO EN RELACIÓN A LA *ratio* 4,5 DEL PLAN GERONTOLÓGICO

| Año | > 65 años | Núm. de plazas | Ratio | Diferencial 4,5 |
|------------|---------------------|-----------------------|--------------|------------------------|
| 1988 | 4.961.456 | 106.488 | 2,15 | - 116.778 |
| 1994 | 5.761.767 | 163.338 | 2,83 | - 95.942 |
| 1998 | 6.330.373 | 188.862 | 2,98 | - 96.942 |
| 2006 | 6.944.384 | 312.497 | 4,5 | 0 |

Fuente: Elaboración propia.

C. LOS SISTEMAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS

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

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

Las diferentes comunidades autónomas han elaborado en bastantes casos sus propios baremos de acceso, incluyendo *ítems* similares (salud, dependencia,

situación sociofamiliar, aspectos económicos, vivienda), pero concediendo prioridad y peso diferente a cada uno de ellos.

Analizados en su conjunto, puede afirmarse que existen grandes discrepancias entre comunidades autónomas no sólo en cuanto a extensión cuantitativa y a la calidad de los diversos servicios, sino también en cuanto se refiere a las condiciones de acceso a los mismos. La opción de futuro debería ser caminar hacia la homologación de los requisitos mediante un único modelo de evaluación de necesidades en todo el territorio español, con el fin de que la diversidad en el modo de acceder a los servicios sociales dejara de ser la norma, ya que, hoy por hoy, de ninguna manera puede decirse que se produzca equidad entre los diferentes territorios (en unos lugares las prestaciones son gratuitas; cuando existe aportación económica, ésta varía según los sitios; algunas reglamentaciones establecen tope de ingresos para considerar el acceso al servicio, otras no; los baremos e instrumentos de evaluación son divergentes, etc.).

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

VI. VALORACIÓN GLOBAL Y PROPUESTAS

Como conclusión de este capítulo cabe afirmar que los servicios sociales para atender la necesidad de cuidados de larga duración, en cuanto se refiere a su extensión y desarrollo, son sensiblemente más bajos en España que en la media de los países desarrollados. En plazas residenciales, la oferta se sitúa en 2,9 plazas por cada 100 personas mayores de sesenta y cinco años como se acaba de mostrar, cuando la media de los encuadrados en el ámbito de la OCDE es de 5,1 (OCDE, 1996). En cuanto al servicio de ayuda a domicilio (SAD), la oferta se situaba en torno al 0,5 por 100 al inicio de la década de los noventa, mientras que las estimaciones que se realizan ahora no sobrepasan el 1,5 por 100 de *ratio*. Comparativamente con otros países europeos, España se encuentra a gran

distancia de la cobertura del SAD que tienen no ya los países nórdicos, sino otros más cercanos al nuestro en cuanto se refiere a protección social, como Francia, Alemania o el Reino Unido (en todos ellos se supera el 6 por 100 de *ratio*). El resto de los recursos (centros de día, alojamientos alternativos, etc.) no alcanzan significación estadística. Como consecuencia de nuestro todavía bajo desarrollo de recursos, el coste español en servicios sociales se encuentra sensiblemente por debajo del conjunto de los países desarrollados como se ha puesto de relieve en estudios comparados (Rodríguez Cabrero, 1990, 1998).

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

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

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

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

A. POTENCIACIÓN DEL SAD

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

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

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

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

El SAD en España, según estimaciones realizadas a partir de la última investigación desarrollada sobre el mismo (Porto y Rodríguez, 1998), no llega a más de 100.000 personas en este momento, lo que significa una *ratio* de cobertura por debajo del 1,4 por 100 de los mayores de sesenta y cinco años. A efectos comparativos con la situación española, se ofrece en la tabla 12 la proporción de personas mayores que se benefician de los programas de ayuda a domicilio en otros países de Europa:

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

| País | Porcentaje | Año de referencia datos |
|-------------|------------|-------------------------|
| Bélgica | 6 | 1990 |
| Dinamarca | 20 | 1991 |
| Finlandia | 24 | 1990 |
| Francia | 7 | 1985 |
| Holanda | 8 | 1990 |
| Reino Unido | 9 | 1991 |

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

2. *Facilidad de implementación del SAD*

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

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

Según la investigación disponible en España, y en coincidencia con lo que ocurre en el conjunto de los países desarrollados, resulta preferible para la mayoría de los afectados de dependencia (lo mismo que para sus familias) recibir atención en su propio domicilio.

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

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

5. *El SAD es uno de los servicios identificados como «nuevo yacimiento de empleo»*

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

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

- En el año 2006 se debería haber conseguido una *ratio* de cobertura del SAD del 5 por 100 de personas mayores de sesenta y cinco años, con una intensidad de siete horas semanales.

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

B. MODELO DE CUIDADOS INSTITUCIONALES DE LARGA DURACIÓN

Hasta hace poco tiempo el esquema básico de atención geriátrica incluía, además de los niveles asistenciales hoy existentes, otro más: las unidades de larga estancia. Se destinaban éstas a personas mayores enfermas con elevada dependencia física y deterioro mental, con un requerimiento en alto grado de cuidados médicos y, sobre todo, de enfermería. Estas unidades se fueron implantado durante años en hospitales de crónicos, también llamados de larga estancia. A mediados de los años noventa se estimaban en unas 10.000 las camas disponibles (INE, 1995).

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

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

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

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

Además de la necesaria definición del modelo futuro de atención especializada en este nivel, también será preciso adoptar medidas para que la extensión del número de plazas alcance en todos los territorios, al menos al 4,5 por 100 de población anciana. En cuanto a la calidad, deberían determinarse de manera explícita los estándares que garanticen la idoneidad de la atención y el plan de vida de las personas atendidas, poniendo siempre el acento en los principios de dignidad y autonomía. Finalmente, también habrá que afrontar la exigencia de un cuadro de profesionales con acreditada formación en geriatría y gerontología, así como contar con una *ratio* suficiente de personal de atención directa para conseguir esos objetivos de calidad.

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

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

C. APOYO A FAMILIAS CUIDADORAS

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

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

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

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

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

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

- En el año 2006 deberán haber aumentado las plazas existentes en centros de día, hasta alcanzar una *ratio* de al menos el 2 por 100 por cada cien personas mayores de ochenta años.
- Establecer estándares de calidad obligatorios para ofrecer una atención de calidad en los centros de día.
- Generalizar los programas de estancias temporales en residencias, con adecuación de programas de intervención durante la estancia y seguimiento posterior del plan acordado.
- Extender los programas de vacaciones para dependientes un programa, al menos, por área o sector sociosanitario).
- Facilitar a las familias la oportunidad de estar formadas para mejorar su situación como cuidadoras (reparto de guías, folletos, programación de cursos, etc.).

D. ACCESO A LOS SERVICIOS Y SECTORIZACIÓN

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

Adoptar métodos de trabajo basados en la coordinación de los sistemas social y sanitario supone, como se ha demostrado en las experiencias ya desarrolladas, un cambio radical en la manera de entender la intervención con las personas mayores. La utilización de ventanillas «únicas» en el acceso a los servicios y programas implica la asunción y desarrollo de una cultura de la atención integral allí donde se presente el estado de necesidad. La diversificación en la oferta de servicios y la interdisciplinariedad en la metodología pueden facilitar una atención de calidad a los múltiples problemas de este grupo de población.

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

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

- En el año 2006 se deberá disponer de un diseño completo de mapas de áreas o sectores sociosanitarios, integrando las actuales áreas de salud y las de servicios sociales.
- Debería existir en cada una de las áreas una comisión (o un gestor de casos) para garantizar los procesos de disposición y asignación de recursos. Ello requiere el reforzamiento de personal.
- Se debería crear al menos un equipo multidisciplinar de «evaluación de la dependencia», en cada una de las áreas, formado, al menos, por un médico especialista en geriatría, un psicólogo y un trabajador social.
- Se deberían eliminar los topes de ingresos para acceder al sistema de servicios sociales, estableciéndose requisitos de igual naturaleza en toda España.
- Deberá existir un «catálogo» mínimo y obligatorio de recursos de atención social y sanitaria, o sociosanitaria, que garantice la equidad en el acceso a los servicios sociales, en cualquier territorio de las diferentes comunidades autónomas.

E FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

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

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

- Los profesionales de residencias y centros de día acreditarán que poseen conocimientos específicos y suficientes para el desarrollo de programas de intervención convenientes a cada tipo de patología (al menos quince créditos).
- Los responsables y coordinadores del SAD y de teleasistencia contarán con acreditación de que han recibido formación suficiente para desarrollar los trabajos de planificación, seguimiento y evaluación para ofrecer atención individualizada de calidad (al menos quince créditos).
- Los directores y gestores de centros y servicios tendrán formación suficiente tanto de contenido gerontológico como de técnicas de gestión y recursos humanos para garantizar la competencia de su trabajo (al menos veinte créditos).
- El personal cuidador de los distintos contextos (SAD, teleasistencia, centros de día, residencias...) debe acreditar la suficiencia de su formación en aspectos como: aspectos bio-psico-sociales de la vejez,

técnicas de comunicación, escucha activa, relación de ayuda, etc. (al menos diez créditos).

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

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

- Las instituciones públicas y privadas gestoras de centros y servicios promoverán la investigación en los diferentes recursos de atención, mediante el establecimiento de incentivos claros a los profesionales que participen en programas de investigación.
- Tanto la Administración del Estado como las diferentes comunidades autónomas y corporaciones locales, en sus diversos ámbitos competenciales, dedicarán anualmente una partida presupuestaria específica para impulsar la investigación en el ámbito gerontológico.

F. PROMOCIÓN DE CAMBIOS EN LA FILOSOFÍA DE LOS SERVICIOS SOCIALES

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

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

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

CAPÍTULO 3. ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

I. ASPECTOS ESPECÍFICOS

A. INTRODUCCIÓN

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

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

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

En los documentos, tanto oficiales (planes nacionales o de las comunidades autónomas) como de otro tipo, destinados a ofrecer soluciones a este problema se repiten de modo sistemático dos términos: carga y cuidados. Se proyecta una imagen de la vejez como la etapa de la vida inmersa en la dependencia. Se hace énfasis en la necesidad de custodia y se diseñan servicios que se destinan a ofrecer cuidados protésicos. Se continúa actuando en la creencia de que la posibilidad de tratamiento de las enfermedades asociadas al envejecimiento es escasa, que la incapacidad es compañera inseparable de la edad avanzada.

Como consecuencia de ello, las tendencias de planificación se dirigen de modo casi exclusivo al desarrollo de servicios custodiales de baja complejidad (centros sociosanitarios, residencias, centros de día, atención domiciliaria, etc.). Es

indudable que existen personas que se benefician, y mucho, de su existencia, pero ¿podemos considerar que con este tipo de servicios nuestro sistema está completo? ¿Existen razones técnicas para considerar necesaria una auténtica reorganización de los servicios sanitarios que los adapte a las condiciones de las personas mayores? Si esas razones técnicas existen, ¿cuáles son los motivos por los que no hemos conseguido aún un suficiente desarrollo de unidades específicas de atención al anciano en los niveles asistenciales sanitarios?

Pues bien, existen conocimientos técnicos que muestran que la enfermedad y la incapacidad en el anciano tienen posibilidades de prevención y tratamiento.

Y existe suficiente evidencia científica sobre determinados tipos de organización de la asistencia especializada al anciano como para considerar demostrado este hecho. Así, en palabras de L Z Rubenstein, «el efecto de las unidades de valoración geriátrica adecuadamente estructuradas es impresionante. Pocos fármacos o técnicas quirúrgicas han demostrado reducir en un 28 por 100 la mortalidad a los seis meses, o para incrementar en un 68 la probabilidad de volver al domicilio tras el alta hospitalaria, reduciendo a la vez la incapacidad funcional asociada».

¿Por qué, entonces, este tipo de estructuras no se han generalizado en nuestro país, líder por otra parte en algunos aspectos mucho más «tecnificados» de la medicina? Desde nuestro punto de vista, los motivos principales serían los siguientes:

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

Un análisis de los planes de salud, o sociosanitarios, de las comunidades autónomas nos muestra esta realidad. Se aprecia una gran disparidad entre los mismos, lo que en medicina se ha dado en denominar «variabilidad». Su existencia revela desconocimiento en el área en el que se detecta y presupone una oportunidad para la comparación de resultados, ya que entre dos opciones, desde el punto de vista científico, una debe revelarse como mejor. Si no es la mejor la que

se desarrolla caemos en la ineficiencia, y si se desarrolla de un modo «territorialmente desigual» en la falta de equidad.

2. La presión sobre los planificadores y sobre los que tienen capacidad de decisión política no sólo procede de la sociedad como conjunto, sino también de algunos grupos de presión fácilmente identificables. En el tema que nos ocupa, la profesión médica, con alta cualificación técnica, con pautas de conducta profundamente arraigadas a lo largo del tiempo y en la legítima esperanza (y el orgullo) de tener a mano soluciones para muchos de los problemas, se ha opuesto de modo más o menos sistemático a la mayor parte de los intentos de innovación.

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

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

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

Hoy en día, y por los motivos que previamente hemos expuesto, estamos gestionando las crisis de cuidados, no la problemática de los pacientes concretos. Y es que, como también hemos comentado, nuestro sistema de servicios está cojo. Los hospitales están «llenos de viejos», se dice para poner de manifiesto un problema, en lugar de para felicitar al estado de salud conseguido en nuestro país. Por otra parte ésta es una tendencia que afortunadamente no se ha revertido

en ningún país occidental durante los últimos años de paz. Es pues en ellos donde debe comenzarse a dar solución a los problemas, antes de que la incapacidad se haga irreversible, y la cascada de las complicaciones y la posterior necesidad de «cuidados continuados» (también financieramente gravosos por su prolongación en el tiempo) se ponga de manifiesto.

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

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

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

B. CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

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

- a) Padecer *enfermedades específicas*. Determinados problemas de salud como los derivados de la patología cardiovascular (accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca), del aparato locomotor (artrosis, osteoporosis), neurológico (enfermedad de Alzheimer y otras demencias), órganos de los sentidos (cataratas, sordera, etc.) son mucho más prevalentes en este grupo de edad.
- b) Es frecuente la existencia de *pluripatología*: varias enfermedades, y sus efectos, se suman en una misma persona.
- c) Sus enfermedades adquieren *modos de presentación diferente* con manifestaciones atípicas e inespecíficas y *patrones evolutivos* peculiares con tendencia frecuente hacia la incapacidad y la dependencia.

- d) Muchas de estas enfermedades tienden a provocar *incapacidad funcional y dependencia*, especialmente si no se aplica un diagnóstico correcto y un tratamiento precoz.
- e) Sus enfermedades tienen *repercusión en diferentes áreas* de la persona: provocando problemas en las esferas mental, funcional y/o social.
- f) En ausencia del tratamiento adecuado, o si éste es tardío, el *deterioro puede ser más rápido y marcado* que a edades anteriores y la *recuperación más lenta y difícil* que en los adultos más jóvenes.
- g) El *tratamiento de sus enfermedades requiere consideraciones especiales* y algunas adaptaciones, como la selección de determinados fármacos y la exclusión de otros, el ajuste de las dosis en función de la edad, el uso de diferentes modalidades y objetivos en la rehabilitación, etc.
- h) Como grupo de población, presentan una *gran heterogeneidad* interindividual tanto en su situación basal de salud y funcionalidad, como en la prevalencia de enfermedad, como en el pronóstico de sus problemas de salud y su capacidad de recuperación y de respuesta al tratamiento.

C. CAMBIOS ACTUALES EN LOS PATRONES DE LA ENFERMEDAD

Un hecho que ha caracterizado demográficamente al siglo xx ha sido el incremento en la expectativa de vida que ha tenido lugar en la sociedad occidental. A causa de una serie de mejoras sanitarias y, sobre todo, sociales una mayor proporción de personas alcanzan edades por encima de los sesenta y cinco años. Ello, unido a un mayor control, en general, de las enfermedades agudas, especialmente las infecciosas, ha causado una modificación de los patrones del enfermo, con un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y de las secuelas permanentes de algunas enfermedades agudas que son hoy menos letales. Otra de las consecuencias de estos hechos es el incremento del número de personas dependientes. Esto conlleva necesariamente mayores necesidades de atención a este tipo de enfermedades y la necesidad de articular los elementos necesarios para, en primer lugar, intentar prevenir esa dependencia y, en segundo lugar, cuidar de la mejor manera posible a los portadores de este problema.

Lo que si puede decirse es que los ancianos, como grupo, son consumidores frecuentes de asistencia sanitaria. Los mayores de sesenta y cinco años y los pensionistas consumen cerca del 70 por 100 del farmacéutico en atención primaria. En los hospitales, alrededor de un 50 por 100 de las camas se encuentran ocupadas por mayores de sesenta y cinco años. Su tasa de ingresos es el triple, la

de los mayores de setenta y cinco años llega a ser el cuádruple, que la de personas de los quince a los sesenta y cuatro años. Sin embargo, también se ha identificado a las personas mayores como los usuarios que utilizan este tipo de recursos de forma más justificada que los adultos más jóvenes. Es decir, necesitan con más frecuencia asistencia sanitaria por que son la parte de la sociedad portadora de más enfermedades y problemas de salud.

D. CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN BASE A SUS NECESIDADES SANITARIAS

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

1. Personas mayores sanas

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

2. Personas mayores enfermas

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

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

3. Ancianos de alto riesgo

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

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

4. *Paciente geriátrico*

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

E. CARACTERÍSTICAS QUE DEBE REUNIR LA ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES

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

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

1. *Integral*: no debe limitarse al mero concepto biomédico de salud/enfermedad física, sino que debe abarcar las esferas funcional, mental y social (enfoque bio-psico-social-funcional).

2. *Integrada*: debe estar integrada en la red de asistencia sanitaria de la población general, aunque ello no es óbice para que disponga de recursos propios especializados de atención.

3. *Integradora*: debe perseguir la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual mientras sea posible con una calidad de vida digna. En cierto sentido, la institucionalización de una persona mayor se considera un fracaso de la asistencia geriátrica.

4. *Terapéutica y rehabilitadora*: debe pretender el diagnóstico y tratamiento eficaces que eviten las secuelas de incapacidad y dependencia. Debe evitar las

actitudes meramente protésicas o custodiales, que suplen las carencias de la persona sin pretender su prevención y su tratamiento causal.

5. Debe ser *precoz*, una vez aparecido el síntoma. De la precocidad de su instauración depende, en gran medida, el éxito terapéutico.

6. *Progresiva*: con mayor intensidad en las fases agudas de enfermedad y menor en fases subagudas o crónicas.

7. *Continuada* en el tiempo. Para los pacientes de edad avanzada no existen diferentes momentos de enfermedad que los profesionales perciben como «agudos y crónicos», ni «de corta o larga estancia», ni siquiera «primarios o especializados». El sistema asistencial debe ofrecer respuestas a las situaciones de los pacientes a modo de un *continuum* sin fisuras, sin preponderancia de un tipo de cuidados sobre los otros.

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

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

F. ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

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

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

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

La atención primaria atiende la mayoría de los problemas de salud de las personas de todas las edades, y entre ellas de las personas mayores. El 97 por 100 de la población mayor de sesenta y cinco años permanece residiendo en la comunidad y son los profesionales de atención primaria los que resuelven y cuidan de sus problemas de salud. Sin embargo, el hecho de que la atención primaria se ocupe de los problemas de ese grupo de edad no significa necesariamente que esos problemas estén bien resueltos, ni que la atención primaria esté capacitada para resolver todos los problemas de los mayores (Pérez del Molino, 1994). Existen, por ejemplo, múltiples estudios que evidencian el hecho de que la prescripción medicamentosa a las personas mayores en la comunidad, una de las tareas más frecuentes de la atención primaria y con menores dificultades en su evaluación, dista mucho de ser adecuada (Benítez, 1995; Lucena, 1992; García Domínguez, 1992; Stuck, 1994; Willcox, 1994).

Existe la tendencia a intentar sobrecargar a la atención primaria con la pretensión de que asista a problemas de salud que, pasado un límite poco definido, desbordan sus posibilidades, que es precisamente lo que ocurre con la atención a las personas mayores. El interés en esa pretensión suele proceder de los gestores sanitarios, puesto que la atención primaria resulta en algunos aspectos más económica, a corto plazo, que la especializada. Pero la calidad debe ser también un aspecto a tener en cuenta. La atención primaria se encuentra orientada como primera línea de asistencia sanitaria, pero sus recursos se quedan insuficientes cuando se trata de enfrentarse a problemas complejos, como son los pacientes mayores que padecen pluripatología, con enfermedades interrelacionadas de presentación atípica y complicaciones graves, que requieren el manejo en niveles asistenciales especializados y una estrecha coordinación con los recursos sociales. No debe pretenderse que la atención primaria resuelva situaciones para las que no se encuentra equipada ni preparada y que excederían sus posibilidades de tiempo y de ámbito de actuación.

A. PROGRAMAS ESPECÍFICOS

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

Este reconocimiento ha generado al menos dos tipos de actividades:

1. *Cartera de Servicios de Atención Primaria*

Se introduce desde 1995 el epígrafe «Prevención y detección de problemas en el anciano» (Servicio 316), el cual genera una serie de diez «Normas Técnicas Mínimas» que deben aplicarse a todos los usuarios mayores de setenta y cinco 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), y
- d) para cada problema detectado debe realizarse una investigación de las causas y un plan de cuidados individualizado.

2. *Programa del Anciano*

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

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

B. DIFICULTADES EN LA PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS

Respecto a la planificación de la asistencia al anciano, como se señaló más arriba, existen indicaciones precisas en algunas administraciones sanitarias, como es el caso del INSALUD, sobre atención primaria de salud a las personas mayores y normas técnicas específicas para su puesta en marcha. En muchas áreas de salud, además, el modelo de asistencia elegido se ha concretado en el «programa del

anciano» o del «adulto-anciano», donde suelen especificarse de forma más detallada las acciones a llevar a cabo con las personas mayores.

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

Existen varias dificultades a la hora de realizar estos planes.

1. *Escasez de tiempo por paciente*

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

Evidentemente, el tiempo necesario para una correcta historia clínica a una persona mayor con una larga trayectoria vital tras de sí queda lejos de estos márgenes. Ello impide la valoración integral adecuada de personas mayores con cierta complejidad clínica, funcional, mental o social. La consecuencia inmediata es la práctica habitual de plantear tratamientos sin un diagnóstico previo, o del tratamiento farmacológico meramente sintomático (más frecuente en los pacientes de más edad). No es extraño que de estas premisas se derive el consiguiente incremento del gasto farmacéutico, no siempre justificable, y la realización de una medicina de baja calidad para los mayores.

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

Hasta la fecha en nuestro país no ha existido una formación específica y reglada sobre geriatría en las facultades de medicina. En noviembre de 1990 se regula la inclusión de la geriatría en la enseñanza de pregrado de las facultades de medicina con un plazo de tres años para su introducción, de manera que en 1999 terminarán su licenciatura los primeros médicos que hayan recibido algunas horas de esta materia durante su formación de pregrado.

Sin embargo, y a pesar de lo anterior, no existen departamentos de geriatría en las universidades españolas y en la mayoría de ellas ni siquiera profesores especialistas en la materia, a diferencia de lo que ocurre en países como el Reino Unido, Italia, Francia, EE.UU. o Canadá. Así pues, en el mejor de los casos, se ha

comenzado a impartir una materia nueva en algunas universidades sin profesores expertos en la misma.

La consecuencia directa de los dos hechos mencionados es que los médicos formados en España, si bien pueden poseer un nivel suficiente sobre el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades en general, no adquieren en su formación las destrezas específicas para atender las necesidades que son peculiares de la población anciana (Benítez, 1994).

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

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

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

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

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

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

El caso es parecido para los trabajadores sociales. Un reciente estudio ha revelado que en la mitad de las facultades españolas donde se forman estos profesionales no existe asignatura ni programa alguno dedicado específicamente a los problemas sociales de las personas mayores (Barjano, 1999), con lo que puede estimarse que cerca de la mitad de estos profesionales terminan su formación de pregrado sin recibir las habilidades necesarias para abordar los problemas específicos de uno de los grupos de personas que más van a necesitar de su actuación.

3. Ausencia de servicios de geriatría de referencia

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

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

de manejo demasiado complicado para la situación mental o sensorial de algunos pacientes, etc.

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

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

C. ATENCIÓN DOMICILIARIA

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

- las personas mayores enfermas con incapacidad para desplazarse al centro de salud;
- las personas mayores con enfermedad terminal que precisen cuidados paliativos
- las personas mayores cuyas circunstancias sociales les impiden desplazarse al centro de salud;
- las personas mayores de setenta y cinco años en las primeras setenta y dos horas tras el alta hospitalaria.

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

D. COORDINACIÓN

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

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

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

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

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

E CONTROL DE CALIDAD

No existe en la actualidad ningún sistema de control de calidad en la atención al anciano en la comunidad. Únicamente tiene relevancia, como ocurre también en atención especializada, el control cuantitativo de dos aspectos: el volumen de actividad (cuánto se hace) y el de gasto (cuánto cuesta lo que se hace). Además, las evaluaciones en atención primaria suelen orientarse más a los indicadores «de proceso» que a los indicadores «de resultado».

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

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

III. ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN GENERAL

Las personas mayores enfermas son actualmente los consumidores más frecuentes de atención especializada. Este hecho es especialmente notable (quizá por la facilidad de su cuantificación) en el uso de las camas hospitalarias, que actualmente se encuentran ocupadas en un 50 por 100 por este sector de la población cuya proporción en el total de la población está cercana al 16 por 100. La tendencia en las próximas décadas será hacia una mayor necesidad de estancias hospitalarias en pacientes de este grupo de edad (Saynajakangas, 1997; Kannus, 1999).

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

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

A. ESPECIALIDADES DE USO MÁS FRECUENTE POR LAS PERSONAS MAYORES

Debido a los patrones de enfermedad de las personas mayores, existen una serie de especialidades, sobre todo quirúrgicas, que son más necesarias para la

asistencia de este grupo de edad. Concretamente la urología, la oftalmología o la traumatología son ejemplos de ello.

Muchas de las listas de espera quirúrgicas se encuentran pobladas por personas mayores que necesitan intervenciones. Algunas entidades patológicas resultan especialmente limitantes para la calidad de vida de estas personas como por ejemplo las cataratas, las enfermedades degenerativas articulares (artrosis, *hallux valgus*), la hipertrofia de próstata, etc. Es de hacer notar que en los últimos años se ha producido una disminución de las listas de espera en prácticamente todas las especialidades con la ganancia correspondiente en calidad de vida de las personas mayores, para las que una solución tardía a su problema de salud puede ser ya, por desgracia, ineficiente si se demora durante años.

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

B. FORMACIÓN EN MEDICINA GERIÁTRICA

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

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

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

C. RIESGOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES

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

Cuando ingresan en el hospital, estos pacientes suelen ser portadores de una serie de problemas asociados a su diagnóstico principal que les convierte en un grupo diferenciado y especialmente delicado del resto de pacientes hospitalizados. Entre estos problemas destacan las caídas (29 por 100 de ellos), el deterioro cognitivo (26 por 100), el déficit auditivo (41 por 100) o visual (31 por 100), la polifarmacia (38 por 100), el insomnio (33 por 100), la sintomatología depresiva (17 por 100), la malnutrición (10 por 100) o úlceras cutáneas (9 por 100), e incapacidades en las actividades de la vida diaria (Alarcón, 1996).

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

- Tendencia a la inmovilidad
 - Úlceras por presión
 - Contracturas articulares
 - Enfermedad tromboembólica
 - Pérdida de tono y fuerza muscular
 - Hipotensión ortostática
 - Aceleración de la descalcificación ósea
 - Pérdida de capacidad aeróbica
- Confusión mental
- Desnutrición y deshidratación

- Alto riesgo de caídas
- Incontinencia urinaria y fecal
- Estreñimiento e impactación fecal
- Mayor riesgo de yatrogenia
- Incapacidad y dependencia

- Funcional, psíquica y/o social

- Institucionalización inadecuada

- Aguda (hospital)
- Crónica (residencias, unidades de larga estancia)

- Pérdida de control y decisión sobre su vida
- Aislamiento social

De entre todas las complicaciones, el deterioro funcional provoca una repercusión especial en la vida posterior de la persona, ya que suele condicionar un incremento de su necesidad de cuidados. Este deterioro aparece en un 25 a 55 por 100 de las personas mayores hospitalizadas y afecta sobre todo a su capacidad para los desplazamientos y la deambulaci3n, el control de esfínteres y el aseo personal (Alarc3n, 1996; Galeano, 1997; Guti3rrez, 1997). Este deterioro funcional puede presentarse sin una enfermedad concreta que lo justifique y suele persistir en el momento del alta del hospital e incluso meses despu3s. En los 3ltimos a3os, adem3s, los m3dicos de los hospitales sufren una fuerte presi3n por reducir las estancias medias de los pacientes ingresados, con lo que los pacientes son dados de alta en peor situaci3n (Shaughnessy, 1990).

La institucionalizaci3n es otro riesgo de la hospitalizaci3n. Padecen en mayor medida este riesgo los pacientes m3s mayores, los que viven solos, los que ya sufrían incapacidad previa o la adquieren durante el ingreso y los que tienen estancias hospitalarias prolongadas (Rudberg, 1996). Cuando el deterioro es brusco, como suele ocurrir tras algunos procesos como los accidentes vasculares cerebrales o las fracturas, y no es totalmente reversible con el tratamiento adecuado (incluyendo rehabilitaci3n), la dependencia provoca una serie de necesidades de atenci3n personal o social que generalmente no ha podido ser sospechada antes de la hospitalizaci3n. Esa necesidad de cuidados no suele tener una respuesta inmediata de los servicios sociales, recayendo en los allegados del paciente la mayor parte de la carga de cuidados. Cuando no existen familiares o 3stos (por diferentes motivos) no se hacen cargo de los cuidados tras el alta, el hospital se encuentra ante una situaci3n para la que no est3 preparado y para la que no dispone de recursos adecuados, gener3ndose estancias hospitalarias inadecuadas y en ocasiones derivaciones mal planteadas.

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

D. DISCRIMINACIÓN POR EDAD

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

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

1. Una forma de discriminación por edad consiste en la adopción por parte de muchos profesionales sanitarios de una actitud paternalista e incluso protésica. El caso más habitual es el preguntarse el para qué llevar a cabo determinada actuación (intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico o terapéutico) si al paciente ya le quedan pocos años de vida. Esta decisión, si bien puede ser coherente cuando se ha evaluado en profundidad la situación de un paciente, suele tomarse sin un análisis previo detallado de dicha situación individual y simplificarse sólo en función de la edad.
2. La forma de presentación más larvada y frecuente es el escaso interés que los enfermos mayores, especialmente si son muy ancianos y dependientes, genera en algunos profesionales sanitarios. Muchos médicos y enfermeras, voluntaria o involuntariamente, consideran a éstos como pacientes de segunda categoría, lo que les hace caer en el peligro de recibir una asistencia de menor calidad. Por ejemplo, es frecuente el menor esfuerzo diagnóstico, la menor aplicación de tecnología, el exceso en la prescripción medicamentosa, el mayor uso de

restricciones físicas y de pañales absorbentes o la tendencia a su ingreso en hospitales de apoyo en vez de en hospitales generales comparado con los pacientes adultos más jóvenes.

3. Pero existen formas de «ageismo» más explícitas, reconocidas, e incluso socialmente aceptadas. Determinadas modalidades de tratamientos como los ingresos en cuidados intensivos, los trasplantes de órganos, algunos tipos de intervenciones quirúrgicas, el acceso a los servicios de rehabilitación o el uso de ciertos procedimientos diagnósticos técnicamente sofisticados han sido y son con mayor o menor frecuencia denegados «a causa de la edad» del paciente, casi siempre sin una base científica para ello. Esto es especialmente frecuente en el momento de la introducción de cada nueva técnica. De hecho, si determinadas técnicas se aplican de forma generalizada a las personas mayores suele ser más por constituir estas personas los más frecuentes receptores de la asistencia que por un convencimiento expreso de no realizar una discriminación por edad. Con otras palabras, si no ingresaran, por citar dos ejemplos, personas mayores en unidades de cuidados intensivos o en programas de diálisis, los médicos de esas especialidades tendrían progresivamente menos trabajo.

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

4. Otra forma de «ageismo» consiste en culpar a los ancianos de consumir un elevado nivel de recursos que, evidentemente, ya no producen. Su versión más teórica e ilustrada achaca el incremento del gasto sanitario de las últimas décadas al envejecimiento poblacional. Esto no es más que una falacia. Cuando se ha estudiado en profundidad este hecho a nivel supranacional se ha podido afirmar que el incremento de costes es debido más directamente a la aparición, desarrollo y empleo indiscriminado de tecnología y al aumento de otros costes de la asistencia que a la propia edad de la población atendida. Por ejemplo, si se analizan los costes del último año de vida —aquel que más gasto ocasiona en el ámbito asistencial— en una persona de sesenta y cinco años y en otra mayor de ochenta se comprueba que en este último son

bastante menores. A los sesenta y cinco años los costes se multiplican por veinte, después de los ochenta sólo por seis. Por el contrario, se considera que una asistencia bien dirigida y adaptada a la situación de los pacientes resultará menos costosa que en el caso contrario.

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

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

E ADECUACIÓN DE LAS HOSPITALIZACIONES

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

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

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

F. CONTROL DE CALIDAD

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

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

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

- incidencia de deterioro funcional durante el ingreso,
- porcentaje de pacientes con una valoración integral,
- porcentaje de pacientes sometidos a sujeciones físicas, sondajes o pañales absorbentes,
- pacientes que reciben rehabilitación,
- pacientes que sufren caídas o que se hacen incontinentes,
- pacientes derivados a instituciones,
- pacientes geriátricos con una planificación del alta adaptada a sus necesidades.

IV. ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN GERIATRÍA

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

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

En atención especializada, a diferencia de lo que ha ocurrido en atención primaria, el principal obstáculo con que se enfrenta la asistencia a las personas mayores es la falta de reconocimiento de las peculiaridades de estas personas en función de su edad. Con la excepción de la Comunidad Autónoma de Cataluña, en la que el programa «Vida als anys» ha modificado notablemente esta situación, y las tímidas acciones de reordenamiento en el territorio INSALUD llevadas a cabo entre los años 1993-1995, suele negarse sistemáticamente por los distintos organismos sanitarios la evidencia de que determinados pacientes de edad avanzada presentan unas peculiaridades biológicas y sociales que les hace comportarse como pacientes diferentes que se beneficiarían de un sistema diferenciado de atención sanitaria.

A. ACTUACIONES DESARROLLADAS

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

1. El programa « Vida als anys», Cataluña

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

Sintéticamente, este programa, una vez que reconoce la existencia de una serie de pacientes con necesidades diferentes e insatisfechas en el sistema sanitario tradicional (ancianos, enfermos crónicos y pacientes terminales), planifica desarrollar un sistema de atención adaptado a las necesidades de esos colectivos.

En lo referente a la asistencia a las personas mayores, se comienzan a utilizar como sistemática de trabajo la aplicación de la valoración integral y la asistencia en equipo interdisciplinario y se crean una serie de niveles asistenciales específicos para este tipo de pacientes: unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias o UFISS (similares a los «equipos consultores geriátricos» en la literatura geriátrica clásica), hospitales de día, unidades de convalecencia (también conocidas previamente como unidades de media estancia), unidades de larga estancia y equipos de atención domiciliaria o de soporte llamados PADES.

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

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

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

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

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

2. Criterios de ordenación de servicios

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

Basándose en el reconocimiento de diferentes tipologías entre las personas mayores enfermas, con la clasificación expuesta más arriba en este Informe, y en la necesidad de un reordenamiento de recursos para adaptar la asistencia al grupo más complejo de estas personas, los denominados «pacientes geriátricos», establecía esencialmente dos novedades:

- La aplicación de una sistemática de trabajo que incluye la valoración integral individualizada y la coordinación social y sanitaria para la satisfacción de las necesidades de este grupo de usuarios de los sistemas de atención. Para ello se definía la composición de una serie de «comisiones sociosanitarias» de área y de distrito, puntos de encuentro de las instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales implicadas en la asistencia a personas mayores donde llevar cabo una intervención integrada de los servicios sociales y sanitarios.

La implantación progresiva de una serie de niveles asistenciales geriátricos en varias fases para desarrollar la asistencia geriátrica especializada en la red hospitalaria general, aunque de una forma contenida. Se establecía la incorporación paulatina de equipos consultores y hospitales de día (Fase 1), unidades de agudos (Fase 2) y unidades de convalecencia (Fase 3). También la coordinación con la atención primaria para el apoyo en el tratamiento de los casos de pacientes geriátricos.

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

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

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

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

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

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

Por último, todos los proyectos en marcha quedaron paralizados tras el cambio de responsables del INSALUD ocurrido en 1995; fecha desde la cual no se han llevado a la práctica acciones dirigidas a la asistencia especializada al anciano, ni siguiendo el plan previo ni otros alternativos.

3. *Otras experiencias*

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

A menudo, se intenta depositar todo el peso de la atención a las personas mayores en determinada estructura como puede ser la atención primaria o los servicios sociales. Este tipo de actuaciones suele responder a criterios economicistas y conllevan el riesgo de mala praxis. Bien por ofrecer respuestas de

atención primaria a problemas que requieren el concurso de especialistas o bien por pretender resolver con recursos sociales los problemas de salud que requieren un abordaje diagnóstico o terapéutico.

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

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

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

B. CARACTERÍSTICAS DE LA ASISTENCIA GERIÁTRICA

La geriatría es una especialidad médica que ofrece un sistema diferenciado de atención para un tipo de personas mayores enfermas con una complejidad especial, llamados «pacientes geriátricos», los cuales se caracterizan por presentar problemas en varias esferas (clínica, funcional, mental y social). Este tipo de pacientes sólo constituye una parte (entre el 10 y el 25 por 100) de todos los ancianos con enfermedades importantes. Pero presentan una serie de características que les diferencian del resto de pacientes y en gran medida de los adultos más jóvenes. Las principales diferencias son su mayor fragilidad, diferente comportamiento clínico en las manifestaciones de la enfermedad y diferente respuesta a los tratamientos, mayor frecuencia de síndromes «geriátricos» (incontinencia, deterioro cognitivo, caídas, dificultades en la movilidad), necesidad de adaptaciones en la arquitectura y de ayudas técnicas, necesidad frecuente de cuidados continuados y necesidad de coordinación social y sanitaria.

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

condiciones de desplazamiento o de descanso, etc., que precisan los mayores. Existe una mutua y recíproca distorsión entre la adaptación (en este caso su ausencia) de las personas mayores a la hospitalización y de los hospitales hacia las personas mayores. Éste es uno de los problemas asistenciales que intenta y debe resolver la geriatría.

El objetivo de la geriatría no es otro que mejorar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las personas mayores para aumentar su calidad de vida y poder facilitarles la permanencia en su domicilio propio siempre que sea posible.

Para ello se plantea no sólo el correcto manejo de las enfermedades agudas y crónicas, sino la conservación de la autonomía y la independencia funcional y mantener la integración social en la comunidad durante el mayor tiempo posible.

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

Los instrumentos de la geriatría son:

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

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

C. RENTABILIDAD DE ASISTENCIA GERIÁTRICA

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

La eficiencia de la asistencia geriátrica en España ha sido revisada recientemente (González Montalvo, 1998). En nuestro país, puede decirse que, sin que el ahorro de costes sea el objetivo principal de la asistencia geriátrica, este tipo

de asistencia ha podido demostrar que es posible ofrecer una asistencia hospitalaria especializada al anciano obteniendo además:

1. Una reducción de las estancias medias hospitalarias de los pacientes geriátricos, sobre todo de los ingresados a cargo de geriatría en unidades de agudos, pero también de los ingresados en otros servicios hospitalarios (principalmente de neurología, traumatología y otros servicios quirúrgicos) cuando esos pacientes son consultados precozmente al equipo consultor geriátrico.
2. Una reducción del número de pacientes que precisan institucionalización tras el momento del alta hospitalaria.
3. Una mayor rentabilidad y eficiencia (mayor número de ingresos, menor estancia media, reducción de costes de farmacia) y una reducción de la mortalidad en aquellos hospitales de apoyo en cuya plantilla se han incluido médicos especialistas en geriatría y en cuya actividad se han incorporado los instrumentos de esta especialidad (valoración integral, trabajo en equipo, planificación de la asistencia y del alta, clasificación de pacientes según sus necesidades sanitarias).
4. Un mayor rendimiento (mejores índices de actividad) en los hospitales de día a cargo de servicios de geriatría que en los hospitales de día que no están integrados en dichos servicios.

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

D. LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN GERIATRÍA

En España existe la especialidad de geriatría desde 1978, año en el que, además, se introdujo en el sistema MIR. Otros países europeos con esta especialidad reconocida son el Reino Unido, Italia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Suecia, Islandia y Liechtenstein. En Francia y Alemania existen titulaciones de rango inferior (dos años). También existe la geriatría en EE.UU. y Canadá. Existen en nuestro país 14 servicios de geriatría hospitalarios con capacidad docente para médicos por la vía MIR y adquieren su título de especialistas anualmente algo más de 30 médicos. El programa de la especialidad seguido en nuestro país es similar al de otros países europeos que también tienen reconocida la especialidad y al de los Estados Unidos (Training and Manpower in Geriatric Medicine. British

Geriatric Society, 1991; Geriatrics Curriculum Development Conference and Initiative, 1994).

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

Durante la década de los años noventa, en los que el índice de envejecimiento en nuestro país ha aumentado progresivamente hasta el 16 por 100 y se ha reducido la tasa de natalidad hasta llegar cerca de un hijo por mujer (la cifra más baja de la Unión Europea junto a Italia), se han formado por el sistema MIR tan sólo 198 geriatras, mientras que el número de nuevos pediatras ha sido de 1.995 (diez veces más pediatras que geriatras) y el de ginecólogos de 1.319 (siete veces más) (Organización Médica Colegial, 1995). Estos datos, que cuando menos resultan sorprendentes, revelan una de las paradojas de la especialización médica en España, que parece ir en dirección diametralmente contraria a la realidad demográfica del país. Además, el desequilibrio detectado resulta inquietante si se considera que es el propio Ministerio de Sanidad el que regula la distribución de las plazas MIR. convocadas. Estos hechos motivan cierto grado de preocupación desde hace años (Garrido, 1993). En algunas comunidades, como la Comunidad Autónoma de Cataluña, se ha señalado la necesidad apremiante de reordenar esta situación ante la necesidad de contar con un mayor número de especialistas en geriatría, entre otras (Doy, 1998).

Por último resulta también paradójico, teniendo en cuenta la situación comentada, que la geriatría sea la cuarta especialidad con mayor índice de desempleo (16 por 100 de especialistas en paro). Hecho que revela la escasa motivación de las administraciones sanitarias en el desarrollo de esta especialidad.

E RECURSOS y CARENCIAS EXISTENTES

1. Por hospitales

En el año 1997, según el informe «Situación y perspectivas de la asistencia geriátrica hospitalaria en España» (Guillén y Ribera, 1997), existían en nuestro país 12 servicios hospitalarios acreditados para la docencia, 17 servicios o unidades más sin acreditación docente y 14 equipos de valoración geriátrica. En total, no había una representación de la especialidad más que en 43 hospitales del país, de un total de 790. Tan sólo en el 5,4 por 100 del total (M.S.D., 1996). De estos 43 hospitales sólo 29 disponían de una estructura específica a cargo de especialistas y sólo 17 contaban con hospitales de día (obviamente, no se incluyen los hospitales de día catalanes). Más de un tercio de los hospitales con geriatría no

eran hospitales generales, sino hospitales de apoyo o de otro tipo. Esta situación persiste en la actualidad, con la excepción de que algunos (dos) de los servicios sin docencia han recibido la acreditación durante los dos últimos años. La presencia de la geriatría en los hospitales españoles, teniendo en cuenta que estamos en uno de los países más envejecidos del planeta, puede calificarse de «anecdótica» o «simbólica».

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

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

Realizando una comparación cuantitativa somera de los 29 servicios de geriatría españoles con otros países de nuestro entorno, en el Reino Unido existen cerca de 300, en Alemania 70, en Italia 150, en Dinamarca existen en 11 de las 15 demarcaciones sanitarias. En Bélgica el 80 por 100 de los hospitales tienen una unidad de geriatría con camas propias y en Holanda el 78 por 100 de las 27 áreas sanitarias disponen de alguna estructura geriátrica en sus hospitales (Societa Italiana Geriatri Ospedalieri, 1996). Nuestro país, que comparativamente goza de la más elevada expectativa de vida, se está destacando por la parte inferior en la tabla de la oferta de recursos sanitarios para las personas mayores.

2. Por número de especialistas en geriatría

No existen recomendaciones oficiales en España sobre el número óptimo de especialistas en geriatría en ejercicio. Las recomendaciones de diferentes instituciones internacionales sobre el número ideal de geriatras para atender a la

población de este fin de siglo aportan diferentes cálculos, que veremos a continuación:

- British Geriatrics Society (1990): recomiendan para el Reino Unido la existencia de un geriatra (consultant) por cada 10.000 personas mayores de sesenta y cinco años. Serían necesarios 600 puestos en España.
- Rowe en los Estados Unidos (Academic geriatrics for the year 2.000. New England Journal of Medicine, 1987) calculaba la conveniencia de un geriatra por cada 3.000 personas mayores de sesenta y cinco años, con lo que serían necesarios nada menos que 2.000 geriatras en el país.

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

En el caso más optimista, en el que se crearan puestos hospitalarios para los geriatras de las promociones que terminan cada año su especialidad (unos 30 especialistas/año), se tardarían unos quince años en equipar de geriatras la red hospitalaria. Pero en el año 2015 las necesidades pueden haber cambiado ya. Evidentemente, en este aspecto el tiempo corre en contra de los servicios de salud que no lleven a cabo una planificación orientada a sus necesidades, y lo que es peor, a las necesidades de sus usuarios.

3. *Por tipos de unidades*

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

- Hospitales geriátricos de día (HGD): se recomendaba la creación de un HGD por cada 200.000 habitantes o por cada 30.000 personas mayores. Teniendo en cuenta que existen unos 55 HGD en el país, las necesidades serían de unos 170 HGD de nueva creación.
- Unidades geriátricas de agudos (UGA): se recomienda la instauración de una UGA por cada 250.000 habitantes, por lo que las necesidades serían de 157 UGA. Teniendo en cuenta que existen 24 en la actualidad, se requeriría la puesta en marcha de 133 nuevas unidades de este tipo.

- Unidades de media estancia (UME): es mucho más compleja la cuantificación de las necesidades, que podrían establecerse en función del número de camas necesarias. En la actualidad hay aproximadamente 46 unidades, con cerca de 2.000 camas, cuando debieran existir entre 6.000 y 9.000 camas, aplicando criterios del INSALUD o el *ratio* actual existente en Cataluña, respectivamente. Si las unidades fueran de 25 camas, se precisarían, por tanto, entre 160 y 240 UME adicionales.

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

F. COORDINACIÓN

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

1. Coordinación con Atención primaria

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

Los pacientes atendidos por ellos suelen ser muy ancianos (edad media por encima de los ochenta años) y portadores de elevadas tasas de incapacidad funcional y de deterioro cognitivo, la mayoría padecen algún déficit sensorial y frecuentemente problemas como inmovilidad (en más del 50 por 100 de los casos), incontinencia (cerca del 70 por 100), caídas (casi el 25 por 100). Desde el punto de vista social suelen tener pensiones inferiores a la media, muchos de ellos (el 25

por 100) requieren ayuda social a domicilio y casi la mitad habitan en viviendas con importantes deficiencias (Valero, 1998; González Montalvo, 1990; Serra, 1992). La evaluación de estos pacientes geriátricos muestra una gran similitud con las personas que viven en residencias asistidas (Pascual, 1995).

La actividad de este nivel actualmente se centra en el mantenimiento de líneas abiertas desde el servicio de geriatría hacia los pacientes de la Comunidad con posibilidad de interconsultas telefónicas, comentarios de casos en sesiones en los propios centros de salud y valoración conjunta de pacientes en sus domicilios. Actividades todas ellas que se originan a petición de los profesionales de atención primaria. Los resultados de esta interrelación suelen ser valoración geriátrica especializada de personas mayores con problemas complejos para los que supone un trastorno acudir al hospital, propuesta de estudios complementarios, cambios de tratamiento o de nivel asistencial (ingresos directos), etc. Los equipos geriátricos de atención comunitaria son valorados de forma positiva por los equipos de atención primaria en las áreas en que existe (Hornillos, 1999; González Montalvo, 1990).

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

2. Coordinación con los servicios sociales

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

La presencia de un trabajador social en el servicio de geriatría permite una evaluación en profundidad de la situación social de la persona mayor que se atiende en el servicio y, muy importante, desde los momentos iniciales de esa asistencia. Ello posibilita la movilización de recursos para la mejor atención de la persona y la planificación del alta. También, el trabajador social del servicio de

geriatría ha sido un interlocutor de excepción para los profesionales de los servicios sociales tanto comunitarios como institucionales.

V. CUIDADOS CONTINUADOS O DE LARGA DURACIÓN

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

Este tipo de cuidados son requeridos por los pacientes portadores de enfermedades crónicas y de las secuelas de enfermedades agudas. Se ha calculado que cada español vive una media de quince años con alguna forma de incapacidad. Aproximadamente el 25 por 100 de los mayores de sesenta y cinco años precisa asistencia en alguna de sus actividades de la vida diaria. El número de estas personas subsidiarias de recibir cuidados continuados es ya importante en la actualidad y progresivamente creciente.

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

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

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

A. ATENCIÓN DOMICILIARIA

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

Sin duda, la implantación de programas de atención domiciliaria ha supuesto una mejora en la asistencia sanitaria a las personas mayores. Esta mejora ha sido aún más notable en las escasas áreas en las que en virtud de la existencia de un servicio de geriatría en el hospital de referencia se ha potenciado la figura de la «unidad de coordinación comunitaria». Estas unidades colaboran en el tratamiento del grupo de pacientes más complejo que reside en su domicilio, los que suele denominarse como pacientes geriátricos, para los que esta unidades han demostrado ya que es posible el seguimiento de sus problemas sanitarios durante meses y años en su propio domicilio (González Montalvo, 1990; Serra, 1992). Habitualmente esta unidad consta de un geriatra y una enfermera que actúan como interconsultores de casos a petición de los profesionales de atención primaria. Consultas que pueden llevarse a cabo bien telefónicamente, bien en sesiones en el propio centro o bien en el domicilio del paciente, y que suelen resolver dudas diagnósticas o terapéuticas y también servir de enlace cuando se necesita coordinación con los niveles asistenciales geriátricos.

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

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

Otro problema de la atención domiciliaria es lo deficitario de su cobertura. Si bien es casi imposible calcular tanto el objetivo de la población a visitar (a causa de diferentes índices de envejecimiento, diferencias en la dispersión en áreas rurales y urbanas, etc.) como el porcentaje de población mayor actualmente atendida, la conciencia general es que sólo recibe este tipo de asistencia una pequeña parte de los candidatos a recibirla.

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

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

B. ATENCIÓN EN INSTITUCIONES

La atención institucional de larga estancia en el caso de las personas mayores se lleva a cabo en residencias y unidades hospitalarias de larga estancia. Sus usuarios son personas que carecen de las condiciones necesarias (sociales o sanitarias) que les permitan residir en sus domicilios habituales. Como grupo, son personas por encima de los ochenta años de edad media, que padecen una media de cinco enfermedades y toman entre tres y cinco medicamentos de forma crónica. Son frecuentes en ellos los síndromes geriátricos y suelen presentar dependencia en la mayoría de las actividades de la vida diaria (Pascual, 1995).

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

La atención médica a las personas mayores institucionalizadas no es una tarea sencilla. Los residentes padecen con frecuencia varias enfermedades simultáneamente, cuyo diagnóstico y tratamiento se ve dificultado por la presencia de síndromes geriátricos como el deterioro cognitivo u otras enfermedades psiquiátricas, la inmovilidad u otros. La alta frecuencia de caídas, incontinencia urinaria y deterioro funcional hacen también más difícil su tratamiento y seguimiento (Libow, 1989). La concurrencia de otros condicionantes añadidos, como el encontrarse en un medio tradicionalmente no-sanitario, la escasa formación geriátrica del personal, la coexistencia de intereses públicos y privados, los frecuentes dilemas éticos y los problemas legislativos, etc., hacen más difícil la tarea del médico (Da Pena, 1993; Olsen, 1992). De hecho, las evaluaciones de la calidad asistencial suelen revelar la existencia de problemas, como por ejemplo el elevado uso de medicación psicoactiva y sedante (Beers, 1988), de medicamentos de baja utilidad terapéutica (Fidalgo, 1994), de reacciones adversas (Cobos, 1996) o el excesivo uso de restricciones físicas (Ljunggren, 1997).

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

La existencia en las residencias de pacientes de gran complejidad clínica y con graves deterioros mentales y funcionales que requieren una asistencia sanitaria de

cierta sofisticación (Alarcón, 1994) coexiste con la escasez de personal, titulado y no titulado, y con la falta de los recursos materiales y tecnológicos para afrontar el cuidado de estos residentes. Estas circunstancias han sido menores en las residencias de titularidad pública, que suelen disponer de mayor soporte terapéutico y rehabilitador. Si se dota a las residencias de los suficientes recursos humanos y materiales para afrontar las necesidades sanitarias de sus residentes, puede que desaparezca la antigua discusión sobre en qué tipo de centros deben ser atendidas las personas mayores dependientes, aunque siempre existirá la necesidad de individualización de los tipos de cuidados y de la clasificación de los residentes y, también, siempre existirá el riesgo de una medicalización excesiva de las residencias.

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

VI. LA COORDINACIÓN SANITARIA

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

Podríamos distinguir dos vertientes:

A. ATENCIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA

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

En este contexto, varias unidades y servicios de geriatría del país han desarrollado en la presente década las llamadas «unidades de coordinación y cuidados comunitarios» (comentadas previamente en los apartados IV.F.1 y V.1). Suelen dedicar al menos un médico especialista y frecuentemente enfermeras expertas en geriatría y sus funciones son servir de nexo entre el servicio de geriatría hospitalario y el centro de salud o la residencia. Las actividades que

desarrollan son: interconsultas telefónicas, valoración de pacientes geriátricos en su propio domicilio a petición de los profesionales de atención primaria (los geriatras son, junto a los médicos de familia, los únicos especialistas de la red sanitaria pública que atienden enfermos en su propio domicilio) y sesiones de comentarios de casos en los centros de salud y en las residencias. Esta actividad mejora notablemente el grado de comunicación y coordinación entre ambos niveles, evita el uso de hospitalizaciones, resulta más cómodo para los pacientes y sus familiares, y mejora el grado de satisfacción de los profesionales de ambos niveles. Por todo ello debería ser un modelo para aplicar en el futuro.

B. SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES

En muchas ocasiones las personas mayores que están siendo atendidas por el sistema sanitario requieren algún recurso social. Esto es especialmente habitual cuando padecen problemas de salud cuyas secuelas, pasada la fase aguda y la de recuperación, provocan incapacidad y dependencia. Algunos ejemplos son las patologías agudas, los accidentes vasculares cerebrales, fracturas de cadera, u otros procesos crónicos como la artrosis o la demencia. Se ha calculado que aproximadamente un 3 por 100 de los pacientes geriátricos hospitalizados necesitan tras el alta una plaza de residencia y un 7 por 100 requieren ayuda social a domicilio (Alarcón, 1998).

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

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

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

A la inversa, la atención sanitaria que se dispensa en las residencias debe estar bien coordinada con el resto de servicios sanitarios del área, tanto de atención primaria como de atención especializada, y especialmente con los correspondientes a la atención especializada. Deben existir mecanismos de

coordinación preestablecidos entre los responsables sanitarios de las residencias y el servicio de geriatría del área.

VII. PROPUESTAS

A. ASISTENCIA SANITARIA EN GENERAL

1. Debe planificarse una asistencia sanitaria que reconozca las diferencias de las personas mayores y ofrezca un sistema de cuidados de salud adaptados a dichas diferencias. Sin esta premisa inicial será difícil o imposible conseguir buenos resultados en la atención sanitaria a las personas mayores.
2. La asistencia sanitaria a las personas mayores debe ser al menos de la misma calidad que la de los adultos más jóvenes. Deben disfrutar del mismo acceso a la tecnología y a los medios diagnósticos y terapéuticos que éstos. Deben promoverse sistemas de evaluación que controlen las diferencias asistenciales en función de la edad y sean capaces de justificarlas.
3. Debe garantizarse la equidad en el acceso a los recursos. Debe atenuarse la enorme variabilidad interterritorial que existe actualmente, mejorando la provisión de recursos en las zonas que carecen de ellos.
4. Deben desarrollarse modelos asistenciales sanitarios que hayan demostrado científicamente su eficacia. Los criterios políticos de desarrollo de recursos deben comenzar a tener en cuenta las evidencias científicamente comprobadas y planificar a partir de ellas.
5. Los profesionales de los servicios de salud deben recibir la formación suficiente para diferenciar las manifestaciones del envejecimiento humano fisiológico de la presentación de la enfermedad, así como las diferencias con la edad en dicha presentación y las características que modifican el proceso de enfermedad en las personas mayores. Ello requerirá ampliar la formación en este área de la medicina de muchos profesionales que no han recibido esta formación durante su etapa de pregrado.
6. Es esencial que las personas mayores puedan acceder a un diagnóstico y tratamiento precoces, pues a su edad la enfermedad provoca un deterioro más rápido e intenso, y la recuperación es más lenta y difícil, con lo que la dependencia es una complicación más frecuente que en los pacientes adultos más jóvenes. La necesidad de un correcto diagnóstico es todavía

mayor, si cabe, antes de *a)* instaurar un tratamiento farmacológico y *b)* decidir sobre la necesidad de cuidados prolongados e institucionalización.

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

B. ATENCIÓN PRIMARIA

1. Debe implantarse la enseñanza de la geriatría, como está dispuesto en la normativa vigente, durante el proceso de formación en las facultades de medicina y escuelas de enfermería. Debe asegurarse que esta materia sea impartida por médicos y enfermeras especialistas en geriatría y no de otras ramas de la medicina. Se debe potenciar y facilitar la realización de un mínimo de horas de formación continuada en temas relativos a la vejez, al trabajo en equipo y a la coordinación.
2. Es preciso aplicar acciones de prevención adaptadas a las personas mayores en múltiples problemas geriátricos que están actualmente recomendadas por los grupos de expertos. No sólo aquellas que son comunes a los adultos más jóvenes, sino también las dirigidas a problemas específicos de los ancianos como las caídas, la incontinencia de esfínteres, la deprivación sensorial, etc.
3. Evaluar la implantación de los programas de atención al anciano en las diferentes áreas de salud. Potenciar el desarrollo posterior de programas más específicos, como pueden ser planes de prevención y atención a síndromes geriátricos, de prevención y diagnóstico de la dependencia, etc. Establecer como objetivo en atención primaria la mejora de la situación funcional de los pacientes mayores.
4. Debe facilitarse la interconsulta entre los centros de salud y las unidades y servicios de geriatría hospitalarios. En especial, debe potenciarse la actividad de las unidades de coordinación comunitaria de los servicios de geriatría que acercan la actividad del especialista en geriatría al propio domicilio del paciente.
5. Las personas mayores que residan en la Comunidad deben tener acceso a los servicios de rehabilitación de atención especializada y a los niveles asistenciales geriátricos con mayor énfasis en la recuperación funcional (hospital de día y unidad de media estancia o convalecencia).

6. Establecer un sistema de auditoría de buena práctica clínica que contemple la calidad de la asistencia y los resultados de ésta y no sólo la actividad y sus costes.
7. Creación y participación de los profesionales de atención primaria en comisiones sociosanitarias locales (de distrito) donde los representantes de las diferentes áreas asistenciales planteen y resuelvan los problemas de las personas mayores que no son resueltas por los mecanismos habituales.

C. ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN GENERAL

1. Al igual que en atención primaria debe potenciarse la formación sobre medicina geriátrica en el *curriculum* de pregrado de médicos y personal de enfermería, así como la formación continuada de estos profesionales en esa materia.
2. Debe insistirse en la concienciación de los diferentes especialistas que atienden a pacientes de edad avanzada de la importancia de considerar a estas personas de una manera integral, de la orientación funcional de la asistencia a las personas mayores y en especial de considerar en cada caso la necesidad de coordinación con los profesionales de atención primaria y con representantes de los servicios sociales.
3. Debería potenciarse la interconsulta con los servicios y equipos de geriatría para la colaboración en el tratamiento de las personas mayores con problemas de salud como son la fractura de cadera o el accidente vascular cerebral.
4. Se debería vigilar y auditar la discriminación por edad y realizar programas de concienciación entre las profesiones sanitarias para la erradicación de este problema.
5. Debe realizarse el esfuerzo de adaptar las estructuras de atención sanitaria a las necesidades de sus principales usuarios, y no al contrario. Por lo que los accesos, circuitos internos, consultas y salas de hospitalización deben disponer de las reformas necesarias y del material adecuado para su uso por una población de edad avanzada.
6. Debe implantarse la presencia de equipos consultores geriátricos en otros servicios hospitalarios que atienden a gran número de pacientes mayores, especialmente los de neurología, traumatología y otros servicios quirúrgicos.

D. ASISTENCIA GERIÁTRICA

1. El sistema sanitario público presenta un gran déficit de médicos especialistas en geriatría y enfermeras expertas en este área en los hospitales de la red, por lo que debe incorporar estos profesionales en mucho mayor número que el actual. Se recomienda la presencia de un médico especialista en geriatría por cada 10.000 personas mayores de sesenta y cinco años.
2. Se recomienda la creación de servicios de geriatría integrados en la red sanitaria general en todas las áreas de salud. Estos servicios deben ser homogéneos en su estructura, contar con niveles asistenciales geriátricos y ubicarse siempre que sea posible en el hospital general del área.
3. Su actividad debe estar dirigida a los denominados «pacientes geriátricos» y debe constar al menos de los siguientes niveles:
 - a) Unidad de agudos ubicada en el hospital general (1 unidad por cada 250.000 habitantes).
 - b) Niveles orientados a la recuperación funcional: hospital de día (1 por cada 200.000 habitantes o por cada 30.000 mayores de sesenta y cinco años) y unidad de media estancia (1 por cada servicio de geriatría, que puede estar ubicada en un hospital diferente al hospital general).
 - c) Consulta externa (en todos los hospitales generales).
 - d) Equipo interconsultor geriátrico para personas mayores ingresadas a cargo de otras especialidades (1 equipo de valoración geriátrica en cada hospital general) y para atención primaria (Unidad de coordinación comunitaria).
4. Debería existir en cada comunidad autónoma al menos un servicio de geriatría con capacidad docente.
5. Estos servicios deben contar con médicos especialistas, enfermeras con formación específica y trabajadores sociales, y disponer de, al menos, las mismas ratios de personal por paciente que el resto de servicios médicos. También, los pacientes asistidos en ellos deben tener acceso a otros profesionales como psicogeriatras, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.
6. La asistencia geriátrica a desarrollar debe ser integral, integrada, continuada y coordinada con atención primaria, con los servicios sociales de la Comunidad y con las instituciones de larga estancia.

7. Las unidades destinadas a la asistencia de pacientes geriátricos deben disponer de las adaptaciones específicas que necesita este grupo de la población, así como de las ayudas técnicas que les faciliten mantener su autonomía en ellas.
8. Las unidades y servicios de geriatría deben ser auditados en lo referente a su eficacia y eficiencia, pero no más ni menos que lo son las unidades del resto de especialidades médicas. El objetivo de los servicios de geriatría es mejorar la asistencia sanitaria a los pacientes geriátricos, y cumpliendo ese objetivo deben ser eficientes, pero el ahorro de recursos, con ser importante y casi siempre su resultado, no constituye su razón de ser.
9. Deben evitarse las desigualdades interterritoriales en asistencia geriátrica. Para ello pueden servir como objetivo los niveles de provisión de servicios que se presentan en este informe.

E. CUIDADOS SANITARIOS DE LARGA DURACIÓN

1. Dada la enorme carencia de estructuras de cuidados de larga duración, deberían definirse, para el conjunto del país, las directrices a seguir en el terreno de los cuidados continuados y desarrollarse posteriormente un sistema homogéneo de provisión de estos cuidados.
2. Ese sistema deberá incluir al menos la asistencia sanitaria a domicilio especializada y no especializada y la atención institucional, bien en unidades hospitalarias de larga estancia o en residencias suficientemente dotadas para realizar esa función.
3. Debería establecerse como necesario que antes de la inclusión de una persona mayor en un programa de larga estancia se realice una valoración integral que evalúe si se han agotado todas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento sanitario de sus problemas antes de considerar la dependencia como definitiva.
4. Deben aplicarse instrumentos de evaluación y clasificación a las personas mayores incluidas en programas de larga duración, tanto en domicilio como en instituciones que garanticen la relación entre la necesidad y el recurso recibido.
5. Deben considerarse los cuidados continuados como el recurso más adecuado para un tipo de paciente determinado que se beneficia de ellos más que de ningún otro tipo de asistencia y no como una «alternativa» más económica para pacientes que requieren otros niveles asistenciales.

En particular, no debe pedirse que las residencias realicen funciones que competen a los hospitales.

6. Una vez conocida la tipología de las personas atendidas por los diferentes servicios, debería dotarse en consecuencia a esos servicios de los recursos asistenciales que requieren sus usuarios.
7. La asistencia sanitaria en residencias debe integrarse con la asistencia sanitaria en general y deben establecerse sistemas de coordinación en el terreno sanitario de los profesionales de cuidados continuados tanto con los de atención primaria como con los de atención especializada, de modo que las personas mayores confiadas al cuidado de estos niveles reciba la asistencia sanitaria que precisen en cada momento con la precocidad e intensidad necesaria.
8. Debe facilitarse el acceso a la formación en geriatría de los profesionales sanitarios de residencias y unidades de larga estancia.

F. COORDINACIÓN

1. Deben potenciarse las unidades de coordinación y cuidados domiciliarios, que en la práctica han demostrado ya su excelente función de nexo entre la atención especializada, la atención primaria y las residencias.
2. Deben sistematizarse vías de comunicación entre los profesionales de servicios sociales y sanitarios. Debe flexibilizarse a los usuarios de cada sistema el acceso a los recursos del otro, de manera que las personas mayores reciban en cada momento la atención que requiere su situación.

CAPÍTULO 4. LA COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la demanda de cuidados profesionales sociales y sanitarios para hacer frente a las necesidades de atención de las personas mayores (en adelante p. m.) dependientes, es un hecho patente que está obligando a políticos y planificadores a revisar los sistemas de financiación, gestión y distribución de recursos destinados a este colectivo. En este contexto, las diferentes fórmulas de abordar las respuestas sociosanitarias ocupan un lugar prioritario y ponen de relieve la importancia de las aplicaciones de conceptos como coordinación, integración, colaboración y quizás el más preciso, complementariedad, que aparecen en múltiples niveles de intervención: entre profesionales, instituciones sociales y sanitarias, iniciativa social, pública y privada, diferentes categorías de recursos, etc.

No es éste un problema que se circunscriba solamente al territorio español, sino que en la actualidad ocupa el primer plano de los debates sobre la atención a las personas dependientes en toda Europa. De hecho, la necesidad de derribar esa especie de «muro de Berlín» entre los sistemas social y sanitario (Walker, 1998), ha llevado a países con larga y modélica tradición en la atención a las p. m. a plantearse una revisión en profundidad de sus sistemas de atención. Es el caso, entre otros, del Reino Unido, que en 1998 crea la Royal Commission on Long Term Care con el objetivo de evaluar la organización, financiación y provisión de cuidados de larga duración a las p. m. dependientes, y que recientemente (marzo 1999) ha difundido el correspondiente informe en el que se realizan propuestas urgentes de actuación sobre este tema.

En España el debate sobre la necesidad de aunar esfuerzos y coordinar actuaciones entre los sistemas social y sanitario, se remonta prácticamente a los últimos cinco años (exceptuando el Programa «Vida als Anys» catalán) a pesar de que éste es un tema que se contempla en documentos anteriores de gran trascendencia para las políticas de protección social de nuestro país: el informe de

la Comisión Abril sobre la reforma de la Sanidad (1992), el Plan de Convergencia (1992) y el Plan Gerontológico (1993), que ha constituido el marco de referencia para el posterior diseño de todas las planificaciones autonómicas de atención a las personas mayores.

Tan corto período de tiempo ha sido suficiente para polarizar todo un discurso profesional y político, el sociosanitario, cuyos efectos es difícil prever, dado que las realizaciones al respecto son muy escasas todavía.

No obstante, esta breve historia de la atención sociosanitaria ha dado lugar a la utilización de varias denominaciones y asignaciones que, si bien son utilizados indistintamente, encubren diferentes propuestas y modelos que implican fórmulas distintas, cuando no divergentes, de reorganización de los sistemas sanitario y social y de sus métodos de gestión y financiación de los servicios. Las iniciativas y propuestas formuladas hasta el momento, se pueden agrupar en dos grandes bloques de alternativas:

A. *Coordinación sociosanitaria*: Se puede definir 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 mayores dependientes».

Las actividades de coordinación, que pueden comprender múltiples diseños y modelos de intervención, parten del supuesto de la existencia de dos sistemas que deben actuar de forma conjunta y complementaria para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea.

En consecuencia, el desarrollo de cada uno de ellos, su mayor disponibilidad de recursos, accesibilidad y, en definitiva, la mejora en la calidad de la atención que presten, revierte directamente en el tipo de intervención sociosanitaria que se realice.

En resumen, la coordinación sociosanitaria se acerca a lo que podríamos llamar metodología de la intervención, intentando optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos con vista a la intervención conjunta y toma de decisiones sobre la utilización de los recursos.

B. *Red de Atención Sociosanitaria*. Entendida como un conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención sociosanitaria de las personas mayores dependientes. Su objetivo es la creación de un nuevo espacio de atención del que forman parte algunos de los recursos del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Servicios Sociales, así como nuevos servicios específicos para la atención sociosanitaria. Se trata, por tanto, de una estrategia de reorientación de los servicios sanitarios y sociales, algunos de los cuales, junto a otros recursos

específicos, pasan a formar parte de un tercer sistema o red de atención sociosanitaria.

Ello implica a su vez importantes cambios en el diseño de los modelos de gestión y financiación para que este sistema tenga entidad propia.

Sin entrar aquí en posicionamiento alguno, sí nos parece importante clarificar desde un principio estas dos propuestas, ya que con excesiva frecuencia se presentan de forma indistinta, cuando a la luz de su mera definición es evidente que suponen dos modelos de atención con implicaciones de trascendencia para los dos sistemas.

II. ANÁLISIS DE LAS INICIATIVAS Y PROGRAMAS SOCIOSANITARIOS

Analizaremos a continuación la realidad de la atención sociosanitaria en España desarrollada desde la Administración General del Estado y las comunidades autónomas. De éstas, se ha optado por comentar las iniciativas más significativas: Cataluña, Castilla y León y Galicia. No obstante, se observa una tendencia por impulsar experiencias de atención sociosanitarias en buena parte de las administraciones autonómicas.

En el País Vasco, las Diputaciones Forales y OSAKIDETZA/Departamento de Sanidad, han establecido acuerdos parciales en el ámbito de la psicogeriatría y de la atención médico-sanitaria en residencias de p. m., asumiendo parcialmente alguna parte del gasto sanitario en éstas.

La Comunidad Valenciana, en 1994, ha puesto en marcha el Programa Palet (Cuidados y Calidad de Vida) que atiende a pacientes con varios perfiles pluripatológicos, entre los que se encuentran los mayores de sesenta y cinco años con pluripatologías, enfermedad crónica avanzada, convalecencia larga y/o compleja y problemas motores reumatológicos o traumatológicos. Asimismo, esta comunidad autónoma ha sido pionera en la asunción de medidas para racionalizar la atención farmacéutica en las residencias sociosanitarias. Su experiencia, iniciada en la residencia de Carlet y generalizada actualmente en los centros residenciales de toda la comunidad autónoma, es un ejemplo a seguir en cuanto a optimización y uso racional de los medicamentos en las instituciones.

Por lo que se refiere a la Comunidad de Madrid, en 1995 se firma un acuerdo entre la Consejería de Bienestar Social y la de Sanidad para optimizar los recursos existentes en todas las áreas de Madrid. En este mismo año Andalucía elabora el Plan Integral de Atención a los Mayores Andaluces (PAIMA) desde las Consejerías de Salud y Asuntos Sociales, que se concreta en una política de

promoción de calidad de vida a los mayores, junto a una cartera de servicios sociales y sanitarios y otros comunes que integren la respuesta a sus necesidades.

En 1997 Canarias, tras la aprobación de su Plan de Salud (Decreto del 21 de enero de 1997), inicia el desarrollo de las actividades orientadas a la coordinación de los servicios sociales y sanitarios para prestar las mejores atenciones a las personas mayores. La Consejería de Sanidad del Gobierno de La Rioja acaba de poner en marcha un programa coordinado de atención sociosanitaria a los ancianos; dicho programa consiste, básicamente, en el desarrollo de una comisión coordinadora de la asistencia y la creación de una figura del coordinador de atención sociosanitaria.

A. LAS INICIATIVAS SOCIO-SANITARIAS DESDE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

Como se ha señalado anteriormente, los inicios en el establecimiento de un modelo de intervención sociosanitaria con las personas mayores se reflejan en los textos del Plan de Convergencia (1992) y Plan Gerontológico (1993), tanto en el Área II, sobre salud y asistencia sanitaria, como en el Área III, dedicada a los servicios sociales.

Posteriormente, en el marco del desarrollo de dicho Plan, la Subdirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo elabora el documento «*Bases para la Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores*», en el que se propone un modelo de atención sanitaria a este grupo de población y se contempla un sistema de coordinación con los servicios sociales. Dichas bases se sintetizan en los siguientes puntos:

- El sistema de atención debe ser *integral*, atendiendo a la diversidad de necesidades, *interdisciplinar*, promoviendo la participación de los diferentes profesionales, y *rehabilitador*, tanto respecto a objetivos curativos, como paliativos o de rehabilitación, incluyendo los del propio paciente.
- El modelo de organización de los servicios ha de ser *global*, con medidas en cada nivel y ámbito, *sectorizado*, pero permeable y comunicado.
- Se ha de proporcionar una *definición y clara delimitación* de los distintos niveles de atención, así como estructuras, recursos y equipos funcionales suficientes para satisfacer las necesidades que se plantean.

- Han de existir *criterios explícitos* y específicos para la derivación y/o utilización de los recursos con obligada coordinación organizativa entre niveles.
- Se han de diseñar las *estrategias oportunas* para el desarrollo adecuado de los servicios, garantizando sobre todo la información e implicación de los profesionales que participan en la atención a las personas mayores, en el ámbito geográfico en que se desarrollen estos servicios.
- Se han de prever las *medidas de evaluación* necesarias, que aporten la información para la toma de decisiones en relación a su ulterior desarrollo.
- El plan de puesta en marcha ha de contemplar obligada y específicamente la formación y adiestramiento del personal.

El documento de referencia prevé el desarrollo y puesta en funcionamiento del modelo propuesto a través de dos actuaciones:

- a) Elaboración de criterios de ordenación de recursos, mediante la creación de un grupo de expertos encargados de la definición de los servicios de atención y desarrollo de criterios de utilización de los mismos, así como estándares de funcionamiento e indicadores de seguimiento y evaluación. Trabajo publicado posteriormente, bajo el título «*Criterios de ordenación de servicios sanitarios para la atención a las personas mayores*» (INSALUD, 1995).
- b) Puesta en marcha de experiencias piloto en diferentes áreas geográficas de salud, que permitan avanzar en las modalidades de atención propuestas. Madrid, Valladolid y Murcia fueron las elegidas.

Estos antecedentes sirvieron de base al contenido del Acuerdo Marco y Convenio Específico, firmado el 14 de diciembre de 1993, entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y Asuntos Sociales, en el que se establecen «Estrategias de Coordinación Sociosanitaria en la Atención a las Personas Mayores».

A grandes rasgos, se pretendía ofrecer una atención integral a este grupo de población, mediante la *coordinación* de recursos sociales y sanitarios en el desarrollo de programas de intervención sectorizados, en la realización de actuaciones en el ámbito de la promoción de la salud, la prevención y el establecimiento de medidas de apoyo y rehabilitación que favorezcan la autonomía personal y el mantenimiento en el medio habitual de vida de las personas mayores.

1. *El modelo de coordinación de servicios*

Una de las características esenciales que han definido este modelo de coordinación sociosanitaria reside en su base comunitaria, acorde con el lema que rige las políticas sociales de atención a las personas mayores en los países desarrollados: «envejecer en casa». Es decir, el eje del sistema de atención no estaría situado en torno a las instituciones o el hospital, que por supuesto son elementos clave en el modelo, sino a los servicios sociales y sanitarios de carácter comunitario, todos ellos a su vez complementándose con ese gran sector que garantiza el mantenimiento del sistema de atención constituido por los cuidadores informales.

En consecuencia, se trata de ofrecer un modelo de atención o quizás sólo una metodología de trabajo que garantice la continuidad entre los diferentes niveles de cuidados que pueda necesitar una persona mayor. Para ello, se recurre a los servicios sociales y sanitarios reflejados en el esquema número 1 y que a grandes rasgos describimos a continuación:

a) Servicios Sanitarios

— *Atención primaria*

El esquema de referencia establece el despliegue de servicios a partir de la atención primaria, ya que en dicho nivel, por su situación estratégica, se pueden garantizar cuatro aspectos básicos en la atención integral:

- a) Detección precoz y valoración de las situaciones de riesgo y de enfermedad en estas personas.
- b) Puerta de entrada al sistema sanitario, por la función de agencia que este nivel asume respecto al usuario del sistema.
- c) Mayor posibilidad de coordinación con los demás recursos, a la luz de las necesidades que se detectan en las personas mayores.
- d) Enfoque multidisciplinar de la atención por parte de los equipos de atención primaria.

En este nivel de atención se deben potenciar los siguientes tipos de actuaciones:

- Desarrollo de programas de atención domiciliaria.
- Desarrollo de programas de atención al anciano.

- Coordinación y apoyo de servicios especializados.
- Formación.
- Coordinación Intersectorial.

— *Atención hospitalaria*

En el hospital, el esquema de ordenación de servicios admite varias formas de desarrollo que, básicamente descansan en tres aspectos:

- a) *Funcionalmente*, en el establecimiento de unos criterios de atención a las personas mayores y la orientación de la misma por parte de un equipo interdisciplinario (Equipo de Valoración y Cuidados Geriátricos — EVCG—), que desarrolle, entre otras, funciones de valoración y gestión de los casos geriátricos dentro del hospital, indicación de los cuidados y servicios más adecuados para el paciente geriátrico y coordinación intra y extrahospitalaria para la derivación de los pacientes.
- b) *Estructuralmente*, en la posible reordenación de recursos, poniendo en funcionamiento las siguientes unidades o servicios específicos:
 - Hospital de día geriátrico.
 - Unidades de hospitalización de agudos.
 - Unidades de convalecencia.
- e) *Organizativamente*, en la conexión y coordinación entre Atención primaria y el Hospital. Fundamentalmente se trataría de identificar los principales responsables dentro y fuera del hospital, de los cuidados del paciente geriátrico a través de la existencia de un buen sistema de comunicación y de criterios de interderivación claros y funcionales.

El esquema organizativo se basaba, inicialmente, en la puesta en marcha de equipos de valoración y gestión de casos, interdisciplinarios o equipos funcionales de geriatría, denominados en el esquema: *Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos (EVCG)*. La adscripción organizativa y funcional de estos equipos se adecuaría a las circunstancias concretas del hospital y bajo la responsabilidad del equipo de gestión de Atención especializada de área.

La composición de los equipos es interdisciplinar (médico, geriatra, enfermera, trabajador social), y sus funciones incluyen:

- Interconsultas con Atención primaria.
- Interconsultas intrahospitalaria.
- Protocolización de patologías especialmente geriátricas.
- Conexión con los demás recursos, intra y extrahospitalarios.
- Planificación y gestión del alta.
- Formación en el campo de la Geriatría y la Gerontología.

b) *Servicios Sociales*

— *Comunitarios*

Dado que este modelo de atención se plantea entre sus objetivos prioritarios, el acercar los recursos sociosanitarios allí donde se producen las situaciones de necesidad, la optimización en el uso de los servicios sociales de carácter comunitario, así como su desarrollo, constituía un elemento clave en estas experiencias.

Entre ellos, el *servicio de ayuda a domicilio*, junto con la gama de recursos de su ámbito en intervención (comidas, teleasistencia, adaptación de viviendas) ocuparía el centro del modelo de coordinación sociosanitaria, junto con la atención domiciliaria de carácter sanitario. En este sentido, *en algún área sociosanitaria y de forma puntual se consiguieron avances importantes* que se reflejan aquí por su carácter didáctico para el futuro:

- Diseño de protocolos comunes para la identificación de casos y su valoración.
- Reserva de un cupo de horas de SAD, destinadas exclusivamente a usuarios con perfil sociosanitario (sólo en algún área).
- Cumplimentación de los trámites para el acceso al servicio desde cualquiera de las instituciones representadas en la Comisión Sociosanitaria (Atención Primaria, INSERSO, Hospital, Ayuntamiento...).
- Agilización en la resolución y concesión del SAD. En alguna de las experiencias se consiguió en cuarenta y ocho horas.
- Apoyo a las auxiliares del SAD por parte de las enfermeras responsables de la atención domiciliaria sanitaria, mediante el entrenamiento en las habilidades necesarias para determinadas tareas de cuidado (higiene, movilizaciones...). El análisis y supervisión conjunta de los casos ha sido valorado muy positivamente por estas trabajadoras, ya que supone un reconocimiento social y profesional de la tarea que realizan.
- Alto nivel de satisfacción entre los usuarios que veían cubiertas conjuntamente sus necesidades de atención social y sanitaria, evitando así institucionalizaciones innecesarias y no deseadas.

Desafortunadamente, *es necesario incidir en el carácter minoritario (no significativo numéricamente) de estas experiencias*. Además, la escasa disponibilidad de este recurso y la variedad de entidades prestadoras de este

servicio, con autonomía en su gestión, son elementos que han dificultado en gran manera su buen funcionamiento.

Otro recurso comunitario de gran importancia en este modelo de atención, es el constituido por los centros de día, aunque desafortunadamente su grado de implantación en nuestro país es todavía escaso.

— *Plazas sociosanitarias en residencias*

En las experiencias de coordinación sociosanitaria que se realizaron en diversas Arcas de Salud, el IMSERSO en su día, y en la actualidad las comunidades autónomas que han asumido estos centros, han facilitado la utilización temporal de un número limitado de plazas en sus residencias, que cumplen el papel de recurso intermedio entre el hospital y el domicilio, para personas que padecen estados de necesidad transitorios o con posibilidad de recuperación física o psicosocial. Es importante incidir en que este recurso en ningún caso ha estado dirigido a personas con necesidad de institucionalización definitiva, a la que tendrían que acceder por los cauces establecidos para toda la población mayor. De hecho, la práctica totalidad de los casos, derivados en su mayoría por los EVCG, han regresado a sus domicilios después de una estancia cercana a los noventa días en la residencia.

El usuario de este servicio cumple los requisitos establecidos para el acceso a una estancia temporal en residencias. Asimismo, su perfil debe reunir características como:

- Residente en el área de salud o sociosanitaria correspondiente.
- Con apoyo social y/o familiar que le posibilite el regreso al domicilio una vez finalizado el programa de intervención (rehabilitación física y psicosocial) en la residencia.
- Posibilidades de recuperación física y/o psicosocial.
- Haber sido objeto de valoración geriátrica previa.

2. *Las comisiones sociosanitarias*

El modelo aquí descrito fundamenta su metodología de trabajo en la puesta en marcha y desarrollo de ese lugar de encuentro, referente para los profesionales implicados en la atención a las personas mayores, llamado Comisión Sociosanitaria de área, definida como «*Órgano interinstitucional de valoración, asignación de recursos, planificación y seguimiento de los programas de atención a las personas mayores que, en un ámbito geográfico determinado, procurará una*

intervención integrada de los servicios sociales y sanitarios». Son objetivos de estas comisiones:

- a) Ofrecer una atención integral a las personas mayores en su ámbito territorial, proporcionándoles los recursos sociales y/o sanitarios más adecuados a sus estados de necesidad.
- b) Contribuir a optimizar los recursos sociales y sanitarios del área mediante su correcta ordenación, distribución, coordinación y utilización.
- c) Favorecer la permanencia de estas personas mayores en su entorno habitual, mediante el desarrollo de un sistema progresivo de cuidados comunitarios que tienda a evitar la institucionalización innecesaria.
- d) Garantizar la continuidad del plan de cuidados prescrito.
- e) Mejorar la cualificación de los profesionales implicados, a través del acceso a las acciones formativas de ambos sectores, así como del desarrollo de líneas comunes de investigación.
- f) Promover la colaboración de organizaciones sin fin de lucro y de todas las redes informales que están implicadas en la atención a las personas mayores dentro del área.

En cuanto a sus tareas, se sistematizan en los siguientes ámbitos de actuación:

- a) *Intervención individual*: Tipificación de casos, valoración y asignación de recursos, diseño de protocolos de derivación interservicios, establecimiento de criterios de utilización de servicios, seguimiento de los casos y evaluación de las intervenciones.
- b) *Intervención comunitaria*: Estudio de necesidades y recursos sociosanitarios del área, establecimiento de «poblaciones diana» de intervención comunitaria (ambulatorios, centros de salud, centros gerontológicos. ..), acciones formativas e informativas dirigidas a familiares y otros cuidadores informales, diseño de intervenciones de carácter preventivo en el área destinada a la población mayor, etc.
- e) *Formación e investigación*: Estudios de carácter interdisciplinar sobre temas gerontológicos de especial incidencia en el área, desarrollo y validación de indicadores de evaluación, actividades de formación en materia de atención geriátrica y gerontológica, etc.

Estas comisiones están compuestas de forma paritaria por profesionales de los servicios sociales (institucionales y comunitarios) y Sanitarios (hospitales y

atención primaria). En la actualidad asisten a ellas representantes del INSALUD, comunidad autónoma correspondiente y Administración local. En algún caso ya se han incorporado las ONG's que trabajan en el área con personas mayores. El número de miembros de la comisión no debería superar en ningún caso las 11 personas.

3. *Desarrollo y resultados del convenio de colaboración interministerial para la atención sociosanitaria a las personas mayores*

El Convenio se ha desarrollado dentro del antiguo territorio INSALUD/IMSERSO, quedando excluidas aquellas comunidades autónomas que tienen transferencias en materia de sanidad y servicios sociales y que, por tanto, poseen sus propios planes de atención sociosanitaria.

Para evaluar los resultados del desarrollo del Convenio, se han elegido diversos indicadores: algunos de grado de implantación de nuevos servicios; otros de cobertura de servicios sobre mayores de sesenta y cinco años; y para valorar la coordinación sociosanitaria, el número de comisiones sociosanitarias puestas en funcionamiento.

A su vez, cada uno de los nuevos servicios puestos en marcha tienen sus propios indicadores de actividad, utilización y calidad, pero dada su heterogeneidad en el desarrollo en cada área sociosanitaria y el escaso tiempo de existencia de los mismos, precisarían un análisis más profundo y una selección más exhaustiva que permita su compatibilidad, su validez y su generalización.

Los últimos resultados cuantitativos de evaluación de las experiencias de coordinación sociosanitaria corresponden a 1995, que recogían algunos datos de interés:

- Número de Comisiones sociosanitarias de área: 15, que representaban una cobertura del 26 por 100 del territorio INSALUD.

Sistema Sanitario:

- Programas de atención al anciano: 17,5 por 100 de las áreas de salud lo tenían puesto en marcha.
- Servicio de atención domiciliaria: 4,06 por 100 > 65 años.
- EVCG en hospitales de agudos: 18.

Sistema Social:

En esta fecha se cuantificaban solamente los recursos del IMSERSO.

- Plazas sociosanitarias en residencias: 228.
- Servicio de AD: 9.600.
- Servicio de Teleasistencia: 7.572.

4. *Valoración*

Como se puede constatar a primera vista, este plan no fue más allá de sus objetivos iniciales: experimentar la viabilidad de una metodología de coordinación sociosanitaria y ofrecer un marco legal estable que hiciera posible esta coordinación a través de la firma de convenios provinciales.

Pero esta metodología de trabajo, sin duda de alto valor técnico, iba acompañada de una amplia propuesta de ordenación de servicios descrita anteriormente que imponía un desarrollo decidido de algunos de ellos, concretamente:

a) *En el Sistema sanitario*

- Atención domiciliaria, tanto desde atención primaria como desde los servicios especializados de geriatría.
- Atención geriátrica a través de EVCG, hospitales de día y unidades de convalecencia y agudos.

En definitiva, un despliegue de recursos materiales y profesionales parecido, aunque no idéntico, al de los servicios de geriatría.

h) *En el Sistema social*

Como hemos visto en el capítulo anterior, la disponibilidad de servicios sociales de todo tipo es muy pequeña. Difícilmente se pueden llevar a cabo sistemas de derivación que garanticen la continuidad en los cuidados, cuando los servicios sociales constituyen un auténtico «cuello de botella» a la hora de dar respuesta a las situaciones de necesidad.

Este desarrollo del «esquema de ordenación de servicios» no se produjo. El modelo que surgió del sistema sanitario y fue refrendado y complementado por el IMSERSO se diseñó en base a «*coste 0*» para todos. Es evidente que ésta era una limitación decisiva para este diseño.

El otro gran escollo que sentenció definitivamente este modelo fue el cambio de orientación en las líneas de trabajo del INSALUD, producido en 1996, que tuvo

como consecuencia una profunda renovación de sus responsables. La consecuencia inmediata para este incipiente proyecto fue su práctica paralización. El impulso para la creación de convenios provinciales se frenó y, en consecuencia, la creación de nuevas comisiones sociosanitarias, también.

A esta situación hay que añadir la finalización del proceso de transferencias del actual IMSERSO a las comunidades autónomas, perdiendo toda su capacidad de gestión y, por lo tanto, de decisión sobre los recursos sociales.

En resumen, el Programa de Atención Sociosanitaria propiciado desde la Administración General del Estado, si bien se presentaba como una opción válida para dar respuesta a las acuciantes necesidades sociosanitarias de nuestra población mayor, presentó las siguientes dificultades:

- Falta de apoyo de los responsables de la toma de decisiones políticas.
- Ausencia de la financiación específica para su desarrollo, condición indispensable para que este proyecto fuera viable.
- Falta de definición en cuanto a los cuidados institucionales de larga duración: camas de larga estancia, residencias asistidas, centros sociosanitarios. Este modelo elude una toma de postura en relación a uno de los niveles de atención que supondría mayor esfuerzo inversor.
- Problemas de sectorización que dificultan la coordinación. No existen en la mayoría de las comunidades autónomas áreas sociosanitarias que unifiquen los territorios geográficos de intervención.
- Escasa implicación de las Administraciones autonómica y local en todo este proceso. El hecho de que éste haya sido un proceso que se gestó en el seno de la Administración General del Estado sin participación de comunidades autónomas, ayuntamientos y responsables de la gestión de los servicios sociales, ha condicionado desde un principio su desarrollo.
- Escasa participación de la iniciativa social sin fin de lucro y del mundo asociativo, así como de la iniciativa privada. Todos ellos hubieran desempeñado un papel importante para facilitar la disponibilidad de recursos.
- Ausencia de desarrollo de los servicios de geriatría propuestos según el modelo planificado.
- Limitada difusión de este modelo entre profesionales y usuarios.

- Inexistencia de una cultura común de la atención sociosanitaria, que haga posible una intervención interdisciplinar coherente.

No obstante, y a pesar de las carencias y dificultades de esta iniciativa, reseñadas en parte anteriormente, es necesario también destacar algunas *consecuencias positivas* de este proceso:

- a) En el ámbito de lo experimental se ha demostrado la bondad de poner en marcha sistemas de coordinación que, sin lugar a dudas, optimizan los recursos.
- b) La necesidad de abordar la atención sociosanitaria a las personas mayores dependientes es defendida desde todas las instancias hoy. En 1993 muy pocos ámbitos políticos y profesionales reconocían esta necesidad.
- c) Se ha concedido un lugar importante en este proceso a la formación de los profesionales implicados, condición indispensable para garantizar el éxito de estas iniciativas.
- d) Las Comisiones sociosanitarias se reconocen hoy como un instrumento útil para la eficacia de la intervención.
- e) Se ha avanzado en el reconocimiento de la importancia de utilizar instrumentos estandarizados de valoración, comunes a ambos sistemas, así como otras herramientas de trabajo que mejoran su calidad y eficacia de la atención.

B. LAS INICIATIVAS SOCIO SANITARIAS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

1. Programa «Vida als Anys» (Cataluña)

La provisión de servicios sanitarios en Cataluña ha tenido desde hace tiempo unas características bastante diferentes a las del resto del Estado español, definidas fundamentalmente por los sistemas de concertación de servicios con hospitales benéfico-asistenciales. De hecho, a principios de los años ochenta, cuando se producen las transferencias en materia de atención sanitaria, la proporción de camas hospitalarias de titularidad pública, era sólo del 34 por 100. En 1983, el Plan de Reordenación Hospitalaria de Cataluña no concedió la acreditación hospitalaria a un buen número de antiguos centros hospitalarios y pequeñas clínicas privadas que no reunían los requisitos establecidos. Esta situación

propició la creación en 1986 del Programa «Vida Als Anys» de atención sociosanitaria, destinado a los siguientes colectivos:

- Personas mayores de sesenta años con una enfermedad crónica.
- Personas con enfermedades crónicas evolutivas que generaban gran dependencia y con un deterioro moderado o severo.
- Personas con enfermedades terminales.
- Personas con enfermedades psíquicas de evolución crónica.
- Personas que, habiendo superado la enfermedad en su fase aguda o con un grado moderado de dependencia, precisaban curas o terapia de rehabilitación antes de reintegrarse nuevamente a la comunidad.

a) *Modalidades de atención sociosanitaria*

Este programa ha desarrollado los siguientes recursos:

- a) Convalecencia: son destinatarias de esta prestación sociosanitaria las personas mayores con enfermedades de base que se encuentren en fase de recuperación de un proceso agudo; personas con enfermedades crónicas con frecuentes descompensaciones y situación basal de dependencia; personas con politraumatismos. En cualquiera de los casos la estancia máxima aceptable no ha de superar los sesenta-noventa días.
- b) Cuidados paliativos: el objetivo terapéutico de estas unidades es favorecer el confort y la calidad de vida de enfermos que padezcan una enfermedad avanzada incurable, progresiva y sin respuesta a un tratamiento específico (enfermos terminales de cáncer o de otras patologías, incluyendo el SIDA), cuyo pronóstico de vida es limitado, mediante el control de síntomas y el soporte emocional tanto a los enfermos como a sus familiares. La estancia media de estos enfermos en las unidades de cuidados paliativos ha de ser de alrededor de treinta días.
- e) Larga estancia; su objetivo terapéutico es proporcionar atención sanitaria tendente a mejorar la calidad de vida, mediante rehabilitación de mantenimiento y soporte sanitario y social por parte del personal del centro. Son destinatarias de esta atención las personas mayores enfermas y las personas menores de sesenta y cinco años con enfermedades crónicas evolutivas y un grado variable de dependencia, que requieren

ayuda en las AVD. Las estancias medias de los pacientes son superiores a un año.

- d) Programas de atención a domicilio. Equipos de soporte (PADES): Estos equipos proporcionan un soporte a la atención primaria en la atención domiciliaria, tienen como objetivo promover la calidad de la atención a los usuarios con mayores necesidades, por medio de la atención continuada en el seno de la comunidad, el soporte a los profesionales de la atención primaria y a las Unidades Básicas de Asistencia Social y la conexión con los recursos sanitarios y sociales existentes. Son destinatarios de esta atención el mismo colectivo de pacientes antes mencionados, pero específicamente aquellos que no requieren prestaciones de actividades sustitutorias del hogar.
 - e) Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias (UFISS): Son unidades funcionales de soporte a los centros hospitalarios de agudos para la atención de estos enfermos. Estas unidades proporcionan valoraciones de los pacientes ingresados, seguimiento asistencial en algunos casos, dan soporte al resto de profesionales de los hospitales y colaboran en tareas de docencia e investigación. Existen diferentes tipologías de UFISS dependiendo del enfermo que tengan que atender: UFISS de Geriátría, de Cuidados Paliativos, Mixtas (ubicadas en centros sociosanitarios), del Aparato Respiratorio, de Demencias.
 - f) Hospitales de día sociosanitarios: recurso de continuidad entre los servicios alternativos y las camas sociosanitarias, cuyo objetivo es la rehabilitación y la atención terapéutica, para evitar el deterioro progresivo y dar soporte al alta hospitalaria cuando se haya superado la fase aguda de la enfermedad. Estos objetivos se llevarán a cabo mediante el seguimiento sanitario, psicológico y social, la recuperación física o psíquica, la conexión en grupos de actividades psicosociales, el soporte al alta de las unidades de convalecencia o en menor grado de las unidades de larga estancia, y la coordinación y colaboración con el resto de recursos sanitarios y sociales.
- b) Sistema de financiación

La creación del Programa «Vida als Anys» supuso la implantación de un sistema de cofinanciación de algunos servicios sociosanitarios por parte del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales y el Servicio Catalán de Salud. El más importante de ellos es el constituido por las plazas sociosanitarias de larga estancia, aunque también se utiliza este sistema de financiación para el hospital de día sociosanitario y los PADES. Con este sistema se diferencia para cada usuario y

estancia un módulo social que incluye los gastos de carácter hotelero y de soporte a las actividades de la vida diaria, a cargo del departamento de bienestar social, y un módulo sanitario a cargo del departamento de sanidad. La aportación de bienestar social es variable según la capacidad adquisitiva de cada usuario, aportando este último una parte de sus ingresos conforme a sus posibilidades económicas.

En los primeros años de desarrollo del programa se pudieron experimentar los efectos perversos del establecimiento de sistemas de pago por tarifa única: el fomento involuntario del acceso a los recursos de aquellos usuarios que generan un gasto menor, bloqueando el acceso a aquellos que presentaban mayor necesidad de cuidados sanitarios. Por otra parte, los centros que optaban por atender clientes con una carga sanitaria más importante, se veían desfavorecidos retributivamente. No olvidemos que el programa se basa en la concertación de todos los servicios. A partir de 1990 se revisaron los sistemas de pago, estableciendo diferentes tarifas conforme a los niveles de dependencia. En la actualidad se está realizando otro proceso de cambio, utilizando una adaptación del sistema RUG (Resource Utilization Groups) versión III, que clasifica a los usuarios en base a varios ejes: grado de autonomía funcional física, deterioro cognitivo y trastornos del comportamiento, características clínicas que defienden el grado de complejidad de los procesos terapéuticos, etc. En un futuro próximo este instrumento puede servir al igual que en otros países para establecer un sistema de financiación basado en la tipología de los usuarios y no de los servicios.

PROGRAMA VIDA ALS ANYS 1998

| Servicios | Plazas/Equipos |
|---------------------|-----------------------|
| Larga estancia | 4.464 |
| Hospital de día | 843 |
| PADES | 50 |
| UFISS | 44 |
| Convalecencia | 1.029 |
| Cuidados paliativos | 2.954 |
| SIDA | 70 |

(*) *Módulo social en servicios de larga estancia, hospital de día y PADES.*

(*) *Presupuesto del Servei Català de Salut destinado a este programa. 15.515 millones de pesetas.*

Fuente: Servei Català de la Salut, Memoria 1998.

USUARIOS ATENDIDOS EN 1998

| Servicios de internamiento | | | Servicios de no internamiento | | |
|----------------------------|---------------|---------------------|-------------------------------|--------|--------|
| Larga estancia | Convalecencia | Cuidados paliativos | PADES | UFISS | H. día |
| 10.572 | 8.418 | 4.126 | 11.427 | 20.574 | 4.328 |

H. Día: Hospitales de día.
 Fuente: SCS, Memoria 1995.

TOTAL DE USUARIOS ATENDIDOS. EVOLUCION 1996-1998

| | Servicios de internamiento | Servicios de no internamiento |
|------|----------------------------|-------------------------------|
| 1996 | 18.472 | 26.666 |
| 1997 | 20.540 | 33.084 |
| 1998 | 23.433 | 36.329 |

Fuente: SCS, Memoria 1998.

c) Valoración

El Programa «Vida als Anys» ha constituido el referente en el ámbito de la atención sociosanitaria para todo el Estado. De hecho, la mayor parte de los programas actualmente en vigor en varias comunidades autónomas tienen un diseño claramente inspirado en este modelo.

Por otra parte, el desarrollo de esta iniciativa desde el ámbito sanitario ha significado un reconocimiento claro de las responsabilidades que este sistema tiene en relación a la atención a este grupo de población. Prueba de ello es que esta comunidad autónoma dispone de cerca de 5.000 plazas destinadas a cuidados de larga duración, cuando en todo el Estado desde hace varios años se contabilizan 10.000 camas de este tipo. También se localizan allí 2/3 de los hospitales de día de todo el Estado, y existen equipos consultores geriátricos en la mayoría de los hospitales, siendo prácticamente excepcionales en las demás comunidades autónomas.

El establecimiento de un sistema de cofinanciación sociosanitaria a través de un módulo sanitario y otro social, al que se detrae la aportación del usuario, en un

principio fue acogido con muchas reservas, ya que introducía en el sistema sanitario, público y de acceso gratuito un desplazamiento en la responsabilidad del pago de algunos servicios hacia el individuo, y subsidiariamente hacia los servicios sociales. En la actualidad, a la vista de la evolución de los sistemas de financiación de los servicios públicos, esta modalidad es valorada positivamente desde todos los ámbitos, sanitarios y sociales, ya que en principio supone un sistema de distribución del gasto sociosanitario que puede facilitar el desarrollo de la cobertura de la atención.

Sin embargo, se observa que este programa presenta carencias importantes en algunos aspectos, como son:

- Coordinación con los servicios sociales. La estrategia de derivación de intersistemas no siempre funciona con eficacia.
- Acceso al programa desde los servicios sociales. Al ser esta una iniciativa del sistema sanitario, desde un principio este programa ha desempeñado un importante papel de descarga del sistema hospitalario. Sin embargo, ha presentado grandes dificultades de acceso a sus servicios cuando sus potenciales usuarios procedían de ámbitos diferentes.
- La atención en los centros sociosanitarios tiene un carácter excesivamente medicalizado, en cuanto a su planificación y organización. En el caso de los servicios de larga estancia esta característica puede valorarse negativamente en términos de calidad de vida de sus usuarios.

No obstante, éstos y otros aspectos están siendo evaluados y se observa una tendencia a la generalización de modalidades de atención integral. La implantación experimental del sistema de gestión de casos puede contribuir de forma significativa a la mejora de la eficacia y la calidad de la atención en Cataluña.

2. Plan de atención sociosanitaria de Castilla y León

El 3 de febrero de 1998 se publica el Decreto 16/1998, de 29 de enero, por el que se aprueba el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León.

Dicha planificación entra en vigor durante el período 1998-2000 y es vinculante para todas las administraciones públicas, entidades privadas e instituciones que desarrollen actividades en materia de atención sociosanitaria.

Se estructura de la siguiente forma:

a) *Capítulo primero*

Análisis de la situación, que incluye datos sociodemográficos y de utilización de recursos.

b) *Capítulo segundo*

Constituye el eje central de este Plan, definiendo objetivos generales y específicos. Entre estos últimos se delimitan los comunes a todos los programas del Plan, y los referentes a determinados colectivos, para los que se establecen los siguientes programas:

- Programa de enfermedades en fase terminal.
- Programa de enfermedades degenerativas.
- Programa de patologías asociadas al envejecimiento.
- Programa de patología psiquiátrica de larga evolución y mal pronóstico.
- Programa de patologías crónicas no asociadas al envejecimiento.
- Programa de prevención, identificación y atención temprana de grupos de alto riesgo.

De todos ellos, los tres primeros afectan directamente a la atención sociosanitaria de las personas mayores.

e) *Capítulo tercero*

Criterios básicos de actuación en los que se recogen, entre otros, los establecidos en las «Bases para la Ordenación de Criterios de Atención a las Personas Mayores», fruto del Convenio de Colaboración INSALUD-IMSERSO.

d) *Capítulo cuarto*

Se delimitan los programas a llevar a cabo y entidades responsables. Los que afectan a personas mayores son (tabla 1):

**TABLA 1. PROGRAMAS DEL PLAN SOCIO-SANITARIO DE
CASTILLA Y LEÓN QUE AFECTAN A LAS PERSONAS
MAYORES**

| Programa | Población destinada | Principales actuaciones | Principales entidades responsables y colaboradoras |
|---|--|---|--|
| P. enfermedades degenerativas (demencias) | Población con demencia y otras enfermedades degenerativas del SNC. | Reorientación de la residencias de la tercera edad. Impulso voluntariado. Programas estancias diurnas. Formación a profesionales. Creación centros regionales de referencia. Impulso de la atención domiciliaria. | Junta de Castilla y León. Ayuntamientos de más de 20.000 hab. Diputaciones. INSALUD. ONG'S generales y específicas. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. |
| P. Enfermedades crónicas en fase terminal. | Población con enfermedades incurables en fase terminal. Familiares y entorno afectivo de los pacientes. | Reordenación de las red hospitalaria publica. Creación unidades de cuidados paliativos. Formación a profesionales. Apoyo ONG'S Impulso de la hospitalización domiciliaria. Creación centro regional de referencia. | Junta de Castilla y León. INSALUD. ONG'S generales y específicas. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Diputaciones |
| P. Patologías al envejecimiento (P. Geriátrico) | Población mayores de 65 años en riesgos. Familiares y entorno afectivo de los pacientes | Impulso de la hospitalización domiciliaria. Incremento de la teleasistencia. Reorientación de la red hospitalaria pública. Creación unidades convalecencia. | Junta de Castilla y León. INSALUD. Ayuntamiento de más de 20.000 hab. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. ONG'S generales y específicas. |

e) *Capítulo quinto*

Dedicado a la articulación de sistemas de coordinación, regulando la composición y funcionamiento de las siguientes estructuras:

- El Consejo de Dirección del Plan.
- Comisión de dirección de cada área de salud.
- Comisión de coordinación de la atención sociosanitaria.

Finalmente, se creará la figura del *Coordinador del Plan de Atención Sociosanitaria* en cada una de las áreas de salud de la comunidad autónoma, cuyas funciones incluirán el impulso, coordinación y asesoramiento técnico en el desarrollo del Plan.

f) *Capítulo sexto*

Especifica los servicios y funciones de los dispositivos que este Plan prevé poner en funcionamiento:

- *Comisión de coordinación de la atención sociosanitaria*

Existirá una por cada una de las áreas de salud, formarán parte de ella profesionales de los distintos centros y servicios sociosanitarios existentes en cada Área. Sus funciones más relevantes serán la elaboración del catálogo de recursos sociosanitarios del Área, determinación de los procedimientos para la utilización y la valoración y gestión de casos.

- *Coordinador Sociosanitario de Área de Salud*

Existirá uno por cada una de las áreas de salud, será responsable de la coordinación y el asesoramiento técnico, en su demarcación territorial.

- *Equipos de gestión de casos*

Existirá uno en cada Hospital General de referencia del Área de salud, tendrán una composición interdisciplinar (médico, enfermería, trabajador social) y estarán adscritos a los servicios de medicina interna. Entre sus funciones se incluirán: La atención hospitalaria de los casos más complejos, gestión de las altas y la conexión con el resto de los recursos y profesionales ajenos al Hospital General.

- *Unidades hospitalarias de cuidados paliativos*

Existirán una en cada Área de salud, su función es ofrecer tratamiento paliativo y de apoyo a pacientes con enfermedades en fase terminal. Los principales

objetivos que debe perseguir son: El control de síntomas, el confort y el apoyo emocional al enfermo y a la familia. Las unidades deberán contar con servicio médico y de enfermería, asistentes sociales y psicólogo. La estancia media no deberá ser superior a veinte días.

— *Centros regionales de referencia*

Realizarán actividades de apoyo a las diferentes unidades sociosanitarias de las áreas de salud y coordinan e impulsan actividades de formación e investigación.

— *Unidades hospitalarias de convalecencia*

Existirán dos en cada Área de salud, una destinada a pacientes con patologías asociadas al envejecimiento (personas mayores de sesenta y cinco años con enfermedades de base que precisan una recuperación funcional tras un proceso agudo) y otra destinada a pacientes con patologías crónicas no ligadas al envejecimiento (enfermos crónicos con frecuentes descompensaciones). El objeto de estas unidades es restablecer las funciones o actividades que han quedado afectadas, total o parcialmente por distintas patologías. La procedencia de los pacientes será mayoritariamente del hospital de referencia del Area de salud, la estancia media no deberá superar los ochenta días. Las unidades deberán contar con servicios médicos, fisioterapeuta y personal de enfermería.

— *Unidad de larga estancia*

Será de ámbito regional y estará destinada a pacientes con patología psiquiátrica crónica de larga evolución y mal pronóstico. Los objetivos fundamentales serán de soporte, mantenimiento, rehabilitación y mejora de la calidad de vida.

— *Unidades de asistidos para las demencias*

Existirán al menos una por Área de salud, sus funciones incluirán el tratamiento rehabilitador, paliativo, de cuidados, de prevención de complicaciones, y de apoyo y promoción de la autonomía a personas con enfermedades degenerativas crónicas. El personal de enfermería será la pieza clave en la atención directa.

— *Hospital de día*

Existirá uno en cada Área de salud y se tenderá a que estén ubicados en la red hospitalaria del Sistema de Salud. Tendrá una dimensión de no más de 30 plazas. Los objetivos fundamentales que persigue son: Ofrecer atención integral mientras

que el paciente sigue viviendo en su domicilio, disminuir el peso de la carga familiar, facilitar el alta hospitalaria y retrasar o evitar la hospitalización.

— *Centros de día*

Existirán al menos uno en cada Área de salud y se tenderá a que estén ubicados en la red de residencias para la tercera edad. Tendrán una dimensión de no más de 30 plazas. Destinados a pacientes con enfermedades degenerativas crónicas.

Los objetivos básicos que persigue son: Evitar la institucionalización prematura, disminuir el peso de la carga familiar, mejora de la calidad de vida del paciente, la terapia ocupacional y la promoción de la autonomía.

— *Equipos de atención primaria de salud*

Existirá uno en cada Zona Básica de Salud. Por su situación estratégica tendrán un papel fundamental en el desarrollo de los diferentes programas que configuran el Plan Sociosanitario y garantizarán tres aspectos básicos de atención:

La detección precoz y valoración de las situaciones de riesgo y de enfermedad, la de puerta de entrada en el sistema sanitario y la mayor posibilidad de coordinación con los demás recursos, a la luz de las necesidades que se detecten. Serán los responsables en gran medida de la atención domiciliaria.

— *Centros de acción social*

Existe uno en cada zona básica de acción social, como servicios básicos que tienen un carácter polivalente y sus funciones se concretan en: Informar, orientar y asesorar sobre los derechos y recursos existentes, la atención domiciliaria en coordinación con los equipos de atención primaria de salud, gestionar las prestaciones de ayudas económicas y desarrollar programas de reinserción social en coordinación con el resto de los recursos del Plan Sociosanitario.

— *Centro base de atención a minusválidos*

Existe uno en cada provincia, que dispone de un equipo pluriprofesional, y actuará como Unidad de Referencia para las personas con discapacidad.

— *Unidades de coordinación para la atención temprana*

Serán las encargadas de la coordinación interinstitucional y de derivar a las personas susceptibles de atención temprana a los diferentes servicios de atención.

g) *Capítulo séptimo. Dedicado a la financiación y cuantificación de recursos*

La Junta de Castilla y León estima una previsión de 50.000 millones de pesetas para el período comprendido entre los años 1998-2000, distribuyéndolo anualmente según las previsiones del Plan y las necesidades detectadas.

A este presupuesto habrá que añadir la aportación de diversas administraciones públicas y entidades privadas colaboradoras de la comunidad autónoma.

h) *Capítulo octavo. Dedicado a la realización de una serie de consideraciones sobre la evaluación de este programa y sus dificultades*

Prevé una primera evaluación para el año 2000, señalando los aspectos a analizar en los distintos ámbitos de actuación que participan en la atención sociosanitaria: atención primaria de salud, red hospitalaria pública, servicios sociales básicos y específicos, participación y apoyo al voluntariado y planificación y ordenación de la atención sociosanitaria.

i) *Valoración*

Sin perjuicio de otros análisis más detallados que se abordarán a la luz de los primeros resultados de la aplicación de este Plan, su diseño merece algunos comentarios:

Es una iniciativa de gran importancia en el ámbito de las políticas de atención a las personas dependientes que debe ser valorada como un avance cualitativo en la línea de trabajo que han abierto otras comunidades autónomas, que hasta el momento no han concretado ni siquiera la normativa que haga posible alguna intervención sociosanitaria.

Sin embargo, desde un análisis estrictamente técnico, este plan presenta algunas dudas metodológicas y conceptuales, que esperamos que se clarifiquen con su puesta en marcha. Algunas de ellas son las siguientes:

- Por lo que respecta al diseño de objetivos, se observa la ausencia de un marco conceptual de referencia, hecho que en ocasiones da lugar a cierta confusión y ambigüedad terminológica. Por otra parte, la creación de nuevos dispositivos de atención necesitaría una mayor definición, como es el caso de los equipos multiprofesionales de gestión de casos, que en 1999 deberán existir en todos los hospitales de referencia. ¿A qué colectivos atenderán?, ¿qué sentido tiene su adscripción al servicio de medicina interna en grupos como los de las personas con demencia, enfermos psiquiátricos crónicos, etc.?
- Se plantean también algunas dudas sobre la asignación de recursos a programas: ¿por qué unidades de larga estancia sólo para pacientes

psiquiátricos? ¿dónde se contempla la atención institucional a personas mayores dependientes? ¿por qué unidades de asistidos sólo para dementes? Es posible que este confusionismo en relación al desarrollo de servicios esté condicionado por una organización de programas que se solapan con frecuencia y que no tienen claramente definidas sus poblaciones diana.

- Se pretende hacer una cierta adaptación de las estructuras sanitarias hacia una serie de grupos de pacientes entre los que se cuentan los geriátricos sin tener en cuenta a la especialidad de geriatría ni contemplar la implantación de unidades de agudos, lo que no parece estar justificado.
- En lo que se refiere a la financiación de este Plan, se presupone la vinculación al mismo de las diferentes administraciones públicas y entidades privadas involucradas en la atención a estos colectivos. Se desconoce si se ha contraído algún tipo de compromiso previo con estas entidades. La estimación de 50.000 millones para el período que aportará la comunidad autónoma supone un importante compromiso presupuestario, aunque se desconoce el presupuesto actual de los centros directivos implicados, y, por lo tanto, el porcentaje de incremento que esta previsión implica, así como su distribución en la creación de nuevos recursos y programas.

A modo de conclusión, la puesta en marcha de un plan sociosanitario como éste, sin duda alguna es una iniciativa loable y oportuna para el futuro de la atención sociosanitaria. Sin embargo, presenta bastantes aspectos oscuros en cuanto a su diseño técnico, obviando uno de los objetivos más importantes de cualquier modelo de atención sociosanitario: Garantizar la continuidad en los cuidados desde cualquier ámbito de atención, social o sanitario. Por otra parte, es un plan que se decanta por la creación de una tercera red, la sociosanitaria, lo cual, como se analizará más adelante, podría suponer una seria amenaza para la pervivencia de nuestro sistema sanitario público, gratuito y de acceso universal, así como para el urgente y necesario desarrollo del sistema de servicios sociales.

3. Programa de atención sociosanitaria de Galicia

En 1996 (Decreto 63/1996, de 15 de febrero), la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Xunta de Galicia crea una unidad administrativa para la puesta en marcha de un modelo de coordinación de la atención sociosanitaria, que dé respuesta a las necesidades de los siguientes colectivos:

- Personas mayores con pluripatología y/o deterioro físico y/o cognitivo.
- Enfermos mentales crónicos.
- Minusvalías físicas, psíquicas o sensoriales.

Durante el período 1996-1998 se han puesto en marcha las siguientes iniciativas para el grupo de las personas mayores:

- Implantación de un sistema de información unificado y estandarizado aplicable en las residencias de personas mayores, en los centros sociosanitarios y en las unidades de media estancia de los hospitales. Este sistema, denominado Conjunto Mínimo de Datos Sociosanitarios (CMBDS-SS) se basa en el sistema RAI, compuesto por varios instrumentos de valoración multidimensional, e implantado en 20 países. Actualmente, en esta comunidad autónoma se está aplicando también el RAI-HC, que evalúa las necesidades de las personas mayores en el domicilio, permitiendo la planificación de la atención comunitaria de forma más eficaz.
- Establecimiento de una Orden de Concertación y Acreditación de Centros Sociosanitarios, con el objetivo de «reorientar la modalidad de concierto asistencial de los actuales centros concertados por el Servicio Gallego de Salud para ingresos de media y larga estancia, así como de estancias psicogeríatras». La puesta en marcha de esta Orden implica la participación económica de los usuarios en los gastos de manutención de la larga estancia. En el año 1998 se acreditaron 12 centros. Durante este año está prevista la incorporación a este sistema de varios hospitales y sanatorios privados de las provincias de Vigo y Pontevedra.
- Creación de una Unidad sociosanitaria en la residencia de Tercera Edad de Viana de Bolo (1997). Ofrece cuidados de convalecencia a personas mayores que viven en residencias y sufren algún tipo de reagudización de sus procesos patológicos y necesitan cuidados especiales, después de haber superado el período agudo en el hospital. Con este sistema, se pretende reducir las estancias hospitalarias en condiciones dignas de atención, ofreciendo cuidados de calidad que no siempre es posible dispensar en residencias. Es una experiencia piloto valorada muy positivamente, por lo que es probable que este tipo de unidades se desarrollen en un futuro próximo.
- Creación de una comisión de psicogeriatría para la elaboración de un plan de atención a los enfermos de Alzheimer. También se han llevado a cabo diversas acciones de formación de cuidadores informales y grupos de autoayuda
- Programa de Atención Domiciliaria Sociosanitaria (PADSS). Experiencia piloto puesta en marcha en la ciudad de La Coruña, con 10 plazas de ayuda a domicilio sociosanitaria en la que colaboran: los servicios sociales, el hospital y la gerencia de atención primaria, a través de sus

unidades de trabajo social. Presta atención domiciliaria de carácter temporal, por un máximo de tres meses, con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial.

- Coordinación sociosanitaria entre las residencias asistidas de tercera edad y los hospitales de referencia para los siguientes aspectos:
- Coordinación farmacoterapéutica, con el fin de mejorar la calidad asistencial de los residentes y optimizar el gasto de productos sanitarios y medicamentos.
- Establecimiento de protocolos de derivación, de tratamiento y de programas sanitarios y sociosanitarios entre los diferentes servicios del hospital y los profesionales de la residencia.
- Inclusión de la residencia asistida en el circuito de recogida de muestras periféricas.
- Coordinación de ayudas técnicas, oxigenoterapia, transporte sanitario, investigación y formación, etc.

Todas estas experiencias de coordinación se están llevando a cabo entre las dos grandes residencias asistidas de Vigo y Oleiros y sus hospitales de referencia. Sus buenos resultados aconsejan su generalización.

a) *Valoración*

Las iniciativas impulsadas desde esta comunidad autónoma en materia de atención sociosanitaria deben ser valoradas positivamente, ya que suponen un avance que en un futuro próximo podría mejorar de forma significativa la atención a las necesidades de su población dependiente.

De hecho, intentan dar una respuesta diversificada a las múltiples facetas de este problema: desde la unificación de la información y evaluación de los casos en los ámbitos social y sanitario, hasta la experimentación de algunas estructuras específicas de atención, acordes con la línea conceptual de este programa, la creación de una red específica sociosanitaria.

Se observan, sin embargo, algunas lagunas en este proceso de implantación:

- No se contemplan dispositivos específicos de atención geriátrica en los hospitales, ni siquiera con funciones de valoración, gestión y derivación.

- No se desarrollan estructuras estables de coordinación, comisiones sociosanitarias u otras.
- Sobre todo, lo que es más importante, el desarrollo de una tercera red sociosanitaria, parece que no va acompañado de un impulso de los dos sistemas que la forman: el social y el sanitario.
- Una vez más, y quizás con mayor urgencia que otras comunidades autónomas, es necesario un desarrollo de los servicios de atención domiciliaria social y sanitaria, que actualmente tienen muy bajos índices de cobertura. Asimismo, deberán hacer frente a la carencia de plazas residenciales asistidas o sociosanitarias y de centros de día.

C. LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA PLANIFICACIÓN GERONTOLÓGICA AUTONÓMICA

La mayor parte de los planes gerontológicos autonómicos realizados en los últimos años recogen referencias explícitas, tanto sobre el establecimiento de mecanismos de coordinación como sobre el desarrollo de servicios sociosanitarios.

A modo de ejemplo reseñamos a continuación algunos contenidos sociosanitarios de los dos planes que se han difundido más recientemente:

1. Plan de atención a las personas mayores, de Castilla-La Mancha (1998-2002)

Este Plan contempla medidas relacionadas con la coordinación e intervención sociosanitaria en sus áreas de servicios sociales y de salud.

Objetivo 4.1.2.3. Potenciación del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Actuaciones:

4.1.2.3.5. Conseguir una coordinación efectiva con los servicios de atención sanitaria a domicilio.

Objetivo 4.1.2.4. Desarrollo y potenciación de una Red Regional de Centros de Mayores donde se preste atención integral.

Actuaciones:

4.1.2.4.4. Estudiar la viabilidad y distribución geográfica de una Red de Centros de Día Psicogeríatricos para enfermos de Alzheimer y otras demencias, estableciendo un sistema operativo de coordinación sociosanitaria.

Objetivo 4.2.2.3. Ofrecer asistencia sanitaria de calidad para mantener o mejorar la situación psicofísica de las personas mayores.

Actuaciones:

4.2.2.3.2. *Atención domiciliaria.*

Se establecerán programas de atención domiciliaria de forma coordinada constituyendo servicios sociosanitarios dentro de las distintas áreas de salud.

Los equipos de atención primaria implantarán programas de cuidados geriátricos a las personas mayores que lo precisen.

Coordinación con el Programa de Atención Geriátrica Domiciliaria desarrollado en la Unidad de Geriátrica de referencia, que proporcionará apoyo al nivel de atención primaria.

En base al modelo definido en los puntos anteriores, se definen tres grupos de mayores subsidiarios de esta atención según su grado de dependencia:

- a) Mayores que sólo precisan apoyo social y control esporádico de carácter sanitario.
- b) Mayores que precisan apoyo social y atención sanitaria habitual por el Equipo de Atención Primaria.
- c) Mayores que precisan apoyo social, atención sanitaria por el Equipo de Atención Primaria y ayuda geriátrica domiciliaria.

Actuaciones:

4.2.2.3.3. Desarrollo de programas de atención específica: enfermos terminales, cuidados paliativos para personas mayores de alto riesgo, etc.

4.2.2.3.4. Realización de una evaluación inicial y periódica (anual en el grupo A y cada seis meses en los otros grupos), por parte de la Unidad que haya tramitado la ayuda en que se valorará el grado de adecuación del servicio dispensado y conveniencia de pasar a otro nivel de atención, fundamentado en la evaluación del grado de incapacidad realizado por el equipo sociosanitario.

Objetivo 4.2.3.3. Efectuar la coordinación con los distintos niveles de atención de los servicios sociales.

Actuaciones:

4.2.3.3.1. Creación de camas de carácter sociosanitario en residencias asistidas para atender las necesidades de las personas mayores que precisen

asistencia sanitaria y no puedan permanecer en su domicilio. Se establecerán fórmulas de cooperación que agilicen la derivación y la interconexión entre las residencias y las unidades de geriatría.

4.2.3.3.2. Implantar centros de día sociosanitarios donde se puedan ofrecer determinados cuidados sanitarios y rehabilitadores, así como apoyos de tipo psicológico y social.

4.2.3.3.3. Elaboración conjunta y coordinada (unidades de geriatría, centros de día y residencias de mayores) de Programas de Atención a las Personas Mayores.

4.2.3.3.4. Elaboración de protocolos de derivación y conexión entre los distintos niveles de la atención social y sanitaria.

4.2.3.3.5. Establecer mecanismos de asesoramiento y apoyo clínico desde la Unidad de Geriatría a los equipos de atención primaria y las residencias asistidas.

4.2.3.3.6. Facilitar la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en residencias de mayores.

Asimismo, la línea de actuación 4.2.4, dedicada a atención psicogeriátrica, contempla actuaciones coordinadas entre los dos sistemas, con especial atención al necesario apoyo sanitario y psicogeriátrico que se ofrecerá en las unidades residenciales

Por último, el objetivo 4.2.5.1 establece una serie de medidas que garanticen la atención integral de las personas que viven en residencias de mayores, a través de la puesta en marcha de programas y otras intervenciones sanitarias en éstas.

2. Comunidad Autónoma de Madrid

En lo que se refiere al Plan de Mayores de la *Comunidad Autónoma de Madrid*, difundido hace escasos meses, también recoge referencias claras a la necesidad de desarrollar acciones de coordinación sociosanitaria. De hecho, en el capítulo dedicado al modelo de atención, hay un apartado al «Modelo coordinado de atención sociosanitaria a las personas mayores en la comunidad autónoma de Madrid» en el que se reproduce, con ligeras variaciones, el esquema de ordenación de servicios planteado en el modelo INSALUD-IMSERSO de coordinación.

Más adelante, en el capítulo 4 sobre «Estrategias de actuación: Programas y Proyectos», se recogen los siguientes objetivos y medidas específicas de intervención sociosanitaria

a) *Atención primaria de salud*

Definición y contenidos

El programa persigue impulsar la generalización de la cartera de servicios de salud para las personas mayores, que ya están definidos para el nivel primario, a la vez que concretar la coordinación con los servicios de carácter social que operan en el mismo entorno comunitario en la perspectiva de conseguir una auténtica atención integral sociosanitaria.

Objetivos de la cobertura

- Aumentar la cobertura de la cartera de servicios para el mayor en todas las áreas de salud.
- Extender la atención domiciliaria médica y de enfermería.
- Apoyar la atención sanitaria a usuarios de residencias.
- Conseguir la coordinación entre servicios sociales y sanitarios en cada ámbito territorial.
- Impulsar servicios de rehabilitación.
- Desarrollar programas de promoción y prevención de la salud para las personas mayores.

h) *Residencias sociosanitarias Definición Y contenidos*

El programa tiene por objeto la habilitación paulatina de plazas de atención sociosanitaria para aquellas personas mayores que, en razón de los criterios de valoración que se establezcan, requieran un tipo de atención prolongada e intermedia entre la que pueda ofertar una residencia o un hospital.

Perfil de los usuarios

Personas mayores con necesidad de cuidados paliativos continuados.

Objetivos de cobertura

Llegar a disponer de 400 plazas sociosanitarias.

Conseguir un continuo de cuidados entre la atención domiciliaria (sanitaria y social) residencial hospital sociosanitaria especializada y la interconexión entre ellas.

c) *Atención especializada en salud*

Definición y contenidos

El Programa de Atención Especializada en Salud ha de poseer dos dimensiones principales: refuerzo o creación de equipamientos y equipos hospitalarios adecuados y establecimiento de los criterios de valoración de las situaciones particulares y de asignación de dispositivo de atención más adecuado dentro del nivel hospitalario o en coordinación con el nivel primario o con el Sistema de Servicios Sociales.

Objetivos de cobertura

- Generalizar el modelo de EVCG, debidamente dotado, en los hospitales de la Red Pública.
- Implantar y generalizar el apoyo mediante consultas programadas y control de casos entre los equipos médicos de los hospitales (EVCG) y de residencias.
- Conseguir una derivación fluida entre recursos de atención especializada (hospital de agudos, de media y de larga estancia).
- Contribuir a la coordinación entre servicios sanitarios y sociales a nivel de Área.

d) *Valoración*

Como se puede observar, las dos planificaciones descritas (Castilla-La Mancha y Comunidad Autónoma de Madrid) abordan con bastante detalle un modelo de coordinación sociosanitaria que pretende garantizar la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales, social y sanitario, asumiendo en ambos casos algún tipo de despliegue de servicios específicos: sanitarios (EVCG) y sociosanitarios (plazas sociosanitarias).

Sin embargo, a pesar de que se apuntan vías de cooperación entre los dos sistemas, se observa ciertas ausencias en la definición del modelo de financiación sociosanitaria que van a utilizar. Suponemos que su puesta en práctica clarificará las lagunas existentes.

III. SITUACIÓN ACTUAL EN RELACIÓN A LAS INICIATIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO EN MATERIA DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

A. ACUERDO PARLAMENTARIO PARA LA CONSOLIDACIÓN Y MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El trabajo de esta Subcomisión se ha visto plasmado en *un Acuerdo Parlamentario de 18 de diciembre de 1997 sobre Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud*, en el que su apartado número 3 se dedica a «instrumentar alternativas para la asistencia socio sanitaria». Dada su importancia para el tema que nos ocupa, se transcribe su contenido íntegramente:

Instrumentar alternativas para la asistencia socio sanitaria

«Ante los significativos cambios demográficos —derivados del aumento de la esperanza de vida y la baja de natalidad—, y los patrones de morbilidad que se observan en España, la Subcomisión considera necesario impulsar, en coordinación con los responsables de la política social, iniciativas socio sanitarias, que, entre otras, se concretan en:

- a) Diferenciar las prestaciones sanitarias de las actividades asistenciales de carácter estrictamente social. La Subcomisión recomienda la fijación, por ley, de los criterios de diferenciación, considerando sociales —y no sanitarias— aquellas prestaciones que supongan la sustitución o colaboración del apoyo familiar y/o en el autocuidado, las de carácter residencial, y las paliativas de dificultades económicas.
- b) Promover el desarrollo de una red de asistencia socio sanitaria que, bajo los principios de descentralización administrativa, participación social y contribución económica de los usuarios a la asistencia —en función de la capacidad económica y del tipo de asistencia que se preste— esté dotada de unidades especializadas de asistencia en régimen abierto, y de media y larga estancia, y fomente la creación de nuevas alternativas asistenciales de acogida familiar y ayuda a domicilio.
- c) Coordinar a las administraciones sanitarias y sociales en la organización y mantenimiento de esta red socio sanitaria.
- d) Estructurar dentro de la asistencia sanitaria pública una adecuada red de centros de atención a la salud mental.

- e) La Subcomisión entiende necesario involucrar a la sociedad, en su conjunto, y a las familias, en particular, en la atención sociosanitaria. En este sentido, la Subcomisión insta al Gobierno a:
- Promover incentivos para las asociaciones de pacientes y las organizaciones de voluntariado social.
 - Fomentar la iniciativa social en el sector —mediante la apertura de líneas de créditos blandos para infraestructuras, planificación de la intervención pública y apoyo a la gestión de los centros—, y
 - Reconocer de forma efectiva el papel asistencial de las familias en la dedicación personal que prestan sus miembros a los enfermos crónicos y a los ancianos.»

Valoración

Del análisis del contenido de este Acuerdo se desprende la voluntad de abordar la atención sociosanitaria bajo los siguientes presupuestos conceptuales:

- Creación de una red de asistencia sociosanitaria específica.
- Desplazamiento de algunas prestaciones desde el sistema sanitario al sistema social que actuaría con carácter subsidiario ante las carencias de apoyo familiar.
- Participación económica de los usuarios en el coste de los servicios de la red sociosanitaria.
- Impulso de la participación de la iniciativa social con y sin fin de lucro en el desarrollo de esta red.

Potenciación del papel de la familia en la provisión de cuidados a las personas dependientes.

La puesta en práctica de estos criterios conceptuales puede suponer un importante impulso de la atención sociosanitaria, con el consiguiente desarrollo de servicios. Sin embargo, también supone un cierto desplazamiento de las responsabilidades del Estado en cuanto a la atención de sus ciudadanos más frágiles hacia las familias, que tradicionalmente han asumido la práctica totalidad de las tareas de cuidado de las personas dependientes, intentando descargar aún más el peso del cuidado en el sistema de apoyo informal.

Sin entrar en consideraciones que ya se han señalado sobre la realidad del cuidado informal, sus necesidades y la escasez de respuestas a éstas, nuestro sistema de protección social presenta importantes carencias en sus recursos para

atender a este grupo de población, con un índice de cobertura de servicios de los más bajos de Europa. Es incuestionable la urgente necesidad de que se realice un esfuerzo inversor y que se aborde una reordenación de los recursos existentes, con el objeto de ofrecer una respuesta más eficaz a las demandas de estas personas.

Por otra parte, la creación de una nueva red sociosanitaria, presenta dilemas de cierta importancia, como son:

El posible debilitamiento del sistema sanitario público, muy especialmente en el ámbito de la atención primaria, desde donde se prestan la mayor parte de cuidados de este tipo.

La creación de una tercera red desplazaría a ésta, la actual responsabilidad del sistema sanitario en estas tareas. ¿No sería más razonable reforzar nuestras actuales estructuras de atención sanitaria, adaptándose a las nuevas necesidades de sus ciudadanos?

Si el esfuerzo inversor se centra en la creación de una tercera red de atención, puede suponer la definitiva paralización del sistema de servicios sociales, ya bastante débil actualmente. Es incuestionable la vocación histórica de los servicios sociales hacia el «cuidado» de los grupos más frágiles. Si este papel se asume desde otro sector, supondría una minimización del sistema social a tareas relacionadas con la información y la participación de los ciudadanos- En definitiva, supondría la sentencia de muerte para los servicios sociales especializados.

En cuanto a la participación económica de los usuarios en el coste de los servicios sociosanitarios, será imprescindible especificar que esta participación económica se detraerá siempre de los servicios de carácter social (alojamiento, manutención...) que el usuario puede sufragar con sus ingresos y a través de su pensión. No es el caso de los servicios sanitarios que se le presten, a los que tiene derecho de acceso universal y gratuito. No sería justo que los sectores más frágiles de nuestra sociedad se vean privados de una parte de la atención sanitaria que necesitan, teniéndola que pagar por el hecho de haber pasado a la condición de «sociosanitaria».

B. PLAN ESTRATÉGICO DEL INSALUD

En este documento, en el capítulo destinado a líneas estratégicas, el apartado E se dedica a la coordinación en los siguientes términos:

«E. 1. *Coordinación de servicios sanitarios y servicios sociales*

La sociedad demanda cada vez más servicios que se incluyen dentro del campo sociosanitario. Estos servicios actualmente se están prestando desde distintos dispositivos tanto sanitarios como sociales, pero no siempre con una adecuación del recurso utilizado.

Estos procesos requieren una atención diferente a la que se presta en un hospital de agudos o en una residencia asistida tradicional, y el abanico de posibles soluciones es amplio y a su vez ubicado en distintas administraciones, por lo que se realizarán esfuerzos en la coordinación de la atención sociosanitaria entre las distintas administraciones que posean recursos sanitarios y/o sociales.

Esta coordinación ha de ser interdisciplinar, con participación de todos los profesionales del sistema, integrando todos los servicios disponibles, cuyo papel quedará bien definido y todo ello conectado con los recursos sociales de base.

La atención de estos pacientes requiere una especial coordinación entre todos los profesionales de Atención Especializada y Atención Primaria, para facilitar la imprescindible continuidad en la asistencia.

E. 2. Atención primaria responsable de la coordinación sociosanitaria

La Atención primaria pasará a convertirse en el eje central de la coordinación sociosanitaria, dado que la mayoría de estas demandas no deben ser solucionadas en hospitales de agudos, y sí deben plantearse soluciones dirigidas a impulsar la reinserción y posterior mantenimiento de estos pacientes en su propio medio.

Desde Atención primaria se establecerá una conexión estrecha, permanente y operativa con los servicios sociales y cuando proceda con la Atención especializada.

Se priorizará en los equipos de atención primaria la atención domiciliaria de enfermos geriátricos, crónicos avanzados, paliativos, etc., de forma que estos programas estarán fijados en las carteras de servicios de todos los equipos de Atención Primaria, pactando con cada uno, en sus contratos de gestión, un grado mínimo de cumplimiento.

La enfermería de los equipos de atención primaria adoptará un papel importante en la atención domiciliaria de estos pacientes.»

Valoración

A pesar de que no disponemos de información actualizada sobre las acciones que se están realizando para la cumplimentación de estos objetivos, la mera observación de la actividad sociosanitaria que se está desarrollando en el llamado «territorio INSALUD» confirma esa paralización percibida en relación al desarrollo del Acuerdo-Marco interministerial descrito anteriormente. En algunas

provincias se continúan desarrollando acciones de coordinación, auspiciadas sobre todo por la motivación de los profesionales por dar respuesta a la presión cotidiana de las necesidades sociosanitarias, pero sin contar en la mayoría de los casos con el impulso decidido de los responsables de la Administración sanitaria.

Por otra parte, este Plan Estratégico desconoce las carencias existentes en el INSALUD en lo que respecta a la atención especializada al anciano; ignora la precariedad existente en niveles como unidades de media estancia, larga estancia y hospitales de día. Deposita, en cambio, todo el peso de la atención sociosanitaria en la atención primaria, nivel de asistencia que carece, por el momento, de los recursos específicos para ofrecer toda asistencia que requiere el grupo de pacientes mayores dependientes, así como de la suficiente formación para este fin. Aunque se reconoce que la sociedad demanda cada vez más servicios de índole sociosanitaria, no se dispone de datos que hagan pensar en un incremento de los recursos y programas de atención sociosanitaria, ni en el ámbito de la atención especializada, a través de la creación de nuevos servicios de geriatría, ni en el de la atención primaria. La puesta en marcha de equipos de soporte para la atención domiciliaria, de reciente aprobación, puede suponer un paso en este área de actuación; sin embargo, este tipo de actuación puede suponer una duplicación de los propios recursos de atención primaria y, además, la ausencia de respaldo de niveles de atención especializada.

C. GRUPO DE EXPERTOS DE LAS ADMINISTRACIONES AUTONÓMICAS Y GENERAL DEL ESTADO

A la vista de la gran diversidad de experiencias y proyectos que las comunidades autónomas están impulsando en el área de la atención sociosanitaria, y de su escaso desarrollo práctico en la mayor parte de ellas, la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, en estrecha colaboración con el IMSERSO, decidió el pasado año dar un impulso a la tarea de avanzar en la configuración de un modelo de atención sociosanitaria que tenga unas bases comunes, sin menos cabo de las competencias que las comunidades autónomas tienen otorgadas en esta materia. Asimismo, con esta iniciativa se intentaba avanzar en el cumplimiento de las recomendaciones de la Subcomisión Parlamentaria.

Para ello, se constituyó un grupo de expertos en el que están representados los sistemas sanitario y social de las administraciones autonómicas, así como el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el de Sanidad y Consumo, con el encargo de que realice un informe sobre el tema, como desarrollo de las recomendaciones de la Subcomisión parlamentaria. En el mismo se plasmarán los elementos comunes para desarrollar un futuro Acuerdo Marco de coordinación. Este informe deberá ser trasladado a la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales y al Consejo Interterritorial de Salud, para que adopten las medidas oportunas.

Este grupo de expertos se reunió en junio de 1998, realizando un análisis de la situación y de las iniciativas de las comunidades autónomas. Asimismo, realizó unas conclusiones provisionales, que darán lugar a un documento definitivo en el que se abordarán los siguientes aspectos:

- Tipología de usuarios sociosanitarios.
- Recursos y prestaciones sociosanitarios.
- Sistemas de información.
- Coordinación sociosanitaria.
- Financiación.
-

Actualmente el documento está siendo analizado por los responsables de los Ministerios promotores de esta tarea. Si este proyecto se plasmara definitivamente en un acuerdo entre las diversas administraciones, sanitarias y sociales, autonómicas y centrales, sin duda alguna significaría un paso adelante de gran importancia para el futuro de la atención sociosanitaria, muy especialmente por su toma de postura en aspectos tan polémicos y paralizados como las fórmulas de financiación de los cuidados de larga duración.

D. El Plan Nacional de Atención a Enfermos de Alzheimer y otras Demencias. Una iniciativa de atención sociosanitaria

Con motivo de las proposiciones no de Ley de los grupos parlamentarios Popular y Federal de Izquierda Unida, el Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión de 16 de diciembre de 1997, insta al Gobierno a:

- a) Continuar en la línea que viene desarrollando el Ministerio de Sanidad y Consumo de atención domiciliaria y profundizar en los planes de formación del personal, tanto sanitario como social, para obtener mayores conocimientos en la atención y cuidado de los enfermos de Alzheimer.
- b) Elaborar un Plan especial de centros de día y de dotación de plazas residenciales para enfermos de Alzheimer.
- c) Estudiar fórmulas que hagan compatibles la actividad laboral y la atención a los enfermos de Alzheimer para las personas que los tienen a su cargo.
- d) Las medidas aquí señaladas, junto con las que el Gobierno estime oportuno presentar, vendrán recogidas en un plan que el ejecutivo remitirá a las Cortes en un plazo máximo de seis meses».

En consecuencia, desde abril de 1998, se viene trabajando en la elaboración de un Plan de Atención a los enfermos de Alzheimer y otras demencias, con la colaboración de un grupo de expertos promovido desde los Ministerios de Trabajo

y Asuntos Sociales y Sanidad y Consumo. El borrador de dicho Plan de actuación para el período 2000-2005 se ha sometido a la consideración de entidades científicas, colegios profesionales y asociaciones de familiares, que han realizado importantes aportaciones recogidas en un segundo texto. Las comunidades autónomas, representadas por sus respectivos responsables de sanidad y servicios sociales, también han analizado este proyecto, manifestando su acuerdo mayoritario con su contenido técnico, pero su desaprobación a las posibles implicaciones financieras que este plan pueda acarrear para las administraciones autonómicas.

A pesar de que este Plan se encuentra todavía en fase de proyecto, se recogen aquí algunos aspectos de su diseño, por la importancia que su puesta en marcha podría tener para el desarrollo de un modelo sociosanitario de atención. Así, antes de presentar sus áreas de actuación, con sus correspondientes objetivos y medidas, se propone un «Modelo de sectorización y coordinación sociosanitaria», que preside la filosofía y la posible práctica de esta planificación. En relación a la coordinación sanitaria y social realiza las siguientes propuestas:

Coordinación Sanitaria y Social

Configurar mediante la coordinación interadministrativa un mapa de áreas sociosanitarias, que tomando como referencia las actuales áreas de salud, sea un marco adecuado para la prestación integral del servicio.

Impulso y creación de comisiones sociosanitarias en el ámbito geográfico que se determine que asuman, entre otras, las siguientes funciones:

- a) Elaboración de protocolos de actuación consensuados en cada área sociosanitaria.
- b) Establecimiento de vías de comunicación fluidas entre Atención primaria-especializada-Servicios sociales (teléfono, fax, etc.).
- c) Utilización de instrumentos estandarizados de valoración consensuados entre todos los niveles de atención.
- d) Realización de acciones conjuntas de prevención y promoción de la salud sobre la EAD en el área o distrito.
- e) Puesta en marcha de circuitos de derivación entre los diferentes niveles asistenciales, con la consiguiente identificación de responsables y procedimientos.

- Celebración de reuniones periódicas en los centros de salud entre los equipos de atención primaria y especializada (ayuda geriátrica domiciliaria).
- Formación adecuada a todos los profesionales, tanto sanitarios como sociales, comenzando por los que disponen de menos medios y recursos, como son los que trabajan en zonas rurales y aisladas.
- Se garantizará la atención hospitalaria en los frecuentes casos de problemas médicos graves asociados (neumonías, sepsis, etc.), preferentemente en camas geriátricas, cuando existan.
- Apoyo a los cuidadores informales de manera coordinada en cada nivel asistencial.

Equipos de soporte sociosanitario para la atención a las demencias

Se considera necesaria la progresiva incorporación de equipos multidisciplinares sociosanitarios, para la intervención comunitaria, que favorezcan una atención integral preventiva y rehabilitadora a los EAD.

a) *Funciones:*

- información y asesoramiento.
- Valoración domiciliaria.
- Planificación, asignación de recursos, seguimiento y evaluación continua de los casos (gestión de casos).
- Coordinación entre servicios sociales, sanitarios, asociaciones, cuidadores informales, iniciativa social y privada.
- Coordinación de las acciones de formación con asociaciones, cuidadores y profesionales.
- Coordinación de grupos de intervención terapéutica en centros gerontológicos.
- Provisión de cuidados en situaciones puntuales.

b) *Composición:*

Estos equipos estarán formados por los siguientes profesionales:

- Del sistema sanitario:
- Médico de familia o especialista en geriatría.
- Enfermero/a.
- Del sistema social:
- Trabajador/a social.
- Psicólogo/a.

Estos equipos interdisciplinarios estarán apoyados por los servicios de fisioterapia (S. sanitario) y terapia ocupacional (S. social).

Asimismo, en las áreas I y II destinadas a los servicios sanitarios y sociales, se recogen referencias explícitas al desarrollo de acciones de coordinación y financiación sociosanitaria. Ejemplo de estos planteamientos, es la medida 4.7 del Área de servicios sociales, en la que se dice «la provisión de los servicios sanitarios necesarios en todos los recursos especializados recogidos en este objetivo (plazas psicogeriatricas residenciales y de centros de día) serán asumidos desde el sistema sanitario».

Una vez más, y a pesar de que éste es sólo un proyecto, se constata la generalización de las posiciones que defienden la necesidad de planificar una intervención sociosanitaria coordinada, así como cierto grado de consenso entre las administraciones públicas en el establecimiento de estrategias que hagan posible una intervención más coherente, equitativa y eficaz con las personas en situación de dependencia.

IV. OTRAS RECOMENDACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES SOBRE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

No podemos finalizar este documento sin recoger algunas referencias a la necesidad de mejorar la atención a las personas mayores dependientes y de adoptar estrategias específicas de coordinación y atención sociosanitaria. El Senado creó en 1997 una comisión para el estudio de la problemática del envejecimiento de la población española, cuyas conclusiones serán difundidas en breve. El documento previo elaborado al respecto hace suponer que estas propuestas pueden tener importantes consecuencias en el futuro de la atención sociosanitaria a las p. m.

Numerosas asociaciones de personas mayores y familiares de enfermos de Alzheimer han llamado la atención sobre este tema. Pero quizás la más clara muestra de estas demandas la constituye las conclusiones del grupo de trabajo sobre atención sociosanitaria del Congreso Estatal de las Personas Mayores, celebrado el pasado año.

Por otra parte, las organizaciones internacionales manifiestan desde hace años su preocupación por las grandes carencias que la mayoría de los países miembros presentan en relación a los cuidados sociosanitarios de larga duración.

La OCDE desde 1992 viene analizando detenidamente las características de los diferentes modelos de atención y sus respuestas a las necesidades de cuidado. Se consideran como muy importantes las conclusiones del documento «Protéger a les personnes âgées dépendantes. Les politiques en mutation» (1996) como consecuencia de los trabajos de un grupo de expertos en este tema, de varios países, que analizó durante tres años, evaluando muy especialmente la viabilidad y grado de aplicación del lema «Envejecer en Casa».

Asimismo, el Comité de Ministros del Consejo de Europa ha aprobado recientemente una recomendación sobre la «Protección social a la dependencia», en la que se insta a todos los países miembros a tomar medidas específicas hacia este grupo de población y sus cuidadores.

En el mes de junio se ha constituido un grupo de expertos procedentes de 13 países europeos, con el objeto de «analizar las posibilidades de mejorar la calidad de vida de las personas mayores dependientes» y hacer propuestas a los países miembros sobre políticas y acciones específicas a favor de este grupo de población. La coordinación de los recursos sociosanitarios ocupará un lugar central en las actividades de este grupo.

V. CONCLUSIONES

La descripción y valoración realizada hasta el momento de las iniciativas que en materia de atención y coordinación sociosanitaria están desarrollando la Administración General del Estado y algunas comunidades autónomas, y la creciente preocupación ante los importantes *problemas de atención que las personas mayores dependientes* encuentran en los sistemas sanitario y social, nos conducen a la formulación de las siguientes conclusiones:

A. SISTEMA SANITARIO

1. En cuanto a atención primaria, si bien la cartera de servicios contempla la atención al anciano desde 1996 su grado de desarrollo e implantación de los programas se caracteriza por la desigualdad.
2. La atención domiciliaria a las personas mayores presenta un grado de desarrollo muy deficiente, lejano al objetivo establecido del 11 por 100 de cobertura en mayores de sesenta y cinco años.
3. La formación en gerontología y geriatría de los profesionales de la salud es francamente deficiente.
4. Se observa cierta percepción de «sobrecarga» entre los profesionales sanitarios en relación a la atención a las personas mayores, que ocupan una parte muy importante de su actividad laboral, no equilibrada con el grado de prioridad que se otorga a la vejez en el Sistema Nacional de Salud.
5. Existe una marcada carencia de servicios de geriatría y equipos consultores geriátricos en los hospitales del país, ya que esta especialidad sólo está presente en menos del 6 por 100 de ellos.
6. Los objetivos del Sistema Nacional de Salud más dirigidos a la reducción de las estancias hospitalarias y de los costes que a la adecuación de la asistencia sanitaria a las personas mayores, afecta muy negativamente a este grupo de edad, en los que el curso de la enfermedad es parcialmente diferente, la recuperación de procesos patológicos requiere mayor tiempo y son más frecuentes los cuidados prolongados que en otros grupos de población.
7. No existe en la política sanitaria española (a excepción de Cataluña) una planificación ni sectorización de los cuidados de media y larga estancia a las personas mayores dependientes.
8. La edad se constituye en factor de discriminación en el acceso a determinados servicios sanitarios: urgencias hospitalarias, ingresos, acceso a la rehabilitación, indicación de determinadas intervenciones, etc.
9. La coordinación dentro del propio sistema sanitario está poco desarrollada, por no decir que es inexistente y circunscrita únicamente a la formación de algunos profesionales (los que actúan en servicios de geriatría) o al voluntarismo de otros.

B. SERVICIOS SOCIALES

1. Dado que el acceso al sistema público de servicios sociales en España requiere valoración previa de necesidad y presenta un desarrollo muy escaso, su grado de cobertura se sitúa en los índices más bajos de Europa.
2. Se puede afirmar que sólo aquellos ciudadanos que presentan situaciones de extrema necesidad pueden acceder a estos servicios con cierta agilidad. Las listas de espera se convierten en un muro infranqueable para la mayoría de las personas que demandan atención domiciliaria o institucional.
3. Al no existir sistemas de acreditación de servicios sociales la oferta de recursos financiados desde el sector público presenta grandes diferencias en cuanto a su calidad y tipología de servicios.
4. La atención sociosanitaria en residencias en algunas comunidades autónomas necesita una mayor regulación y desarrollo normativo, que facilite un riguroso control de su calidad.
5. Paralelamente, se constata una utilización de los recursos sociales y sanitarios en muchas ocasiones inadecuada y poco eficaz: estancias hospitalarias que no responden a criterios estrictamente clínicos, excesiva frecuencia de reingresos, consumo de recursos no acorde con los perfiles de necesidades, imposibilidad de derivación o atención integral de los sistemas sanitario y social, duplicidad y fragmentación en los recursos, etc.
6. La constatación de estas carencias en la atención sociosanitaria va acompañada de la no menos importante preocupación ante el incremento del gasto en protección social a este grupo de población, muy especialmente del gasto sanitario. Estas circunstancias, junto al análisis del futuro sociodemográfico de nuestra sociedad y la previsible evolución de los roles que actualmente desempeñan las mujeres en la estructura familiar, han dado lugar a la puesta en marcha de un número considerable de iniciativas sociosanitarias promovidas por las diferentes administraciones públicas.

C. COORDINACIÓN

1. En lo que se refiere al desarrollo de estrategias de coordinación sociosanitaria, se observa cierta tendencia de las diferentes administraciones públicas a avanzar en estos aspectos. De hecho se está produciendo la necesaria formalización de las iniciativas personales de los

profesionales sociales y sanitarios que desde hace tiempo y con muchas dificultades han intentado dar una respuesta más coherente a las necesidades de sus usuarios. Sin embargo, los avances deben ser valorados como demasiado tímidos, mucho más cuando en gran parte no significarían incremento presupuestario, sino la implantación de una metodología de trabajo más eficaz que evite la fragmentación, la duplicidad y la desigualdad en la asignación de recursos escasos como los nuestros. En concreto, *se ha avanzado muy poco* en aspectos esenciales para hacer posible la coordinación sociosanitaria, como son:

- La sectorización en áreas sociosanitarias únicas. La mayoría de las comunidades autónomas sigue padeciendo una distribución de la intervención en la que no coinciden los servicios sociales y sanitarios.
- Consenso y diseño de protocolos de derivación que hagan posible la automatización de estos procesos.
- Utilización de instrumentos comunes de valoración que eviten la multiplicación de tiempo y esfuerzos profesionales, con el consiguiente incremento del gasto social y sanitario. Pero además, que eviten el que una persona en situación de fragilidad deba someterse a sucesivos interrogatorios y juicios minuciosos sobre su situación física, psíquica, socioeconómica y afectiva, que con excesiva frecuencia sólo contribuyen a dilatar la solución a sus acuciantes problemas.
- Descentralización en la toma de decisiones y desarrollo de la capacidad de gestión de los profesionales de la atención directa. Resulta paradójico el hecho de que uno de los grandes defectos de la antigua gestión desde la Administración General del Estado, se haya reproducido fielmente, cuando no agrandado en el ámbito de las administraciones autonómicas.
- Por otra parte, varias comunidades autónomas han optado por la creación de una red específica de atención sociosanitaria, que implica la correspondiente dotación presupuestaria. Si bien este modelo de atención sociosanitaria puede entrañar importantes ventajas en la atención a los colectivos afectados, posibilitando un mejor acceso a los recursos y participación de todos los sectores implicados, ya se han señalado los peligros que puede acarrear su implantación para el futuro del sistema sanitario público.

D. INICIATIVAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

1. Casi todas las iniciativas de atención o coordinación sociosanitaria proceden del sistema sanitario y, a pesar de que son difícilmente comparables, comparten algunas características:
 - Exceptuando el Programa «Vida Als Anys», el resto de los proyectos y programas sociosanitarios son de carácter experimental, o al menos en ningún caso han llegado a generalizarse hasta el momento.
 - En todos ellos se evidencia la preocupación por las estancias hospitalarias indebidas y se establecen fórmulas de participación financiera de los usuarios para sufragar parte de los gastos de su atención una vez superada la fase aguda de su enfermedad, estableciendo recursos de derivación en instituciones sociosanitarias o sociales para los períodos de convalecencia, es decir, con carácter temporal, que faciliten el retorno al medio habitual de vida.
 - Participan de un objetivo común, la optimización de los recursos y el ahorro, estableciendo estrategias de coordinación para temas puntuales (ejemplo: gasto farmacéutico en residencias).
2. Por parte de los servicios sociales se observa cierta reticencia a involucrarse en programas de atención sociosanitaria. Por una parte, es evidente el temor de un sistema débil, como el social, ante la presión para que se asuman funciones que se sitúan en el confuso «espacio sociosanitario» sin que estas tareas vayan acompañadas de las consiguientes partidas presupuestarias. Por otra parte, todavía tiene mucha fuerza en el sector social el papel que ha desempeñado históricamente, de carácter benéfico asistencial, íntimamente ligado a la satisfacción de las necesidades más básicas de los sectores más desfavorecidos de la sociedad.
3. La rápida (pero previsible) evolución de las necesidades de protección de nuestros ciudadanos hacia aspectos mucho más «especializados», como es el caso de la dependencia, exige un esfuerzo de adaptación del sistema social que conlleva cambios importantes en el establecimiento de sus prioridades. Entre ellas, la asunción de su papel «cuidador» debería figurar entre sus primeros objetivos, siempre que vaya acompañado del correspondiente esfuerzo de redistribución de los fondos públicos, tendente a mejorar su respuesta a las actuales demandas sociales.

VI. PROPUESTAS

A. *Una correcta atención sociosanitaria* a las personas mayores dependientes exige la adopción de decisiones en el ámbito político sobre los siguientes aspectos:

1. *Cambios en el establecimiento de las prioridades de atención, que afectan al sistema sanitario y a los servicios sociales:*

a) En el ámbito sanitario es urgente que se otorgue el lugar que le corresponde a la atención a la vejez, contemplada con excesiva frecuencia como un carga para el sistema sanitario, que no se corresponde con un despliegue de servicios que realmente haga frente a las nuevas necesidades que este grupo de población está generando en el sector:

- Mejora de la formación en geriatría de los profesionales de los sistemas sanitarios
- Cumplimentación de los objetivos de la cartera de servicios.
- Implantación generalizada de servicios de geriatría en los hospitales.
- Incremento de las unidades de convalecencia, agudos y hospital de día conforme a los índices de cobertura establecidos por las recomendaciones internacionales.

b) En el ámbito social, es necesario superar las concepciones benéficoasistenciales de los servicios sociales, ligadas a otros períodos de nuestra reciente historia en la que era necesario hacer frente a las necesidades más perentorias de un grupo de población con un alto grado de carencias básicas. La evolución de la sociedad española, nos acerca mucho más al perfil de necesidad de otros países europeos, preocupados desde hace años por un tipo de atención mucho más especializada, la de las personas que padecen elevados niveles de dependencia. El afrontamiento de este problema exige un importante impulso de los servicios de atención:

- Acceso universal a los servicios de ayuda a domicilio, que deben prestarse en coordinación con el sistema sanitario.
- Incremento de las plazas institucionales de carácter sociosanitario, temporales o permanentes (residencias, centros sociosanitarios).
- Acceso universal a los servicios de respiro, especialmente a los centros de día, pero también a las plazas temporales en residencias.

- Desarrollo de una amplia gama de servicios de carácter alternativo y experimental que contribuyan al logro de la mejor calidad y eficacia de la atención a estas personas.

2. *Cambios en los sistemas de gestión* de los servicios, procurando desarrollar fórmulas de provisión integral de los servicios, en las que puedan participar todos los implicados en la atención: servicios formales sanitarios y sociales, iniciativa social, cuidadores informales, etc. Los sistemas de provisión integral de servicios facilitan al máximo la flexibilidad y adaptación individualizada a las necesidades de los usuarios. Asimismo, facilitan la optimización de los recursos, evitando actuaciones fragmentadas que en muchos casos generan ausencias o duplicidades en la atención.

3. *Cambios en los sistemas de financiación de los recursos.* Las necesidades de carácter sociosanitario se deberán sufragar con sistemas mixtos de financiación. Se observa una tendencia al desplazamiento desde el sistema sanitario al social de determinados tipos de atención a las personas dependientes. Sin perjuicio de que ésta pueda ser una solución adecuada y de calidad, la asunción de tareas de cuidado situadas en el confuso espacio sociosanitario por parte del sistema social, deberá ir acompañada de la correspondiente dotación presupuestaria. En definitiva, es necesaria la generalización de un sistema de financiación de aquellos servicios considerados sociosanitarios que proceda de las partidas presupuestarios de ambos sistemas. El incremento de estos fondos parece inevitable, ante la escasez de este tipo de recursos.

B. *Los servicios objeto de cofinanciación sociosanitaria serán los siguientes:*

- Residencias asistidas, centros sociosanitarios u otro tipo de equipamientos que ofrezcan cuidados de larga duración, independientemente de su titularidad, social o sanitaria.
- Atención domiciliaria sociosanitaria, bien a través de sistemas de provisión integral o de coordinación de la atención social y sanitaria.
- Centros de día o estancias diurnas para personas dependientes.
- El resto de los servicios que se ofrecen desde ambos sistemas deberá ser financiado en su totalidad por cada uno de ellos.

C. *La participación de los usuarios en el coste* de los servicios deberá ser calculada y detrída de los denominados costes sociales de éstos, es decir, los relacionados con los gastos de manutención y alojamiento. El coste de la atención

sanitaria en ningún caso deberá ser incluida en esta participación, ya que el acceso a la atención sanitaria es universal y gratuita para todos los ciudadanos.

D. La correcta atención sociosanitaria a las personas mayores dependientes, exige la garantía de continuidad en los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales sociales y sanitarios. Pero esto sólo es posible si se desarrollan estrategias estables de coordinación sociosanitaria, que hagan posible una atención integral y una adecuada utilización de los recursos. Para ello es necesario avanzar decididamente en los siguientes aspectos:

- a) Creación de *órganos, estructuras o instrumentos de coordinación* que tengan el suficiente respaldo normativo de las administraciones públicas. *Las comisiones sociosanitarias* de área han demostrado suficientemente que pueden ser el lugar apropiado de entendimiento, negociación y toma de decisiones de carácter interinstitucional.
- b) Es indispensable que se avance definitivamente en el establecimiento de criterios de *sectorización* acordes con las necesidades de intervención sociosanitaria. El diseño de áreas y mapas comunes de recursos sociosanitarios se configura como condición indispensable para la coordinación de los servicios.
- c) Se han de elaborar *criterios consensuados* y flexibles de ordenación y utilización de los recursos sociosanitarios disponibles en el ámbito de actuación correspondiente (comunidad autónoma, municipio, área sociosanitaria), estableciendo acuerdos estables sobre:
 - Generalización del uso de instrumentos de valoración estandarizados, comunes a cualquier ámbito de actuación: atención primaria, especializada y servicios sociales.
 - Creación de circuitos de derivación entre los diferentes sistemas y servicios que posibiliten la continuidad en los cuidados, a través de la identificación de responsables en cada nivel de atención y el establecimiento de protocolos de derivación y otros procedimientos útiles.
 - Sistema único de valoración para el acceso a los servicios, utilizable desde cualquier ámbito de atención.
 - Elaboración de indicadores de evaluación del sistema de coordinación y de los servicios implicados.

E. *La formación de los profesionales* de la atención sociosanitaria en gerontología y geriatría requiere una vez más la asunción de cambios, en este caso en las prioridades que rigen los contenidos curriculares de las diferentes disciplinas implicadas en la atención a estas personas. Asimismo, ante las importantes carencias de formación en estos aspectos que actualmente se constatan en los profesionales sanitarios y sociales, es urgente que se desarrollen acciones de formación continuada que cubran estas deficiencias. Las experiencias de formación conjunta de profesionales sociales y sanitarios, en las que además de los correspondientes contenidos gerontológicos y geriátricos se incluyen técnicas de trabajo en equipo y de intervención interdisciplinar, han demostrado ser una herramienta eficaz para la mejora de la atención coordinada.

F. *El establecimiento de sistemas estables de coordinación* que facilitan una atención integral a las personas dependientes, debe contar en todo momento con la *participación de los usuarios y de sus cuidadores informales*. El ejercicio de su capacidad de elección implica necesariamente su presencia en los procesos de diseño y planificación de la atención sociosanitaria.

G. *La calidad* de los programas y servicios de atención sociosanitaria ha de ser vigilada y promovida desde las administraciones públicas. La implantación de sistemas objetivos de evaluación de la calidad se debe generalizar, no sólo para la compra de servicios desde el sistema público, sino para la vigilancia estricta de los que se ofertan desde el sector privado o la iniciativa social sin fin de lucro.

El establecimiento de *estándares de calidad*, que se utilizarán para la acreditación de los servicios públicos y privados, debe incluir, además de los requisitos de diseño, equipamiento, dotación de recursos humanos y materiales, etc., indicadores que garanticen el ejercicio de derechos fundamentales de las personas, como, por ejemplo: intimidad, autonomía, en su más amplia acepción, es decir, capacidad de decisión sobre su vida, acceso a los medios que favorezcan su rehabilitación física o psicosocial, relaciones sociales, etc.

H. *La atención sociosanitaria supone la asunción de cambios en las culturas de las diferentes disciplinas* y profesiones implicadas en la intervención, que exigen la asunción de procesos de reconocimiento mutuo. Es necesario superar la práctica cotidiana de la derivación/expulsión entre los diferentes niveles de atención social y sanitaria que, por razones de escasez de recursos y a veces por falta de motivación, está profundamente arraigada entre los profesionales de ambos sectores, para asumir y desarrollar una cultura de la atención integral allí donde se presente el estado de necesidad.

CAPÍTULO 5. LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA: COSTES Y FINANCIACIÓN

I. LAS NECESIDADES SOCIO SANITARIAS: OBJETO DE PROTECCIÓN SOCIAL

Las necesidades de atención a las personas mayores con diferentes grados de dependencia constituyen un reto para la sociedad y para las administraciones públicas. Los países de la Unión Europea (UE) están dando diferentes tipos de respuestas (Pacolet, 1998) que suponen en la práctica una extensión del sistema de protección social y nuevos modos de articulación de los recursos sanitarios y sociales, junto a nuevas formas de integración y protección de la ayuda informal. Además, en casi todos los países de la UE, el debate científico y político se ha abierto paso tratando de dar respuestas coherentes y efectivas a un problema social que, no siendo nuevo, ha tomado unas dimensiones y una importancia tales que exigen respuestas que vayan más allá de la actual división del trabajo asistencial entre la familia, el sistema sanitario y los servicios sociales.

En el caso español se está produciendo una intensificación del debate científico y político al mismo tiempo que se están desarrollando programas socio sanitarios de diferente naturaleza en las comunidades autónomas, en unos casos más orientadas hacia el ámbito sanitario y en los menos, debido a su debilidad, orientadas hacia el protagonismo de los servicios sociales.

Los diferentes informes y estudios vienen a coincidir en una serie de aspectos de orden político y funcional. Por una parte, se coincide en que el impacto social y económico de la dependencia se acelerará a partir de la próxima década y que su dimensión excede la capacidad de cuidados de la familia tradicional y, concretamente, de la mujer, al mismo tiempo que las administraciones públicas tendrán que asumir un activo protagonismo en la regulación, financiación y provisión de los nuevos servicios y prestaciones, ya que se viene a coincidir en que ni el sector privado podrá dar una respuesta generalizada y suficiente ni la capacidad económica de las personas mayores podrá asumir, excepto un colectivo pequeño, el coste que suponen las prestaciones asistenciales de la dependencia.

Por otra parte, la nueva necesidad parece exigir, y aquí el acuerdo es unánime, para su efectiva satisfacción y eficiente gestión, una integración de los recursos sanitarios y sociales en forma de modelos de cuidados coordinados (dada la competencia de las comunidades autónomas en servicios sociales y sanidad) que eviten la derivación entre sistemas por razones de coste y faciliten la efectiva coordinación de los profesionales y recursos implicados en la satisfacción de una necesidad compleja.

El coste de un nuevo sistema protector de la dependencia (en el que no partimos de cero ni en recursos ni programas) depende de una serie de factores concretos de tipo demográfico, de cobertura e intensidad protectora. Pero sin duda el modelo general de partida, si cabe la expresión en el actual sistema competencial, condicionará sin duda la estructura protectora, el coste y los modelos concretos de cuidados.

Como punto de partida, y en la línea de los capítulos precedentes de este informe, entendemos que el modelo general de cuidados de larga duración debe sostenerse en un derecho subjetivo que proteja de manera generalizada las diferentes situaciones de dependencia de las personas mayores mediante prestaciones y servicios sociosanitarios integrados (no entramos aquí en el análisis de la protección de la dependencia de las personas menores de sesenta y cinco años si bien cualquier modelo protector debe incluirlo). Este modelo general se justifica, por una parte, en la tendencia general protectora de los países de nuestro entorno en base a sistemas de protección bien específicos (Alemania, Austria, Luxemburgo) bien indirectamente a través de la extensión del sistema sanitario (Países Bajos, en parte Reino Unido) o de la extensión de los servicios sociales (Dinamarca, Noruega, Finlandia).

Por otra parte, en lo tocante al caso español, la estructura tradicional básica familiar de cuidados prolongados, cuya importancia sigue siendo cardinal, está sufriendo importantes mutaciones que afectan al número de cuidadores y a la intensidad de su dedicación. Los cambios sociológicos en la naturaleza, dimensión y funciones de la familia española están siendo de gran intensidad y sus efectos afectarán, sin duda, la actual estructura femenina de cuidados. Además, las necesidades actuales de cuidados de larga duración desbordan incluso ya hoy la capacidad de la familia, los servicios sociales son claramente insuficientes, como luego veremos, y el sistema sanitario no puede asumir muchos de los cuidados prolongados que no sólo exceden los límites del gasto sanitario, sino incluso los propios objetivos del sistema de salud. Argumentos todos ellos que hacen rigurosamente necesaria la definición de un nuevo modelo protector basado en la responsabilidad pública para garantizar la universalidad de los cuidados, en la coordinación sociosanitaria y en la integración de los recursos informales con el suficiente soporte de prestaciones y ayudas directas o de respiro.

II. FACTORES QUE INCIDEN EN EL COSTE DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

No pretendemos aquí definir un modelo de costes sociosanitarios cuya complejidad excede el objetivo de este informe limitado a destacar la importancia de las necesidades sociosanitarias y algunos de sus impactos en el gasto social. Sin embargo, parece necesario de entrada que, antes de evaluar el impacto económico de la cobertura de algunas necesidades sociosanitarias, destaquemos algunos de los factores que configuran el coste sociosanitario y, en concreto, los siguientes: la población dependiente, la cobertura, la intensidad protectora y el modelo general de asistencia sociosanitaria sin menoscabo de los modelos concretos de atención sociosanitaria que han establecido o establecerán las comunidades autónomas.

A. LA POBLACIÓN DEPENDIENTE

La estimación de la población mayor dependiente en España actual y futura puede realizarse a partir de la Encuesta Nacional de Salud IV de 1993 en la que se pregunta a las personas mayores acerca de su dificultad para realizar actos referidos al cuidado personal (andar, comer, levantarse, vestirse, etc.), además de otras preguntas relacionadas con la realización de actividades domésticas y asuntos propios (Rodríguez Cabrero, 1999). A los ítems de la ENS no pueden aplicarse las escalas actuales de actividades de la vida diaria (AVD) excepto de forma aproximada, como sucede con las escalas de Lawton y de Katz. Sin embargo, con la ENS de 1993 se puede establecer una primera aproximación a la población dependiente española. Eliminando la parte de la población mayor de sesenta y cinco años con dependencias leves que, en principio, no sería susceptible de protección y centrándonos en la población con alguna dependencia grave y considerable, tendríamos que en 1993 el 19,3 de la población sería dependiente y, en concreto, el 11,2 de las personas mayores tendría alguna dependencia grave y el 2,6 sería dependiente muy grave o severo. En la tabla 1 podemos ver cómo la población dependiente que en 1992 era de 937.882 personas se incrementa en el año 2005 en 220.237 personas hasta llegar a 1.158.119 a un ritmo de 16.941 dependientes nuevos por año, lo que supone un crecimiento de la población mayor dependiente del 23,5 en trece años.

Por otra parte, la población dependiente española de sesenta y cinco y más años se caracteriza por dos rasgos dominantes: naturaleza femenina y tendencia a la concentración en las edades superiores a los ochenta años.

En efecto, la dependencia en la población mayor tiene un claro signo: el femenino. Las mujeres dependientes constituyen el 62 por 100 de la población mayor dependiente en 1992 y porcentaje parecido se estima en el año 2005. La mayor esperanza de vida se refleja evidentemente en la dependencia. Por otra parte, la población dependiente tiende a concentrarse, como era de esperar, en las edades más elevadas. Así, como puede verse en la tabla 2, en 1992 la

TABLA 1. POBLACIÓN ESPAÑOLA DEPENDIENTE DE SESENTA Y CINCO Y MÁS AÑOS (1992-2005)

| | 1992 | 2005 |
|----------------------|---------|-----------|
| Hombres | 355.244 | 445.520 |
| Mujeres | 582.638 | 712.599 |
| TOTAL | 937.882 | 1.158.119 |
| Dependientes medios | 296.762 | 364.581 |
| Dependientes graves | 494.545 | 612.401 |
| Dependientes severos | 146.575 | 181.137 |

Fuente: Elaboración propia a partir de *La protección social de la dependencia en España*, MTAS, 1999.

población dependiente de 80 y más años era de 415.631 personas, el 44,3 del total, incrementándose en 188.026 personas hasta llegar a 603.657 personas en el año 2005 en que dicho colectivo será ya el 52 por 100 de toda la población mayor dependiente. Ello supone un crecimiento del colectivo de 80 y más años del 45 por 100 a un ritmo medio anual absoluto de 14.463 personas. Es decir, de los 16.941 dependientes nuevos de cada año entre 1992 y el año 2005 el 85 por 100 tienen 80 y más años.

TABLA 2. POBLACIÓN DEPENDIENTE DE OCHENTA Y MÁS AÑOS (1992-2005)

| | 1992 | 2005 |
|----------------------|---------|---------|
| Hombres | 116.990 | 172.458 |
| Mujeres | 298.641 | 431.199 |
| TOTAL | 415.631 | 603.657 |
| Dependientes medios | 109.453 | 158.483 |
| Dependientes graves | 203.789 | 296.391 |
| Dependientes severos | 102.389 | 148.783 |

Fuente: Elaboración a partir de *La protección social de la dependencia en España*, MTAS, 1999.

Aunque, efectivamente, la dependencia ocurre en todas las edades, sin embargo, su incidencia se incrementa con la edad e incide de manera particular en el caso de las mujeres mayores de manera que la estimación de la población dependiente sería como sigue:

**TABLA 3. ESTIMACIÓN POBLACIÓN
DEPENDIENTE POR EDAD (PORCENTAJE)**
(Función exponencial para dependientes
medios y graves)

| Mujeres | Edad | Varones |
|---------|------|---------|
| 65 | 7,8 | 9,0 |
| 70 | 11,2 | 12,7 |
| 75 | 15,9 | 17,8 |
| 80 | 22,8 | 25,1 |
| 85 | 22,8 | 25,1 |
| 85 | 32,6 | 35,5 |
| 90 | 46,5 | 50,0 |
| 95 | 66,5 | 70,5 |
| 99 | 88,5 | 92,5 |

Fuente: Elaboración propia.

El volumen de la población dependiente tiende, como vemos, a crecer en el futuro por razones estrictamente demográficas. Su crecimiento futuro a los ritmos actuales puede suponer que en torno al año 2010 dicho crecimiento supere el 40 por 100 desde la fecha de referencia inicial de 1992 llegando a cifras en torno a 1.400.000 personas con dependencia media, grave y severa. Ahora bien, los plazos largos en este tipo de problemas plantean interrogantes y toda cautela es poca, ya que existen otros factores que pueden modificar esta tendencia, como son las mejoras sanitarias, la tecnología y, sobre todo, la capacidad de autocuidado de las nuevas generaciones que reforzarán la autonomía y la calidad de vida de la persona mayor.

B. COBERTURA: .UNIVERSAL O ASISTENCIAL?

Una vez delimitada la demanda potencial de cuidados de larga duración, es preciso decidir sobre el modelo de cobertura y su alcance. El seguro de cobertura puede ser público, privado o mixto.

Los argumentos a favor de un seguro público universal, que no excluye seguros privados complementarios, en un país como España de larga tradición de Seguridad Social y con un Sistema Nacional de Sanidad de tipo universal son varios y de peso:

- a) En primer lugar, existe una tradición protectora en el ámbito de la Seguridad Social de prestaciones sociales, tanto contributivas como asistenciales en favor de las personas con grave discapacidad (Aznar López, 1999). La ayuda de tercera persona actual (como versión

específica de cuidados personales) es reduccionista, pues se limita al «espacio laboral» y no protege a aquellas personas mayores que se jubilaron como pensionistas por invalidez y devienen con el tiempo en grandes incapacitados. La «extensión» protectora de la Seguridad Social a las edades superiores a los sesenta y cinco años se ha convertido en una necesidad si tenemos en cuenta los datos de dependencia antes mencionados.

- b) Desde 1985 se está construyendo una red de servicios sociales, sobre todo la ayuda a domicilio, que tiene vocación universal pero que *de facto* tiene una naturaleza asistencial al estar regida por baremos de renta. En todo caso, la extensión de la ayuda a domicilio (SAD), la teleasistencia, los centros de día (CD) y la reconversión de las residencias de válidos en residencias de asistidos, y a pesar de su escasez y limitación, se orienta hacia la protección de las situaciones de dependencia o cuidados de larga duración. El corsé asistencial actual de los servicios sociales no podrá mantenerse mucho tiempo ante la presión de las demandas de protección de la dependencia. En el mismo sentido, el sistema sanitario público, desde su universalidad, está afrontando el problema de la dependencia. Los servicios de geriatría, los hospitales de día, los hospitales de convalecencia, los hospitales de larga estancia y la asistencia sanitaria a domicilio son, en su gran mayoría, una «extensión» del sistema de sanidad hacia la asistencia de las situaciones de dependencia.
- c) El coste de los cuidados de larga duración no es asumible por la gran mayoría de las personas mayores que tienen bajos niveles de ingresos. Pensemos, por ejemplo, que el coste de dos horas de ayuda a domicilio a 1.500 pesetas la hora supone 90.000 pesetas al mes y 1.080.000 pesetas anuales. O que una residencia de asistidos con un coste mensual de 240.000 supone al año un coste de 2.880.000 de pesetas. En la actualidad, en el caso español y referente a los servicios sociales, o se carece de recursos (aplicación de baremos asistenciales) o se tienen ingresos muy elevados para hacer frente al problema. Las amplias capas medias urbanas y clases trabajadoras cualificadas quedan excluidas de la protección de cuidados, ya que superan los baremos asistenciales y no tienen ingresos suficientes para costearlos privadamente. A ello hay que añadir, como luego veremos, la escasez de la oferta pública y privada de servicios sociales. Distinto caso es el sistema sanitario que, por su naturaleza universal, protege a todos los ciudadanos pero que sólo de manera limitada puede hacerse cargo de cuidados personales: los referentes a convalecencia, rehabilitación y apoyo hospitalario o ambulatorio a domicilio pero no de la asistencia diaria del dependiente.
- d) Teniendo en cuenta lo anterior, parece obvio que la gran mayoría de las personas mayores dependientes de hoy no pueden financiar el coste de los servicios de asistencia a la dependencia ni tendrían tiempo para financiar privadamente un riesgo que requiere un largo tiempo de maduración. La

protección de la dependencia es obligada en este caso por razones de responsabilidad colectiva. Se da, así, un claro fallo del mercado. Es más, desde nuestro punto de vista, los seguros privados sólo podrán ser complementarios del público ya que inciden variables que hacen del mercado una solución no prioritaria. En este sentido cabe recordar los argumentos del informe de la Royal Commission del Reino Unido sobre los cuidados de larga duración: una cobertura universal del riesgo es deseable por razones de eficiencia (reparto del coste del riesgo entre toda la población) de efectividad (cobertura de toda la población en base a derecho subjetivo) y de equidad (reparto del coste a través de la progresividad fiscal). Todo lo cual no excluye ni los seguros privados complementarios bajo una estricta regulación pública, ni la participación del sector privado como productor de servicios bajo diferentes formas de colaboración con el sector público ni la propia responsabilidad de los individuos y sus familias en los cuidados de larga duración, tal como lo han hecho históricamente.

Un modelo sociosanitario de cobertura universal tiene que basarse en criterios específicos de efectividad, calidad y eficiencia. Entre ellos cabe mencionar algunos de los que orientan este análisis y que son coincidentes con la filosofía del conjunto del informe:

1. Principio de envejecer en casa.
2. Principio de integración de recursos sociales y sanitarios.
3. Principio de protección integral mediante una protección social universal de la dependencia.
4. Principio de coordinación de recursos entre los diferentes niveles de gobierno.
5. Principio de colaboración y complementariedad entre el sector público y el sector privado.

C. LA INTENSIDAD PROTECTORA

La intensidad protectora es el tercer factor de coste sociosanitario junto al factor demográfico y la cobertura. Habiendo optado por un modelo de cobertura universal por razones de efectividad, eficiencia y equidad, el problema reside ahora en delimitar hasta dónde protegemos. La respuesta incide en la cantidad y en el coste de la asistencia e, indirectamente, en la calidad.

Existen varias opciones en lo referente a la intensidad. Una de las opciones ya establecidas es la que se contempla en la Ley alemana de Seguros de Cuidados con tres niveles: para los gravemente dependientes una protección de veinticuatro horas o, al menos, cinco horas diarias; para los dependientes graves tres horas diarias al menos; para los dependientes considerables de, al menos, 1,30 horas diarias. Se trata en este caso, de unas prestaciones ligadas al grado de dependencia.

Por otra parte, la cuantía de la prestación, en dinero o servicios, debe compensar el coste de la dependencia parcial o totalmente lo que supone que no se incluyen los costes de alimentación ni alojamiento excepto las ayudas técnicas al hogar.

Aunque la intensidad protectora en este caso se mide en horas de cuidados, un factor no desdeñable es el catálogo de servicios que se oferta, ya que un dependiente puede utilizar varios recursos a la vez (por ejemplo: SAD, CD y Teleasistencia) o recorrer durante un tiempo varios dispositivos sociales y sanitarios (por ejemplo: hospital de agudos, hospital de convalecencia, SAD y hospital de larga estancia).

El factor tiempo puede ser utilizado como hipótesis de intensidad protectora. Por su parte, la utilización de la variable catálogo de servicios sólo será posible cuando dispongamos de estudios de recorridos tipo de costes con los que poder definir hipótesis de coste total que combinen el factor tiempo con el catálogo de servicios.

Tal como hemos demostrado en otros trabajos (Rodríguez Cabrero, 1999), existe una amplia dispersión de la intensidad protectora de la dependencia, ya que depende de si hablamos de asistencia domiciliaria o residencial y, dentro de la primera, de su intensidad. En el mencionado estudio se optó por un modelo de protección de AD con un máximo de 10 horas semanales para dependientes graves y de seis horas en el caso de los dependientes considerables y con un coste hora de 1.200 pesetas. Es decir, prestaciones de 48.000 y 28.000 pesetas al mes, respectivamente. Para los casos de grave dependencia que requieren atención residencial asistida la cuantía se estableció en 70.000 pesetas mensuales basándonos en la diferencia entre el coste de una residencia de asistidos (180.000) y otra de válidos (110.000) para el año 1996.

En base a estas cuantías y suponiendo que el 50 por 100 de la población dependiente opta por los servicios, es decir, las cuantías completas antes mencionadas, y que el otro 50 por 100 opta por la prestación en dinero como compensación a los cuidados proporcionados en el domicilio (reduciéndose las cuantías a la mitad), el coste efectivo de la protección de la dependencia en esta hipótesis, desarrollada en base al modelo alemán, y con un nivel de intensidad medio sería el siguiente (tabla 4).

El modelo precedente, siguiendo la metodología de la Ley alemana de protección social de la dependencia, tiene la virtualidad de hacer una valoración económica del coste de los diferentes grados de dependencia en base a una cobertura que podríamos calificar de básica. En esta misma dirección podemos adoptar otra vía de valoración que consiste en relacionar la población dependiente que deseamos proteger respecto de una tipología básica de servicios concretos. Esta opción será la que luego desarrollaremos tratando de cuantificar el coste de la cobertura de las necesidades sociosanitarias determinadas en los capítulos precedentes.

TABLA 4. COSTE TOTAL DE PROTECCIÓN DE LA DEPENDENCIA DE PERSONAS DE SESENTA Y CINCO AÑOS Y MÁS

| Tipo Dependencia | Población | Protegidos | Neto | Prestaciones Cuantía/mes | Coste anual (millones) |
|------------------|------------------|----------------|----------------|--------------------------|------------------------|
| Gran D. (*) | 214.569 | 116.063 | 98.506 | 70.000 (52,5) | 62.059 |
| Graves | 294.545 | 54.906 | 439.639 | 48.000 (36,0) | 189.924 |
| Considerables | 296.762 | 32.944 | 263.818 | 28.800 (21,6) | 68.381 |
| TOTAL | 1.005.876 | 203.913 | 801.963 | | 320.364 |

Gran D.: Gran dependiente.

(*) A los 146.575 dependientes que viven en domicilios se suman los 67.994 dependientes que viven en residencias de asistidos o mixtas.

D. MODELOS DE CUIDADOS

Por modelo de cuidados prolongados entendemos aquella combinación óptima de factores de oferta que permita lograr el máximo bienestar en base a una óptima utilización de los recursos.

El modelo tradicional de asistencia a las diferentes situaciones de dependencia en España se basaba, y se sigue basando, en un esquema dual: la familia se hace cargo casi en exclusiva del problema y en los casos en que ello no es posible o en situaciones muy invalidantes se recurre a la residencia de asistidos que sólo es accesible para los que tienen rentas muy elevadas y para los que están por debajo de un baremo de recursos. El sistema sanitario, en este modelo, proporciona a todos y de manera gratuita la asistencia sanitaria e, incluso, en ocasiones asume parte de la carga de cuidados. En sentido contrario, también las residencias de asistidos asumen como cuidados sociales lo que en realidad son cuidados sanitarios; incluso la familia asume tareas de carácter sanitario en el hogar al no disponer de un adecuado apoyo ambulatorio.

Los cambios que se plantean actualmente tienen que tener en cuenta que la propia población de personas mayores ha asumido masivamente en España modos de vida independiente viviendo en sus domicilios. Ello significa que el modelo de atención domiciliaria y los soportes al mismo constituyen el núcleo determinante de la atención. De hecho, el soporte a domicilio se ha reforzado durante los últimos tres lustros generándose un sistema de cuidados comunitario constituido por el SAD, los centros de día, la teleasistencia, las prestaciones para ayudas técnicas del hogar y los programas de respiro. En esta estructura es donde debe concentrarse, a nuestro entender, el esfuerzo de intervención en coordinación con los centros de atención primaria del sistema sanitario, sobre todo, para las edades comprendidas entre los sesenta y cinco y los ochenta y cinco años.

En este esquema los recursos residenciales están subordinados a la estructura comunitaria y reducidos a los casos de severa invalidez física y/o mental o para

necesidades de recuperación y convalecencia después de procesos agudos. En este último caso la carga sanitaria aumenta, bien directa (Hospital de día, Hospital de larga estancia o de convalecencia) bien indirectamente (Residencia de asistidos).

Un modelo de este tipo requiere, obviamente, la integración de recursos sociales y sanitarios así como un elevado grado de coordinación institucional (niveles de Gobierno central, regional y local) y funcional (entre sistema sanitario y los servicios sociales en las diferentes zonas de salud).

Finalmente, el modelo general supone el apoyo al cuidador, bien en forma de prestaciones económicas que compensen el trabajo de cuidados, bien en forma de servicios de apoyo y/o sustitución. Aquí nos centraremos en esta segunda opción para cuantificar el coste de servicios de cuidados. En efecto, no cabe pensar razonablemente que la mujer cuidadora siga prestando el número actual de horas de apoyo informal sin menoscabo de su integración sociolaboral y bienestar personal. Recordemos que en la actualidad una persona dependiente viene a recibir unas 22,3 horas de apoyo familiar a la semana que para las edades de ochenta y más años llega a 30,2 horas semanales, es decir, 1.160 y 1.570 horas anuales respectivamente; no cabe pensar igualmente que sea posible sin cambios en el futuro mediato que la mujer asuma el coste de tiempo de los cuidados de las personas con dependencia grave: 39 horas semanales que se elevan a 43,7 horas para el grupo de ochenta y más años, es decir, 2.033 y 2.372 horas anuales respectivamente. Los compromisos morales tradicionales basados en el trabajo gratuito de la mujer cuidadora no son viables a medio-largo plazo. Junto al reparto de la carga de cuidados en el seno de los hogares es urgente el concurso activo de las administraciones públicas, ya que el problema superará la capacidad de la familia cuidadora tradicional en los años venideros.

III. CUANTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES SOCIOSANITARIAS

En el modelo de protección social antes mencionado se cuantificó la población dependiente neta susceptible de ser protegida: 801.963 personas. De este colectivo se supuso que la mitad aproximadamente demandaría servicios asistenciales sociales y sanitarios: 400.981 personas dependientes, siguiendo la lógica de partida del modelo alemán. Sin embargo, en la hipótesis que vamos a plantear el punto de partida es la necesidad de servicios y su determinación a unos niveles de cobertura que tienden a confluir a medio plazo con las tasas de cobertura de los países más envejecidos de la UE. Desde este punto y suponiendo que la totalidad de los usuarios de teleasistencia lo son al mismo tiempo del SAD la cobertura de población a lograr el año 2006 en base a la población arriba mencionada sería del 49 por 100, lo que parece un objetivo bastante razonable teniendo en cuenta la relativa cercanía de dicha fecha.

A. CUANTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y COSTE DE SERVICIOS SOCIALES

Partimos de un supuesto fundamental: las necesidades de cuidados de larga duración requieren una amplia extensión de servicios comunitarios. Además, su desarrollo actual es radicalmente insuficiente para responder a las necesidades actuales a pesar del esfuerzo notable de crecimiento de los últimos tres lustros a través del Plan Concertado de Prestaciones Básicas Municipales. El problema se agrava porque no existe un derecho subjetivo a los servicios sociales aunque de facto se esté abriendo paso lentamente. Frente a esta realidad el sistema sanitario es universal, genera derecho subjetivo y su red asistencial es amplia, aunque carezca todavía de una estructura adecuada de servicios especializados geriátricos. Por estas dos razones, porque los servicios sociales son aún muy escasos y porque son determinantes para el sistema de cuidados personales, más que los sanitarios, en la estructura de cuidados de larga duración, es por lo que el esfuerzo inversor ha de concentrarse en este sector.

1. Servicio de Ayuda a Domicilio

La actual cobertura del SAD es de 107.250 personas aproximadamente (1,5 por 100 de la población de sesenta y cinco y más años o 10,6 por 100 de la población dependiente total) con una intensidad media de 4,7 horas a la semana. El objetivo del Plan Gerontológico para el año 2000 era de alcanzar un grado de cobertura del 8 por 100 que, obviamente, no se ha logrado. Las tasas de cobertura media en los países de la UE rondan el 12 por 100, pero entendemos que ese porcentaje no podría lograrse en el año 2006 ni habría recursos económicos, ni capacidad organizativa suficiente. Incluso hemos descartado el objetivo del 8 por 100 (un objetivo neto de 449.302 usuarios) que supondría una incorporación media anual de 64.186 usuarios hasta el año 2006 y cuyo coste total bruto, sin considerar inversión, sería de 261.672 millones de pesetas.

Por el contrario, hemos adoptado una hipótesis más modesta de lograr una cobertura del 5 por 100 en el año 2006, es decir, una cobertura de 374.220 personas que descontando los actuales usuarios supondría un esfuerzo de cobertura de 240.970 personas, con una intensidad de siete horas a la semana y un coste hora de 1.600 pesetas. De lograr este objetivo se llegaría a una cobertura del 32 por 100 de la población dependiente. El coste anual por usuario sería de 582.400 pesetas año y el coste anual total de 140.341 millones de pesetas de hoy. A este coste corriente hay que añadir un coste de inversión de 4.000 millones de pesetas en 400 unidades de ayuda a domicilio.

La distribución del gasto corriente y su nivel de aplicación sería como sigue (tabla 5):

TABLA 5. SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO: COSTE Y APLICACIÓN

| Año | Aplicación (%) | Usuarios (núm.) | Coste (millones) |
|------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| 2000 | 25 | 60.242 | 35.085 |
| 2001 | 40 | 96.387 | 56.138 |
| 2002 | 55 | 132.532 | 77.187 |
| 2003 | 70 | 168.677 | 98.237 |
| 2004 | 80 | 192.774 | 112.287 |
| 2005 | 90 | 216.871 | 126.322 |
| 2006 | 100 | 240.970 | 140.341 |

2. *Teleasistencia*

La actual población usuaria es de unas 50.000 personas que en 1998 suponía una cobertura del 0,8 por 100 de la población de sesenta y cinco y más años y el 4,9 por 100 de la población dependiente.

El objetivo a lograr sería el de una cobertura del 2 por 100 de la población de sesenta y cinco y más lo que supondría en términos absolutos 138.888 usuarios, o lo que es lo mismo, el 12 por 100 de la población dependiente. El número de plazas netas a crear sería de 88.888 hasta el año 2006 a un ritmo medio de 12.698 plazas. A un coste medio anual de 60.000 pesetas por usuario y año el coste total sería de 5.333 millones de pesetas de hoy en el año 2006. A ello hay que añadir una inversión necesaria en doce centros de teleasistencia cuyo coste ascendería a 1.500 millones de pesetas.

La distribución del gasto corriente y su nivel de aplicación sería como sigue (tabla 6):

TABLA 6. TELEASISTENCIA COSTE Y APLICACIÓN

| Año | Aplicación (%) | Usuarios (%) | Coste (millones) |
|------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|
| 2000 | 25 | 22.222 | 1.333 |
| 2001 | 40 | 35.552 | 2.133 |
| 2002 | 55 | 48.888 | 2.933 |
| 2003 | 70 | 62.221 | 3.733 |
| 2004 | 80 | 71.110 | 4.267 |
| 2005 | 90 | 79.999 | 4.800 |
| 2006 | 100 | 88.888 | 5.333 |

3. Centros de Día

Los CD son un servicio fundamental intermedio en los programas de cuidados de larga duración. Son, sobre todo, un refuerzo del SAD y de apoyo a la familia con actividades de cuidados diurnos, rehabilitación y desarrollo de habilidades para personas con niveles de dependencia elevados.

El número actual de plazas es muy escaso y se estima en 12.000. Se estima que la cobertura necesaria al año 2006 sería de 87.113 plazas: 2 por 100 de la población de 80 y más años (35.338 plazas) y el 1 por 100 de la población comprendida entre los sesenta y cinco y los ochenta años (51.775). De lograrse esto, el porcentaje de cobertura de la población dependiente sería del 7,5 por 100. El número de plazas netas a crear sería de 75.113. Como el coste corriente de una plaza en CD es de unas 80.000 pesetas mensuales el coste total sería de 72.108 millones de pesetas.

Además habría que hacer un esfuerzo inversor en CD. Exactamente habría que disponer de 1.502 centros: 750 centros nuevos de 50 usuarios a un coste por unidad de cien millones que equivale a una inversión de 75.000 millones de pesetas; además 450 adaptaciones de hogares de pensionistas a un coste por centro de 15 millones de pesetas que suponen una inversión de 6.750 millones de pesetas; y finalmente 300 adaptaciones de residencias para centros de 50 plazas que a un coste de 30 millones por adaptación supone una inversión final de 9.000 millones de pesetas.

La distribución del gasto corriente y su nivel de aplicación sería como sigue (tabla 7):

TABLA 7. CENTROS DE DÍA: COSTE Y APLICACIÓN

| Año | Aplicación (%) | Usuarios (núm.) | Coste (millones) |
|------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| 2000 | 25 | 18.778 | 18.026 |
| 2001 | 40 | 30.045 | 28.843 |
| 2002 | 55 | 41.312 | 39.659 |
| 2003 | 70 | 52.579 | 50.476 |
| 2004 | 80 | 60.090 | 57.686 |
| 2005 | 90 | 67.602 | 64.897 |
| 2006 | 100 | 75.113 | 72.108 |

4. Residencias de asistidos

El número de plazas residenciales, públicas y privadas, en 1998 era de 188.862, lo que supone una cobertura del 2,98 por 100 de la población de sesenta y cinco y más. De éstas el número estimado de plazas de asistidos es del 45 por 100: 84.988 plazas.

Aunque en el capítulo se ha estimado una *ratio* de cobertura de plazas residenciales del 4,5 por 100 (residencias y pisos) entendemos que el objetivo plausible a lograr en el año 2006 es de una cobertura del 3 por 100, ciertamente modesto, ya que el número total de plazas sería de 208.332, de las que sólo 19.470 plazas serían nuevas. Del total de plazas se estima necesario que el 65 por 100 del total sean de asistidos: 135.419. Descontando las actuales 84.988 plazas de asistidos habría que crear 50.431 plazas que se distribuirían del modo siguiente: 19.470 plazas nuevas (todo el incremento de plazas) más 30.961 reconversiones de plazas de válidos actuales en plazas de asistidos. El gasto corriente sería de 108.930 millones de pesetas (a 180.000 pesetas plaza por mes) y la inversión de las plazas nuevas (116.820 millones) y reconvertidas (46.441) ascendería a 163.261 millones de pesetas que suponen una inversión media anual hasta el año 2006 de 23.323 millones de pesetas.

La distribución del gasto corriente y la aplicación del programa sería: (tabla 8):

TABLA 8. RESIDENCIA: COSTE Y APLICACIÓN

| Año | Aplicación (%) | Usuarios (núm.) | Coste (millones) |
|------|----------------|-----------------|------------------|
| 2000 | 10 | 5.043 | 10.893 |
| 2001 | 25 | 12.607 | 27.231 |
| 2002 | 40 | 20.172 | 43.571 |
| 2003 | 55 | 27.737 | 59.912 |
| 2004 | 70 | 35.302 | 76.252 |
| 2005 | 85 | 42.866 | 92.590 |
| 2006 | 100 | 50.431 | 108.930 |

Resumiendo lo anteriormente dicho, de una cobertura actual de 254.238 personas en los cuatro servicios (204.238 si consideramos que los usuarios de teleasistencia lo son también del SAD), que supone el 21,7 por 100 de la población dependiente, pasaríamos en el año 2006 a una cobertura del 49 por 100 (ver tabla 9).

Por otra parte, tal como puede verse en la tabla 10 el coste total corriente de todos los servicios en un año sería de 326.712 millones de pesetas en el

TABLA 9. COBERTURA ACTUAL DE SERVICIOS SOCIALES Y OBJETIVOS AL AÑO 2006

| Recurso | Cobertura actual | | Objetivo 2006 | | Núm. usuarios/plazas netos a crear |
|-----------------|------------------|-----------|---------------|-----------|------------------------------------|
| | núm | Ratio (%) | Núm. | Ratio (%) | |
| 1. SAD | 107.250 | 1,7 | 347.220 | 5 | 240.970 |
| 2. Teleasis. | 50.000 | 0,8 | 138.888 | 2 | 88.888 |
| 3. C. día | 12.000 | 0,2 | 87.113 | 2 (> 80) | 75.113 |
| | | | | 1 (65-80) | |
| 4. R. asistidos | 84.988 | 1,4 | 135.419 | 1,9 | 50.431 |
| TOTAL (*) | 254.238 | | 708.640 | 4 | 55.402 |

(*) Este resultado ha de considerarse como usuarios brutos, ya que la mayoría de perceptores del SAD son también usuarios del servicio de teleasistencia.

año 2006 y en pesetas de hoy. La distribución del programa de aplicación de gasto y usuarios a lo largo de siete años supone un compromiso político y de esfuerzo de gasto social importante que queda plenamente justificado por el logro del objetivo de la calidad de vida de las personas mayores con dependencia. Al mismo tiempo el programa requeriría una inversión, pública y privada, de 259.511 millones de pesetas particularmente en centros de día y residencias de asistidos, cuya financiación será en parte pública y en parte privada.

TABLA 10. CUANTIFICACIÓN DEL COSTE DE INVERSIÓN Y MANTENIMIENTO DE RECURSOS SOCIALES

| Año | Usuarios (núm.) | Gasto corriente (millones de pesetas) |
|------|-----------------|---------------------------------------|
| 2000 | 106.285 | 65.337 |
| 2001 | 174.591 | 114.345 |
| 2002 | 242.904 | 163.350 |
| 2003 | 311.214 | 212.358 |
| 2004 | 359.276 | 250.492 |
| 2005 | 407.338 | 288.609 |
| 2006 | 455.402 | 326.712 |

Desde el punto de vista de la financiación entendemos que ha de hacerse en base a los presupuestos generales del Estado. Ahora bien, para hacerse una idea

precisa del coste efectivo del gasto corriente en servicios sociales han de descontarse las aportaciones de los usuarios que son los gastos de alimentación y alojamiento que no forman parte del coste de protección de la dependencia y que hemos estimado del modo siguiente: el 10 por 100 del coste total del gasto del SAD igual porcentaje en el servicio de teleasistencia el 37,5 por 100 que aporta el usuario en los CD como pago de alimentación y extras y el 40 por 100 que aportan los usuarios de las residencias de asistidos. Todo ello totaliza una aportación de los usuarios de 85.179 millones de pesetas en el año 2006 en pesetas de hoy. La distribución de dicha aportación en el tiempo es como sigue (tabla 11):

TABLA 11. APORTACIONES DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS SOCIALES

| Año | Aportaciones del usuario (millones) |
|------|-------------------------------------|
| 2000 | 14.758 |
| 2001 | 27.535 |
| 2002 | 40.312 |
| 2003 | 53.090 |
| 2004 | 63.789 |
| 2005 | 74.484 |
| 2006 | 85.179 |

Ahora bien, para saber el coste neto del programa tenemos que descontar aquellos ahorros e ingresos de la Administración pública. En concreto, el ahorro que suponen las percepciones de parados que se contratarán en el programa y los ingresos procedentes de las cuotas de Seguridad Social, IVA e Impuesto de Sociedades. Una vez que hemos deducido del coste diferencial (coste bruto menos las aportaciones de los usuarios) los ahorros e ingresos del Estado, el coste neto total del programa en el año 2006 es por ejemplo, de 115.335 millones de pesetas (ver tabla 12).

Es importante destacar la *capacidad de generación* de empleo de un programa de este tipo, además de contribuir a la calidad de vida de las personas mayores dependientes. En la tabla 13 hemos sintetizado los resultados tentativos de una estimación de creación de empleo directo, sin considerar el de tipo inducido, en base a los siguientes criterios: un empleo por cada cinco usuarios de ayuda a domicilio y teleasistencia, un empleo por cada tres usuarios de centros de día y un empleo por cada dos usuarios de residencias asistidas de plazas de creación directa y un empleo por cada tres usuarios de plazas asistidas de reconversión. El resultado final es que la contribución a la creación de empleo directo por parte del programa de servicios sociales es como sigue:

TABLA 12. COSTE EFECTIVO DEL PROGRAMA DE SERVICIOS SOCIALES

| Año | Coste bruto | Coste diferencial | Coste neto (*) |
|------------|--------------------|--------------------------|-----------------------|
| 2000 | 65.337 | 50.759 | 23.327 |
| 2001 | 114.345 | 86.810 | 40.537 |
| 2002 | 163.350 | 123.038 | 57.837 |
| 2003 | 212.358 | 159.268 | 75.136 |
| 2004 | 250.492 | 186.703 | 88.547 |
| 2005 | 288.609 | 214.125 | 101.948 |
| 2006 | 326.712 | 241.533 | 115.335 |

(*) La estimación del coste neto se basa en los siguientes supuestos:

a) Se estima que del empleo generado (ver tabla 8). el 35 por 100 son parados, deduciéndose las percepciones por desempleo (600.000 pesetas anuales).

b) El 30 por 100 de un sueldo bruto medio de 2.500.000 pesetas como cuotas de la Seguridad Social.

c) Se estima un 7 por 100 del IVA como porcentaje medio sobre el coste total del programa.

d) Cuota del 35 por 100 sobre un margen de beneficios del 10 por 100 sobre el total del programa de gastos.

TABLA 13. CREACIÓN DE EMPLEO DIRECTO EN SERVICIOS SOCIALES

| Año | Aplicación (%) | Empleo (núm.) |
|------------|-----------------------|----------------------|
| 2000 | 22 | 24.756 |
| 2001 | 37 | 41.415 |
| 2002 | 52 | 58.074 |
| 2003 | 67 | 74.734 |
| 2004 | 78 | 86.845 |
| 2005 | 89 | 98.953 |
| 2006 | 100 | 111.063 |

Si tenemos en cuenta la importancia del sector privado en la de servicios sociales hay que contar con que parte de la inversión será generada por parte de este sector. Ello requerirá facilitar incentivos a la inversión tanto crediticios como fiscales sobre todo en la creación de Centros de día y Residencias asistidas cuyo coste, como hemos visto, es muy elevado. Hay que considerar también que la inversión en equipamientos sociales es una fuente de generación de empleo muy importante y que aquí no detallamos.

B. CUANTIFICACIÓN Y COSTE DE SERVICIOS SANITARIOS HOSPITALARIOS

La provisión de cuidados a las personas mayores requiere también nuevos gastos sanitarios. En los capítulos precedentes se ha estimado que las necesidades sanitarias son de 600 plazas de especialistas en geriatría hospitalaria, 225 hospitales de día de 15 plazas y 174 unidades geriátricas de agudos. La cobertura actual es de 150 plazas de geriatras, 35 hospitales de día y 24 unidades geriátricas de agudos, como puede verse en la tabla 14.

TABLA 14. NECESIDADES SANITARIAS HOSPITALARIAS DE TIPO GERIÁTRICO Y COBERTURA ACTUAL

| Tipología | Cobertura actual | Necesidades al año 2006 | Diferencia |
|--|------------------|-------------------------|------------|
| Especialistas en geriatría (*) | 150 | 600 | 450 |
| Hospitales de día geriátricos | 35 | 225 | 190 |
| Unidades hospitalarias de geriatría (**) | 24 | 157 | 133 |

(*) Se refiere a especialistas en plazas hospitalarias. Actualmente se ofertan 35 plazas MIR en geriatría, que en siete años permitiría alcanzar la cifra total de 395 sin esfuerzos inversores adicionales.

(**) Se entiende unidades en hospitales generales o adscritas a los mismos.

Si hubiera que cubrir la diferencia entre la actual cobertura y las necesidades potenciales al año 2006 el esfuerzo inversor sería de 79.686 millones de pesetas. Cabría pensar en una hipótesis moderada de crecimiento cuyo objetivo sea crear de aquí al año 2006: 245 plazas de especialistas en geriatría (65,8 por 100 de la necesidad), 42 hospitales de día de 15 plazas cada uno (22,1 por 100 de la necesidad) y 42 unidades geriátricas hospitalarias (31,6 por 100 de la necesidad). Obviamente, esta progresión del crecimiento de recursos debería mantenerse o aumentar en años siguientes para alcanzar los mínimos expuestos en un plazo nunca superior a los veinte años.

En consecuencia, las necesidades a cubrir y su coste serían las siguientes (tabla 15).

C. MEJORAS EN LA GESTIÓN

Hay que mencionar, finalmente, la importancia en la mejora de la gestión como herramienta de eficiencia económica. En este caso, además, viene exigida por la necesaria coordinación sociosanitaria. La creación de acuerdos marco entre los dos sistemas, sanitario y de servicios sociales, no sólo redundará en una mayor calidad asistencial, sino también en nuevos modos de concertar los gastos asumidos entre sistemas o gastos cruzados. La definición de sistemas de compensación de costes, sin duda, contribuirá a la mejora de la coordinación sociosanitaria.

**TABLA 15. NUEVOS SERVICIOS SANITARIOS GERIÁTRICOS
HOSPITALARIOS**

| Año | Aplicación (núm.) | Necesidades (*) (%) | Coste (millones) |
|------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 2000 | 6 | 4,5 | 2.516,4 |
| 2001 | 12 | 9,0 | 5.032,8 |
| 2002 | 18 | 13,5 | 7.549,2 |
| 2003 | 24 | 18,0 | 10.065,6 |
| 2004 | 30 | 22,6 | 12.582,0 |
| 2005 | 36 | 27,1 | 15.098,4 |
| 2006 | 42 | 31,6 | 17.614,8 |

(*) Las necesidades se concretan en 42 servicios, que se componen cada uno de los siguientes dispositivos: unidades de agudos de 30 camas con una estancia media de diez días y 100 por 100 de ocupación, un hospital de día de 15 plazas de 2.50() estancias al año y cinco médicos especialistas por servicio. Se estima un gasto corriente anual de 419,4 millones de pesetas por cada servicio.

IV. CONCLUSIONES

1. Las necesidades sociosanitarias afectan a una población dependiente total de 937.882 personas en la actualidad y a 1.158.119 en el año 2005. Es todo un reto para la sociedad y las administraciones públicas.
2. Tanto la cobertura actual de servicios sociales como sanitarios son bastante bajos en relación a las necesidades y en comparación a los ratios de cobertura de otros países de nuestro entorno.
3. En consecuencia, se propone un esfuerzo de gasto social tanto en servicios sociales como sanitarios de cara al año 2006. Tal esfuerzo no podrá satisfacer las necesidades actuales pero sí dar un paso importante en su cobertura y poner las bases para que en el año 2010 se disponga de una infraestructura de servicios suficiente.
4. En consecuencia, se propone un gasto social en servicios sociales de 326.712 millones de pesetas de hoy en el año 2006, que en términos netos es de 115.335 aplicado de manera progresiva durante siete años, y un gasto sanitario adicional de 41.950. El gasto total en servicios sociales (coste neto) y sanitarios a realizar, que sólo cubriría una parte de las necesidades actuales, sería:

| Año | Gasto corriente neto (millones) |
|------------|--|
| 2000 | 31.715 |
| 2001 | 57.313 |
| 2002 | 83.001 |
| 2003 | 104.508 |
| 2004 | 122.115 |
| 2005 | 139.712 |
| 2006 | 157.275 |

5. La creación de nuevos servicios supone, además de claras ganancias en la calidad de vida de las personas dependientes, una fuente de generación de empleo en servicios personales.

APÉNDICE: INCLUSIÓN DEL RIESGO DE DEPENDENCIA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

I. INCLUSIÓN DEL RIESGO DE DEPENDENCIA COMO SITUACIÓN O CONTINGENCIA CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL

El conjunto de medidas que podrían plantearse para salir al paso del gran problema de la dependencia de las personas mayores cabría desarrollarlas, bien dentro del esquema actual de los servicios sociales, bien en el marco de la Seguridad Social. Las diferencias entre ambos modelos son considerables y, desde luego, tienen que ver con la concepción ideológica que las diferentes alternativas políticas tienen sobre la importancia de la protección social en un país determinado. Se considera muy pertinente reflexionar seriamente sobre ellas antes de tomar decisiones al respecto.

El resumen del estado de la cuestión en tomo al asunto de la dependencia, tanto en España como en el entorno europeo más amplio se presenta a continuación, según se recoge en un trabajo reciente (Rodríguez, 1998):

II. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

El Plan Gerontológico, aunque publicado en 1993, se puso en marcha en 1991, después de ser asumido tanto por la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales como por el Consejo Interterritorial de Salud. En el mismo se contenía una serie de propuestas programáticas que, en su conjunto, y de haberse realizado, habrían supuesto un gran avance en cuanto se refiere la protección social de la dependencia. Algunas de las medidas del mencionado Plan que no se han cumplido, entre aquellas que cabe encuadrar o relacionar con las situaciones de dependencia de las personas mayores, son las siguientes:

- «Establecer un complemento de pensión en favor de los pensionistas con ochenta o más años, sin recursos económicos suficientes y que no puedan valerse por sí mismos para la realización de las AVD, a fin de posibilitarles la ayuda de una tercera persona» (1.2.1, Área 1).

- Todas las medidas incluidas en los objetivos 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 y 2.5, del Área 2, y que se refieren a la adecuada atención sanitaria a las personas mayores, tanto desde la atención primaria, como desde la especializada.
- Todas las medidas establecidas para «conseguir la integración y coordinación de los servicios sanitarios entre sí y con los servicios sociales» (definición de mapas sociosanitarios, establecimiento de unidades de coordinación por cada una de las áreas, etc.).
- «Establecer la normativa que regule la obtención de prestaciones para la adaptación de las viviendas, así como para la adquisición de ayudas técnicas» (2.2.1 del Área 3).
- «Lograr una cobertura del 1 por 100 de personas >65 años en viviendas tuteladas» (2.2.4 del Área 3).
- «Llegar a una *ratio* del 8 por 100 en la extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio» (2.7.5 del Área 3).
- «Conseguir una cobertura en teleasistencia del 12 por 100 de las personas mayores que viven solas y están en situación de riesgo» (2.7.9 del Área 3).

Desarrollar y extender los servicios de centros de día y de estancias temporales, así como diversas modalidades de apoyo a la familia (incremento deducciones fiscales, programas de información y de formación, etc.).

«*Garantizar* una plaza residencial a toda persona mayor en estado o situación de necesidad..., llegando a conseguir, como mínimo, una *ratio* de 3,5 plazas» (objetivo 2.15 del Área 3).

Como reiteradamente se ha puesto de relieve en este informe, la actual situación de cobertura de recursos, tanto del ámbito social como del sanitario, para ofrecer la atención que precisan las personas mayores dependientes está muy lejos de los objetivos que se plantearon en el Plan Gerontológico.

Por otra parte, la entrada del sector privado en el ámbito de los servicios sociales, masiva en los últimos años, se está realizando sin exigir suficientes criterios de calidad de servicio y sin imponer la realización de evaluaciones en el cumplimiento de los contratos y concursos. Al descuidarse de manera grave aspectos esenciales ligados tanto a la calidad del servicio como a la calidad de vida de las personas atendidas (prima siempre el criterio del precio sobre los demás) se están lesionando gravemente los derechos esenciales de las personas mayores.

III. LA SITUACIÓN EN EL RESTO DE EUROPA

Si cruzamos nuestras fronteras, podremos observar cómo en los últimos tiempos están teniendo lugar iniciativas interesantes en el campo de la atención gerontológica en el ámbito europeo que, de manera sumaria, cabría condensar en que las sociedades más avanzadas están asumiendo de manera generalizada la necesidad de incluir entre las políticas sociales la protección específica de la dependencia, como situación o riesgo protegible. Los diferentes modelos que existen podrían sintetizarse en los que se han adoptado o se están elaborando en los siguientes países:

A. ESCANDINAVIA Y PAÍSES BAJOS: MODELOS DE PROTECCIÓN PÚBLICA AVANZADA

- *Sistema público de tipo universal (financiación por vía impositiva)*. Países escandinavos. En el conjunto de ellos no se plantea la protección específica, porque hace ya muchos años que cuentan con ella. En estos momentos existe una preocupación por racionalizar el gasto y mejorar las prestaciones, priorizando la atención a quienes presentan necesidad de ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- *Sistema público gestionado en gran medida por la iniciativa social*: Holanda. La extensión de dispositivos y equipamientos dirigidos a la protección de la dependencia la realizan como una ampliación de la protección sanitaria. Cuentan con ratios muy altas de servicios, tanto de atención domiciliaria como de residencias y viviendas.

B. PAÍSES QUE HAN INCORPORADO RECIENTEMENTE LA DEPENDENCIA MEDIANTE

REGULACIÓN JURÍDICA. SIGUIENDO DIFERENTES MODELOS

— *Sistema de cobertura a través de la Seguridad Social contributiva*: Austria lo reguló por Ley en julio de 1993. Alemania por Ley federal de mayo de 1994. Luxemburgo acaba de aprobarla (1999). En los tres países se concibe la protección de la dependencia como la «quinta columna de la Seguridad Social», considerándola una contingencia del mismo tipo que la enfermedad, el desempleo, los accidentes de trabajo y las pensiones (las prestaciones son universales y no están sometidas a la prueba de recursos económicos).

— *Sistema de cobertura a través del sistema de asistencia social*: Francia (Ley de protección específica de dependencia de diciembre de 1996). Es una regulación provisional, que será revisada después de haberse evaluado los

resultados de su aplicación. Las primeras evaluaciones son mayoritariamente negativas y está planteada la necesidad de una cobertura más extensiva.

C. PAÍSES EN LOS QUE EXISTEN PROPUESTAS CONCRETAS LEGISLATIVAS PARA PROTEGER LA DEPENDENCIA COMO SITUACIÓN ESPECÍFICA

— *Bélgica*: partiendo de una extensión de recursos sociosanitarios muy alta, existen propuestas concretas del Gobierno de ampliación y sistematización mediante regulación normativa.

— *Reino Unido de Gran Bretaña*: Después de un debate general sobre si la Ley inglesa deberá seguir el modelo universal de salud o el de servicios sociales, sometido a prueba de recursos, la opinión pública se ha mostrado favorable al primero. Una Comisión nacional creada en 1998 está elaborando distintas opciones para el debate.

Todo este conjunto de iniciativas, por otra parte, está en consonancia con las propuestas que se han realizado por organismos internacionales, como la OCDE y el Consejo de Europa, en cuyo seno han existido grupos de expertos que han debatido largamente sobre las necesidades de las personas dependientes. En ambos se ha acabado por recomendar la implantación en los países miembros de sistemas de protección social específicos.

IV. CONTENIDO DE LA PROPUESTA FINAL

Teniendo en cuenta todo lo que ha sido expuesto a lo largo de este informe, y teniendo en cuenta también las propias demandas de las personas mayores, expresadas claramente en el seno del Congreso Estatal de Mayores celebrado recientemente, se defiende que la solución más eficaz para hacer frente al problema de la dependencia sería *presentar al Parlamento un proyecto, o en su caso, proposición de ley de protección social de las situaciones de dependencia*. Se considera que dar ese paso es la opción más solidaria que la sociedad española puede ofrecer a un sector importante de la población formado por un millón de personas que tienen necesidad de ayuda para los actos esenciales de la vida diaria y por cerca de cuatro millones de familiares que se ven afectadas por su cuidado. La mayoría de las personas dependientes son de avanzada edad. Estas, después de haber vivido una difícilísima etapa de la historia de España y haber contribuido con grandes esfuerzos a su actual desarrollo, se encuentran, al final de sus días, con una situación de necesidad grave no cubierta por los actuales mecanismos de protección social, y que es fruto, precisa y paradójicamente, de ese mismo desarrollo.

Los criterios fundamentales que debieran contenerse en la formulación de la ley mencionada son los siguientes:

- A) El sistema de protección estará incardinado en el ámbito de la Seguridad Social, con *garantía de derecho subjetivo*, con independencia de que la financiación se realice vía impositiva (modelo PNC's) o vía cotizaciones sociales (Sistema contributivo de Seguridad Social).

Situarse en el esquema de la asistencia social o de los servicios sociales, como se ha hecho, por ejemplo, en el ensayo de la Ley francesa de protección a la dependencia puede originar problemas que ya se han detectado en las primeras evaluaciones efectuadas en el país vecino (ODAS, 1998). El más significativo es el proveniente de las dificultades encontradas en los diferentes Departamentos para el control de las rentas, lo que, además de dificultades de procedimiento, de incremento de la burocracia y del gasto, origina en ocasiones decisiones que producen agravios comparativos, falta de equidad y desprotección de muchas personas con graves problemas de dependencia pero situadas en la franja de renta que establece la exclusión. Hay que considerar, para el caso de España, que decidirse por este modelo llevaría aparejado, además, que, teniendo en cuenta la gran descentralización que existe constitucionalmente en el ámbito de los servicios sociales, no se resolvería el problema ya existente de los desequilibrios de protección entre las diferentes comunidades autónomas, sino que acaso se agudizaría.

Seguir, por tanto, el camino marcado por las leyes alemana, austríaca y luxemburguesa, que han considerado la dependencia como una contingencia más a cubrir por la Seguridad Social, parece la mejor vía silo que se pretende es proteger en paridad con otros riesgos (Sanidad, Pensiones) las situaciones de dependencia.

- B) Aunque la mayoría de las personas dependientes que no están protegidas socialmente son mayores de sesenta y cinco años, el ámbito de la ley debería ser para toda la población dependiente, sin requisitos de edad. Ello implicaría la necesidad de revisar el sistema de invalidez de la Seguridad Social, sobre todo en los aspectos referidos a la gran invalidez, ayuda en favor de familiares, complemento por ayuda de tercera persona y asignación por hijos minusválidos a cargo. Desde luego, puede parecer complejo (y sin duda lo es) llevar a cabo una reforma de esta naturaleza, pero dar ese paso sería la mejor vía para acabar con el diferente trato que el propio sistema de Seguridad Social otorga ante parecidas situaciones de necesidad, ya que está protegida la gran invalidez, tanto en las pensiones contributivas como en las no contributivas y también está prevista la ayuda de tercera persona en la LISMI. Sin embargo, no se protege la grave dependencia contraída después de la jubilación.
- C) El nuevo sistema debe establecer vías explícitas y concretas de coordinación sociosanitaria (mapa, equipos, programas de intervención, etc.) y fijar taxativamente para cada tipo de recurso o servicio las

responsabilidades del sistema sanitario y de los servicios sociales, así como los módulos de financiación compartida.

- D) El modelo de atención a través de servicios sociosanitarios diseñado debe ser complementario y convergente con los cuidados suministrados por el denominado apoyo informal (familia, allegados y voluntariado), al cual se estimulará mediante programas, servicios y prestaciones que mitiguen el esfuerzo en ocasiones abrumador que soporta.
- E) La opción del modelo propuesto debiera priorizar los servicios con preferencia a las prestaciones económicas, porque con ello se evitan riesgos y efectos perversos como los siguientes: que la prestación sea utilizada como incremento de la renta familiar, sin garantía de atención de calidad a la persona dependiente, y que desincentive la incorporación al mundo laboral de las mujeres (inmensa mayoría entre las personas que prestan cuidados informales). Por el contrario, la opción servicios es garantía de mejor atención y, además, constituye una alternativa capaz de crear un número muy considerable de empleos, muchos de ellos entre los sectores de población que más difícil tienen el acceso al trabajo (parados de larga duración y mujeres de mediana edad).
- F) El modelo debe establecer un sistema único, para todas las comunidades autónomas, de valoración de la dependencia, que se llevaría a cabo por equipos multidisciplinares (médico/a, psicólogo/a, enfermero/a y trabajador/a social).

El establecimiento de un dispositivo legal de esta naturaleza debe prever el desarrollo de un importante conjunto de programas y servicios, como son los siguientes:

1. *De carácter preventivo.*—La dependencia, casi siempre, es un efecto multifactorial originado a causa de un largo proceso que tiene que ver con inadecuados hábitos de salud y con falta de preparación y adaptación a los cambios. Por ello, deben programarse y garantizarse programas preventivos que tengan que ver con aspectos bio-psico-sociales en los estilos de vida.
2. *De reforzamiento y ampliación de los dispositivos y servicios de atención del ámbito sanitario*, en línea con las previsiones que ya se contenían en el Plan Gerontológico, y que se han enunciado arriba. En concreto, se planificará para actuar, según los niveles en:
 - 2.1. *Atención primaria:* Programas generalizados de formación a los equipos en geriatría y gerontología; protocolización de la atención a

las personas mayores, atención integral domiciliaria, en coordinación con los servicios sociales y con la atención especializada.

- 2.2. *Atención especializada:* Desarrollo de servicios de geriatría hospitalarios integrados en la red hospitalaria pública; generalización de unidades geriátricas de agudos, de convalecencia y de cuidados paliativos y de hospitales geriátricos de día; definición clara del modelo de cuidados de larga duración de tipo institucional.
3. *De amplio desarrollo de los servicios comunitarios*, con especial énfasis en los servicios y atención domiciliaria, muy escasamente dotados en la actualidad, tanto en extensión como en intensidad y calidad de la atención recibida (SAD, teleasistencia, comidas y lavandería a domicilio, acompañamiento, etc.)
4. De implantación de *programas de vivienda*, tanto para adecuar el propio domicilio a los requerimientos de las dificultades de la persona, como de diseño de una red de viviendas alternativas, accesibles para personas dependientes.
5. De consolidación de los *servicios intermedios*: centros de día y de noche, estancias temporales en residencias, etc., atendiendo claramente a sus dos objetivos básicos: mejorar la atención de la persona dependiente y la calidad de vida de su cuidador/a habitual.
6. *De mejora de la red de residencias*, que deberán asegurar, tanto la atención y adecuación de la asistencia sociosanitaria, como su calidad ambiental y, también, el plan de vida de las personas residentes.
7. De los programas de información y de formación de familiares y otros cuidadores informales, a quienes se deberá incorporar siempre en la planificación de las intervenciones del resto de *los programas señalados*. *Entre los programas de apoyo familiar, convendría atender especialmente los de sustitución*, mediante el SAD o los servicios intermedios, y también mediante otros, como las vacaciones para dependientes. Asimismo, sería muy conveniente, de manera complementaria, prever mecanismos de *permisos sin sueldo y excedencias* para períodos intensivos de cuidado, garantizando las cotizaciones sociales.

RECOMENDACIONES

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

I. LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA LEGISLACION DE CARÁCTER GENERAL

1. Se propone que en todo tipo de elaboración legal sea un referente sistemático la persona mayor en situación de dependencia, por cuanto en la legislación actual no se contemplan las especiales necesidades de las personas mayores.
2. El artículo 211 del Código Civil, relativo a internamientos involuntarios, tiene en la actualidad una redacción que se considera especialmente perjudicial para las personas mayores, por lo que debería especificarse concretamente la aplicación de este artículo a los internamientos carentes de declaración de voluntad expresa por parte de los mayores.
3. Se propone un cambio en el artículo 234 del Código Civil, de forma que permita la designación como tutor de la persona mayor incapacitada aquel a quien hubiera designado el incapaz, cuando se encontraba en pleno uso de sus facultades, mediante documento notarial.
4. Se debe potenciar el empleo de la curatela, para evitar cualquier tipo de exceso de protección con la figura de la incapacitación genérica.
5. La vejez se debe considerar un agravante de la responsabilidad penal cuando la persona mayor es el sujeto pasivo del presunto delito o falta.
6. Se debe tipificar o delimitar con mayor concreción aquellas acciones que suponen «maltrato» a algunos colectivos, entre los que no se puede olvidar a las personas mayores.

7. El Código Civil debiera hacer mención expresa del hecho del abandono de personas mayores, especialmente de aquellas dependientes.

II. LA PROTECCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES DESDE EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO

1. Análisis del desarrollo normativo en el ámbito estatal y autonómico

1. Debería profundizarse en la consolidación de normas de ámbito estatal, autonómico y local, que hicieran posible la creación, desarrollo e instauración de la atención sociosanitaria. De aquí se derivarían normas que tuviesen en cuenta los sistemas de financiación, la catalogación de las prestaciones, etc.
2. La normativa estatal debe velar por principios generales de igualdad, solidaridad, cooperación interterritorial, coordinación general, etc., de las normativas de atención sociosanitaria para evitar condiciones de desigualdad en las diferentes comunidades autónomas.
3. La dependencia se debe tener en cuenta como una contingencia protegible en cualquier momento de la vida de una persona, ya que en la actualidad es tenida en cuenta en la etapa de actividad laboral pero no en la etapa posterior a la jubilación.
4. Se debe vigilar la estricta aplicación de las normativas sociales y sanitarias que evitan la posible discriminación por diversas razones, entre las que se encuentra la edad.

2. La Ley General de Sanidad

5. Se debe potenciar el derecho de las personas mayores a participar en la política sanitaria y en el control de su ejecución, como viene recogido en la Ley General de Sanidad (LGS) en su artículo 5 (referido al conjunto de los ciudadanos).
6. Se deben vigilar estrechamente los sistemas de comunicación de información, especialmente cuando el sujeto no esté capacitado para tomar decisiones, ya que existe una posible colisión en la redacción actual del artículo 10.6.b) de la LGS y el Código Civil.

3. *Ley General de la Seguridad Social y legislación laboral*

7. Fomentar medidas que permitan compatibilizar el trabajo con la prestación de cuidados, por lo que se considera de especial importancia la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.
8. Se debe velar por la igualdad en las prestaciones sociales, especialmente en referencia a las pensiones de jubilación, contributivas y no contributivas.
9. Se considera necesario establecer un sistema de compensación económica adicional que financie las situaciones derivadas de la dependencia.

2. **ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA**

I. **POTENCIACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD) COMO ALTERNATIVA EFICAZ Y COMO PROGRAMA GENERADOR INMEDIATO DE SOLUCIONES**

1. La *ratio* actual de personas mayores recibiendo atención por los SAD es ligeramente inferior a 1,5 por 100. El Plan Gerontológico proponía alcanzar una cifra del 8 por 100, sin especificar el número de horas de atención. Este informe estima que, en el año 2006, al menos se deberá conseguir una *ratio* de cobertura del SAD del 5 por 100 de las personas mayores de sesenta y cinco años, con una dedicación mínima de siete horas semanales.
2. El cuadro de profesionales cualificados del SAD (trabajadores/as sociales, enfermeros/as) deberá ser suficiente en número y en formación para desarrollar un trabajo adecuado de planificación, seguimiento y evaluación del programa.
3. En Teleasistencia la cobertura actual es de aproximadamente 50.000 usuarios. En el año 2006 se deberá haber extendido el servicio de Teleasistencia domiciliaria a 150.000 personas mayores dependientes, frágiles o que vivan solas.

II. DEFINICIÓN DEL MODELO DE CUIDADOS INSTITUCIONALES DE LARGA DURACIÓN Y EXTENSIÓN DE SERVICIOS

1. La *ratio* actual de personas mayores viviendo en centros residenciales es de 2,98 por 100. Se debería alcanzar en el año 2006 al menos una *ratio* de 4 plazas, por cada 100 personas mayores de sesenta y cinco años, de atención institucional en centros que garanticen la calidad e idoneidad de los cuidados que precisan las personas dependientes.
2. Se deben establecer estándares de calidad mínimos en centros públicos y privados que atiendan a personas dependientes y exigir su cumplimiento.
3. Los centros deben acreditar que su *ratio* de profesionales garantiza, en cantidad y en calidad, la atención adecuada en todas las dimensiones de la persona (bio-psíquica-social).
4. Deben establecerse módulos de financiación por cargas de trabajo, mediante los que se garantice no sólo la atención social, sino también la asistencia sanitaria adecuada a las necesidades de los usuarios en los centros e instituciones, asistencia sanitaria a la que todos los ciudadanos tienen derecho de forma universal y gratuita.

III. APOYO A FAMILIAS CUIDADORAS: CENTROS DE DÍA Y ESTANCIAS TEMPORALES

1. La *ratio* actual de plazas en centros de día es inferior al 0,2 por 100 (algo más de 6.000 plazas), muy lejano de un 0,5 por 100 aconsejable. Este informe estima además que en el año 2006, las plazas deberán aumentar hasta alcanzar, al menos, una *ratio* del 2 por 100 para mayores de ochenta años.
2. Deben establecerse, exigiendo su cumplimiento, estándares de calidad que garanticen una atención adecuada en los centros de día.
3. Deben generalizarse los programas de estancias temporales en residencias, utilizando a este fin al menos un 2 por 100 de las plazas existentes.

4. Igualmente deben extenderse los programas de vacaciones para personas mayores dependientes (al menos un programa por área o sector sociosanitario).

IV. ACCESO A LOS SERVICIOS Y SECTORIZACIÓN

1. En el año 2006 se deberá disponer de un diseño completo de mapas de áreas o sectores sociosanitarios, integrando las actuales áreas de salud y las de servicios sociales.
2. Debería existir en cada una de las áreas una comisión para garantizar los procesos de disposición y asignación de recursos.
3. Se debería crear al menos un equipo multidisciplinar de «evaluación de la dependencia», en cada una de las áreas, formado, al menos, por un médico especialista en geriatría, un psicólogo y un trabajador social.
4. Se deberían eliminar los topes de ingresos para acceder al sistema de servicios sociales, estableciéndose requisitos de igual naturaleza en todo el Estado español.
5. Deberá existir un «catálogo» mínimo y obligatorio de recursos de atención social y sanitaria, o sociosanitaria, que garantice la equidad en el acceso a los servicios sociales, en cualquier territorio de las diferentes comunidades autónomas.

V. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

1. Los profesionales de residencias y centros de día acreditarán que poseen conocimientos específicos y suficientes en geriatría y gerontología (al menos 15 créditos).
2. Los responsables y coordinadores del SAD y de teleasistencia contarán con acreditación de que han recibido formación suficiente para ofrecer atención individualizada de calidad (al menos 15 créditos).
3. Los directores y gestores de centros y servicios tendrán formación suficiente tanto de contenido gerontológico como de técnicas de gestión y recursos humanos para garantizar la competencia de su trabajo (al menos 20 créditos).

4. El personal cuidador de los distintos contextos (SAD, teleasistencia, centros de día, residencias...) debe acreditar su formación en temas como aspectos bio-psico-sociales de la vejez, técnicas de comunicación, escucha activa, relación de ayuda, etc. (al menos 10 créditos).
5. Las instituciones públicas y privadas gestoras de centros y servicios promoverán la investigación en los diferentes recursos de atención, mediante el establecimiento de incentivos claros a los profesionales que participen en programas de investigación.
6. Tanto la Administración del Estado como las diferentes comunidades autónomas y corporaciones locales, en sus diversos ámbitos competenciales, dedicarán anualmente una partida presupuestaria específica para impulsar la investigación en el ámbito gerontológico.

3. ASISTENCIA SANITARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA EL MARCO GENERAL

1. Debe planificarse una asistencia sanitaria que reconozca las diferencias de las personas mayores y ofrezca un sistema de cuidados de salud adaptados a dichas diferencias.
2. La asistencia sanitaria a las personas mayores debe ser de la misma calidad que la prestada a los adultos más jóvenes, disfrutando del mismo acceso a la tecnología y a todos los medios diagnósticos y terapéuticos.
3. Debe garantizarse la equidad en el acceso a los recursos especializados, atenuándose la enorme variabilidad interterritorial existente actualmente y mejorando la provisión de recursos en aquellas zonas en que apenas existen.
4. Los profesionales de los servicios de salud deben recibir la formación suficiente para diferenciar las manifestaciones del envejecimiento humano fisiológico de las derivadas de la enfermedad, así como las diferencias que, con la edad, se producen en la tipología y presentación de las mismas.
5. Es esencial que las personas mayores puedan acceder a un diagnóstico y tratamiento precoces, siendo deseable la aplicación de un sistema homogéneo de evaluación de necesidades que incluya no sólo el estado de salud, sino también la situación funcional, mental y social. Este sistema

debe ser compartido por los profesionales de atención primaria y especializada y por los servicios sanitarios y sociales.

6. Debe implantarse la enseñanza de la geriatría, tal como está dispuesto en la normativa vigente, durante el proceso de formación en las facultades de medicina y en aquellas escuelas de enfermería en que no exista. Debe asegurarse que esta materia sea impartida por médicos especialistas y enfermeras expertas en geriatría.
7. Iguales consideraciones caben para otros profesionales con alto contenido geriátrico en su trabajo, como son, al menos, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Trabajo Social.

II. ATENCIÓN PRIMARIA

1. Debe garantizarse un alto grado de formación en el cuidado geriátrico de los médicos de atención primaria, mediante rotaciones obligadas por unidades de geriatría durante su período de formación MIR y, posteriormente, a través de sistemas acreditados de formación continuada.
2. Deben implantarse y evaluarse programas específicos de atención al anciano en todas las áreas de salud.
3. Es imprescindible aplicar las acciones de prevención, en los problemas geriátricos, que están actualmente recomendadas por grupos de expertos.
4. Debe facilitarse la interconsulta entre centros de salud y unidades y servicios de geriatría hospitalarios. En especial, debe potenciarse la interconsulta con las unidades de coordinación comunitaria de los citados servicios.
5. Las personas mayores que residan en la comunidad deben tener acceso a los servicios de rehabilitación de atención especializada y a los niveles asistenciales geriátricos con mayor dedicación a la recuperación funcional (hospital de día y unidad de media estancia o convalecencia).
6. Debe establecerse un sistema de auditoría de buena práctica clínica que contemple la calidad de la asistencia y los resultados de ésta y no sólo la actividad y sus costes.

III. ATENCIÓN ESPECIALIZADA NO GERIÁTRICA

1. Debería incrementarse la interconsulta entre los servicios hospitalarios que atienden a personas mayores y los servicios de geriatría en aras de mejorar la calidad de la atención a estos pacientes, especialmente si padecen problemas de salud incapacitantes como son la fractura de cadera o el accidente vascular cerebral.
2. Se deberá vigilar y auditar posibles discriminaciones por razones de edad, realizando programas de concienciación para la erradicación de este problema.
3. Debe realizarse el esfuerzo de adaptar las estructuras de atención sanitaria a las necesidades de sus principales usuarios, y no al contrario. Por lo que los accesos, circuitos internos, consultas y salas de hospitalización deben disponer de las reformas necesarias y del material adecuado para su uso por una población de edad avanzada.

IV. ASISTENCIA ESPECIALIZADA EN GERIATRÍA

1. La asistencia geriátrica a desarrollar debe ser integral, integrada, continuada y coordinada con atención primaria, con los servicios sociales de la comunidad y con las instituciones de larga estancia.
2. Se recomienda la creación de servicios de geriatría integrados en la red sanitaria general en todas las áreas de salud. Estos servicios deben ser homogéneos, contar con distintos niveles asistenciales geriátricos y ubicarse siempre que sea posible en el hospital general.
3. Los servicios de geriatría debe constar al menos de los siguientes niveles asistenciales a objeto de prestar una adecuada atención a los pacientes geriátricos:
 - a) Unidad de Agudos ubicada en el hospital general (1 unidad de al menos 20 camas por cada 250.000 habitantes). Se precisan unas 155 Unidades de Agudos más en el país.
 - b) Niveles orientados a la recuperación funcional: Hospital de Día (1 por cada 200.000 habitantes o por cada 30.000 mayores de sesenta y cinco años, es decir, unos 190 de nueva creación).

- c) Unidad de Media Estancia (1 por cada servicio de geriatría, que puede estar ubicada en un hospital diferente al hospital general).
 - d) Consulta externa.
 - e) Programas de atención geriátrica domiciliaria coordinados con atención primaria y servicios sociales.
4. Debería existir por lo menos un Servicio de geriatría con capacidad docente en cada comunidad autónoma.
 5. En aquellos hospitales en que no se hayan desarrollado servicios de geriatría existirá un equipo interconsultor geriátrico para atención a personas mayores ingresadas a cargo de otras especialidades (1 equipo de valoración geriátrica en cada hospital general) y para coordinación con atención primaria (Unidad de coordinación comunitaria).
 6. Dado que el sistema sanitario presenta un evidente déficit de especialistas en geriatría y de enfermeras expertas en esta área en los hospitales de la red sanitaria pública, debe incorporar estos profesionales en mayor número que el actual. Se recomienda un especialista en geriatría por cada 10.000 personas >65 años, lo que significarían 450 plazas de nueva creación.
 7. Deben evitarse las desigualdades interterritoriales en asistencia geriátrica. Para ello pueden servir como objetivo los niveles de provisión de servicios que se presentan en este informe.

V. CUIDADOS SANITARIOS DE LARGA DURACIÓN

1. Dada la enorme carencia de estructuras de cuidados de larga duración, debería definirse, para el conjunto del país, las directrices a seguir en el terreno de los cuidados continuados y desarrollarse posteriormente un sistema homogéneo de provisión de estos cuidados.
2. Ese sistema deberá incluir al menos la asistencia sanitaria a domicilio especializada y no especializada y la atención institucional, bien en unidades hospitalarias de larga estancia y lo en residencias asistidas suficientemente dotadas para realizar esa función.
3. Debería exigirse que antes de la inclusión de una persona mayor en un programa de larga estancia se realice una valoración geriátrica integral

especializada que evalúe si se han agotado todas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento sanitario de sus problemas antes de considerar la dependencia como definitiva.

4. Deben aplicarse instrumentos de evaluación y clasificación a las personas mayores incluidas en programas de larga duración, tanto en domicilio como en instituciones que garanticen la relación entre la necesidad y el recurso recibido. Una vez conocida la tipología de las personas atendidas por los diferentes servicios, debería dotarse, en consecuencia, a esos servicios de los recursos asistenciales que requieren sus usuarios.
5. Deben considerarse los cuidados continuados como el recurso más adecuado para un tipo de paciente determinado que se beneficia de ellos más que de ningún otro tipo de asistencia y no como una «alternativa» más económica para pacientes que requieren otros niveles asistenciales.
6. La asistencia sanitaria en residencias y unidades de larga estancia hospitalarias debe integrarse con la asistencia sanitaria en general estableciéndose sistemas de coordinación tanto con los de atención primaria como con los de atención especializada.

VI. COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS

1. Deben potenciarse las unidades de coordinación y cuidados domiciliarios, que en la práctica han demostrado ya su excelente función de nexo entre la atención especializada, la atención primaria y las residencias.
2. Deben sistematizarse vías de comunicación entre los profesionales de servicios sociales y sanitarios. Debe facilitarse a los usuarios de cada sistema el acceso a los recursos del otro, de manera que las personas mayores reciban en cada momento la atención que requiere su situación.

4. LA COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS POLÍTICAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Una correcta atención sociosanitaria a las personas mayores dependientes, exige la adopción de decisiones en el ámbito político sobre los siguientes aspectos:

1. Establecimiento de las prioridades de atención, que afectan al sistema sanitario y a los servicios sociales, en los términos desarrollados en las recomendaciones previas.

2. Cambios en los sistemas de gestión de los servicios, desarrollando fórmulas de provisión integral de los servicios, en las que puedan participar todos los implicados en la atención: servicios formales sanitarios y sociales, iniciativa social, cuidadores informales, etc.
3. Cambios en los sistemas de financiación de los recursos. Las necesidades de carácter sociosanitario se deberán sufragar con sistemas mixtos de financiación. Es necesaria la generalización de un sistema de financiación de aquellos servicios considerados sociosanitarios que proceda de las partidas presupuestarios de ambos sistemas. El incremento de estos fondos parece inevitable, ante la escasez de este tipo de recursos.

II. LOS SERVICIOS OBJETO DE COFINANCIACIÓN SOCIOSANITARIA SERÁN LOS SIGUIENTES

1. Residencias asistidas, centros sociosanitarios u otro tipo de equipamientos que ofrezcan cuidados de larga duración, independientemente de su titularidad, social o sanitaria.
2. Atención domiciliaria sociosanitaria, bien a través de sistemas de provisión integral o de coordinación de la atención social y sanitaria.
3. Centros de día o estancias diurnas para personas dependientes.

III. LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS

1. La participación del usuario en el coste de los servicios deberá ser calculada y deducida de los denominados costes sociales de éstos, es decir, los relacionados con los gastos de manutención y alojamiento.
2. El coste de la atención sanitaria en ningún caso deberá ser incluida en esta participación, ya que el acceso a la atención sanitaria es universal y gratuita para todos los ciudadanos.
3. Los sistemas de participación debieran ser homogéneos en las diferentes comunidades autónomas.

IV. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

La correcta atención sociosanitaria a las personas mayores dependientes, exige la garantía de continuidad en los cuidados entre los

diferentes niveles asistenciales sociales y sanitarios. Pero esto sólo es posible si se desarrollan estrategias estables de coordinación sociosanitaria. Para ello es necesario avanzar en los siguientes aspectos:

- a) Creación de órganos, estructuras o instrumentos de coordinación que tengan el suficiente respaldo normativo de las administraciones públicas. Las comisiones sociosanitarias de área pueden ser el lugar apropiado de entendimiento, negociación y toma de decisiones de carácter interinstitucional.
 - b) El establecimiento de criterios de sectorización acordes con las necesidades de intervención sociosanitaria. El diseño de áreas y mapas comunes de recursos sociosanitarios se configura como condición indispensable para la coordinación de los servicios.
2. Se han de elaborar criterios consensuados y flexibles de utilización de los recursos sociosanitarios disponibles en el ámbito de actuación correspondiente (comunidad autónoma, municipio, área sociosanitaria), estableciendo acuerdos estables sobre:
 - a) Uso de instrumentos de valoración estandarizados.
 - b) Circuitos de derivación entre los diferentes sistemas y servicios.
 - c) Sistema único de valoración para el acceso a los servicios.
 - d) Elaboración y uso de indicadores de evaluación de los servicios y los sistemas.
 3. La atención sociosanitaria supone la asunción de cambios en las culturas de las diferentes disciplinas y profesiones implicadas en la intervención, que exigen la asunción de procesos de reconocimiento mutuo.
 4. Para asumir y desarrollar una cultura de la atención integral allí donde se presente el estado de necesidad es necesario superar la práctica cotidiana de la derivación/expulsión entre los diferentes niveles de atención social y sanitaria que está profundamente arraigada entre los profesionales de ambos sectores, por razones de escasez de recursos y a veces por falta de motivación.

V. LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

1. La formación de los profesionales de la atención sociosanitaria en gerontología y geriatría, requiere una vez más la asunción de cambios, en este caso en las prioridades que rigen los contenidos curriculares de las diferentes disciplinas implicadas en la atención a estas personas.

2. Es urgente que se desarrollen acciones de formación continuada que cubran estas deficiencias.

VI. SISTEMAS DE COORDINACIÓN

1. El establecimiento de sistemas estables de coordinación que facilitan una atención integral a las personas dependientes, debe contar en todo momento con la participación de los usuarios y de sus cuidadores informales.

VII. LA CALIDAD DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

1. La calidad de los programas y servicios de atención sociosanitaria ha de ser vigilada y promovida desde las administraciones públicas.
2. La implantación de sistemas objetivos de evaluación de la calidad se debe generalizar, no sólo para la compra de servicios desde el sistema público, sino para la vigilancia de los que se ofertan desde el sector privado o la iniciativa social sin fin de lucro.
3. El establecimiento de estándares de calidad, que se utilizarán para la acreditación de los servicios públicos y privados, debe incluir, además de los requisitos de diseño, equipamiento, dotación de recursos humanos y materiales, etc., indicadores que garanticen el ejercicio de derechos fundamentales de las personas, como, por ejemplo: intimidad, autonomía, en su más amplia acepción, es decir capacidad de decisión sobre su vida, acceso a los medios que favorezcan su rehabilitación física o psicosocial, relaciones sociales, etc.

5. COSTES Y FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

1. El progresivo envejecimiento de la población está generando unas nuevas necesidades sociales que es imprescindible abordar en profundidad.
2. Los denominados cuidados de larga duración deben ser una prioridad en diseño asistencial actual y futuro. La cobertura actual de servicios sociales y sanitarios es muy baja en relación a las necesidades y en comparación con las ratios de cobertura de otros países de nuestro entorno.

3. La población dependiente total es de 937.882 personas en la actualidad y será de 1.158.119 en el año 2005. La atención sociosanitaria a este sector de la población supone todo un reto para la sociedad y las administraciones públicas.
4. En consecuencia, es imprescindible un esfuerzo de gasto social, tanto en servicios sanitarios como sociales, cara al año 2006. Tal esfuerzo, sin satisfacer incluso las necesidades actuales, será un paso importante en su cobertura y pondrá las bases para que en el año 2010 se disponga de una infraestructura de servicios suficiente.
5. El citado esfuerzo debería ser especialmente intenso en las siguientes áreas: protección a la dependencia, incremento de las ratios de usuarios de SAD (incluida teleasistencia), aumento del número de plazas, específicamente asistidas, en medio residencial y creación de servicios de geriatría hospitalarios con diferentes niveles asistenciales.
6. Se propone un gasto social en servicios sociales de 326.712 millones de pesetas de hoy en el año 2006, que en términos netos es de 115.335 aplicado de manera progresiva durante siete años y un gasto sanitario adicional de 41.940 millones de pesetas de hoy en el año 2006 aplicado igualmente a lo largo de siete años.
7. La creación de nuevos servicios supone, además de mejorar la calidad de vida de las personas dependientes y sus cuidadores, una fuente importante de generación de empleo en servicios personales.

6. INCLUSIÓN DEL RIESGO DE DEPENDENCIA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

1. La solución más eficaz para hacer frente al problema de la dependencia sería presentar al Parlamento un proyecto o, en su caso, una proposición de ley de protección social de las situaciones de dependencia. Se considera que dar ese paso es la opción más solidaria que la sociedad española puede ofrecer a las personas dependientes y sus familiares.
2. El sistema de protección estará incardinado en el ámbito de la Seguridad Social, con garantía de derecho subjetivo, con independencia de que la financiación se realice vía impositiva (modelo PNC's) o vía cotizaciones sociales (Sistema contributivo de Seguridad Social).
3. El ámbito de la ley debería ser para toda la población dependiente, sin requisitos de edad. Puede ser complejo llevar a cabo una reforma de esta

naturaleza, pero representa la mejor vía para acabar con el diferente trato que el propio sistema de Seguridad Social otorga ante parecidas situaciones de necesidad.

4. El nuevo sistema debe establecer vías explícitas y concretas de coordinación sociosanitaria y fijar para cada tipo de recurso o servicio las responsabilidades del sistema sanitario y de los servicios sociales, así como los módulos de financiación compartida.
5. El modelo propuesto debe priorizar los servicios con preferencia a las prestaciones económicas.
6. El modelo debe establecer un sistema único de valoración de la dependencia para todo el Estado, que se llevaría a cabo por equipos multidisciplinares (médico/a, psicólogo/a, enfermero/a y trabajador/a social).
7. El establecimiento de un dispositivo legal de esta naturaleza debe prever el desarrollo de un importante conjunto de programas y servicios, tanto de carácter preventivo, sanitario, social y de apoyo a la familia y cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA

Capítulo 1

- Alcázar Carrillo, *La Seguridad Social y la protección a la familia en España*, Madrid, Ministerio de Trabajo, 1976.
- Alonso Olea y Tortuero Plaza, *Instituciones de Seguridad Social*, Madrid, Civitas, 1997.
- Aznar López, M., «La evolución histórica de la protección a la invalidez en la Seguridad Social española», *Boletín de estudios y documentación del SEREM* núms. 7 y 11, Madrid, 1977, 1978.
- *Familia y vejez: Obligaciones familiares y solidaridad social*, Jornadas por una vejez activa, Madrid, Fundación Caja Madrid, 1995.
- Aznar López, Azúa Berra y Niño Ráez, *Integración Social de los Minusválidos. Comentarios a la Ley 13/1982, de 7 de abril*, Madrid, Instituto de Servicios Sociales, 1982.
- Barea, J., «Gastos de protección social, política de *convergencia y competitividad*», *Papeles de Economía Española*, núm. 48, pp. 79-98.
- Barreiro González, «Revisión del grado de invalidez: no es posible una vez alcanzada la edad de jubilación. La situación de gran invalidez es un grado invalidante», *La Ley*, núm. 3877, 1995.
- Bazo y Domínguez-Alcón, «Los cuidados familiares de salud a las personas ancianas y las políticas sociales», en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 73, 1996.
- Casado, M., *Bioética, Derecho y Sociedad*, Editorial Trotta, Madrid, 1998.
- Castelis y Pérez Ortiz (colaboración con A. M. Giliemard), *Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo*, Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1992.
- De Couto, R. M., *Los problemas legales más frecuentes sobre la tutela, asistencia y protección de personas mayores*, Documentos Técnicos de Acción Social, Universidad de Comillas, Madrid, 1999.
- Díez-Picazo, L. y Gullón, A., *Sistema de Derecho Civil*, Tecnos, Madrid, 1998.
- Fontanals de Nadal, M. D.; Martínez Mateo, F., y Valles i Forcada, E., «Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als anys», *Rey. Esp. Geriatr Gerontol* 1995, 30, 189-198.
- Guillén, A. M., *Políticas de reforma sanitaria en España*, Madrid, Instituto de Estudios e Investigación Juan March, 1996.
- Guía Laboral y de Asuntos Sociales del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998.

- Herce y Pérez Díaz, *La Reforma del Sistema público de pensiones en España*, Barcelona, Fundación La Caixa, 1995.
- Las prestaciones sociales para los cuidados de las personas dependientes y su vinculación con la creación de empleo*, Madrid, Unión General de Trabajadores, 1998.
- López, C.; Reuss, J. M., y Cruz Jentoft, A. J., «Una experiencia de coordinación sociosanitaria: el área 4 de Madrid», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1995, 30, 199-204.
- Maravall Gómez-Allende, U., «La coordinación socio-sanitaria: una exigencia ineludible», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1995, 30, 131-135.
- Martínez Aguayo, C., «Coordinación entre servicios sociales y sanitarios. Un modelo de atención posible», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1995, 30, 123-129.
- Martínez Maroto, A., «Las prestaciones de la Seguridad Social y otros incentivos a las familias cuidadoras», en *Sesenta y Más*. IMSERSO, núm. 114, Madrid, 1994.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Consolidación y racionalización del sistema de la Seguridad Social* (Acuerdo), Madrid, 1996.
- Ministerio de Asuntos Sociales, *La tercera edad en España, Necesidades y demandas. Un análisis de la encuesta sobre necesidades sociales y familiares de la tercera edad*, Madrid, 1990.
- Montero García, Orígenes y antecedentes de la previsión social, Madrid, 1988.
- O'Callaghan, X., y Pedreira, A., *Introducción al Derecho y Derecho Civil Patrimonial*, Centro de Estudios Ramón Areces, Madrid, 1995.
- Pealler, Gough y Therborn, Competitividad económica y estado de bienestar, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1993.
- Rodríguez Rodríguez, P., *Cuidados en la vejez. La necesaria convergencia entre los recursos Formales y el apoyo informal*. Jornadas sobre una vejez activa, Madrid, Fundación Caja de Madrid, 1995.
- Rodríguez Rodríguez, P., y Sancho Castiello, M. T., «Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1995, 30, 141-152.
- Ruano Hernández, *invalidez, desamparo e indefensión en seres humanos*, Madrid, Fundación Mapfre Medicina, 1993.
- Seguridad Social para el Sector Informal, «Temas, opciones y perspectivas. Wouter van Ginneken (OIT)», *Estudios de la Seguridad Social*, núm. 85, Buenos Aires, 1999.
- Sugden, R., «Who Cares?, an economic and ethical analysis of private charity and the welfare state», *Ocasional papers*, núm. 67, Londres The Institute of economic affairs.
- Velarde Fuentes, J., *El tercer viraje de la Seguridad Social en España*, Madrid, Instituto de Estudios Económicos, 1990.

Capítulo 2

- Aznar López, M., *Los derechos de los ciudadanos y el acceso a los servicios: perspectiva nacional y comunitaria. En la Europa Social a debate*, Salamanca, Junta de Castilla y León, 1996.
- C. E. Crecimiento, competitividad, empleo, Retos y pistas para entrar en el siglo XXI, Libro Blanco, Bruselas, 1993.
- Colectivo Ioé/INSERSO, *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*, Madrid, 1995.
- Consejo de Europa. Recommendation núm. R (98) 9, du Comité des ministres aux états membres relative á la dépendance, 1998.
- Encuesta Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1995.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Who will care? Future prospects for family care of older people in the European Union, Shankill, Co. Dublin, 1995.
- Fernández Cordón, J. A., *Les personnes âgées en Europe: Rapport national*, Espagne, Bruselas, 1992.
- Flaquer, LL., y Serratos, J., *Permanencia y cambio en la familia española*, Madrid, CIS, 1990.
- INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías*, Madrid, 1988.
- *Anuarios Estadísticos*, Madrid, 1995 y 1997.
- Informe GAUR, La situación (de los ancianos en España, Madrid, Confederación Española de Cajas de Ahorros, 1975.
- INSERSO, *Estudio sobre la ayuda a domicilio en España, Madrid*, INSERSO/FEMP (Investigación no publicada), 1990.
- *Plan Gerontológico*, Madrid, 1993.
- *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*, Madrid, 1995.
- *Guía-directorio de centros para personas mayores*, Madrid, 1995.
- *Teleasistencia domiciliaria. Evaluación del Programa INSERSO/FEMP*, Madrid, INSERSO, 1997.
- INSERSO/DATLAN, *Análisis de necesidades de personas adultas con grave discapacidad*, Madrid, INSERSO, 1996.
- INSERSO-INSALUD, *Jornadas Europeas sobre atención a las personas mayores dependientes. La respuesta socio-sanitaria*, Madrid, 1997.
- Instituto de Demografía, *Proyecciones de la población española*, Madrid, 1994.
- Izal, M.; Montorio, I., y Díaz, P., «Cuando las personas mayores necesitan ayuda», *Guía para familiares y cuidadores*, Madrid, INSERSO, 1998.
- Jamieson, A., *El apoyo informal en Europa. En Comparación de políticas de atención a las personas mayores*, SG., Ed. Barcelona, 1993.
- Jani-Le Bris, H., *Prise en charge familiale des dépendants âgés dans les pays de la Communauté Européenne*, Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin, 1993.

- Leseman, F., y Martin, C., *Les personnes âgées: dependence, soins et solidarites familia/es. Comparaisons internationales, La Documentation Française, Paris, 1993.*
- Lehr, U., y Wilbers, J., «Les femmes dans les familles a plusieurs generations», en *Gerontologie et Societé, Cahier núm. 48, 1989.*
- OCDE, *Protéger les personnes âgées dépendantes, Nouvelles orientations, Paris, 1996.*
- ODAS, *La PSD un an après: premières tendances, Paris, 1998.*
- Powell, L., y Courticc, K., *Enfermedad de Alzheimer: una guía para la familia, Pax México, México, D.F., 1990.*
- Porto y Rodríguez, P. (Editores), *Evolución y extensión del SAD en España, Madrid, IMSERSO, 1998.*
- Rodríguez Rodríguez, P., y Sancho Castiello, M. T., «Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1995, 30, 141-152.
- Rodríguez, J. A., *Envejecimiento y familia, Madrid, CIS, 1994.*
- Rodríguez Cabrero, G., *El gasto público en servicios socia/es en España (1972-1988), Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, 1990.*
- Rodríguez Cabrero, G., *La protección social de las personas dependientes, Ponencia presentada en los Cursos de verano de la Universidad del País Vasco, San Sebastián, 1997.*
- Rodríguez, P., «El Plan Gerontológico y el esfuerzo compartido en acciones para la vejez», *Documentación Social, núm. 86, Madrid, 1992.*
- «El apoyo informal a las personas mayores», en Baura, J. C., et al. , *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal, ob. cit.*
- «Serie Gerontología Social de la SEGG: Residencias para personas mayores», *Manual de orientación, Ed. SG. Barcelona, 1995.*
- «Cuidados en la vejez. La necesaria convergencia entre los recursos formales y el apoyo informal», en *Jornadas por una vejez activa, Fundación Caja de Madrid, 1995.*
- «Los centros de día, un servicio de respiro para la familia cuidadora», en VV.AA., *Centros de día para personas mayores dependientes. Guía práctica, Madrid, IMSERSO, 1996.*
- «La programación del Servicio de Ayuda a Domicilio», en Rodríguez y Valdivieso, *El Servicio de Ayuda a Domicilio. Programación del Servicio. Manual de formación para auxiliares, Serie Gerontología Social de la SEGG, De. Panamericana, Barcelona, 1997.*
- «El problema de la dependencia de las personas mayores», en *Documentación Social, 112, 33-63, Madrid, 1998.*
- Rodríguez, P., y Sancho, T., «Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad», en *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 199530, 141-152.

- Sancho Castiello, T., «Un lugar para vivir. Alojamientos alternativos para mayores», *Rey. Esp. Geriatr Gerontol* 1994, 29 (S3), 13-18.
- «Centro de día. Conceptualización, en INSERSO: Centros de día para personas mayores dependientes», *Guía práctica*, Madrid, INSERSO, 1996.
- Selmes, J., y Selmes, M. A., *Vivir con la enfermedad de Alzheimer*, Madrid, Meditor, 1990.
- Sundstron, G., «Les solidarités familiales: tour d'horizon des tendances», en OCDE: *Protéger les personnes âgées dépendantes, Nouvelles orientations*, Paris, 1994.
- Twigg, J., «Cuidadores de los ancianos: modelos para un análisis», en Jamieson; A. e Illsley, R. (ed.), *Comparación de políticas europeas de atención a las personas mayores*, oh. cit., 1993.
- Twigg, J., «Les soins informels aux personnes âgées: Problèmes de fond et solutions», *Paper para la Reunión de la OCDE*, octubre 1994, Paris, 1994.
- Twigg, J., Atkin, K., *Carers perceived: Policy and practice in informal care*, Open University Press. Buckingham, 1994.
- UNAE, *La mujer y el cuidado de los ancianos*, Madrid, 1993.

Capítulo 3

- Alarcón Alarcón, M. T., *Valoración geriátrica: Utilidad predictiva en el estudio y seguimiento de/paciente geriátrico hospitalizado. Tesis Doctoral, Universidad Complutense, Madrid, 1996.*
- Alarcón, T.; González Montalvo, J. 1.; Bárcena, A., y Salgado, A., «Estudio predictivo de las necesidades sociales al alta hospitalaria y a los seis meses en ancianos ingresados por enfermedad aguda», *Rey. Esp. Geriatr Gerontol* 1998, 33, 209-2 18.
- Alarcón, M. T., y Salgado, A., «Plan de cuidados en ancianos institucionalizados», *Rey. Esp. Geriatr Gerontol* 1994, 29, 106-112.
- Anónimo, «Conclusiones de la 1.^a mesa: “Análisis de una alternativa”. Número Monográfico sobre Análisis de la Atención Institucionalizada al Anciano», *Rey. Esp. Geriatr Gerontol* 1992, supl 1, 18.
- Arbelo López de Letona, A., Martín Hernández, R., «Asistencia geriátrica hospitalaria en la Comunidad Autónoma de Madrid 1997: Recursos y actividad», *Rey. Esp. Geriatr Gerontol* 1999 (en prensa).
- Beers, M.; Avorn, J.; Soumerai, S. B.; Everitt, D. E.; Sherman, D. S., y Salem, S., «Psychoactive medication use in intermediate-care facility residents», *JAMA* 1988, 206, 3016-3020.
- Benítez, M. A.; Hernández, P., y Barreto, J., «Evaluación geriátrica exhaustiva en atención primaria: valoración de su utilidad», *Atención Primaria* 1994, 13, 20-26.

- Benítez, M. A.; Linares, M., y Sanz, E., «Hábitos de prescripción a los ancianos en atención primaria», *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996, 31, 5-10.
- Benítez, M. A., «Geriatría como área de competencia específica», *Atención Primaria* 1994, 13, 105-106.
- Berjano, E., y Berjano, F., «La formación de los trabajadores sociales en el ámbito de la gerontología», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1999, 34, 15 1-155.
- Brennan, T. A.; Leape, L. L.; Laird, N. M.; Hebert, L.; Localio, A. R., Lawthers y cols., «Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients», *Results of the Harvard Medical Practice Study Y. N Engl J Med* 1991, 324, 370-376.
- British Geriatric Society. *Provision of services by departments of geriatric medicine*, London, 1990.
- Da Pena Álvarez, J. M., «Residencias geriátricas: una asignatura pendiente», *Atención Primaria* 1993, 11, 59-60.
- Doy, S., «Motivos por los que Cataluña reivindica gestionar la formación especializada», *Diario Médico*, 12 de mayo de 1998.
- Fernández, F.; Delás, J., y Puigdollers, J. M., «¿Hay que ingresar en hospitales de agudos a los mayores de setenta y cinco años?», *Rev. Clín. Esp.* 1987, 181, 527-529.
- Fidalgo, L.; Muñoz, J. C.; Hernando, P.; Barreda, A.; Sánchez, L., y López, C., «Prescripción farmacéutica en residencias de ancianos. Comparación con la población pensionista de un área sanitaria», *Atención Primaria* 1994, 14, 943.
- Fontanais, M. D.; Martínez, F., y Valles, E., «Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als Anys», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1995, 30, 189-198.
- Galeano, R.; Gutiérrez Rodríguez, J.; Reig C.; San Cristóbal, E., y Solano, J. J., «Estudio (le la incidencia de deterioro funcional secundario a la hospitalización en el anciano)», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1997, 32, 69-73.
- García, M. D.; Lucena, M. I.; Ramírez, J. M.; Andrade, R. J., y Sánchez, F., «Patrón de utilización de medicamentos en una población geriátrica ambulatoria», *Rev. Clín. Esp.* 1992, 191, 412-415.
- Garrido, J., «MIR ¿Hacia dónde va la especialización?», *Noticias Médicas* 1993, 3517, 22-26.
- «Geriatrics Curriculum Development Conference and Initiative», *American Journal of Medicine* 1994, volumen 97.
- González Montalvo, J. I., «Alternativas a la hospitalización convencional en el anciano», en *Del Llano y cols., Gestión Sanitaria, innovaciones y desafíos*, Barcelona, Masson, 1998, 372-394.
- González Montalvo, J. I.; Baztán, J. J.; Rodríguez Mañas, L.; San Cristóbal, E.; Gato, A.; Ballesteros, P., y Salgado, A., «Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad», *Med. Clín. (Barc)* 1994, 103, 44 1-444.

- González Montalvo, J. I.; Elosua, I., y Guillén, F., «El anciano en el servicio de urgencias: algunos mitos y algunas respuestas», *Rev. Clín. Esp.* 1990, 178, 348-352.
- González Montalvo, J. I.; Jaramillo, E.; Rodríguez Mañas, L.; Guillén, F., y Salgado, A., «Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliaria a los dieciocho meses», *Rev. Clín. Esp.* 1990, 187, 165-169.
- González Montalvo, J. I.; Rodríguez Pascual, C.; Martín, M. D.; Erroz, M. J.; Tejedor, M. T., y Ruiz Gómez, M. P., «Geriatría y atención primaria: resultados de una encuesta en el área de salud de Guadalajara», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1990, 25, 371-375.
- Guillén, F., y Ribera, J. M., «Situación y perspectivas de la asistencia geriátrica hospitalaria en España», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1997, 32, 236-238.
- Grupo de Trabajo Atención Sanitaria en Residencia y Centros Geriátricos de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, «Rol del médico de las residencias de ancianos y próximo futuro de ellas», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1997, 32, 239-241.
- Gutiérrez Rodríguez, J., Deterioro funcional secundario a la hospitalización en el anciano. Análisis de la incidencia y de los factores de riesgo asociados, Tesis Doctoral, Universidad Complutense, Madrid, 1997.
- «Health and Public Policy Committee. American College of Physicians. Long-term Care of the Elderly», *Ann Intern Med* 1984, 100, 760-763.
- Hernando, J.; Iturrioz, P.; Torán, P.; Arratibel, I.; Arrequi, A., y Merino, M., «Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios», *Atención Primaria* 1992, 9, 133-136.
- Hornillos, M.; Sanjoaquín, A.; Vena, A. B.; Sanz Aránguez, M. J.; Cuenca, M., y Diestro, P., «Medidas para mejorar la coordinación entre la asistencia geriátrica domiciliaria y los equipos de atención primaria», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1999, 34, 101-104.
- INSALUD, Secretaría General. Cartera de Servicios de Atención Primaria, Madrid, 1995.
- Secretaría General. Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores, Madrid, 1995.
- Kannus, P.; Niemi, S.; Parkkari, J.; Palvanen, M.; Vuori, Y., y Jarvinen, M., «Hip fractures in Finland between 1970 and 1997 and predictions for the future», *Lancet* 1999, 353, 802-805.
- Kemper, K. J., «Medically inappropriate hospital use in a pediatric population», *N Engl J Med* 1988, 318, 1033-1037.
- Kessel, H., «La edad como criterio», *Med Clín (Barc)* 1998, 110, 736-739.
- Libow, L. S., y Starer, P., «Care of the nursing home patient», *N Engl J Med* 1989, 321, 93-96.
- Ljunggren, G.; Phillips, C. D., y Sgadari, A., «Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries», *Age Ageing* 1997, 26 (Suppl 2), 43-48.

- Lucena, M. I.; García, M. D.; Andrade, R. J.; Hidalgo, R.; Ramírez, J. M., y Sánchez, F., «Análisis de las pautas de dosificación de medicamentos en pacientes geriátricos», *Med. Clín. (Barc)* 1992, 98, 329-332.
- Matorras, P.; De Pablo, M.; Otero, L.; Alonso López, F.; Daroca, R., y Díaz-Caneja, N., «Adecuación de los ingresos en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel», *Mcd. Clín. (Barc)* 1990, 94, 290-293.
- Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales, Plan Gerontológico, 1993.
- Miranda, M. J., «Análisis del modelo residencial público. Número Monográfico sobre Análisis de la Atención Institucionalizada al Anciano», *Rey. Esp. Geriatr Gerontol* 1992, supl 1, 13-14.
- MSD, Sistema Gráfico de Información Sanitaria en España, Madrid, 1996.
- Nuckton, T. J., y List, N. D., «Age as a factor in critical care unit admissions», *Arch Intern Med* 1995, 155, 1087-1092.
- Olsen, C. G., y Tangeman, J., «Estrategias para evitar conflictos en las residencias», *Modern Geriatrics* 1992, 4, 212-215.
- Organización Médica Colegial, Médicos Especialistas en España, Madrid, 1995.
- Organización Mundial de la Salud, Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos, Ginebra, 1974.
- Oterino de la Fuente, D., Hospitalización inapropiada: Motivos y determinantes. Tesina. Instituto Valenciano de Estudios en salud Pública, Master de Salud Pública, Valencia, 1993.
- Pascual, J.; García Gollarte, J. F., y Alfonso, R., «Estudio sobre la utilidad de la valoración geriátrica en las residencias de ancianos», *Rey. Esp. Geriatr Gerontol* 1995, 30, 246-252.
- Pérez del Molino, J., «Asistencia coordinada al anciano en la comunidad. Relación entre atención primaria de salud, servicios sociales comunitarios y el servicio de geriatría», *Care of the Elderly* (ed. esp.) 1994, 1, 221-228 y 291-296.
- Pettersen, K. I., «Age-related discrimination in the use of fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction in Norway», *Age Agein* 1995, 24, 198-203.
- Radecki, E. S.; Kane, R. L.; Solomon, D. H.; Mendenhall, R. C., Beck, J. C., «Do physicians spend less time with older patients?», *J Am Geriatr Soc* 1988, 36, 713-718.
- Radecki, E. S.; Kane, R. L.; Solomon, D. H.; Mendenhall, R. C., y Beck, J. C., «Are physicians sensitive to the special problems of older patients?», *J Am Geriatr Soc* 1988, 36, 719-725.
- «Recomendaciones de la Reunión Internacional, convocada por la Societa Italiana Geriatri Ospedalieri en Roma. Documento sobre la necesidad de servicios de geriatría en hospitales generales», *Rey. Esp. Geriatr Gerontol* 1997, 32, 123-124.
- Ribera Casado, J. M., «Servicios de geriatría hospitalarios. ¿Valen para algo?», *Medicina y Función Hospitalaria* 1995, 1, 191-197.

- Rowe, J. W., «Academic geriatrics for the year 2000», *New Engl J Med* 1987, 316, 1425-1428. Rudherg, M. A.; Sager, M. A., y Zhang, J., «Risk factors for nursing home use after hospitalization for medical illness», *J Gerontol* 1996, 51A, M189-M 194. Salgado, A., «Geriatría. Historia, definición, objetivos y fines, errores conceptuales, asistencia geriátrica», *Medicine* 1983, 50, 3235-3239.
- Saynajakangas, P.; Keistinen, T.; Honkanen, P., y Kivela, S. L., «Hospital discharges for pneumonia in Finland hetwen 1972 and 1993 in the population aged 65 or over», *Age Ageing* 1997, 26, 269-273.
- Serra, J. A.; Rexach, L.; Cruz, A. J.; Gil, P., y Ribera, J. M., «Asistencia geriátrica domiciliaria: veinte meses de experiencia», *Rev. Clín. Esp* 1992, 191, 405-411.
- Shaughnessy, P. W., y Kramer, A. M., «The increased needs of patients in nursing homes and patients receiving home health care», *N Engl J Med* 1990, 322, 21-27.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, «Documento sobre Salud y Asistencia Sanitaria», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1994, sup! 2, 35-38.
- Societa Italiana Geriatri Ospedalieri, «The indispensability of the geriatric department in the general hospital», *Geriatrics* 1996, 8, 2-106.
- Solano Jaurrieta, J. J., «Atención al anciano. Revisión de algunas recomendaciones internacionales», *Care of the Elderly*, cd. esp. 1994, 1, 11-15.
- Stuck, A. E.; Beers, M. H.; Steiner, A.; Aronow, H. U.; Rubenstein, L. Z., y Beck, J. C., «Inappropriate medication use in community-residing older persons», *Arch Intern Med* 1994, 154, 2195-2200.
- The British Geriatric Society. *Standars of Medical Care for Older People. Expectations and Recommendations*, London, 1997.
- The Research Unit, Royal College of Physicians of London. *The CARE Scheme (Continuous Assessment Review and Evaluation)*, London, 1992.
- The Royal College of Physicians and The British Geriatrics Society. *High Quality Long-term Care for Elderly People*, London, 1992.
- Training and Manpower in Geriatric Medicine*. British Geriatric Society, Training Committee, London, 1991.
- Valero, C.; Regalado, P.; González Montalvo, J. I.; Alarcón, M. T., y Salgado, A., «Valoración geriátrica integral: diferencias en el perfil de los pacientes de los distintos niveles asistenciales», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1998, 33, 81-90.
- Wetl, T., «Age as a risk factor for inadequate treatment», *Jama*, 1987, 258, 516.
- Willcox, S. M.; Himmelstein, D. U., y Woolhandler, S., «Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly», *Jama*, 1994, 272, 292-296.

Capítulo 4

- Coleman, B., «European models of long term care in the home and community», *Int J Health Services* 1995, 25.

- Eng, C.; Pedulla, J.; Eleazer, G. P.; McCann, R., y Fox, N., «Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): An innovative model of integrated geriatric care and financing», *I Am Geriatr Soc* 1997, 45, 223-232.
- Generalitat de Catalunya. Direcció General d'Ordenació y Planificació Sanitaria: Bases d'un model d'atenció socio-sanitaria, del seu finançament y del desplegament de recursos. 1990-1995: Programa Vida als Anys. Barcelona, 1989.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, «Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores», Madrid, 1994, número publicación INSALUD, 1656.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, «Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores», Madrid, 1996.
- OCDE, «L'aide aux personnes âgées dépendantes: les questions de politique sociale», en *Les nouvelles orientations de la politique sociale*, Paris, 1994.
- «Protéger les personnes âgées dépendantes», *Nouvelles orientations*, Paris, 1994.
- INSERSO, Plan Gerontológico, Madrid, 1993.
- Actas del Congreso Estatal de las personas mayores, Madrid, 1999 (en prensa).
- INSALUD-IMSERO, Jornadas europeas sobre atención a las personas mayores dependientes. La respuesta socio-sanitaria, Madrid, 1995.
- Fontanals de Nadal, M. D.; Martínez Mateo, F., y Valles i Forcada, E., «Evaluación de la atención sociosanitaria en Cataluña. La experiencia del programa Vida als Anys», *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1995, 30, 189-198.
- Plan de Mayores de la CA. de Madrid (1998).
- Plan de atención a las personas mayores de Castilla-La Mancha (1998-2002).
- INSALUD, Plan Estratégico, 1997.
- IMSERO, Actas del Congreso Estatal de Personas Mayores, 1998 (en prensa).
- Regato, P., y Sancho, T., «La coordinación sociosanitaria como eje de actuación en la comunidad», en *Atención domiciliaria. Organización y práctica*, Springer, Barcelona, 1999.
- Servei Català de la Salut. (1998). Programa Vida als Anys. Evolució 1996-1999. Memoria 1998.
- Zunzunegui, M. V., Envejecimiento y salud. Informe SESPAS, Madrid, 1997.
- Walker, 1998, *Providing Long Term Care for older people in Europe*, en prensa.

Capítulo 5

- Aznar López, M., Capítulo 5 de la Protección Social de la Dependencia en España: Legislación del estado, o. c.
- Pacolet, J., y otros, «Social Protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway», *Katholieke Universiteit Leuven*, 1998.
- Rodríguez Cabrero, G. (coordinador), «Protección Social de la Dependencia en España», MTAS, 1999.

**III. LAS NECESIDADES
SOCIOSANITARIAS DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE
EN ESPAÑA: MODELOS
DE CUIDADOS PROLONGADOS
Y COORDINACIÓN DE RECURSOS. EL DEBATE
PROFESIONAL**

**(Informe de la Asociación Multidisciplinaria
de Gerontología)**

1. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1.1. OBJETIVOS

Desde que en 1986 se pone en marcha en Cataluña el Programa «Vida als Anys» con el objetivo de desarrollar un sistema de atención integral a la gente mayor necesitada de cuidados prolongados por razón de su dependencia (Orden de 29 de mayo de 1986) se origina en diferentes lugares de la geografía española un debate entre los profesionales de la geriatría y de la gerontología al mismo tiempo que empiezan a hacerse visibles una serie de ensayos, programas y modelos de intervención sociosanitaria que después de varios años de creación de un estado de opinión abocan —bajo el impulso del Plan Gerontológico Estatal de 1992— al Convenio de Coordinación Sociosanitaria entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el entonces Ministerio de Asuntos Sociales en el año 1993. Fecha clave o punto de partida de un intento de institucionalización de la coordinación sociosanitaria y de sistematización de muy diferentes prácticas profesionales y de reorganización de los recursos al servicio de las necesidades sanitarias y sociales de las personas mayores dependientes.

Aquel punto de llegada y de partida al mismo tiempo supuso un doble desarrollo profundamente interconectado entre sí: por una parte, un despliegue de programas concretos y metodologías sociosanitarias y, por otra parte, un desarrollo teórico y técnico en relación con los objetivos, medios e implicaciones sociales y sanitarias de dichos programas en términos de políticas públicas.

Para responder a este doble desarrollo, cuya separación es sin duda arbitraria y sólo justificable a los efectos analíticos del trabajo, el Defensor del Pueblo solicita a dos sociedades profesionales dos informes sobre los programas de atención a personas mayores dependientes:

- a) El primero, realizado por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) que analiza el marco legislativo e institucional de la atención sociosanitaria, los programas existentes y los recursos sanitarios y de los servicios sociales.
- b) El segundo, realizado por la Asociación Multidisciplinar de Gerontología (AMG) objeto de este informe, que trata de recoger y analizar con el concurso de los profesionales del espacio sociosanitario las claves del

«debate teórico y la estructura motivacional» en la que se desarrolla la práctica profesional o, en palabras de la Cláusula segunda del Convenio base de este informe «un análisis cualitativo destinado a aportar el criterio de los profesionales de la sanidad y de los servicios sociales sobre los problemas de la actual situación de la atención geriátrica y gerontológica en aspectos tales como la coordinación, la interrelación y la provisión, así como las perspectivas futuras de los mismos».

Obviamente se trata de análisis complementarios de una misma realidad compleja y en proceso de cambio tanto institucional como profesional. Por ello ambos informes no se han realizado a espaldas uno del otro sino en comunicación tanto formal (a través de la Oficina del Defensor del Pueblo) Como sobre todo informal intercambiando puntos de vista y consultando la composición idónea de los grupos de profesionales que finalmente han debatido el problema de la atención sociosanitaria de las personas dependientes.

En definitiva, este informe recoge, sistematiza e interpreta de manera tentativa el debate teórico y las motivaciones profesionales de los colectivos más importantes de la atención sociosanitaria: profesionales sanitarios y de los servicios sociales así como de determinados responsables de ONG's y de instituciones públicas de ámbito regional y municipal.

1.2. METODOLOGIA

Este informe, como hemos dicho antes, pretende recoger, estructurar y comprender el haz de motivaciones y de actitudes latentes de un conjunto de profesionales implicados activamente en el desarrollo de programas, prácticas de intervención y análisis investigador relacionados directamente con la atención sociosanitaria.

Como todo estudio motivacional, de naturaleza cualitativa, es particularmente comprensivo más que representativo. Es decir, se ha pretendido analizar la naturaleza de los modelos institucionales y prácticas profesionales más «significativas» relacionadas con la atención sociosanitaria a través de las cuales poder captar las actuales transformaciones en curso de dicha atención y poder plantear alternativas plausibles —en nuestro caso recomendaciones a la Oficina del Defensor del Pueblo— que potencien la consolidación de un marco general, consensuado y aceptado por los diferentes niveles institucionales y territoriales de la atención sociosanitaria con capacidad para poder garantizar en los años venideros la calidad de vida de las personas dependientes, en concreto la de las personas mayores, de sus cuidadoras/es y de las familias afectadas en general.

Para lograr este objetivo tentativo y limitado, abierto a ulteriores desarrollos e interpretaciones, puesto que el debate teórico nunca es definitivo y siempre es provisional, hemos constituido cinco Grupos de Trabajo o Grupos de Discusión (a partir de ahora denominados como GD) cuya composición puede verse en el ANEXO 1 y cuyos debates abiertos han sido decisivos para lograr tres objetivos definidos previamente:

- A) Primero, tratar de comprender la génesis histórica en España —a través de algunas experiencias territoriales e institucionales— de la atención sociosanitaria, su porqué, las formas que adopta y las limitaciones y conflictos que afronta el nuevo reto político y profesional. Es decir, se trata de comprender el punto de arranque de la necesidad de la atención sociosanitaria y la respuesta inicial de instituciones y profesionales y las rupturas que supone con las antiguas inercias de los sistemas sanitarios y de los servicios sociales.

- B) Segundo, hemos pretendido analizar el complejo campo de fuerzas, contradicciones, intereses e incluso conflictos que está suponiendo el desarrollo de programas y experiencias de la atención sociosanitaria tratando de comprender tres desequilibrios claramente percibidos por nuestros profesionales que frenan el desarrollo de las nuevas prácticas profesionales necesarias para el desarrollo de los cuidados de larga duración exigidos por las nuevas necesidades de dependencia, a saber:
 - 1. El desequilibrio existente, ampliamente compartido por los profesionales, entre el sistema sanitario y los servicios sociales, en cuanto a su naturaleza institucional, recursos disponibles y entidad profesional, que incide poderosamente en la construcción operativa de un modelo general de atención sociosanitaria.

 - 2. El desequilibrio existente entre lo que podríamos denominar tentativamente compromiso profesional, si bien aún selectivo pero de creciente influencia, en favor del desarrollo de la atención sociosanitaria, y el recelo y resistencia institucional ante las implicaciones inevitables de crecimiento del gasto público a medio plazo, a veces magnificadas ideológicamente, y que entran en cierta contradicción con las actuales tendencias de políticas económicas de contención del gasto público y de coparticipación en el coste de los usuarios.

 - 3. Un tercer desequilibrio existente es el que afecta a los distintos niveles territoriales en el sentido de que por una parte no acaba de cristalizar una política general o de «Estado» si cabe la expresión, por otra, van apareciendo políticas y programas regionales o autonómicos

divergentes entre sí en cuanto a filosofía, recursos, organización y evaluación donde la combinación sanitario-social es de muy diferente tenor y, finalmente, el papel subordinado de los ayuntamientos en un proceso que exige un protagonismo particular si tenemos en cuenta, por ejemplo, que el Servicio de Ayuda a Domicilio (a partir de ahora SAD) depende finalmente de los municipios en cuanto a gestión y desarrollo.

Finalmente, con el concurso activo de los profesionales de los GD hemos tratado de definir de manera pragmática las alternativas plausibles capaces de reforzar las motivaciones profesionales y el desarrollo de políticas públicas que puedan favorecer la atención sociosanitaria sobre la base de que estamos ante un reto histórico en el proceso de envejecimiento de la sociedad española que va más allá de la tradicional capacidad cuidadora de la familia y que supera el marco tradicional de los sistemas de protección social del Estado de bienestar.

Se trata, como nos dirán vehementemente nuestros profesionales, de que estamos ante un reto histórico que es fruto del éxito de vivir y cuyo verdadero impacto aparecerá a partir del año 2010 pero cuya intensidad es tal en la actualidad que no puede eludirse un compromiso social, político y profesional en favor de una política organizada y coherente de cuidados de larga duración y que, además, nos dicen, requiere que el conocimiento de tal situación supere el marco limitado de los profesionales implicados y de las familias afectadas para formar parte de opinión pública y publicada única manera de reconvertir los actuales programas y experiencias en políticas generales.

La selección de los profesionales de los cinco GD se ha guiado por tres criterios de carácter significativo más que representativo:

- En primer lugar, que los GD estuvieran compuestos tanto por profesionales sanitarios como de los servicios sociales, puesto que ambos grupos constituyen la casi totalidad de los profesionales de la atención sociosanitaria. Completados en parte con representantes de Entidades Voluntarias de la atención a personas dependientes.
- En segundo lugar, se trata de establecer contrastes entre modelos. Así, por ejemplo, contrastar la opinión profesional respecto de un modelo de orientación fundamentalmente sanitaria (Modelo «Vida als Anys» de Cataluña) y otro orientado fundamentalmente hacia los servicios sociales (Servicios Sociales de las Diputaciones Forales de Euskadi) junto a otros de tipo mixto con mayor o menor énfasis en lo sanitario o en servicios sociales (Madrid, Castilla-La Mancha y Andalucía).

- Finalmente, se trataba de contrastar modelos de tipo urbano (País Vasco, Madrid y Cataluña) con otros de tipo más rural en fase de emergencia y estructuración (Castilla-La Mancha y Andalucía).

Conjugando estos tres criterios entendemos que podemos saturar el haz de problemas significativos de la atención sociosanitaria sin que sea necesaria una representatividad formal en un estudio motivacional de estas características. Ello no quiere decir que de manera siquiera indirecta no hayamos tenido en cuenta elementos de información de otros programas de carácter urbano (como el Programa Palet de la Comunidad de Valencia de 16 de mayo de 1995) u otros de tipo rural de reciente creación como pueden ser el Programa PASOS de la Comunidad Autónoma de Galicia (de 7 de mayo de 1997) o el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León (de 29 de enero de 1998). No se trataba de hacer un recorrido exhaustivo por todos y cada uno de los programas, al menos en lo que se refiere a un estudio motivacional o cualitativo como es el que aquí se plantea, sino de comprender las claves más significativas del proceso en curso de construcción de la atención sociosanitaria en una de sus vertientes: las motivaciones profesionales desde las que poder plantear algunas recomendaciones pragmáticas de política pública al servicio de la calidad de vida de las personas dependientes de sus familias cuidadoras.

No cabe duda de que un modelo de este tipo, que no es radicalmente nuevo, pero que hasta ahora estaba limitado a determinadas contingencias y escasamente alcanzaba las edades altas de la pirámide poblacional, supone un reto político para los sistemas implicados, como son el sanitario y el sistema social. No sólo es problema de costes crecientes de la atención sociosanitaria, que también lo es y no podemos olvidarlo. Es algo más, es una ruptura con las prácticas profesionales tradicionales de cuidados de naturaleza unidisciplinar que demanda una nueva forma de organización institucional y de gestión de los recursos y abre una nueva vía de desarrollo de la protección social como respuesta a las consecuencias del envejecimiento de la población.

Desde este punto de vista este informe, por la magnitud del proceso en curso, no puede sino ser una contribución limitada y tentativa a la clarificación del actual debate científico y político sobre el devenir de la atención sociosanitaria del que es profundamente deudor y a cuya mayor racionalidad trata de contribuir.

2. LOS ORÍGENES DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: UNA REFLEXIÓN HISTÓRICA

El necesario compromiso institucional (GD 4).

Formalmente hablando, la atención sociosanitaria arranca en 1986 con el Programa «Vida als Anys» de la Comunidad Autónoma de Cataluña. Entre ese año y 1993 se desarrolla un debate minoritario entre profesionales y algunos responsables públicos que aboca al Convenio de Coordinación Sociosanitaria entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y el entonces Ministerio de Asuntos Sociales en dicho año de 1993 que marca un hito y es punto de referencia de lo que se va denominar discurso de la Coordinación Sociosanitaria; entre 1993 y la actualidad asistimos a una reducción de la fuerza simbólica que tuvo el convenio citado de 1993 para pasar a políticas más limitadas, no por ello menos importantes, tanto a nivel sanitario (Plan Estratégico 1998-2001 del INSALUD) como a nivel del desarrollo de programas autonómicos de tercera edad pero que en todo caso suponen una cierta congelación de lo que podríamos llamar políticas de Estado que sin duda, y a ello volveremos, suponen procesos de negociación política altamente complejos.

¿Cómo perciben e interpretan los profesionales sociosanitarios este desarrollo tan esquemáticamente esbozado? ¿Cuál es el origen concreto de la atención sociosanitaria? La respuesta al interrogante es que no existe un único origen como era de prever. Puede afirmarse que la tradición de cada comunidad autónoma, sobre todo en cuanto a recursos en servicios sociales y en parte en cuanto a prácticas profesionales sanitarias, condicionan el punto de partida y, en cierto modo, determinan el desarrollo de los programas o actuaciones de intervención de los profesionales. Es decir, que la realidad de cada comunidad autónoma, sus políticas y recursos se enfrentan de manera relativamente diferenciada al fenómeno del envejecimiento y al impacto de la dependencia.

Así, por ejemplo, el GD de Cataluña (GD 1) señala como el punto de partida de la atención sociosanitaria arranca desde «una visión casi exclusivamente sanitaria» para posteriormente irse articulando desigualmente con los servicios sociales. Y es que la iniciativa, con la excepción relativa de El País Vasco, procede casi siempre en sus orígenes del ámbito sanitario tanto por una conciencia constatada de que los procesos de curación hospitalarios no resuelven las situaciones complejas y dramáticas de dependencia, como por la presión indudable que supone el coste sanitario de las personas dependientes a las que los profesionales no califican como carga económica. Más bien constatan la imposibilidad de resolver los problemas de la dependencia con los solos recursos sanitarios aunque éstos tengan un mayor peso que los recursos de los servicios sociales.

Asumiendo que la fuerza impulsora inicial de la atención sociosanitaria es crucial, aunque no única desde luego como señalan nuestros profesionales, no cabe duda de que este punto de partida ha condicionado todo el desarrollo posterior de los modelos no sólo por el «origen sanitario», sino también por el desarrollo desigual existente entre el modelo sanitario (universal, gratuito, con amplia capacidad de recursos) y el modelo de servicios sociales (limitado,

sometido a carga de prueba y de escasos recursos) a lo que posteriormente nos referiremos.

La construcción del espacio sociosanitario como conjunto de recursos, metodologías de intervención y prácticas profesionales interdisciplinarias se enfrenta así a un origen complejo que llega hasta hoy y lastra el potencial de dicho espacio sociosanitario, puesto que entran en conexión una red articulada, la sanitaria y otra red con menor articulación, los servicios sociales, esta última con grandes «carencias» (GD 2, País Vasco) que se ve obligada, como señalan los profesionales de El País Vasco a asumir «cargas sanitarias» (sobre todo en residencias) crecientes, costosas de financiar y que desbordan el ámbito tradicional de la residencia asistida.

El problema que aquí se plantea y que es punto nodal en todo el debate sobre la protección social y la atención de las personas dependientes es la dificultad, enfatizada y reiterada por todos los profesionales, del «acercamiento entre el sistema sanitario y el social» (GD 5, Madrid) y que después del impulso inicial de los años 1994-1996 aparece hoy parcialmente bloqueado, en parte por la pérdida de impulso político de la atención sociosanitaria y, en parte, por la precariedad de los recursos de los propios servicios sociales en comparación con los recursos sanitarios, sin cuestionar por supuesto el importante crecimiento que éstos han tenido en los últimos quince años si bien insuficientes para hacer frente al reto de la dependencia. Este desequilibrio es constatado una y otra vez en los diferentes GD, sobre todo por los propios profesionales y responsables de los servicios sociales hasta el punto de existir de manera latente e incluso explícita un recelo ante el «poder» del sistema sanitario tal como afirma un profesional de los servicios sociales de Madrid:

«Percepción desde lo social de que están en situación de absoluta inferioridad con respecto a lo sanitario» (GD 5, Madrid).

Esta primera constatación se refuerza, además, porque los servicios sociales son mucho menos conocidos que los servicios sanitarios (las personas mayores conocen mucho mejor su hospital de referencia o centro de salud que el centro de servicios sociales). Además, las necesidades sanitarias son relativamente más claras para la gente (en parte por razones culturales y de peso social de lo sanitario en cuyo análisis no podemos entrar aquí y ahora) se conoce la puerta de entrada, su curso y gratuidad ilimitada en lo que se refiere a las personas mayores. El sistema sanitario para la persona mayor es visible, lo que no sucede con el sistema de servicios sociales que sigue siendo desde el punto de vista de la imagen social menos visible y con menos «poder».

La génesis concreta de la atención sociosanitaria marca en cierto sentido la dinámica ulterior de los modelos concretos:

- Así, en el Modelo catalán de «Vida abs Anys» el sistema sanitario, transferido y con un gran peso institucional y económico, ha constituido más que en ningún otro lugar el núcleo estructurante de la atención sociosanitaria. Es un modelo fundamentalmente sanitario por sus orígenes y dinámica.
- La tradición y peso de los servicios sociales en la Comunidad Autónoma vasca supone, por su parte, que éstos se encuentren en una situación de diálogo más igualitario con el sistema sanitario, pero, a su vez, la existencia de modelos diferenciados de servicios sociales en las Diputaciones Forales les resta peso negociador. Y es que la estructura político-administrativa y fiscal así como la división competencial que otorga a cada Diputación Foral una personalidad y una autoridad propias en el campo de los servicios sociales dificulta una política común al mismo tiempo que los excluye del ámbito sanitario que es competencia del Gobierno vasco. Todo lo cual no sólo genera dificultades a la integración de políticas sociales y sanitarias, sino también a su estricta coordinación entre las Diputaciones Forales y entre éstas y el Gobierno vasco.
- En el modelo castellano-manchego los servicios sociales están tomando un importante protagonismo político, ya que el sistema sanitario no está transferido, pero la debilidad de su recurso impide asumir plenamente los nuevos compromisos asistenciales de la dependencia. El caso andaluz, por su parte, con plenas competencias en sanidad y servicios sociales se caracteriza por la compartimentalidad de los sistemas y la residualidad de sus experiencias y programas sociosanitarios a pesar del potencial de alguno de ellos. Sólo recientemente parece estar configurándose, desde el sistema sanitario (II Plan Andaluz de Salud) y en colaboración con los servicios sociales (Plan de Atención Integral al mayor) un cierto compromiso de institucionalización. Finalmente, Madrid es un caso específico, ya que a pesar de su gran concentración de recursos sanitarios y residenciales y del elevado número de geriatras y gerontólogos en comparación con otras comunidades autónomas, el desarrollo de las comisiones sociosanitarias se encuentra en una situación de cierta parálisis y el compromiso institucional estancado.

Este desarrollo desigual de la denominada coordinación sociosanitaria nos muestra una realidad: la atención sociosanitaria se está abriendo paso desde el movimiento inicial y minoritario de profesionales geriatras y gerontólogos hacia la realidad objetiva, si bien lenta, de su institucionalización y cuya definitiva cristalización depende de un compromiso político capaz de anticiparse al futuro consolidando instrumentos de intervención adecuados: protocolos específicos, formas de coordinación y metodologías interdisciplinares y, desde luego, que sea

capaz de hacer crecer los escasos recursos en servicios sociales de manera particular.

Que este tránsito desde un movimiento de iniciativas voluntarias a otro marco de progresiva institucionalización empieza a ser una realidad puede comprobarse no sólo en los nuevos planes sanitarios y de atención a las personas mayores en las diferentes comunidades autónomas, sino también en el propio discurso político — en concreto el parlamentario— que empieza a interesarse en el problema de la protección social de la dependencia decantándose (Ponencia del Senado sobre el Envejecimiento) en favor de la «integración y coordinación de los servicios sanitarios entre sí y con los servicios sociales». De hecho el mencionado informe dedica un apartado específico a la dependencia (VIII: Dependencia de los Mayores).

La importancia de la institucionalización de la atención sociosanitaria es compartida por la totalidad de los profesionales que han debatido el problema de la dependencia entendiendo que ese compromiso político, concretado en leyes y programas y con suficiente soporte financiero, permitiría resolver muchos de los problemas actuales de la atención a las personas dependientes que precisan de manera conjunta asistencia sanitaria y apoyo social en un grado u otro para poder desenvolverse con cierta autonomía en la vida cotidiana.

De este modo, y a ello volveremos más adelante, nuestros profesionales sostienen que es necesario superar la actual fase, necesaria en la génesis, de esfuerzos parciales, ensayos de coordinación y prácticas profesionales limitadas para pasar a una nueva fase de institucionalización del modelo de atención sociosanitaria y que comprende tanto una política general o de Estado, si ello fuera posible, como un reequilibrio entre los sistemas sanitario y social que supondría un esfuerzo inversor en recursos comunitarios de base e intermedios como son los centros de día.

La constatación por parte de nuestros profesionales de que existe un cierto estancamiento de la coordinación sociosanitaria y que muchos esfuerzos se están despilfarrando no queda en simple visión negativa. En general, la mayoría de los profesionales sostienen que no se están consolidando los avances que se están realizando (GD 2, País Vasco) y que es necesario un compromiso político (GD 5, Madrid) o respuesta institucional (GD 4, Andalucía).

Esta respuesta institucional necesaria para hacer frente al reto de la atención sociosanitaria de las personas dependientes no es un recurso de los profesionales para evadir los problemas concretos de dicha atención. Por el contrario, en todos los grupos se han planteado cuestiones claves de la atención sociosanitaria que vamos a ir analizando en los epígrafes siguientes:

1. Qué son las necesidades sociosanitarias.
2. Qué es y en qué consiste la coordinación sociosanitaria.
3. En qué consiste el rol de los profesionales en el nuevo modelo emergente de asistencia y apoyo al dependiente.
- 4.Cuál es el papel de los cuidadores en la atención sociosanitaria.

3. QUÉ SON LAS NECESIDADES SOCIOSANITARIAS

La respuesta integral a un problema integral (GD 4, Andalucía).

La necesidad de la atención sociosanitaria de las personas dependientes es hoy ampliamente reconocida entre los profesionales sanitarios y sociales, responsables políticos y dirigentes de entidades voluntarias si bien no forma aún parte de la opinión pública. Sin embargo, este reconocimiento no se traduce automáticamente en un conocimiento preciso de su naturaleza y contenido tal como observan nuestros profesionales sociosanitarios y, por ello, es preciso aproximarnos a la definición de la necesidad de la atención sociosanitaria.

a) UN MODELO DINÁMICO DE ASISTENCIA

Tal como señala el GD 1 de Barcelona la atención sociosanitaria es un modelo en evolución continua y diferente de lo que sería una red sociosanitaria que es un paquete de recursos. ¿En qué consiste dicho modelo? Los debates teóricos y prácticas profesionales de los últimos años, recogidos por los GD, vienen a mantener una cierta coincidencia. Desde luego que la atención sociosanitaria no es una red de recursos ni un sistema de colaboración entre profesionales, aspectos todos ellos instrumentales, aunque sin duda cruciales. Tal como lo define un profesional de El País Vasco la atención sociosanitaria es:

Una graduación de actividades compartidas en favor de una población con necesidades sanitarias y sociales en las que hay que intervenir de manera unificada (GD 2, País Vasco).

La clave está en las necesidades sanitarias y sociales en cuanto una necesidad de nuevo tipo que afecta a colectivos crecientes de nuestra sociedad. La importancia cuantitativa potencial de la necesidad es patente en España y lo será, sobre todo, en el futuro inmediato tal como se demuestra en los otros trabajos e informes para el Defensor del Pueblo.

h) UN CONTINUO ASISTENCIAL

Desde el punto de vista de su contenido la atención sociosanitaria es la confluencia de dos necesidades en uno u otro grado: tratamientos clínicos y apoyo al ejercicio de las actividades de la vida diaria y que se traduce en cuidados domiciliarios y residenciales organizados a lo largo de un continuo asistencial. Curación y apoyo son los dos elementos claves de la nueva necesidad en la que se integran los aspectos bio-psico-sociabes de la persona dependiente. Como se señala en el GD 3 de Castilla-La Mancha estamos ante la intersección de necesidades cambiantes a lo largo del ciclo vital de las personas dependientes, particularmente en el caso de las personas mayores que constituyen el grueso del colectivo dependiente.

e) EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA DEPENDENCIA

Se trata, además, de necesidades no cubiertas y no respondidas por el sistema actual (GD 3, Castilla-La Mancha) y que en opinión de todos los grupos son tan reales, suponen tal grado de presión sobre el sistema sanitario y los servicios sociales que los profesionales entienden que estamos ante un nuevo tipo de derecho: el derecho a la protección de la dependencia como derecho social específico (GD 5, Madrid).

Este derecho sería lo que el GD 4 de Andalucía denomina como respuesta integral a un problema integral. La satisfacción de dicha necesidad debe basarse en el reconocimiento del derecho base que es función de la situación personal y de los apoyos sociofamiliares y no de su dinero (o recursos) (GD 4, Andalucía).

Los profesionales, casi unánimemente, optan por un modelo universal, puesto que la dependencia recorre todas las edades y clases sociales. Una protección social en función del criterio de los recursos disponibles es rechazada por los grupos. Ello explica el énfasis reiterado de los profesionales en destacar que mientras el sistema sanitario puede contribuir a la satisfacción de la necesidad sociosanitaria por su universalidad y estructura, aunque existan limitaciones en los recursos, los servicios sociales tienen limitaciones muy claras en cuanto a la entidad del derecho de acceso y en cuanto a recursos disponibles. Aunque volveremos más adelante a considerar este punto debe recordarse que el desequilibrio mencionado aflora continuamente en el debate de los profesionales, ya que ello condiciona la satisfacción de la necesidad sociosanitaria.

Un aspecto que preocupa a los profesionales es que la construcción de la necesidad de atención sociosanitaria es contemplada por los afectados de manera claramente diferenciada en cuanto a su contenido. Así, si bien las personas mayores y sus familias tienen conciencia de su derecho a la asistencia sanitaria no

sucede lo mismo con el derecho a los servicios sociales que se consideran como un regalo (GD 3, Castilla-La Mancha), ya que se entiende que la familia se ocupa de solucionar el problema del apoyo. No existe aún conciencia ampliada del problema de la dependencia entre la sociedad señalan nuestros profesionales y se piensa que pasarán aún varios años antes de que los mayores empiecen a poner encima de la mesa la demanda (GD 4, Andalucía). Este desequilibrio entre lo que podríamos denominar conciencia profesional y conciencia ciudadana tiene dos implicaciones:

- a) Una de carácter positivo: los debates y programas actuales son una forma de anticipación a la demanda y de implicación de las administraciones públicas;
- b) Desde el punto de vista negativo se señala que la exclusión o integración muy limitada del propio dependiente y del cuidador en la construcción de la necesidad supone no favorecer una definición integrada de la necesidad de atención sociosanitaria.

De ahí la insistencia de los profesionales de que la construcción de la nueva necesidad social requiere, además de su concurso científico y técnico, el compromiso de la Administración y la voz de los cuidadores sin cuya contribución no sería posible planificar el futuro.

d) UN MÉTODO DE ASISTENCIA

Los grupos de profesionales sin distinción se decantan por un modelo asistencial de cuidados prolongados que no suponga crear una red asistencial nueva o específica. Se habla, por el contrario, de un continuo asistencial y de atención en red (GD 1, Cataluña) y de que no existe necesidad de crear ninguna red alternativa (GD 2, País Vasco). En el mismo sentido se decantan todos los grupos.

Lo que los grupos de profesionales plantean es un nuevo estilo de intervención asistencial: a necesidades sociosanitarias nuevas un método de trabajo interdisciplinar (GD 5, Madrid) una nueva forma de hacer las cosas y que en el discurso acuñado por los profesionales se denomina coordinación sociosanitaria que al convertirse, en cierto modo, en un eslogan, va a ser objeto de análisis crítico por parte de los profesionales tratando de profundizar en su contenido real y en sus implicaciones, es decir, en la idea de integración de recursos y de acercamiento entre profesionales (GD 5, Madrid). La importancia de estos dos factores en la construcción de la necesidad sociosanitaria es para los profesionales decisiva y por ello son objeto de análisis en los dos siguientes epígrafes.

4. LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA AL SERVICIO DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

La coordinación la fueron construyendo los profesionales (GD 1, Cataluña).

La coordinación sociosanitaria constituye el aspecto predominante aparente del debate profesional hasta el punto de que algunos de nuestros profesionales sostienen que ha habido mucha escritura, mucho libro, mucha conferencia pero... nada en concreto (GD 3, Castilla-La Mancha).

El análisis de la CSS tiene varias facetas que es preciso considerar: el contexto histórico, su definición y contenido y la relación entre los sistemas sanitario y de servicios sociales aspectos todos ellos destacados por nuestros grupos a los que nos vamos a referir a continuación.

A) El contexto histórico de la CSS es crucial para todos los grupos de profesionales. En general se considera que se ha tratado de una coordinación en la base de los profesionales (GD 1, Cataluña) basada mayormente en el entusiasmo y voluntarismo de profesionales sanitarios y sociales con acusado rasgo de informalidad. En ese sentido el grupo de Cataluña sostiene que la coordinación la fueron construyendo los profesionales.

Sin un soporte institucional sólido, a pesar de convenios y acuerdos-marco, las comisiones sociosanitarias y mesas de profesionales han desarrollado su trabajo de manera lenta (hay un grado de coordinación GD 2, País Vasco) tentativa (no tienen estructura y capacidad ejecutiva, GD 5, Madrid) y sin el apoyo suficiente de recursos.

Esto en la práctica se ha traducido en microcoordinaciones entre entidades o acciones muy determinadas y muy localizadas territorialmente (GD 4, Andalucía) y basadas en la voluntariedad de los profesionales. Limitaciones frustrantes para los profesionales que consideran que este tipo de CSS de nivel micro, casuístico y voluntarista, no responde en modo alguno a lo que debe ser la CSS como instrumento dinámico al servicio del modelo de atención sociosanitaria interdisciplinar (modelo de pacto profesional, GD 1, Cataluña).

B) Definición y contenido de la coordinación sociosanitaria.

Los profesionales sostienen que la CSS es algo más que la coordinación voluntaria entre profesionales sociosanitarios y de hecho en algunos programas (Cataluña y País Vasco) ha habido un mayor desarrollo al disponer de un marco institucional más desarrollado que en otras comunidades autónomas

Por una parte, el desarrollo de lo sociosanitario durante los últimos años permite afirmar a los profesionales con cierto énfasis que la CSS no es un sistema de clasificación de casos de dependencia ni se reduce a mesas conjuntas de valoración de casos (necesario, por otra parte, en la CSS). Se trata, por el contrario, de una forma de funcionar diferente... un modelo integrador (GD 1, Cataluña) que va más allá de la simple coordinación funcional entre sistemas. La idea de que la CSS es un MODELO DE INTEGRACION también la comparten otros grupos de profesionales. Así el GD 2 de El País Vasco señala que la CSS es la capacidad para crear un continuo asistencial, un espacio compartido. A su vez el grupo de Madrid sostiene que la CSS es un sistema de integración de recursos cuya función fundamental es crear las condiciones favorables que permitan:

1. Diseñar necesidades reales de las personas mayores dependientes y de este modo poder, como señala el GD de Cataluña,
2. Poder trabajar en red.

Es decir, la CSS no puede reducirse, según los profesionales, a mesas de casos, sino que su papel es el de contribuir a la planificación de la atención sociosanitaria desde la creación de condiciones favorables al diseño de las necesidades reales. La CSS sería, por tanto, el nexo entre los sistemas sanitario y social, entre la Administración y las entidades, entre los profesionales sociosanitarios para definir las necesidades sociosanitarias e integrar los recursos necesarios para su satisfacción. Su contenido sería amplio: debate científico, planificación y definición de protocolos comunes de intervención asistencial. Esta es la idea originaria de la CSS, según los profesionales, que habría que rescatar de la visión casuística a que se ha visto reducida a menudo.

C) La relación entre el sistema sanitario y los servicios sociales es determinante en la construcción de la CSS, ya que de cómo se interrelacionen podremos hablar de avances reales en el modelo general de atención en red.

En este punto los profesionales son particularmente críticos y las divergencias afloran a veces con vehemencia cuando se trata de valorar qué sistema sostiene la carga sociosanitaria en mayor medida. Por ello es necesario que analicemos tanto las coincidencias como las divergencias en este punto así como tratar de definir con los propios profesionales los factores de conciliación y desarrollo de la colaboración común interprofesional.

1. Interpretaciones «coincidentes» serían al menos tres:
 - Los profesionales destacan las distancias estructurales existentes entre los sistemas sanitario y social en cuanto a universalidad de los derechos de acceso, la solidez diferenciada en lo tocante a recursos

disponibles, en lo referente a los protocolos de intervención y a su diferente peso en la opinión pública.

- Por otra parte, estando de acuerdo ambos colectivos en que el desarrollo de la atención sociosanitaria requiere un crecimiento de los recursos comunitarios, se destaca el claro desequilibrio existente entre ambos sistemas y de manera particular la escasez de los servicios sociales para hacer frente a las nuevas necesidades. Con un sistema de ayuda a domicilio que apenas si llega al 2 por 100 de la población de más de sesenta y cinco años y una red aún no tejida de centros de día, no se ve cómo los servicios sociales pueden contribuir de manera efectiva a la atención sociosanitaria. Por ello, se afirma, y existe acuerdo general, que los servicios sociales son un sistema deficitario (GD 5, Madrid).
 - Finalmente, siendo cierto que se ha producido un acercamiento entre el sistema sanitario y el social (GD 5, Madrid) se constata que el problema de la CSS es, sobre todo, que pretende conciliar distintas formas de analizar y de responder a las necesidades sociosanitarias (GD 5, Madrid) hasta el punto de que una fracción profesional del GD de Andalucía llega a sostener la idea de que es casi imposible la comunicación entre profesionales, pues se trata de dos sistemas totalmente distintos (GD 4, Andalucía) en el que uno de ellos, los servicios sociales, llega a ser calificado de sistema público totalmente interino y, por tanto, estructuralmente limitado para afrontar el reto de la atención sociosanitaria. De manera más matizada la mayoría de los profesionales, tanto sanitarios como sociales, coinciden en que los servicios sociales están muy poco desarrollados con la excepción de los existentes en las Diputaciones Forales de El País Vasco. Como afirman los profesionales de Castilla-La Mancha de manera unánime: los servicios sociales son escasos, tienen una estructura débil y llegan donde llegan... son un dispositivo muy frágil, con incapacidad de respuesta inmediata en muchos casos y, se añade, con poco respaldo institucional.
2. Las interpretaciones «divergentes» son de dos tipos: unas se refieren al «poder» profesional y otras a la «responsabilidad» de los sistemas o efecto expulsión.
- a) El problema del «poder» se plantea a dos niveles. Desde el «sector sanitario» en la medida en que se considera que el sector social no ha tenido claro qué hacer con lo sociosanitario... no se lo ha hecho suyo (GD 1, Cataluña) y que se sustenta en el hecho de que mientras la red sanitaria tiene una estructura sociosanitaria, en el sector social no hay una

estructura sociosanitaria, sino voluntarismo (GD 1, Cataluña). Con menor radicalidad y en términos de constatación de la práctica profesional sociosanitaria se observa, entendemos que de manera atinada, que si bien los servicios sociales tienen miedo de que los sanitarios les pasemos los problemas... que los hospitales y los servicios sanitarios en general están asumiendo problemas sociales (GD 5, Madrid) y que, por tanto, es preciso lograr comprensiones y sinergias recíprocas.

- b) Desde el sector de los servicios sociales la interpretación de esta superioridad sanitaria se expresa en una mezcla de discurso de recelo hacia fuera (hacia el sistema sanitario) y de fragilidad hacia dentro (hacia el propio sistema de servicios sociales). De recelo hacia el sistema sanitario, ya que a diferencia del grupo catalán los profesionales de El País Vasco, con un sólido sistema de servicios sociales, enfatizan en que se han creado servicios sociales con cargas sanitarias, pero son la hermana pobre ante una red de salud estructurada. En este mismo sentido una fracción del grupo de Castilla-La Mancha afirma que la respuesta a las necesidades sociosanitarias la están dando los servicios sociales. Más aún se llega a hablar de una relación de poder desigual en la que los trabajadores sociales tienen un gran recelo o un gran miedo a competir profesionalmente con los médicos (GD 5, Madrid). Se trataría, en este caso, de un modelo defensivo de los servicios sociales tanto por razones de poder corporativo como por la propia debilidad del sistema en cuanto a recursos e influencia social y política.
- El problema de la «responsabilidad» lo abordan todos los GD sin excepción y quizás con un mayor énfasis el GD de Castilla-La Mancha. Por responsabilidad entendemos la voluntad y capacidad de cada sistema asistencial para asumir el coste que le corresponde en el continuo asistencial sociosanitario. Lo que el GD 3 nos dice es que existe un efecto expulsión en ambos sistemas que se convierte a menudo en un círculo vicioso de la derivación (GD 3, Castilla-La Mancha) que, al final, descarga la responsabilidad hacia la familia cuidadora (GD 5, Madrid). Esta responsabilidad se manifiesta de forma diferente según el sistema:
- a) El «sistema sanitario» ejerce el efecto expulsión por razón de la presión de los costes sanitarios y las exigencias de aumento de la rotación de camas hospitalarias para disminuir la presión constante de entrada en el sistema. Esto supone en muchos casos «expulsar» a personas mayores que después de una fase aguda se deterioran y necesitan convalecencia o cuidados prolongados a domicilio o en unidades intermedias.

b) A su vez el «sistema de servicios sociales» ejerce un efecto expulsión bien por insuficiencia de recursos, bien por ser incapaces de asumir personas mayores que precisan más de cuidados sanitarios que sociales en momentos determinados.

Cabría añadir que este doble efecto expulsión supone que ambos sistemas se vivan como no complementarios; más aún que se consideren como sustitutivos uno de otro desplazando responsabilidades desde un sistema a otro.

En este sentido, además de la limitada responsabilidad o compromiso institucional que hace de la CSS más una práctica informal que formal y reconocida, tenemos otra responsabilidad, como la descrita, que deviene en derivación estéril bloqueando el continuo asistencial. Superar ambas responsabilidades limitadas constituye, según el GD de Andalucía, una exigencia tanto para los poderes públicos como para los propios profesionales.

D) Sin duda que en el debate de los profesionales aparecen lo que podríamos denominar elementos de **CONCILIACION PROFESIONAL** que tienden a superar el círculo vicioso del efecto expulsión o derivación circular entre sistemas (factor objetivo) y el recelo entre profesionales (factor subjetivo). Nos centraremos aquí en el análisis de los factores objetivos superadores de la derivación y en el epígrafe siguiente abordaremos el factor subjetivo o de la comunicación interprofesional.

Existen, según nuestros profesionales sociosanitarios, tres factores objetivos de conciliación o nexo posible y/o real entre los sistemas sanitario y de servicios sociales:

- a) Por una parte, se constata que, a pesar de todas las limitaciones consideradas, se ha ido creando un espacio común, una red que se compone de dos valores añadidos complementarios y no excluyentes (GD 3, Castilla-La Mancha):

El sistema sanitario que aporta la lógica asistencial curativa y en parte paliativa, la experiencia en la definición de protocolos y un catálogo de prestaciones relativamente bien definido.

Los servicios sociales aportan, a su vez, como valor añadido la lógica del trabajo comunitario, la experiencia en generar apoyo familiar y social y un sistema de prestaciones básicas, aún limitado en cobertura y eficacia, pero con pautas crecientes de calidad y acreditación.

Estos valores añadidos constituyen un punto de partida sustantivo en la definición del espacio sociosanitario.

- b) Por otra parte, los GD destacan cómo se ha avanzado en la definición de la cartera de servicios sociosanitarios que se concibe cambiante, abierta y flexible. En expresión del GD 4 de Andalucía no parece que estemos lejos de definir una cascada de servicios sociosanitarios gestionados por equipos interdisciplinares.
- c) En esta aproximación la coincidencia de los mapas sanitarios y sociales e incluso de las Arcas sanitaria y de servicios sociales contribuiría, sin duda, en términos de planificación, al desarrollo del espacio sociosanitario.

Ahora bien, estas aproximaciones materiales, como sucede en problemas complejos, puede encontrar un estímulo positivo si determinados factores subjetivos juegan un papel activo y que en este caso se refieren a la creación de una cultura profesional compartida que a continuación analizamos.

5. LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA: DIFERENCIAS Y COMPLEMENTARIEDAD. LA INEVITABLE INTERDISCIPLINARIEDAD Y COMUNICACIÓN CORPORATIVA

Es imposible separar los aspectos sanitarios de los sociales (GD 5, Madrid).

Se decía en el mencionado grupo de Madrid que uno de los logros de las comisiones sociosanitarias era el haber facilitado un proceso de acercamiento entre el sector sanitario y el social, en lo cual, y a pesar de las consideraciones hechas antes sobre divergencias entre sistemas, parece existir un cierto acuerdo entre los profesionales. Un acercamiento, sin duda, complejo y laborioso, pero abocado a un mayor desarrollo por exigencias de la propia atención sociosanitaria.

Todos los grupos de discusión coinciden en que el éxito de la atención sociosanitaria requiere una serie de condiciones: una de tipo político (compromiso institucional traducido en políticas públicas operativas), otra de tipo económico muy concreta (el crecimiento de los servicios sociales) y otra de tipo simbólico (el reforzamiento de la comunicación interdisciplinar).

En los grupos de discusión este último aspecto, la comunicación interdisciplinar, destaca con especial énfasis y expresividad. Existe una clara preocupación común por lograr avances sustantivos.

El punto de partida es que estamos ante dos sistemas con una cultura muy diferente (GD 2, El País Vasco) tanto en lo que se refiere al ámbito profesional en sentido estricto como en lo referente al usuario. Ello se traduce, como hemos visto, en distancias y recelos (palabra esta última que se repite en varios grupos). No existen referentes claros, reconocidos institucionalmente, que faciliten las necesarias conexiones profesionales y permitan canalizar adecuadamente los temas. Ni en el sector sanitario se visualiza lo social ni en los servicios sociales se visualiza lo sanitario. Se trata, por el contrario, de elementos extraños, si vale la expresión, que sólo contribuyen a generar problemas.

Caminar hacia una única colaboración compartida, como demandan los profesionales de El País Vasco, parece hoy posible a la altura de 1999 cuando las distintas formas de analizar y responder a las necesidades sociosanitarias han mejorado su intercambio y comunicación una vez que, como se dice en la cita de cabecera, existe el convencimiento de que es imposible separar los aspectos sanitarios y sociales.

La creación de una cultura común que el GD 4 de Andalucía denomina cultura común gerontológica capaz de dar respuesta a la atención integral que es la necesidad sociosanitaria no supone alterar la autonomía de los sistemas y sus pautas propias de formación e identidad profesional, pero sí mejorar la comunicación reduciendo el recelo de los servicios sociales a ser «devorado» por el sistema sanitario y la «renuencia» del sistema sanitario a trabajar con un sistema menos estructurado y que, incluso, llega a ser calificado de inconsistencia.

El énfasis de los grupos en este punto no se traduce a cambio en propuestas pragmáticas concretas quizás por la innegable dificultad de crear pautas de comunicación entre los dos sistemas. Evidentemente, como se observa, la estructura profesional marca (GD 3, Castilla-La Mancha) y tampoco se pretende que desaparezca, ya que ello sería una entelequia. La propia creación del espacio sociosanitario ha obligado al diálogo, la comunicación, el intercambio y el aprendizaje y esto, sin duda, ha mejorado la comunicación y reducido recelos a la vez que generado un cierto lenguaje común (GD 3, Castilla-La Mancha).

Los grupos proponen algo tan elemental, pero tan crucial, como la formación conjunta en lo referente a lo sociosanitario: formación continua del personal y reciclaje de carácter interdisciplinar (GD 4, Andalucía). La formación conjunta continua, se sostiene en los grupos, podría no sólo reducir recelos y reflejos corporativistas, sino también conducir a algo tan práctico como la elaboración de protocolos conjuntos. El grupo vasco señala como ejemplo los avances realizados en este punto en Álava, donde se ha diseñado un protocolo de coordinación entre trabajadores sociales de base y centros de salud, un protocolo de derivación.

En definitiva, y en términos concretos, los grupos de profesionales proponen una mejora de la comunicación a través de la formación conjunta y una mayor efectividad asistencial a través de protocolos comunes. Las mesas y comisiones de coordinación tendrían en esto una gran responsabilidad promoviendo la formación, la investigación y el diseño de protocolos comunes que serían de gran utilidad a lo largo del continuo asistencial.

6. DEPENDIENTES Y CUIDADORAS/ES. CÓMO HACER VISIBLE SU NECESARIO PROTAGONISMO

Una voz que no se oye (GD 4, Andalucía).

El continuo asistencial en el que interviene el modelo de atención sociosanitaria interdisciplinar comprende también a la familia cuidadora y en el debate los profesionales han abordado el rol que cumple en la red asistencial sociosanitaria.

Una primera aseveración, que encabeza este apartado, es que la voz de las cuidadoras/es no se oye o se oye mal. Si es difícil en ocasiones que se oiga al dependiente, y por ello dispone de un marco legal protector de sus derechos sociales e individuales, no tendría por qué serlo en el caso de las cuidadoras/es. Sin embargo, siendo la pieza estratégica del apoyo y del cuidado ayer y hoy, su rol asistencial es un rol subordinado y que no tiene el reconocimiento que requiere dicho papel.

Los GD señalan que los efectos perversos de la derivación o efecto exclusión entre sistemas se descargan hacia la familia cuidadora en forma de una responsabilidad sobredimensionada cuando la magnitud del problema de la dependencia empieza ya a desbordar la propia capacidad tradicional cuidadora de la familia.

Nadie duda de que la familia debe seguir ejerciendo la labor cuidadora, pero hay que cuidar al cuidador (GD 4, Andalucía). ¿De qué manera?

Los profesionales sociosanitarios indican, en base a los cambios sociodemográficos en curso (incorporación de la mujer al mercado de trabajo, nuevos roles familiares y el impacto de la caída de fecundidad) algunas líneas de reflexión y de cambio en relación con la familia cuidadora.

En primer lugar, el grupo de profesionales de Andalucía nos recuerda que el problema de la dependencia es, sobre todo, un problema que afecta a la mujer doblemente: la mujer dependiente con la mujer cuidadora que hacen de ella la protagonista de la dependencia y de los cuidados familiares. Se destaca que la voz

de la mujer no se oye, que su presión es invisible, pero que esta situación está cambiando y tiene que cambiar hasta el punto de afirmarse que la confluencia de la necesidad de cuidar personas mayores y la capacidad reivindicativa de las mujeres, sobre las que recae el cuidado, va a generar una demanda cada vez mayor. A esta presión hay que añadir la que de manera progresiva vayan ejerciendo las propias personas mayores a través de sus entidades sociales (GD 3, Castilla-La Mancha).

En segundo lugar, los profesionales destacan cómo la política de envejecer en casa no puede consistir en la simple desinstitucionalización o en abaratar costes a cargo de la familia, sino en el desarrollo de lo que se denomina la gran reforma (GD 3): la ayuda domiciliaria articulada con otros dispositivos sociosanitarios intermedios como son los centros de día y unidades de rehabilitación que hacen de nexo entre la red curativa y la red familiar y social de apoyos y cuidados. Reforma que no será posible, y a ello volveremos en el punto siguiente, si las administraciones locales no pasan a tener un mayor protagonismo y esto depende de la suficiencia financiera y de su implicación formal en la red sociosanitaria (GD 5, Madrid).

Finalmente, los profesionales destacan la importancia de los programas para la familia cuidadora. Como la mayoría de la población dependiente permanece en el hogar se hace necesario desarrollar programas de preparación de cuidadores, de apoyo a estos últimos con servicios externos y adaptaciones técnicas del hogar (GD 3, Castilla-La Mancha) así como programas de respiro.

Se trata de humanizar la atención no sólo del dependiente, sino también el trabajo del cuidador (GD 1, Cataluña) y reforzar en la base el continuo asistencial contando siempre con el cuidador, ya que si se pueden hacer cargo de esa persona mayor que vive en casa también a ellos hay que preguntarles (GD 3, Castilla-La Mancha).

Los GD coinciden en que los cambios sociodemográficos suponen una crisis del actual modelo de apoyo informal de forma que el «redescubrimiento» de lo informal y, en concreto, de la familia en el Estado de bienestar —redescubrimiento de algo que estaba ahí y que, por tanto, es más una revalorización con muy distintas interpretaciones— contrasta con la realidad de los cambios en la composición y dinámica de la familia en el rol tradicional de la mujer cuidadora.

Esta crisis del modelo tradicional de apoyo familiar no significa su retroceso, sino una transformación de amplio alcance. En este proceso de transición la familia muy posiblemente no se verá sustituida en su función cuidadora, pero no cabe duda de que no podrá afrontar todo el peso, y en concreto la mujer cuidadora, ante el reto de la dependencia. En su seno tendrá que haber un reparto más equitativo de la carga de cuidados de las personas dependientes y, al mismo

tiempo, el Estado de bienestar tendrá que desarrollar políticas integrales de protección a la dependencia una de las cuales será el apoyo a los cuidadores con servicios de información, formación, asistencia y respiro.

7. NUEVAS NECESIDADES, NUEVAS POLÍTICAS Y NUEVOS ESTILOS DE TRABAJO

El debate de los profesionales sociosanitarios ha girado, como hemos visto, en torno a un discurso triangular coherente: existencia de nuevas necesidades sociales que demandan nuevas políticas sociales y, como consecuencia, nuevas formas de trabajo interdisciplinar y que se resume en tres conceptos clave: dependencia o necesidad de cuidados prolongados, derecho a la atención sociosanitaria y coordinación que hemos desarrollado en el análisis motivacional de las páginas precedentes.

Hemos destacado, y seguiremos insistiendo en ello, en la atención sociosanitaria como nueva política social o respuesta a las situaciones de dependencia puesto que no sólo es la cuestión clave a plantear a la opinión pública, sino también el verdadero problema de la construcción del espacio sociosanitario, puesto que, como observan nuestros profesionales, la coordinación sociosanitaria es un estilo de trabajo o metodología interdisciplinar al servicio de la atención sociosanitaria.

Desde este planteamiento general vamos a profundizar en las páginas que siguen en esos tres conceptos o categorías fundamentales de la estructura motivacional del discurso de nuestros profesionales, pues con la ayuda de tales ideas podremos comprender el desarrollo de la atención sociosanitaria y los problemas institucionales, profesionales y organizativos que afronta.

1. Nuevas necesidades sociales: la necesidad de cuidados prolongados.

La necesidad de cuidados prolongados tiene paradójicamente una naturaleza ambivalente, ya que son el resultado del éxito de vivir y consecuencia también del denominado reenvjecimiento de la población. Es decir, la nueva necesidad social es fruto del desarrollo social logrado a lo largo de las últimas décadas y a la vez un reto, dadas las implicaciones que la dependencia tiene en quienes están afectados, en sus cuidadores y en el conjunto de la sociedad.

Como sucede con la mayoría de las necesidades sociales, ésta es una consecuencia contradictoria del Estado de bienestar: la mejora de las condiciones de vida se traduce en las personas mayores en un mayor éxito de vivir y de ganancias en la esperanza de vida, pero a la vez este logro genera nuevas necesidades sociales.

¿Cuál es la naturaleza de la nueva necesidad social de cuidados prolongados?
¿Cómo se construye dicha necesidad?

La naturaleza de la necesidad de cuidados prolongados constituye lo que han Gough denomina como una necesidad básica de las personas o precondition de la acción humana y de la interacción social. Tal necesidad no sólo consiste en salud física y mental, sino también, como señala el mencionado autor, en autonomía, y de su adecuada satisfacción depende la mayor o menor participación social, es decir, el grado de integración social.

Desde este punto de vista la nueva necesidad social objetiva tiene un innegable doble componente: salud y autonomía para realizar los actos básicos de la vida cotidiana personales, domésticos y sociales. En el caso de las personas mayores la necesidad de salud, ampliamente cubierta en términos generales, tiene limitaciones obvias que dependen de la tecnología sanitaria y médica y de los límites del propio deterioro de la edad si bien las condiciones de vida son un factor determinante en este último caso. Quedan por resolver, ciertamente, problemas específicos, como son, por mencionar algunos importantes, la necesaria extensión de unidades intermedias de convalecencia y rehabilitación. Esto es totalmente cierto y así se ha reconocido en los grupos de discusión. Pero la necesidad de cuidados prolongados no sólo incluye la garantía de la necesidad básica de salud físico-psíquica, sino también la necesidad de autonomía que en las edades proyectas es siempre la de una autonomía relativa y que podemos definir como la capacidad para las necesidades del autocuidado, la necesidad de relación social o participación en la concreción de la necesidad y la necesidad de libertad o de tomar opciones, es decir, que una persona mayor con problemas de dependencia tenga la máxima autonomía posible. Tal como señala Pilar Rodríguez, no se trata sólo de aliviar la dependencia física, sino de reforzar la autonomía de la persona dependiente y el respeto a su dignidad personal y voluntad.

Enfatizar en el hecho de que la atención sociosanitaria satisface la necesidad de salud y autonomía de las personas con problemas de dependencia, en cuanto necesidades básicas o precondiciones de otro tipo de necesidades, es crucial para poder comprender y defender dicha necesidad y los compromisos públicos y sociales que se derivan de ello. En todo caso y desde un punto de vista operativo, no doctrinal, como aquí planteamos, de lo que se trata es de relacionar la autonomía de las personas con la existencia de enfermedades invalidantes o generadoras de dependencia, ya que ello supone destacar no sólo el componente de salud, sino el de autonomía personal.

— Por otra parte, esa necesidad social básica de salud y autonomía se construye socialmente. Su materialización social es consecuencia de factores institucionales, culturales y económicos.

En nuestro caso, no muy diferente de otras experiencias de países de la Unión Europea, hemos visto cómo esa necesidad ha sido hasta recientemente resultante del papel cuidador de la familia, pieza estratégica de los cuidados de larga duración, y del papel subsidiario del Estado de bienestar.

El desarrollo de este último ha supuesto que el sistema sanitario sea progresivamente un sistema universal de curación mientras que los servicios sociales han intervenido de manera más limitada y fragmentada como instrumentos de apoyo a los cuidados de las familias que tienen la doble necesidad de dependencia y carencia de recursos. Este desequilibrio es ahora cuestionado por la dimensión cuantitativa e importancia cualitativa de la dependencia.

Teniendo en cuenta esto ha de recordarse que hasta recientemente dicha construcción social de la dependencia se concretaba en una cultura o modo de pensar y actuar según la cual los problemas sociosanitarios de la persona mayor entraban en el ámbito de la «obligación moral» de la familia. Como, además, la mujer ocupaba un lugar subordinado en el esquema de reproducción social e institucional del Estado de bienestar, resultaba que en la práctica cotidiana se trata de una «obligación moral de la mujer». Convertido esto en hecho social natural no se ha discutido hasta recientemente, y aun para muchos no se discute, esa división sexual del trabajo cuidador familiar en el Estado de bienestar.

Los profundos cambios sociodemográficos aún no concluidos de los últimos veinticinco años han redefinido no sólo las necesidades sociales, sino también la forma en que se construyen y satisfacen socialmente. Por una parte, las propias personas mayores han optado en su mayoría por un modelo de autonomía —la denominada intimidad a distancia— que tiene poco de carga y mucho de ayuda a los hijos. Incluso, los problemas de dependencia, si vive la pareja, tienden a solucionarse en gran medida por los propios mayores (con un aumento de la contribución de la ayuda del hombre mayor). Sólo si estos problemas son de mayor importancia intervienen los hijos. Por otra parte, la incorporación creciente de la mujer al mercado de trabajo limita su tradicional papel cuidador impulsando un lento proceso de incorporación del hombre adulto a la red de cuidados.

Como consecuencia de este doble proceso de cambio social y bajo la creciente presión de la necesidad de dependencia la «tradicional obligación moral de la mujer» entra en crisis y «tiende a redefinirse» de manera mucho más compleja y dual: por una parte, como «obligación moral compartida» (proceso de medio-largo plazo) y como un nuevo «derecho social» objeto de «responsabilidad pública» (proceso de corto-medio plazo).

Este doble componente, en curso de cambio, supone que el papel de la familia cuidadora más que reducirse, como decíamos en el epígrafe sexto, se redefine internamente ampliando, dentro de los límites de la familia nuclear, la red de

cuidados y apoyos hasta muy recientemente femenina. Al mismo tiempo los límites físicos y económicos de la familia cuidadora abocan a una responsabilidad pública en el problema de la dependencia y que nuestros profesionales entienden que va más allá del principio estricto de subsidiariedad y que, por tanto, entra en el ámbito político de la extensión y profundización de los derechos sociales en forma de un necesario nuevo derecho social: la protección de la dependencia. La responsabilidad pública en este campo no es nueva, ya existe, pero está limitada a las situaciones de tipo laboral (accidentes e incapacidad para el trabajo) y tiene una naturaleza estática y no evolutiva de las incapacidades a lo largo del sistema de edades.

De este modo la construcción social de la necesidad de cuidados prolongados ha evolucionado desde un modelo casi en exclusiva de apoyo familiar femenino a otro de apoyos progresivamente compartidos internamente en el seno de la familia y ampliados en forma de una nueva responsabilidad pública que se concreta en el derecho a la protección social de la dependencia o atención sociosanitaria de carácter universal.

2. La atención sociosanitaria es la respuesta institucional a la necesidad de cuidados prolongados. Así se concibió ya de manera tentativa en el Plan Gerontológico Estatal de 1992 y en su primera concreción realizada en el Acuerdo Marco entre los Ministerios de Asuntos Sociales y Sanidad y Consumo y materializada en el Convenio de Colaboración Interministerial para la Atención Sociosanitaria de las Personas Mayores de diciembre de 1993.

De manera más explícita el Informe de Valoración del Plan Gerontológico Estatal 1992-1997 señala como nuevo reto:

«Dar una respuesta sociosanitaria adecuada e integral a la situación de las personas mayores dependientes sin perjuicio de la causa física, psíquica o sensorial a que obedezca la dependencia y que pasa por el desarrollo de la red de servicios públicos a este fin.»

El desarrollo de la atención sociosanitaria, como respuesta al reto de la necesidad de la dependencia, exige un marco institucional (M. Aznar, 1998) que integre antiguos dispositivos protectores y desarrolle otros nuevos. La insistencia reiterada de nuestros profesionales en el necesario compromiso político (GD 2, 4 y 5) se concreta en diferentes y complementarios marcos institucionales, funcionales y económicos a los que nos vamos a referir a continuación.

a) NUEVOS MARCOS INSTITUCIONALES

Dos son los nuevos marcos institucionales por los que apuestan nuestros profesionales y cuyo común denominador es la idea de que debe establecerse un derecho a la atención sociosanitaria o protección social de la dependencia.

Por una parte, los grupos de discusión de manera más o menos explícita apuestan por una ley de dependencia para hacer frente a la magnitud del problema (GD 5, Madrid) y que reconozca la dependencia como una percepción universal y gratuita. Percepción que los grupos interpretan en general y con matices a los que aludiremos a continuación, como un derecho a servicios sociales y sanitarios que hagan posible la política de envejecer en casa o, en su caso, apoyar al dependiente con los recursos institucionales adecuados.

Los grupos señalan que envejecer en casa no puede significar derivar el problema de la dependencia a las familias para reducir costes, sino una nueva responsabilidad pública que tiene como factor estructurante una política estatal que integre también recursos de la sociedad civil y de la familia.

De manera explícita se habla en los grupos de una revisión de los Pactos de Toledo para la protección de los nuevos riesgos de dependencia (GD 5, Madrid). Incluso se plantea como motivación reivindicativa: estamos peleando por una ley de dependencia, por una ley de cuidados..., derecho que tiene un mayor a su cuidado de dependencia. Lo han hecho los alemanes, lo han hecho los franceses. ¿Por qué no nosotros? (GD 4, Granada).

En definitiva, los grupos se decantan por una ley general de protección social de la dependencia siguiendo la estela de leyes europeas aprobadas en los últimos años (Alemania, Austria, Luxemburgo).

Por otra parte, esta ley general que entra en el ámbito de la Seguridad Social podría ser complementada, según nuestros grupos, por una ley de servicios sociales que supere, según Manuel Aznar, la rígida idea de competencia exclusiva en servicios sociales de las comunidades autónomas. Aspecto éste notablemente controvertido, ya que después de más de veinte años de desarrollo de los servicios sociales como competencia exclusiva de las comunidades autónomas resulta inviable plantear vueltas atrás excepto para programas generales financiados por el Estado.

Cabría plantear, si bien no se hace en nuestros grupos, otra alternativa: en lugar de una ley de dependencia en el ámbito de la Seguridad Social, una ley de servicios sociales que pueda articularse con la Ley de Sanidad en términos de derechos asistenciales y progresivamente en términos de recursos y referida a una serie concreta de derechos subjetivos cuyo desarrollo no cuestione la actual situación competencial en servicios sociales. Los problemas que una ley de este tipo plantea (tanto constitucionales como funcionales y económicos) en cuanto sustitutiva del modelo de ley de dependencia, lleva al grupo a decantarse por una ley de protección social de la dependencia y un reforzamiento institucional de los servicios sociales de manera que sin menoscabo de las competencias autonómicas pueda llegarse al acuerdo de una ley marco de servicios sociales que evite algunos

de los efectos perversos de las leyes autonómicas de servicios sociales y pueda consolidar el derecho subjetivo en algunos aspectos concretos como la dependencia. Sería una vía pragmática para facilitar la creación del espacio común sociosanitario (GD 4, Granada) al disponer de nuevos marcos institucionales que acorten la distancia enorme entre dos sistemas totalmente distintos (GD 4, Granada). De lo que se trataría, en definitiva, es de lograr la universalización de los servicios sociales del mismo modo que el sistema sanitario creando la coherencia necesaria entre sistemas básicos de la atención sociosanitaria.

Podría, finalmente, tratando de buscar soluciones política y funcionalmente pragmáticas, plantearse otra alternativa en dos fases: una fase previa o ley marco que englobe los aspectos sanitario y social de la dependencia, defina el ámbito competencial y de responsabilidad de ambos sectores, sus ámbitos específicos y la responsabilidad compartida, puesto que ni la actual Ley General de Sanidad ni las leyes de servicios sociales de las comunidades autónomas integran aspectos operativos de la dependencia ni de coordinación para su protección. Lo más que se plantea es la voluntad de coordinarse entre la sanidad y los servicios sociales. Una segunda fase de desarrollo haría operativo el marco legal previo a través de leyes de dependencia en las diferentes comunidades autónomas que integren los sistemas sanitario y de servicios sociales en cada comunidad en lo tocante a la protección de la dependencia.

Obviamente las fórmulas posibles pueden ser muy variadas y el debate político será crucial para determinar el camino a seguir. La reciente experiencia europea nos señala que el camino puede ser doble y complementario: una ley de protección social a la dependencia de carácter general o estatal que garantice una serie de derechos básicos subjetivos y una financiación suficiente y un desarrollo funcional a través de los territorios que tienen competencias en materia sanitaria y de servicios sociales. Las alternativas, como decimos, pueden ser diversas y tendrán que conjugar la eficacia en la protección y las competencias constitucionales.

b) REFORZAR MARCOS FUNCIONALES

Tres marcos funcionales deben reforzarse, según nuestros grupos, en el contexto de una institucionalización del derecho a la protección social de la dependencia:

- En primer lugar, consolidar el instrumento de la coordinación sociosanitaria con el fin de reforzar el denominado continuo sociosanitario y estableciendo mecanismos de complementariedad entre el sistema sanitario y los servicios sociales. La coordinación sociosanitaria, como se recordará, no tiene como objetivo solucionar casos concretos,

sino contribuir a la planificación de necesidades, diseño y aprobación de protocolos comunes y definición de criterios de calidad asistencial y de evaluación.

- En segundo lugar, es necesario integrar de manera activa a las administraciones locales que están colaborando sin tener la fuerza institucional y económica requerida. En el caso de los servicios sociales éstas dependen económica y políticamente de las comunidades autónomas y su margen de autonomía es muy limitado, dada su insuficiencia financiera. Se nos dice que la Administración Local está al margen de la coordinación y esto no se ha corregido (GD 5, Madrid), a lo que hay que añadir, como ya vimos, el recelo de los profesionales de los servicios sociales ante los profesionales sanitarios.

La capacidad financiera y relativa autonomía de los servicios sociales es fundamental en este caso y aquí cabe recordar el caso de El País Vasco con un sistema de servicios sociales muy superiora la media del resto de las comunidades autónomas. En concreto el caso de Alava nos recuerda que es posible definir protocolos comunes entre servicios sociales y sanitarios. Hay que destacar que el continuo sociosanitario no consiste en crear una red sociosanitaria específica, sino ir consolidando y dando coherencia a los acuerdos entre redes, sean de carácter asistencial o económico. Podemos mencionar algunos ejemplos del primero en el caso de Alava: el acuerdo-marco entre el Hospital de Leza que se hace cargo de la rehabilitación de personas dependientes y el instituto Foral de Bienestar Social que se hace cargo del transporte entre el domicilio y el hospital; o la utilización temporal de instalaciones sanitarias por los servicios sociales (ingresos temporales de mayores con problemas psicogerítricos) al mismo tiempo que el mencionado Instituto promueve el SAD y los alojamientos temporales para el mismo tipo de pacientes; o el intercambio entre residencias: ancianos que viven en residencias con graves trastornos mentales que son trasladados a instituciones psiquiátricas y pacientes de éstas en situación de mejoría que son trasladados a residencias de mayores. Existen también ejemplos de compensación de costes económicos: el Hospital de Leza pone a disposición de los servicios sociales un número determinado de camas para personas mayores discapacitadas y el Instituto Foral de Bienestar Social compensa el coste haciéndose cargo de la limpieza y lavandería del Hospital Psiquiátrico de Alava a través de un centro especial de empleo.

Éstos son ejemplos concretos de coordinación y de compensación de costes que también se encuentran en otras comunidades autónomas, si bien la mayor entidad, cobertura y estructura de los servicios sociales de El País Vasco permite, en este caso, acuerdos de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios en el espacio local y provincial.

El tercer marco funcional es el referente a la relación «público-privado» en la atención sociosanitaria. El ámbito de lo privado es tan extenso que abarca desde la empresa privada a la ayuda informal. De manera explícita nuestros profesionales plantean una tipología concreta de lo privado relacionada con lo sociosanitario: lo privado mercantil en el caso catalán a lo que se añade el sector voluntario o sin fin de lucro; en El País Vasco y Castilla-La Mancha se mencionan las entidades voluntarias como concreción de lo privado; en Andalucía la ayuda informal de ONG's y familia y en Madrid lo privado es destacado de manera genérica como espacio claramente subordinado al sector público.

Es preciso tener en cuenta que en el ámbito de la asistencia sanitaria lo que predomina es el sector público. No sucede lo mismo en los servicios sociales en los que la oferta pública viene a ser, por ejemplo, sólo el 32,5 por 100 de las residencias de mayores o la mitad de la gestión directa en el SAD.

Un principio de solidaridad «pasivo» ha predominado desde siempre en los servicios sociales. La década de los ochenta constituyó un esfuerzo por invertir los términos en favor de un principio de subsidiariedad «activo». Sin embargo, la limitación de recursos, las competencias autonómicas y la diversificación de la demanda, han frenado en parte ese impulso canalizado a través de planes nacionales (Plan Concertado, Plan Gerontológico, etc.), de manera que no sólo la familia ha mantenido su rol tradicional en la ayuda informal a pesar de los cambios sociodemográficos, sino que se ha consolidado un modelo tendencialmente de financiación pública y gestión privada en el ámbito de los servicios sociales y se ha desarrollado también un selectivo sector mercantil para dar respuesta a demandas de clases medias urbanas desplazando en parte a las ONG's de la gestión de servicios.

Con lo cual sólo en muy escasa medida se ha moderado el desequilibrio existente entre el sistema sanitario (universal) y los servicios sociales (universalidad condicionada). Además, la presión de la demanda social supone que en algunos casos, junto a otros factores de tradición, ideológicos y económicos, el sector privado tenga un papel activo, como es el caso catalán, en el que, como señalan los profesionales de dicha Comunidad, la presión de la demanda ha hecho ineludible la oferta del sector privado, ya que si no fuera por las privadas los Centros Sociosanitarios no drenarían la presión (GD 1, Cataluña). El freno a la inversión pública y el crecimiento de la demanda (caso catalán) ha potenciado una extensa red privada de residencias. Como consecuencia nuestros profesionales plantean el problema de que el espacio público-privado amplía la libertad de elección de los usuarios, pero tal elección no garantiza siempre la calidad asistencial. De ahí que nuestros profesionales demanden activamente la necesidad de acreditación de la oferta privada (GD 1, Cataluña) no sólo concertada, sino también de la oferta privada en general, ya que se trata de servicios personales en

los que hay que garantizar la autonomía de la persona y la calidad asistencial. Si, además, el usuario es una persona dependiente, con mayor razón.

Por su parte, las entidades voluntarias juegan un papel cada vez más activo en el Estado de bienestar. Su diversidad y funciones es muy variada y en el caso de la atención a las personas mayores su intervención comprende desde el voluntariado de apoyo a la familia (GD 3, Castilla-La Mancha) hasta la prestación de servicios asistenciales y residenciales. El primer aspecto es destacado de manera especial en los GD sobre todo en lo que se refiere a la defensa de los derechos del dependiente y el apoyo a la familia cuidadora (GD de Cataluña y Castilla-La Mancha).

El apoyo de las entidades voluntarias a la familia cuidadora se amplía también al ámbito de la prestación de servicios, sobre todo cuando éstos no pueden ser gestionados por el sector público o no son rentables para el sector mercantil.

El último eslabón del espacio privado en el continuo sociosanitario es la familia cuidadora a la cual ya antes nos referimos con mayor detalle y de manera más concreta la mujer cuidadora que casi en solitario tiene la principal carga de los cuidados de la población dependiente. Nuestros GD tienen claro que hay que contar con el cuidador y hacer visible socialmente su papel. Es más, se incide en que hay que recordar que la mujer en el Estado de bienestar forma parte de un continuo de cuidados sin fin: crianza de los hijos, protección de los jóvenes no emancipados y cuidado de los dependientes. De ahí la pregunta insistente de quién cuida al cuidador. La protección a la familia cuidadora tal como la plantean nuestros profesionales insiste más en una ayuda en servicios que ayudas fiscales que puede dar lugar a redistribuciones injustas. Los servicios de información, formación y servicios de apoyo son mucho más preferibles y efectivos, además de contribuir en mucha mayor medida a la creación de empleo.

En definitiva, una vez que el continuo sociosanitario está interrelacionado con la doble dimensión público-privada en cuanto a formas de gestión de la atención sociosanitaria de lo que se trataría es de dar coherencia a la complementariedad de dispositivos y recursos implicados, reforzando el papel de las entidades voluntarias y la función social de las cuidadoras/es de las familias.

c) NUEVOS COMPROMISOS ECONÓMICOS

Cuando se firmó el Convenio de 1993 de coordinación sociosanitaria el principio económico de partida fue el de coste cero, lo cual era, como señala el grupo de profesionales de Madrid, inviable. Valoración atinada, ya que no sólo había y hay un importante déficit de recursos en servicios sociales, sino que, además, sin un marco legal avalado por recursos (GD 5, Madrid) las experiencias, mesas y comisiones sociosanitarias serían voluntaristas.

Se trataba de un modelo, el de coordinación, en el que ni las comisiones sociosanitarias ni las mesas de valoración de casos tienen estructura y capacidad ejecutiva. La inmensa mayoría de los profesionales sociosanitarios son conscientes de los límites que al crecimiento del gasto público han supuesto las actuales políticas económicas de ajuste y de convergencia monetaria en el espacio de la UE, pero insisten en algunos aspectos concretos. Así estos límites tienen un indudable componente ideológico, como demuestra, según ellos, que no exista un compromiso político con el problema de la dependencia. El crecimiento del gasto público es un compromiso de elección política; de ahí que los profesionales establecen un claro contraste entre la dimensión y el reto de la dependencia y un compromiso político más verbal que real.

Más aún, ante la presión de la demanda las administraciones públicas se han limitado más que a potenciar una red pública básica de referencia y de calidad, que sin duda supone un coste adicional, a facilitar la colaboración del sector privado con una red pública limitada (Cataluña) a acuerdos de intercambio asistencial y compensación económica (El País Vasco) o a retrasar el compromiso institucional (Madrid). En otros casos, como Andalucía, aunque el Plan de Salud contempla la atención sociosanitaria, fruto de una cierta conciencia política de la necesidad de coordinación e incluso obligatoria en el contrato-programa de salud, sin embargo, aún no es una prioridad política (GD 4, Andalucía).

Por tanto, el necesario crecimiento de los recursos, según nuestros profesionales, va precedido de un compromiso institucional y su desarrollo requiere el esfuerzo adicional en recursos sociosanitarios. Nuestros profesionales se inclinan mayoritariamente por un esfuerzo inversor público, si bien cabe señalar que las actuales políticas de gasto público se orientan por derroteros más proclives a diferentes fórmulas de privatización en lo referente a la oferta y gestión de servicios sociales. Sin duda, se trata de una elección política no neutral ante la cual gran parte de los profesionales optan por una oferta pública de calidad.

Ciertamente que no se trata sólo de un problema de recursos, sino también de mejoras en la gestión de lo existente. En este sentido los GD nos recuerdan que la atención sociosanitaria supone un aprovechamiento integral de los recursos existentes, estableciendo continuos asistenciales y sistemas de compensación de gastos, pero también nuevas inversiones en servicios sociales deficitarios (ayuda a domicilio, centros de día y residencias asistidas) en nuevos servicios sanitarios (servicios de geriatría hospitalaria). Muchos de estos recursos sólo suponen un coste de transformación: transformación de residencias de válidos en asistidas o sustitución de una planta de pediatría hospitalaria por otra de geriatría. Pero, también, se nos dice que son necesarias nuevas inversiones para paliar déficits realmente existentes.

Sobre este doble supuesto de compromiso institucional y de necesario gasto público adicional los GD, sobre todo el de Madrid, no evaden el problema de la financiación si bien lo abordan de manera tentativa. La financiación del gasto adicional tiene que hacerse con cargo a impuestos generales. Los servicios sociales deberían ser cofinanciados por el Estado y las comunidades autónomas. También, a otro nivel, se nos dice, sería necesaria una revisión del Pacto de Toledo para redefinir los riesgos y poder introducir el riesgo de dependencia. Se trataría de un doble esquema de financiación a consensuar, ya que la protección de la dependencia es una política de Estado.

De manera tangencial el GD de Andalucía discute el posible copago o financiación mixta (contribución parcial del usuario en algunos gastos), pero sobre la base del reconocimiento del derecho base a la protección de la dependencia. La gran mayoría se decanta por un sistema protector universal y gratuito tanto al nivel de la sanidad como de los servicios sociales. En el caso concreto de la protección de la dependencia, los servicios sociales tendrían que eliminar la carga de prueba de recursos y valorar en exclusiva la situación de dependencia y autonomía de la persona afectada.

Aunque el grupo no entra con detalle en el problema de la financiación, de su debate emergen algunas reflexiones que es preciso incorporar a este informe. La idea básica es que tanto los servicios sociales como los sanitarios deberían tener sistemas homogéneos de financiación con el fin de que sean neutrales respecto de los flujos de usuarios entre sí o, por lo menos, que no frenen el trasvase de usuarios. El punto de partida ya ha sido señalado antes: los servicios sanitarios se financian con impuestos y son gratuitos y los servicios sociales se financian con impuestos y aportaciones de los usuarios en función de determinados baremos o criterios y la capacidad de pago del usuario. Ello supone en términos prácticos que trasladar a una persona dependiente desde una residencia asistida (copagada) a un hospital de larga estancia (gratuito) es sencillo y asumible por el paciente y su familia. Por el contrario, externalizar pacientes psiquiátricos a pisos protegidos, por ejemplo, genera resistencias en la medida en que tiene que haber, en principio, un copago o aportación del paciente o de su familia. Con lo cual se produce un desequilibrio que genera resistencias entre instituciones sanitarias y sociales y entre los propios pacientes. Ello supone abordar cambios nada fáciles. En todo caso el derecho subjetivo a la protección de la dependencia implicaría en principio la gratuidad en ambos sistemas, el sanitario y el social, con lo cual se lograría la neutralidad entre ambos. Dado el coste de los servicios de protección a la dependencia, cabría también establecer unos mínimos básicos de protección, financiados públicamente, estando a cargo del usuario determinados servicios complementarios.

Por otra parte, la dependencia financiera de las corporaciones locales de las comunidades autónomas plantea, según los grupos, la necesidad de establecer

criterios de financiación, dado el activo papel de los municipios y diputaciones en la provisión de servicios domiciliarios y residenciales, puesto que no hay ninguna garantía de que se va a pactar esa financiación de forma adecuada (GD 5, Madrid).

Finalmente, se plantea también la necesidad de racionalidad fiscal en los conciertos. Por ejemplo, se nos dice, las residencias concertadas con sanidad están exentas de IVA, lo que no sucede en el caso de las residencias concertadas con los servicios sociales.

En definitiva, la integración de los sistemas sanitario y de los servicios sociales en la atención sociosanitaria supone un reequilibrio de recursos fortaleciendo la red de servicios sociales y sumando dotaciones adicionales de recursos tanto sanitarios como sociales. Además se hace necesario un aprovechamiento integral de las redes actuales y de mejoras en la gestión sustituyendo los efectos desplazamiento por acuerdos de colaboración y de compensación de costes.

3. Nuevos estilos de trabajo.

A lo largo del epígrafe quinto hemos analizado el papel de los profesionales en la atención sociosanitaria. Las líneas que siguen sólo pretenden reforzar algunos de los argumentos ya destacados.

La idea fundamental es que la necesidad de cuidados prolongados «rompe» con los rígidos compartimentos estancos existentes entre el sistema sanitario y los servicios sociales y «cuestiona» la tradicional subordinación de la familia cuidadora a los sistemas asistenciales. Se impone la comunicación entre sistemas y entre éstos y la familia como exigencia instituyente de la construcción del espacio sociosanitario.

El modelo de comunicación necesario, exigido por la atención sociosanitaria, entre los sistemas sanitario y los servicios sociales no pretende alterar la autonomía institucional y la identidad profesional de cada sistema, sino favorecer un acercamiento entre los mismos de cara al desarrollo de la atención sociosanitaria.

Dicha colaboración tiene como objetivo ir creando un estilo de trabajo o metodología asistencial que los profesionales denominan interdisciplinar y cuyos efectos positivos serían:

- La creación de un lenguaje común.
- La formación permanente conjunta en los aspectos comunes de la atención sociosanitaria.

- La creación de protocolos de coordinación y derivación que faciliten la asistencia clínica y el apoyo social a lo largo del continuo sociosanitario.

Muy posiblemente, según señalan los profesionales, sea en este punto donde los avances han sido más importantes a pesar de los límites de la colaboración profesional y de los recelos existentes. Hay que destacar de manera particular la contribución de los profesionales al debate de la dependencia tanto en términos científicos como políticos y sociales.

Además de la contribución al debate de la dependencia, quizás no valorado por los propios profesionales de manera tan positiva como aquí hacemos, hay que destacar que las comisiones sociosanitarias y mesas de trabajo, con todas las limitaciones políticas y económicas ya señaladas, han sido y son un banco de pruebas de las nuevas metodologías de intervención conjunta de lo sanitario y lo social, de definición de necesidades, diseño de programas, acuerdos sobre protocolos, etc. Las incertidumbres que existen sobre los modelos emergentes de atención sociosanitaria ante un compromiso político que no cristaliza no resta valor, todo lo contrario, ab esfuerzo de muchos profesionales que han suplido la precariedad institucional con la iniciativa y el esfuerzo del conocimiento.

Sin embargo, debe ser aclarado nítidamente que estas iniciativas que los profesionales denominan autocráticamente voluntaristas están abocadas a agotarse si no se da un salto cualitativo en el compromiso institucional, tal como se afirma de manera unánime en los GD.

8. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

8.1. CONCLUSIONES

Del debate entre los profesionales sociosanitarios previamente analizado podemos destacar los siguientes aspectos:

- a) La coordinación sociosanitaria arranca a mitad de los años ochenta del Programa «Vida als Anys» y logra su primera expresión estatal con el Plan Gerontológico Estatal de 1992 y el Convenio de 1993 entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y el entonces de Asuntos Sociales. Los programas de protección a la dependencia de las Diputaciones Forales de El País Vasco también suponen un hito en la génesis de la coordinación sociosanitaria. Su desarrollo real es fruto del esfuerzo de muchos profesionales sociosanitarios dentro de un marco institucional disperso y limitado.

- b) Los profesionales demandan un compromiso institucional y una política de Estado, en el marco del actual sistema competencial, para dar respuesta al nuevo reto de la dependencia cuya cobertura sólo podrá ser resultado de una respuesta integral: la atención sociosanitaria como derecho subjetivo de todo ciudadano en situación de dependencia a cuidados sanitarios y apoyo social suficiente para reforzar su autonomía y limitar su dependencia.
- c) Este nuevo riesgo generalizado que exige un compromiso decidido de las administraciones públicas, tanto centrales como territoriales, hace necesario crear el espacio sociosanitario como un continuo asistencial o espacio compartido por los profesionales de la sanidad y de los servicios sociales en el que diseñar las nuevas necesidades de las personas dependientes y organizar un trabajo asistencial denominado coordinación sociosanitaria. Esta, es un nuevo modo de definición de necesidades sociales, de planificación de recursos y de estilos de intervención interdisciplinar.
- d) La atención sociosanitaria requiere, para lograr efectividad, solucionar una serie de problemas u obstáculos: en primer lugar, las diferencias estructurales entre el sistema sanitario y los servicios sociales en lo que se refiere a la fuerza del derecho de acceso, a los recursos disponibles y a la imagen social. De manera más concreta se trata de potenciar los servicios sociales y de reforzar determinados servicios sanitarios dentro de un continuo asistencial. Los servicios sociales, hoy por hoy, son un sistema subsidiario del papel asistencial de la familia, lo que sucede en mucha menor medida en el sistema sanitario. En segundo lugar, se trata de superar los recelos que emergen de culturas profesionales diferentes. Estos dos obstáculos, bajo un contexto de ausencia de una política integral, generan los efectos de expulsión o derivación entre sistemas que terminan aumentando la carga de trabajo de las familias cuidadoras.

Se hace necesario, por tanto, crear un espacio común profesional y asistencial, con protocolos comunes para hacer frente a las nuevas necesidades de la dependencia así como ir consolidando un estilo de trabajo asistencial interdisciplinar desarrollado de manera experimental durante los últimos años de esta década.

- e) Al mismo tiempo los cuidadores informales, en concreto los de tipo familiar, han de tener no sólo un reconocimiento de su papel cuidador, sino también un soporte institucional suficiente basado en servicios de información, formación, apoyo asistencial y respiro. Envejecer en casa no puede significar un aumento de la responsabilidad de la familia, es decir, de la mujer, sino la creación de una red asistencial continua donde la

función estratégica de la familia, actualmente en proceso de cambio profundo, forme parte de pleno derecho del espacio sociosanitario.

- f) Para desarrollar el derecho de protección social a la dependencia y su concreción como atención sociosanitaria es precisa la existencia de un nuevo marco institucional (Ley de Protección a la Dependencia y Ley de Derecho a los Servicios Sociales, esta última referida a un conjunto básico y concreto de derechos subjetivos relacionados con los servicios sociales en todo el territorio del Estado) un nuevo marco funcional adecuado (consolidación de la coordinación sociosanitaria, integración de las administraciones locales en las políticas protectoras, dada su importancia en la prestación de servicios y articulación del papel de la familia y de la sociedad civil para poder garantizar los derechos sociales y la autonomía de las personas dependientes y la calidad asistencial) y una necesaria suficiencia económica que haga efectivo el compromiso político con la protección de la dependencia (junto a la racionalización del gasto social es preciso un esfuerzo inversor en servicios sociales y en determinados servicios hospitalarios de geriatría, convalecencia, rehabilitación y prevención de situaciones de dependencia).

8.2. PROPUESTAS

Tres tipos de recomendaciones sugiere el análisis de los debates de los profesionales sobre la atención sociosanitaria: de naturaleza institucional, funcional y económica.

- a) En primer lugar, los poderes públicos deben de ampliar y consolidar su compromiso con el problema de la dependencia como uno de los grandes retos de la política social de los años venideros. Tal compromiso supone en cierto modo anticiparse a un futuro complejo contando con la sociedad civil y podría concretarse de muy diferentes modos complementarios entre sí:

De manera relativamente inmediata se podría actuar en dos sentidos:

1. Las comunidades autónomas podrían favorecer la armonización entre los planes de salud y de programas de atención a personas mayores que actualmente existen en muchas comunidades autónomas.
2. Las comunidades autónomas deberían aprobar programas sociosanitarios que integren los recursos necesarios para la protección social de la dependencia.

Estas dos medidas, sin embargo, no adquirirán su plena capacidad si no existe una política general, de Estado, en cuyo marco puedan desarrollarse las políticas territoriales garantizando derechos iguales, calidad asistencial suficiente y una planificación básica de las necesidades. Esta política requiere, a corto-medio plazo, dada la importancia de la dependencia, dos tipos de medidas: una Ley General de Protección Social de la Dependencia como marco general de objetivos, derechos y recursos y una Ley de Derecho a los Servicios Sociales que respetando la competencia de las comunidades autónomas permita un reforzamiento institucional y económico de los servicios sociales cuya actual debilidad supone una rémora para una atención sociosanitaria suficiente y de calidad. Estas dos medidas requieren, obviamente, que los partidos políticos las integren en la agenda política con carácter prioritario y sean objeto de un consenso a todos los niveles de gobierno, central y territorial.

- b) En segundo lugar, es necesario seguir reforzando de manera ampliada medidas de carácter funcional que favorecen la atención sociosanitaria y la coordinación de recursos y que están desarrollándose ya en muchas comunidades autónomas y que el Plan Gerontológico Estatal ha tratado de promover: adecuación entre las áreas de salud y de servicios sociales, programas de apoyo a la familia cuidadora, potenciación del voluntariado social de apoyo al dependiente y a la familia cuidadora y apoyo a la formación conjunta de los profesionales sociosanitarios.
- c) Finalmente, desde el punto de vista económico y de los recursos se trata de desarrollar al mismo tiempo dos líneas de actuación complementarias: por una parte, favorecer la integración de recursos sanitarios y sociales, estimular el continuo sociosanitario mediante adecuados sistemas de compensación de costes y sustituir servicios actuales no necesarios por otros necesarios (por ejemplo: sustituir residencias de válidos por otras de asistidos). Estas son políticas de mejora de la gestión y de la efectividad de los sistemas.

Por otra parte, es necesario de manera inmediata un esfuerzo adicional inversor en ayuda a domicilio y centros de día para personas mayores así como en servicios de geriatría. Baste recordar que la *ratio* de ayuda a domicilio es escasamente el 2 por 100 cuando la media de los países de la UE se sitúa entre un 8 y un 15 por 100. Lograr un porcentaje del 5 por 100 en los próximos tres años sería un objetivo político plausible y económicamente viable. Por otra parte, ha de recordarse, sin entrar ahora en estudios ya realizados, que este tipo de inversión no sólo contribuye a la creación de calidad de vida de las personas dependientes, sino que también crea empleo en servicios.

Todo ello debe ir dirigido a garantizar los derechos de la persona dependiente a lo largo del proceso asistencial (universalidad, gratuidad y calidad) y un adecuado equilibrio entre el gasto sanitario y el gasto en servicios sociales que interviene en la asistencia de las personas con dependencia.

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA RESUMEN DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

GD 1 CATALUÑA: BARCELONA 3 de noviembre de 1998

Este GD se reunió en Barcelona el 3 de noviembre de 1998 y estuvo compuesto por siete profesionales del sector sanitario, de los servicios sociales y de las entidades voluntarias tal como puede verse en el ANEXO 2.

a) El grupo evoca en primer lugar la génesis y desarrollo del primer programa estatal de atención sociosanitaria, el Programa de Vida Abs Anys, como modelo de orientación principalmente sanitaria, no exclusivamente sin duda, tanto por el propio enfoque teórico inicial como por su constitución material a partir de la propia red de hospitales de crónicos a la que se añade el vaciamiento de las residencias tradicionales del sector de servicios sociales en favor de un modelo de apoyo a) dependiente en el hogar.

La creación de la red específica sociosanitaria no evitó en muchos casos la duplicación de recursos como es el caso de las residencias de asistidos que existen en el nuevo programa y en la red de servicios sociales. En todo caso se creó una conexión de recursos favorecedora de lo sociosanitario, se potenciaron unidades sanitarias de tipo internado así como recursos domiciliarios (SAD y CD) y se desarrollaron nuevas metodologías de intervención, como son los equipos a domicilio interdisciplinar o PADES.

b) Sin embargo, según el grupo, parece constatarse una cierta crisis de definición del modelo en el que, por un lado, Catalunya estaría en una fase crucial de maduración de la atención sociosanitaria tratando de lograr un cierto continuo asistencial desde el recurso más puramente comunitario hasta el recurso más complejo sanitario.

Por otro lado, existen desequilibrios o diferencias particularmente importantes en el modelo catalán que el grupo resume del modo siguiente:

1. Desequilibrio en la distribución de los recursos tanto entre sistemas (sanidad y servicios sociales) como entre territorios (los núcleos intermedios de población estarían en una mejor situación).
2. Diferencias en el ritmo de cambio corporativo, puesto que el tránsito de la práctica sanitaria hacia la sociosanitaria está siendo más fácil que el tránsito de los servicios sociales hacia lo sociosanitario.

3. Diferencias en la dinámica interna de los centros sociosanitarios, ya que unos tienen un funcionamiento muy sanitario y otros vienen a ser residencias tradicionales.
4. Diferentes modos de valorar la gestión de lo sociosanitario que en la práctica penalizan al profesional más activo.
5. Se constatan amplias diferencias en los modos de coordinación, ya que lo informal y voluntario tiende a predominar sobre lo formal y estructurado.
6. Finalmente, la fuerte rotación de los hospitales de agudos tiende a convertir los centros sociosanitarios en unidades de subagudos con creciente carga asistencial que obliga al retorno del paciente en muchos casos.

Junto a estos rasgos problemáticos o desequilibrios, compartidos también en otras comunidades autónomas, se plantean con especial énfasis por parte del grupo de profesionales catalán dos aspectos concretos: la relación público-privado y la naturaleza de la coordinación sociosanitaria:

- La relación público-privado en el caso catalán es importante por el hecho de que la red pública sociosanitaria por sí sola no puede absorber la creciente demanda de atención. Estamos ante un modelo mixto inevitable que el grupo no valora negativamente por cuanto los recursos son escasos y la libertad de elección del usuario es indiscutible. Sin embargo, el grupo plantea una cuestión, que también aparece en otros: el problema de la acreditación de centros privados tanto concertados como puramente privados, ya que ello supone no sólo depurar la economía sumergida asistencial existente en los servicios sociales, sino también garantizar la calidad de la atención sociosanitaria.
- Respecto de la coordinación sociosanitaria, el modelo catalán estaría haciendo frente a varios problemas que introducen interrogantes en el desarrollo del modelo. Uno de ellos, quizás el que con mayor énfasis menciona el grupo de manera unánime, es la problemática relación entre sanidad y servicios sociales. La vinculación inicial del primero con el proyecto lo ha hecho más permeable a lo sociosanitario que los servicios sociales, con lo cual se ha mantenido la diferenciación profesional con avances limitados en el necesario estilo interdisciplinar de intervención y los instrumentos de trabajo son predominantemente sanitarios hasta el punto de que los servicios sociales no han tenido claro qué hacer con lo sociosanitario. Y, sin embargo, todo el grupo está de acuerdo en que el modelo sociosanitario es, sobre todo, un nuevo estilo de trabajo para hacer

frente a la magnitud del problema de la dependencia: una forma de funcionar diferente... un modelo integrador.

c) Estando de acuerdo el grupo en la importancia e inevitabilidad de la atención sociosanitaria se pregunta por las líneas de avance y desarrollo de dicho modelo de manera que sea capaz a medio plazo de satisfacer las necesidades de protección y asistencia de la dependencia. Varias son las exigencias que plantean los profesionales catalanes en el desarrollo de su discurso motivacional:

- En primer lugar, es preciso, afirman, diferenciar entre lo que es la atención sociosanitaria como modelo en evolución continua al servicio de la persona dependiente de lo que es la red sociosanitaria que se define como paquete de recursos integrados sociosanitarios y no como una red diferenciada y específica de servicios. Por contra, de lo que se trata es de construir un modelo de atención en red.
- En segundo lugar, la creación de un continuo asistencial desde lo comunitario al hospital exige una racionalización y coordinación de recursos, pero existe un desequilibrio básico que afecta al modelo: el déficit de la red de servicios sociales.
- En tercer lugar, la atención sociosanitaria en Cataluña ha logrado hasta ahora un notable desarrollo en las zonas urbanas medias mientras que persisten problemas y cuellos de botella de carácter asistencial en Barcelona capital a pesar de la relativa abundancia de recursos sanitarios y en menor medida sociales.
- Finalmente, el desarrollo del sector privado residencial y el freno a la inversión pública en servicios sociosanitarios hacen de aquél un sector pujante y necesario para lograr un adecuado nivel de cobertura. Ello plantea el problema de la calidad asistencial y la acreditación rigurosa de centros.

GD 2: PAÍS VASCO: Donostia-San Sebastián, 6 de noviembre de 1998

a) La coordinación sociosanitaria cuenta con un cierto aval y experiencia en El País Vasco, donde el diálogo entre la red sanitaria y la red de servicios sociales ha sido más equilibrada que en otras comunidades autónomas, dada la superior capacidad del sistema de servicios sociales de esta comunidad.

La coordinación sociosanitaria no es homogénea en El País Vasco, como no lo es en otras comunidades autónomas. Cada Diputación Foral ha tenido una dinámica diferenciada con cierto nivel de convergencia. Así, en Guipúzcoa y Vizcaya se han creado acuerdos-marco concretados en mesas técnicas para

resolver casos de atención sociosanitaria. También en Alava se han creado comisiones de valoración de usuarios.

Ahora bien, el grupo de discusión está de acuerdo en que estos avances se basan aún excesivamente en la buena voluntad de los profesionales y que sería necesario caminar hacia una mayor estructuración y cohesión lógica de todos los procesos que intervienen en la atención sociosanitaria, ya que las comisiones de valoración no se han traducido en una mayor consolidación de los avances realizados en forma de protocolos comunes.

El grupo, en su análisis crítico de los modelos de las Diputaciones Forales, está de acuerdo en que la coordinación sociosanitaria no se puede reducir a acuerdos de cofinanciación entre redes de servicios sociales y sanitarios, en parte logrados y estables, sino en la necesidad de crear un espacio de atención sociosanitaria, no tanto como red específica cuanto como red intersticial.

b) Sobre este primer análisis el grupo profundiza en problemas concretos que afectan al actual sistema de coordinación y atención sociosanitaria de El País Vasco. Entre los problemas que se mencionan se destacan cuatro en concreto:

Por una parte, se enfatiza que los profesionales están ante dos sistemas altamente diferenciados: el sistema sanitario, universal, basado en derechos subjetivos y con recursos amplios frente al sistema de servicios sociales de carácter limitado y que no genera derechos subjetivos. Esta diferencia no obsta para que, como señala el grupo, las diferencias de recursos entre las dos redes no sea más amplia como en otras comunidades autónomas. A ello se añade que mientras el sistema de salud (Osakidezsa) es nacional o autonómico, los servicios sociales se sitúan en un nivel diputacional o foral.

- Por otra parte, cada Diputación Foral tiene su propia especificidad en lo que se refiere a los servicios sociales: un sistema de gestión predominantemente directo en Alava, otro en el que la provisión mixta es muy importante, caso de Vizcaya, y un modelo mixto donde cooperativas y fundaciones juegan un papel importante, como es el caso de Guipúzcoa.
- Además, los servicios sociales en cuanto tal, señala el grupo, no constituyen una red estructurada, la percepción de sus carencias es compartida por todos y su cultura profesional es altamente diferenciada de la cultura sanitaria. Expresamente se afirma que aunque se han creado servicios sociales con cargas sanitarias siguen siendo la hermana pobre en comparación con la red sanitaria.
- Finalmente, se destaca la escasez de los recursos típicamente sociosanitarios que son necesarios para el nuevo modelo de asistencia a

las personas dependientes: escasez de unidades de media y larga estancia, la transformación de facto de las residencias en hospitales de crónicos, entre ellos la salud mental y el problema de la rehabilitación sobre la cual este grupo ha enfatizado en su importancia como ningún otro.

c) Los necesarios avances en coordinación, en la creación de un lenguaje común, en sistemas de articulación entre sistemas a pesar de sus disfunciones, conduce al grupo a plantearse cómo desarrollar la atención sociosanitaria en el futuro de manera eficaz y constructiva.

Cuestión previa al desarrollo de la atención sociosanitaria es la necesidad de un compromiso político con el proyecto. Aquí como en otros grupos existe la duda de si existe voluntad política, incluso entre las Diputaciones Forales, que son las que más esfuerzos están realizando en favor de lo sociosanitario. No se trata de que no exista compromiso más bien se trata de un compromiso débil y limitado. Sin un compromiso más explícito los profesionales de El País Vasco no ven cómo puede desarrollarse de manera decidida el nuevo modelo de atención.

Una segunda cuestión crucial para el grupo es que el desarrollo de la atención sociosanitaria no supone la necesidad de crear ninguna red alternativa, sino desarrollar ese espacio, que algunos prefieren denominar programa, dado el equívoco del término espacio sociosanitario, lo que supone ir creando una única colaboración compartida en favor de la población dependiente entre el sistema sanitario y los servicios sociales.

Desde este punto de vista el modelo ideal sería desarrollar un acuerdo marco entre las tres diputaciones de El País Vasco y el sistema sanitario (Osakideza) y dentro de cada Diputación acuerdos específicos y mesas de trabajo. Se trata, en suma, de un esfuerzo de voluntad política y de desarrollo institucional *ad hoc*.

Consolidar los actuales avances en atención sociosanitaria sobre la base de ese compromiso político traducido en acuerdos-marcos y que supere los obstáculos y retrasos del programa sociosanitario supone solventar ya en concreto dos problemas de tipo funcional y económico:

- Desde el punto de vista «funcional», el más importante para el grupo, de lo que se trata es de dar coherencia a todas las experiencias y aglutinar en áreas y zonas los diferentes protocolos del continuo sociosanitario. Se pone como ejemplo el protocolo común de derivación entre servicios sociales y centros de salud existente en Álava. Protocolos comunes cuya definición requiere superar los déficits de interlocución existentes entre los sistemas implicados y entre niveles de gobierno (entre diputaciones y entre éstas y los ayuntamientos). Sin la superación de estos déficits, nos

dice el grupo, será imposible elaborar un pensamiento y una normativa sobre el rol que deben jugar los servicios sociales y sanitarios.

- Desde el punto de vista «económico», existe un claro problema de recursos en servicios sociales, lo que resulta llamativo dicho desde la comunidad autónoma con mejor dotación en servicios sociales. Sin embargo, el problema económico tal como aquí se plantea se refiere de manera particular a los desequilibrios existentes en la asunción de cargas entre sistemas, es decir, a los desequilibrios que implica el ejercicio de una derivación o desplazamiento de atendidos entre sistemas no suficientemente equilibrados y que requieren una mejor valoración y concreción en sistemas de financiación acordados entre las redes o sistemas de sanidad y de servicios sociales.

GD 3: CASTILLA-LA MANCHA: TOLEDO 19 de febrero de 1999

a) La construcción de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha se encuentra actualmente en un proceso de transición. «El Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha 1998-2002» supone, sin duda, un avance y un reto en la protección de las personas mayores dependientes en una comunidad predominantemente rural. Además, «El Programa Operativo de 1999» de dicho Plan pone en marcha actuaciones dirigidas a incrementar las ayudas individuales a personas mayores dependientes y sus cuidadores principales así como al incremento de los nuevos recursos sociosanitarios como son los centros de día o las plazas asistidas.

El hecho de que Castilla-La Mancha esté iniciando el proceso de construcción de la atención sociosanitaria supone que los referentes históricos no tengan la fuerza que en otras comunidades autónomas (Cataluña, Euskadi), lo que no supone que se parta de cero, ya que el bagaje profesional y las experiencias en marcha permiten al grupo de profesionales destacar la importancia radical de la nueva necesidad de atención sociosanitaria al servicio de la persona mayor dependiente y la necesidad de su justificación teórico-asistencial.

La necesidad de coordinación sociosanitaria deviene de una adecuada definición de la necesidad sociosanitaria que se define como intersección de necesidades sociales, físicas y psicológicas que afectan no sólo a las personas mayores, sino también a otros colectivos como son los enfermos mentales, discapacitados y enfermos crónicos.

Debatir qué son las necesidades sociosanitarias y sus implicaciones se considera crucial y el grupo constata que en Castilla-La Mancha el debate sobre esto es escaso y casi imperceptible, incluso no abarca a todos los profesionales que se relacionan con el problema. Además, la definición de lo sociosanitario en una

comunidad extensa, envejecida y de naturaleza rural plantea aspectos diferenciales sobre recursos y formas asistenciales.

b) El desarrollo concreto de la atención sociosanitaria lleva al grupo de Toledo a plantear la naturaleza de los problemas actuales que condicionan el desarrollo de dicha atención y que el grupo destaca con énfasis.

Se destaca, en primer lugar, problema recurrente en todos los GD de profesionales, el impacto que supone sobre el modelo de atención las diferencias existentes entre el sistema sanitario y los servicios sociales. Estamos, se nos dice, ante dos sistemas dispares: el sistema de servicios sociales con un bajo nivel de desarrollo y con múltiples filtros excluyentes frente al sistema sanitario de carácter universal y con una red relativamente amplia de puntos asistenciales primarios y hospitalarios.

Además, el origen voluntarista de la atención sociosanitaria, no planificada, hace de ésta algo testimonial. Esta constatación conduce al grupo a plantear la necesidad de un compromiso político así como la mejora de la comunicación entre sistemas que la mayoría del grupo demanda que tenga un carácter formal y en pie de igualdad.

En este punto el grupo mantuvo un vivo debate que sólo finalmente encontró vías de proyección y desarrollo. En efecto, una fracción del grupo, la perteneciente a los servicios sociales, sostiene que el sistema sanitario no permite interferencias. Por el contrario, se percibe un efecto expulsión de personas dependientes del sistema sanitario de tal nivel que se llega a afirmar que la respuesta sociosanitaria la están dando los servicios sociales.

En sentido inverso este mecanismo también lo perciben los profesionales sanitarios: el sistema sanitario estaría asumiendo costes sociales que no le corresponden.

Como consecuencia de esta doble percepción negativa, y en ello está de acuerdo el grupo, se constata un notable desconocimiento entre profesionales y una dinámica de derivaciones o desplazamientos de la responsabilidad sobre los Casos de dependencia.

A todo esto hay que añadir los problemas internos de cada sistema a los que autocríticamente se refieren los profesionales y que se resumen en las contradicciones y problemas de coordinación entre atención primaria y especializada en el terreno de la salud y la fragilidad de los servicios sociales tanto en recursos como en capacidad de intervención.

c) En base a este análisis crítico de los factores que frenan el desarrollo de la atención sociosanitaria el grupo de profesionales de Toledo se plantea alternativas plausibles que permitan su desarrollo superando lo que ellos denominan como círculo vicioso de las derivaciones y de los efectos no deseados de la expulsión de los sistemas.

Por una parte, el grupo se pregunta cómo superar el desequilibrio entre sistemas, el sanitario y los servicios sociales. La mayoría del grupo plantea la necesidad de la universalización de los servicios sociales en forma de ley general y teniendo en cuenta que son competencia exclusiva de las comunidades autónomas. También se plantean medidas de tipo funcional como es la adaptación entre los mapas sanitario y de los servicios sociales así como la necesidad de inversión en infraestructuras físicas y equipos profesionales en servicios sociales.

Por otra parte, y de manera específica, se enfatiza en la potenciación de una red de centros de día como estructura intermedia determinante entre el SAD y los dispositivos sanitarios especializados. En todo caso el grupo no aborda cómo sería el desarrollo del modelo en una comunidad de tipo rural como es Castilla-La Mancha.

La creación de modos de comunicación profesional se considera fundamental, ya que ello permitirá crear un lenguaje común mínimo de gran utilidad para definir protocolos de atención y de evaluación. Aquí el grupo coincide plenamente con los planteamientos de otros grupos de discusión, es decir, en la necesidad de crear una cultura corporativa interdisciplinar que reduzca recelos y permita la mutua comprensión entre estilos profesionales muy diferenciados desde siempre.

También, y a diferencia de otros grupos de debate, el de Castilla-La Mancha enfatiza especialmente en la necesidad de programas con la familia cuidadora: preparación de cuidadores, apoyo a los cuidadores con servicios externos y adaptaciones técnicas del hogar, ya que la mayoría de las personas dependientes permanece en el hogar. Tal como señala un miembro del grupo es necesario preguntar al cuidador sobre todos aquellos asuntos que le afectan como elemento básico humano de la atención social o, si se prefiere, como soporte social del sistema de cuidados prolongados.

Finalmente, la importancia del papel de las ONG's como entidades de apoyo de las familias y de las personas dependientes completa el discurso motivacional del grupo, si bien no se aborda cuáles serían los modos más eficaces de dicho apoyo y de colaboración con la familia y el conjunto de la atención sociosanitaria.

GD 4: ANDALUCÍA: GRANADA 22 de febrero de 1999

a) Al igual que en Castilla-La Mancha la atención sociosanitaria se encuentra en un proceso emergente. De hecho, el II Plan Andaluz de Salud (PAS) señala como uno de sus objetivos la conclusión de la segunda fase del Plan Integral del Mayor entre las Consejerías de Asuntos Sociales y de Salud e indica también el objetivo de definir en el período 1999-2002 un modelo de coordinación intersectorial con los servicios sociales. Estamos, por tanto, en la fase de definición de actuaciones institucionales, lo que no significa que no existan programas e iniciativas de atención sociosanitaria, tal como veremos a continuación, si bien frágiles y limitadas, si tenemos en cuenta que el grupo empieza destacando que en Andalucía hay grandes carencias de recursos y expectativas de coordinación limitadas.

Lo sociosanitario, según coincide el grupo, se ha desarrollado escasamente debido a la separación entre salud y servicios sociales (se recuerda que el SAD se planteó inicialmente en el sistema sanitario para ser luego competencia de los servicios sociales por razones funcionales (compartimentos estancos) y políticas (políticas que son paralelas) que hacen, por ejemplo, que el Plan Gerontológico en Andalucía sea un gran desconocido y un gran oculto.

El punto de partida del grupo es, por tanto, la existencia de microcoordinaciones entre entidades y acciones muy determinadas y muy localizadas territorialmente.

b) Este marco limitado de experiencia contrasta con la conciencia crítica del grupo del gran reto que supone la dependencia: un reto absolutamente nuevo: el rejuvenecimiento de la población. Aunque los recursos son muy limitados existe un problema previo a la coordinación sociosanitaria: qué tipo de asistencia queremos darle al mayor.

En la definición del tipo de asistencia intervienen, según el grupo, varios problemas:

- Existe un nivel de responsabilidad política que va más allá de la coordinación sociosanitaria y de cuya concreción se deduce una implicación político-financiera de las instituciones públicas que lleve a pactar el desarrollo de recursos y políticas.
- Sobre este supuesto previo aparece un segundo problema: la complejidad de la coordinación que supone aproximar perspectivas profesionales diferentes e instrumentos operativos conjuntos; ambos aspectos demandan de los profesionales sociosanitarios nuevos estilos de trabajo y una nueva cultura corporativa.

- Finalmente, esa coordinación se extiende en forma de niveles operativos: mesas de trabajo, subcomisiones que gestionan los casos concretos.

La definición de estos problemas de cara a un modelo de atención sociosanitaria exige un esfuerzo notable de recursos, dada la insuficiencia de su actual nivel tanto en ayuda a domicilio como en unidades de media estancia y convalecencia, plazas de residencia asistida y centros de día.

Un modelo de atención sociosanitaria no exige, y en ello el grupo es rotundo, una estructura nueva sociosanitaria que añadiría problemas y costes. Se trata de disponer de un modelo general basado en dos niveles: lo que el grupo denomina cascada de servicios y un nivel operativo basado en equipos interdisciplinarios y unidades geriátricas interdisciplinarias. La urgencia de superar la coordinación informal (el buscarse la vida) es sostenida por todo el grupo por razones institucionales (reconocimiento de una realidad) y de eficacia (reducir la derivación estéril y las colas).

Pero el grupo insiste una y otra vez que previo a esto es necesaria una decisión política: convertir en política prioritaria la atención sociosanitaria a las personas mayores dependientes. Es necesaria, se nos dice, una respuesta institucional, ya que estamos ante una población envejecida que requiere otros cuidados, además de los sanitarios.

Tocan a su fin las simples coordinaciones puntuales basadas en la voluntariedad de los profesionales que ni son extensibles ni se apoyan en una clarificación de responsabilidades.

c) De cara al futuro el grupo sostiene que un problema integral (la dependencia) exige una respuesta integral de carácter institucional. Lo cual supone el desarrollo de varias políticas y actuaciones según el grupo:

- Primero, un compromiso político general o ley de dependencia o ley de cuidados. Aquí el grupo evoca los modelos europeos: el alemán de manera particular.
- Segundo, es necesario superar la dispersión administrativa entre salud y servicios sociales así como internamente a cada nivel o sistema. Se menciona, en este punto, la necesidad de crear una cultura común, una cultura profesional más abierta respetando la identidad de cada profesión.

En este último punto se explicita, como en otros GD, el miedo de los servicios sociales a depender del sistema de salud (se habla de ser comido). Recelo y miedo que no impide al grupo decantarse frente a los corporativismos que lastran el

desarrollo de la atención sociosanitaria si bien la distancia entre modelos y prácticas profesionales es tal que el grupo no ve cómo pueden ser superadas.

En todo caso la atención sociosanitaria supone desarrollar al mismo tiempo dos niveles:

- Un nivel institucional o de compromiso político que no supone crear estructuras nuevas, sino impulsar la voluntad de convergencia entre sistemas, reorganizar internamente cada sector y facilitar una red de estructuras intermedias a partir de lo existente.
- Un nivel operativo que supone definir la cartera de servicios de lo sociosanitario, aproximar áreas de salud y servicios sociales, creación de comisiones provinciales donde se articulen los niveles políticos y funcionales e implicar y dar protagonismo financiero a las administraciones locales.

GD 5: MADRID 8 de abril de 1999

a) Las comisiones sociosanitarias que se constituyeron en Madrid como consecuencia del Convenio Interministerial de 1993 generaron una gran ilusión entre los profesionales de la región central traducido en esfuerzos de aprendizaje, intercambio de conocimientos y desarrollo de experiencias de gran importancia. El grupo constata cómo desde 1997 las expectativas iniciales decaen y una cierta frustración predomina entre los profesionales. Además de razones de compromiso político habría razones que al coincidir restaban capacidad y proyección al nuevo proyecto: por una parte, el hecho de que los servicios sociales fueran competencia de la comunidad autónoma y de los ayuntamientos mientras que la competencia en sanidad estuviera en manos del INSALUD; por otra parte, el hecho de que las comisiones sociosanitarias no tuvieran estructura y capacidad ejecutiva.

Abundando en este planteamiento se enfatiza por parte del grupo en la escasa viabilidad de un proyecto con una filosofía inicial de coste cero cuando se necesitan importantes recursos para el desarrollo de la atención sociosanitaria. En este sentido el desarrollo de las comisiones sociosanitarias fue, según el grupo, voluntarista. Sin embargo, el grupo destaca cómo las comisiones pusieron en marcha un movimiento de discusión y de reflexión entre profesionales sanitarios y de los servicios sociales que se ha traducido en importantes logros: nuevos instrumentos de comunicación que han permitido el acercamiento entre el sistema sanitario y el social, hasta entonces a espaldas el uno del otro. Del mismo modo se destaca el desarrollo de un debate teórico nada desdeñable como los objetivos y metodologías de atención desde la idea básica de interdisciplinariedad.

b) En todo caso las experiencias de coordinación de las áreas de salud IV, V y VI que comprenden el 52 por 100 de los distritos de Madrid capital permiten a los profesionales del grupo analizar con detalle el conjunto de los problemas que afronta la atención sociosanitaria en una región donde se constata un parón en el proceso abierto e ilusionante que se pone en marcha a finales de 1993:

1. En primer lugar, se destaca una parálisis del impulso político o voluntad institucional que tiene que sostener un proceso tan complejo como es la construcción de la atención sociosanitaria.
2. En segundo lugar, las diferencias entre culturas profesionales sanitarias y de los servicios sociales constituyen un problema importante: dos formas distintas de analizar y de responder a las necesidades y que se traducen en el recelo de los servicios sociales (sistema deficitario y sometido a carga de prueba) y en la posición de privilegio del sistema sanitario (universal y gratuito).
3. En tercer lugar, una escasa implicación política de la Administración local a pesar de su implicación real y cotidiana en el desarrollo del SAD y de los servicios comunitarios intermedios.
4. Finalmente, la escasez de recursos, sobre todo sociales, es unánimemente compartida por el grupo. Las tasas de cobertura de ayuda domiciliaria, centros de día y residencias asistidas son muy bajas y no permiten un impulso decidido de la atención sociosanitaria. De manera más concreta el grupo está de acuerdo en que, desde el punto de vista de los recursos, hay dos problemas a resolver: los referentes a cuidados de larga duración residencial y el desarrollo de la atención domiciliaria.

e) Ante la inevitabilidad del crecimiento de la población dependiente, del que es un ejemplo Madrid capital, el grupo trata de adentrarse en el futuro inmediato destacando aquellos problemas que es necesario resolver, así como los proyectos que pueden potenciar lo sociosanitario.

Por una parte, el grupo se plantea un problema teórico-político de fondo, estructural, como es la necesidad de protección social de la dependencia para hacer frente a la amplitud e impacto de la misma y, aceptado esto, cuál sería el modelo dominante adecuado: si un modelo de servicios públicos, un modelo de potenciación de la familia cuidadora o un modelo mixto con un mayor o menor refuerzo de los servicios públicos o del papel de la familia. En este sentido el grupo parece apostar mayoritariamente por un compromiso público en el cual el sector público juegue un papel beligerante sin menoscabo de integrar a la familia cuidadora y a las entidades y empresas de servicios necesarias y acreditadas.

Este marco político ineludible, según el grupo, debe resolver algunos aspectos inicialmente decisivos y que de manera ordenada pasamos a referir:

- Si se opta por un modelo basado en el principio de responsabilidad pública o en otro basado en el principio de subsidiariedad.
- Si la atención sociosanitaria se debe apoyar en una red nueva, diferenciada y específica o en un sistema de coordinación de recursos generando sinergias.
- Si el modelo de financiación o cofinanciación de los servicios sociales podrá adecuarse a la globalidad del problema o seguirá siendo un problema de cada comunidad autónoma o un modelo mixto.
- El grupo se decanta mayoritariamente por un modelo de responsabilidad pública, que potencie los recursos existentes sin crear una red nueva y apuesta por sistemas de financiación generales sin menoscabo de acuerdos interterritoriales e intersistemas.

En todo caso la resolución de estas opciones estratégicas lleva al grupo a debatir aspectos relacionados con tales disyuntivas como son la idea de coordinación, el papel de los ayuntamientos, la eficacia de los servicios sociales y la necesidad de una nueva cultura profesional.

- El grupo entiende que la coordinación sociosanitaria no es un sistema de resolución de casos, sino de creación de las condiciones favorables para diseñar y resolver necesidades reales.
- La atención sociosanitaria supone resolver el déficit de servicios sociales existentes garantizando la financiación de las nuevas necesidades de dependencia que afectan de manera directa a los servicios sociales. Sin este crecimiento no puede lograrse eficacia asistencial.
- Igualmente el grupo se plantea el problema de la incorporación activa de la Administración local a la atención sociosanitaria tanto en lo que se refiere a una mayor capacidad política e institucional como en lo tocante a la suficiencia financiera que requiere un sistema de protección complejo.
- Finalmente, el grupo de profesionales de Madrid entiende que si bien la puesta en marcha de las comisiones sociosanitarias ha acercado a los profesionales sanitarios y sociales (a veces de manera voluntarista), sin embargo, la integración de recursos precisa de un mayor desarrollo de la comunicación entre profesionales creando una cultura profesional común

que, por la naturaleza interdisciplinar de la atención sociosanitaria, tiene que ser interdisciplinar.

UNA VISIÓN GLOBAL DEL DEBATE DE LOS PROFESIONALES

El resumen del debate de cada uno de los GD precedentes ha pretendido poner de manifiesto la especificidad y naturaleza diferencial de la problemática sociosanitaria en su desarrollo actual y tendencias futuras en cinco comunidades autónomas. Sin embargo, y a pesar de que a lo largo del estudio se desgranar los diferentes aspectos de un debate complejo, puede ser de utilidad señalar esquemáticamente el haz de problemas que suscita la protección social de las personas dependientes tal como las perciben e interpretan los profesionales sanitarios y de los servicios sociales.

- Un primer hecho a constatar es que el problema de la dependencia, aun no siendo nuevo, ha tomado una dimensión social y económica de gran importancia en el futuro inmediato de la política social como consecuencia del proceso intenso de envejecimiento de la sociedad española. De manera relativamente abrupta ha tomado carta de naturaleza. Sin embargo, la elevada conciencia del problema por parte de los profesionales no tiene correspondencia aún en el conjunto de la sociedad española y, en consecuencia, existe un retraso evidente en cuanto a la conciencia del problema. Ello se refleja en la lentitud de la acción política y social respecto del problema, si bien la importancia de uno de los problemas de la dependencia, el Alzheimer, está facilitando la toma de conciencia del problema por parte de la sociedad española.
- En segundo lugar hay que constatar, como en otros aspectos de la política social, las diferencias existentes en el desarrollo de los programas asistenciales para personas dependientes en las comunidades autónomas objeto de análisis tanto en lo que se refiere a sus orígenes (sanitario en unos casos, social en otros) como en lo tocante a los recursos y madurez de los programas y al distinto papel del sector público y privado en la gestión del problema. La consolidación de sistemas autonómicos de servicios sociales y la transferencia de los servicios sanitarios aumenta esas diferencias y dificulta la materialización de una política de Estado deseable en un problema como el de la dependencia.

En suma, como punto de partida, podemos afirmar que el diferencial de conciencia sobre el problema social de la dependencia (del que depende en buena medida la acción pública) y las diferencias entre comunidades autónomas en lo que se refiere al origen, desarrollo y madurez de los programas y acciones

asistenciales de las personas con dependencia, constituyen dos hechos sociales de importancia a la hora de valorar el problema de la dependencia y las políticas públicas que puedan darle respuesta.

Nuestros profesionales están de acuerdo en la necesidad de políticas protectoras de las situaciones de dependencia. Teóricamente hablando el acuerdo es unánime a varios niveles: la necesidad de reconocer el derecho subjetivo a la protección de la dependencia, la necesidad de creación de un continuo sociosanitario, la necesidad de coordinación profesional y de una cultura profesional común en este campo, la necesidad de una respuesta pública o compromiso decidido sobre el problema en términos políticos y económicos, la necesidad de integrar a la familia cuidadora en el esquema protector, abocando todo ello a una ley de protección a la dependencia o ley de derecho a la protección social sobre la que sea posible construir los diferentes modelos autonómicos o programas territoriales de atención a las personas dependientes.

El acuerdo sobre la necesidad de la protección social de las personas dependientes plantea, sin embargo, problemas nada ociosos a los que tiene que responder la acción pública y la propia sociedad. Entre ellos, como se puede ver en las páginas precedentes, los siguientes:

- a) El gran diferencial existente entre el sistema sanitario y los servicios sociales en cuanto a la naturaleza del derecho de acceso, en cuanto a los recursos y en cuanto a los estilos de intervención profesional. La protección social de la dependencia, según los profesionales, implica universalizar el derecho en los servicios sociales y un crecimiento notable de los recursos sociales de tipo comunitario para el desarrollo de una política efectiva.
- b) Por otra parte, un problema no menos importante es como articular una política protectora universal con el marco competencial actual de servicios sociales y sanitarios. En este punto hay que asumir la inevitable diferencia entre programas y modelos, que responden a cursos históricos e institucionales de muy distinto origen y, sobre este hecho, llegar a definir una política general que haga del derecho a la protección de la dependencia un derecho subjetivo en toda España. Ello supondría la elaboración y aprobación de una ley básica de protección social con arreglo a la cual se desarrollen los diferentes modelos territoriales, a la vez que se reforman las actuales leyes de servicios sociales para asumir el citado derecho subjetivo. Ello, sin duda, exige una decidida política de consenso al mismo nivel que lo es la política de pensiones en el Pacto de Toledo.

- c) Finalmente, la financiación del nuevo derecho suscita problemas e interrogantes importantes. Por una parte, una eficaz gestión de los recursos actuales y, en su caso, la reconversión de algunos de ellos son una vía necesaria sobre la que existe un amplio acuerdo. Pero, por otra parte, se enfatiza en que un derecho universal protector de la dependencia debe ser garantizado mediante impuestos generales. Ello supone que el copago de los servicios sociales en el caso de las situaciones de dependencia tendría que desaparecer, lo cual plantea problemas adicionales importantes. Existe un acuerdo, en todo caso, en que la protección de la dependencia hace incompatible la gratuidad del sistema sanitario y el copago baremado y en función de la renta en los servicios sociales. El continuo asistencial que requiere la protección de la dependencia exige un mismo derecho subjetivo garantizado.

En definitiva, la protección social de la dependencia se plantea en el discurso profesional a tres niveles: como derecho subjetivo a proteger de manera universal, desarrollado en el contexto del actual marco competencial con las modificaciones necesarias para hacer efectivo dicho derecho y, finalmente, garantizado mediante impuestos generales que hagan posible la gratuidad del derecho básico tanto en el sistema sanitario como en los servicios sociales.

ANEXO 2: COMPOSICIÓN DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

1. GD DE BARCELONA

- Sra. Salud Camps, Amics de la Gent Grant (Barcebona).
- Dr. Joan Carbes Rovira, Hospital de Sant Jaume de Manlleu.
- Dra. Maica García, Regió Sanitaria Costa Ponent, Hospitalet de Llobregat.
- Sra. Monserrat León, Fundación Torres Folguera, Terrasa.
- Sra. Fidencia Foz, Area de Serveis Sociabs del Ajuntament, Barcelona.
- Sr. Franeesc Patricio, ICASS-Servei de Vellesa, Barcelona.
- Dr. Ramón Torres, Centro Socio Sanitario Seguí, Barcelona.

2. GD DONOSTIA

- Dr. José Antonio Aguirre Elustondo, Gerente Complejo Hospitalario Donostia.
- Dr. D. José Antonio Marín, Diputación Foral de Álava.
- Iñigo Pombo, Gerente del IFAS, Diputación Foral Bizkaia.
- Dr. José Andrés Martín Zurimendi, Director de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de Bizkaia.
- Ignacio Iragorri, Jefe de Servicio de Programas Especializados de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Francisco Leturia, Director Técnico de Servicios Sociales de la Fundación MATIA.
- Dr. José Luis Muñoz, Dirección Territorial de Sanidad de Gipuzkoa.
- Román Zulaika, Coordinador Socio-Sanitario de Osakidetza, Dirección Territorial de Sanidad en Gipuzkoa.

3. GD TOLEDO

- Angelines Martínez Martínez, Jefa de Servicio de Programas Sociales, Delegación Provincial de Bienestar Social, Albacete.
- Anastasia Tsackos Moratalla, Presidenta de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer, Albacete.
- Dr. Antonio Carbonell Collar, Jefe de Servicio de Geriátría del Hospital Virgen del Valle, Toledo.

- Dra. Carmen Valdivieso Sánchez, Coordinadora del Plan de Atención a las Personas mayores en Castilla-La Mancha.
- Dr. Rodrigo Gutiérrez Fernández, Jefe de Servicio de Atención a Mayores, Consejería de Bienestar Social, Toledo.
- Andrés García Sáez, Presidente de la Federación Provincial de Asociaciones Provinciales UDP, Albacete.
- Dr. José M.^a Marín Rubio, Subdirector Médico del Hospital Virgen de la Salud, Toledo.
- Teodoro García Pérez, Jefe de Servicio de Acción Social, Delegación Provincial de Bienestar Social, Toledo.

4. GD GRANADA

- Dr. José Manuel Marín Carmona, Ayuntamiento de Málaga.
- Isabel Baena Parejo, Farmacéutica, Delegación de Sanidad de Granada.
- M.^a del Mar Entrambasaguas Garrido, Directora de Sergesa-Eses.
- Francisco Javier González Segarra, Jefe Servicio IPAS, Diputación Provincial de Jaén.
- Ramón Dengros Molina, Jefe Sección de Programas de Servicios Sociales.

5. GD MADRID

- Dr. Francisco Guillén, Director Hospital de Getafe.
- Dr. José Ramón Campos, Director Médico Quavitae.
- D.^a Carmen Domínguez, Responsable del SAD de Getafe.
- D. Ernesto Cabello, Director Económico del Area de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.
- D.^a María Teresa Sancho Castiello, Plan Gerontológico, IMSERSO.
- D. Miguel Angel Millán, Director Servicio Tercera Edad de Caritas Española.
- Dra. Pilar Regato, INSALUD.

ANEXO 3: DOCUMENTACIÓN Y BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Aznar López, M. , «Los servicios sociales públicos para mayores. Balance y prospectiva», *Documentación Social*, 11 2, 1998.
- Bases d, un model d, atenció sócio-sanitària, del seu finançament i del desplegament de recursos b 990- 1 995, *Salu Catalunya* 1990, 4 (1).
- Colectivo IOE, «Cuidados en la vejez. El apoyo informal», IMSERSO, Madrid, 1995. Diputación Foral de Alava, Convenio de Cooperación entre el Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Alava para mejorar y racionalizar la cobertura de la atención psicogeriatrica en el territorio histórico de Alava», 1993.
- Diputación Foral de Alava, «Convenio de colaboración entre el Servicio Vasco de Salud y el Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de Alava para la realización de servicios socio-sanitarios compensados», 1995.
- Diputación Foral de Bizkaia, «Acuerdo-Marco entre el Departamento de Sanidad, Servicio Vasco de Salud y la Diputación Foral de Bizkaia para colaborar en el espacio sociosanitario en el territorio histórico de Bizkaia», 1998.
- Diputación Foral de Gipuzkoa, «Acuerdo-Marco para la colaboración entre el Departamento de Sanidad, junto con el Servicio Vasco de Salud y el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, para la cobertura de las necesidades sociosanitarias en el territorio histórico de Guipúzcoa», 1996.
- Doyal, L., y Giugh, I., «A theory of human needs», Macmillan, London, 1991, Capítulos 4y5.
- INSERSO, «Evolución y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España», Madrid, 1998.
- INSERSO, «Informe de valoración del Plan gerontológico estatal», Madrid, 1999.
- Junta de Andalucía, «I Plan Andaluz de Salud, 1999-2002», 1998.
- Junta de Andalucía, «Plan de Atención Integral a los Mayores en Andalucía, 2.ª Fase», 1999.
- «Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha: 1998-2002», Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- «Programa Operativo 1999» del Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha 1998-2002.
- Rodríguez, P., «El problema de la dependencia en las personas mayores», *Documentación Social*, 112, 1998.

Rodríguez, P., y Sancho, T., «Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad», *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, vol. 30 (3), 1995.

Servei Catalá de la Salut, «El Modelo de Atención Sociosanitaria en Cataluña», Plan de Salud, Cuaderno, núm. 5, Servei Catalá de la Salut.

Senado, «Documento de trabajo destinado a la ponencia especial para el estudio de la problemática del envejecimiento de la población española», Mimeo, Madrid, 1999.

VVAA, «Centros de Día para personas mayores dependientes. Guía práctica», INSERSO, Madrid, 1996.