

**LA ATENCIÓN A LA GENTE MAYOR
DEPENDIENTE EN CATALUNYA**

**INFORME EXTRAORDINARIO
DEL SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA**

ÍNDICE

Presentación.....	4
1. Introducción.....	8
2. Perspectiva general.....	10
2.1. Nivel internacional.....	10
2.2. Nivel estatal.....	14
2.3. Nivel autonómico.....	18
2.4. Catalunya.....	21
2.5. Iniciativa social.....	23
2.6. Actuaciones del Síndic.....	24
3. Situación actual de la atención a la gente mayor dependiente en Catalunya.....	26
3.1. El alcance de la dependencia y la distribución de la atención.....	26
3.2. Atención residencial.....	32
3.2.1. Plazas residenciales.....	32
3.2.2. Red sociosanitaria.....	35
3.2.3. Financiación.....	40
3.2.4. Calidad de la atención.....	44
3.2.5. Personas discapacitadas que envejecen....	49
3.3. Atención comunitaria.....	50
3.3.1. Valoración general.....	50
3.3.2. Centros de día.....	52
3.3.3. Otros servicios de proximidad.....	54
3.3.4. Atención domiciliaria.....	54
3.4. Atención informal.....	59
3.5. Organización y coordinación de los servicios....	63
3.6. La dimensión sociocultural de la atención a la gente mayor dependiente.....	65
3.6.1. Responsabilidad de la atención.....	65
3.6.2. Situación de familias y mujeres cuidadoras	67
3.6.3. Cambios en los modelos de convivencia....	72
3.6.4. Maltratos.....	74
3.6.5. Actuaciones preventivas.....	77
4. El modelo de atención como respuesta a las necesidades de la gente mayor dependiente y sus familias.....	79
4.1. Ámbitos que afectan al modelo de atención a la gente mayor dependiente.....	79
4.1.1. Perspectivas demográficas.....	79
4.1.2. Efectos sobre la actividad productiva....	84
4.1.3. Limitaciones del gasto público.....	87
4.2. Opciones fundamentales.....	90
4.2.1. Acceso a las prestaciones.....	91
4.2.2. Financiación.....	94

a) Financiación pública	94
b) Copago	97
c) Financiación privada	99
4.2.3. Forma de prestación	100
4.2.4. Proveedor del servicio	104
4.2.5. Lugar de la prestación	105
5. Los derechos de la gente mayor con dependencia	109
5.1. Planteamiento general	109
5.2. Consideraciones específicas sobre algunos derechos	113
5.2.1. Igualdad y equidad	113
5.2.2. Intimidad	115
5.2.3. Dignidad	116
5.2.4. Elección	117
5.2.5. Salud	118
5.2.6. Pensiones	120
5.2.7. Trabajo	122
5.2.8. Vivienda	123
5.2.9. Servicios sociales	124
5.2.10. Familia	125
5.2.11. Participación	127
5.3. Otros aspectos de especial interés en relación con los derechos	128
5.3.1. Vulnerabilidad	128
5.3.2. Exclusión	129
5.3.3. Incapacitación	131
5.3.4. Testamento vital	134
5.3.5. Respeto a los valores	135
5.3.6. Aspectos socioculturales	135
5.3.7. Voluntariado	137
5.3.8. Modalidades de las prestaciones	138
5.4. Derechos y deberes como usuarios de los servicios	139
6. Los deberes en la atención a la gente mayor dependiente	142
6.1. El sistema de responsabilidades	142
6.2. Las obligaciones familiares	144
6.3. Las responsabilidades públicas	149
6.4. La financiación	151
7. Conclusiones	156
7.1. El modelo de atención	156
7.2. Aspectos generales	161
7.3. Ámbitos específicos	163
7.4. Derechos y deberes	166
8. Propuestas y sugerencias	170
8.1. El modelo de atención	170
8.2. La mejora de la atención	172
8.3. Ámbito sociocultural	176
8.4. Derechos y deberes	177

PRESENTACIÓN

Las referencias a las personas de edad avanzada han sido frecuentes en los informes anuales del Síndic de Greuges en el Parlament de Catalunya. En una época relativamente reciente, las personas que respondían a esta condición vieron que como grupo se les llamaba "tercera edad", en un esfuerzo por rehuir expresiones que utilizaran los términos "viejos" o "vejez", que, de considerarse motivo de respeto y consideración, se convirtieron en objeto de conmiseración.

Es posible que este ejercicio semántico fuera la causa de la creencia que la juventud es la única edad lo bastante gratificante como para merecer esfuerzos e intentar alargarla, más allá incluso de lo que biológicamente o según las convenciones sociales tradicionales corresponde.

En nuestros informes, los apartados donde más frecuentemente nos hemos referido a la gente mayor han sido los de Sanidad, Trabajo y Pensiones y Servicios sociales. El año 1999, que la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó Año internacional de la gente mayor, reprodujimos, en las secciones y apartados del Informe donde era pertinente y para contribuir a la conmemoración, alguna de las recomendaciones contenidas en el primer instrumento internacional sobre la gente mayor, el Plan de acción internacional sobre la gente mayor, aprobado, en 1982, por la resolución 37/51 de la Asamblea General. El lema de aquel informe anual de 1999 fue "Los derechos no caducan con la edad".

Más recientemente, en el Informe al Parlament de 2002, dedicamos el apartado denominado Libro segundo a hacer un

conjunto de consideraciones sobre la atención a la gente mayor dependiente en Catalunya. Con ellas queríamos invitar a la reflexión tanto a los miembros del Parlament de Catalunya como a toda la sociedad catalana sobre la necesidad de impulsar el debate sobre las medidas a adoptar en un ámbito en el que el crecimiento de las necesidades obliga a una respuesta cada vez más urgente.

El Informe extraordinario que, de acuerdo con el artículo 30.4 de nuestra ley reguladora, hemos elaborado y ahora presento tiene por finalidad proseguir en esta línea. Pretende aportar unas consideraciones, lo bastante detalladas, pero al mismo tiempo lo bastante resumidas, para facilitar este debate que permita tomar las determinaciones que tienen que garantizar que, efectivamente, los derechos no caduquen con la edad y que la vejez se pueda vivir con dignidad.

Este Informe ha sido elaborado con la participación de los miembros de la oficina del Síndic que trabajan de forma cotidiana en los asuntos que afectan a la gente mayor, tramitando quejas y desarrollando actuaciones de oficio, como la asesora Maria Josep Juan-Torres. Pero, además, hay que remarcar dos grupos de colaboraciones sin los cuales no habría sido posible.

Por una parte, hemos consultado a un conjunto de expertos de nuestro país, conocedores de los problemas de la vejez desde ámbitos muy diversos: economía, sociología, mundo sindical, medicina, derecho, administración de los servicios sociales y de la salud, así como también organizaciones no gubernamentales que trabajan en este ámbito.

Estas personas son: José Antonio Alcaide, secretario de política territorial de la UGT; Xavier Altarriba, director técnico del Instituto de Prospectiva y Análisis de la Realidad Social Krebs; Anna Altadill, trabajadora social; David Casado, profesor de la Universidad Pompeu Fabra; Maria Casado, directora del Observatorio de Bioética y Derecho; José Augusto García, director de hospital; Guillem Lòpez, catedrático de la Universidad Pompeu Fabra; Júlia Montserrat, consultora de servicios sociales; Jordi Muñoz, Comisión de Derechos de la Gente Mayor del Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona; Jaume Padrós, médico gerontólogo; Ángeles de Palma, profesora de la Universidad de Barcelona; Francesc Patricio, jefe de área del ICASS; Encarna Roca, catedrática de la Universidad de Barcelona; Teresa San Roman, catedrática de la Universidad Autónoma de Barcelona; Jaume Sangrà, trabajador social del Departamento de Bienestar y Familia; Sebastià Sarasa, profesor de la Universidad Pompeu Fabra; Antoni Tuà, responsable de política sanitaria de la CONC, y Lourdes Villanova, Asociación Nou Horitzó.

Les hemos pedido opinión sobre determinadas cuestiones y nos la han facilitado. El resultado final de este Informe no recoge exactamente el punto de vista de todos ellos, incluso en algún punto disiente más o menos abiertamente; pero sus aportaciones han sido muy valiosas y procede que les expresemos aquí nuestro agradecimiento.

En segundo lugar, el asesor de esta Institución, señor Lluís Sols, y el señor Antoni Vilà, profesor en la Universidad de Girona, que de acuerdo con el trabajo previo del también asesor del Síndic señor Eugeni Castelló plantearon el esquema básico a desarrollar, han efectuado la mayoría de la

investigación y han coordinado las entrevistas y el tratamiento de las informaciones que se nos ha aportado.

Como es habitual en nuestros informes monográficos, este trabajo se cierra con una serie de conclusiones y recomendaciones correlativas que corresponde al Parlament, su destinatario preferente, valorar y, en la medida que lo crea oportuno, impulsar.

Anton Cañellas
SÍNDIC DE GREUGES

1. INTRODUCCIÓN

Hay muchas personas mayores que necesitan ayuda para algunas de las actividades cotidianas básicas. Estas personas constituyen en conjunto un colectivo -el de las personas mayores dependientes- numeroso, creciente y con un alto riesgo de ver vulnerados algunos de sus derechos, lo cual justifica la importancia y la urgencia de analizar su situación y efectuar pronósticos sobre la eventual evolución que vivirán en nuestro país.

Esta percepción de la importancia y la urgencia del caso que proponemos ha sido compartida por muchos sectores de Catalunya y de todo el Estado, de manera que a lo largo de todo el año 2003 nos han llegado numerosas informaciones sobre reuniones de expertos, iniciativas y tomas de posición sobre esta problemática impulsadas por diversas entidades, públicas y privadas, como también por diferentes colectivos, entre los cuales se cuenta el de las personas mayores. Tenemos que destacar, entre otros, el dictamen de la comisión encargada de revisar el Pacto de Toledo, en el que se manifiesta el consenso sobre la necesidad de establecer pronto una regulación sobre la situación de dependencia y estudiar las alternativas viables para proteger este sector de la población.

En el Informe se puede encontrar una perspectiva general de los problemas relativos a la atención a la gente mayor, una aproximación a su situación en nuestro país -con una particular atención a los aspectos socioculturales- y una síntesis de los aspectos más relevantes que creemos que se tienen que considerar a la hora de escoger un modelo de atención para Catalunya. Además, incluimos unas reflexiones

sobre algunos derechos y deberes que hemos detectado que requieren reflexiones y estudios más esmerados en su aplicación a la gente mayor dependiente y que, en algunos casos, tendrían que ser objeto de un reconocimiento jurídico más adecuado. Finalmente, el trabajo aporta unas conclusiones que sirven de base a un conjunto de treinta y dos propuestas y sugerencias.

En todo caso, sabemos que esta iniciativa forma parte de un movimiento mucho más amplio, especialmente en los países de nuestro entorno. Ya hace algunas décadas que en los países escandinavos se implantaron los primeros sistemas de atención a la gente mayor dependiente. Sin embargo, fue sobre todo en la década pasada, especialmente a partir del año 1995, cuando la mayor parte de los países europeos empezaron a implantar amplios sistemas de atención a la dependencia. No llegamos, pues, demasiado tarde. Pero, como veremos a lo largo del estudio, no tendríamos que aplazar más esta cuestión si queremos evitar que la propia gravedad de las situaciones derive en conflictos graves que nos arrastren a adoptar soluciones parciales, precipitadas y, quizás, poco eficientes.

Hay que decir, también, que somos conscientes de que muchas de las medidas que se tendrían que implantar trascienden en este momento las competencias de este Parlament. Pero igualmente recordamos que Catalunya ha sido abanderada en muchas iniciativas emprendidas desde los ámbitos sociales y económicos. Por eso creemos que puede volver a serlo en esta materia y que, en último término, quizás habrá que reclamar de las correspondientes instancias estatales todo aquello que no se pueda abordar directamente con los recursos y las competencias que hoy tenemos y que sea necesario para atender dignamente a unos ciudadanos que han contribuido de forma

primordial a la recuperación de las libertades y a la consecución del bienestar social de nuestro país.

2. PERSPECTIVA GENERAL

Los últimos años se han promovido iniciativas dirigidas a considerar los problemas que presentan la gente mayor dependiente y sus familias. Se ha hecho por medio de disposiciones legislativas, planes de actuación y dispositivos organizativos específicos o dentro de las actuaciones de protección ante la discapacidad y el envejecimiento. Para contribuir a delimitar el marco de actuación, presentamos a continuación una síntesis de las iniciativas y las acciones emprendidas en los ámbitos internacional, estatal y catalán, sin perjuicio de que en los apartados siguientes se efectúe un tratamiento más detallado de determinados aspectos.

2.1. Nivel internacional

Hay que reconocer el importante papel desarrollado en la promoción y divulgación de los aspectos relacionados con la discapacidad y el envejecimiento por las Naciones Unidas en las dos últimas décadas, que fueron trenzando principios y acciones a favor de estos colectivos.

La proclamación del año 1981 como Año Internacional de las Personas con Discapacidad y la aprobación, el año siguiente, del Programa de acción mundial para las personas con discapacidad bajo los lemas de "igualdad" y "plena participación" fueron contribuciones destacables, tanto desde el punto de vista conceptual como para marcar el camino a seguir en las actuaciones futuras. El mismo 1982, la ONU organizó en Viena la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que impulsó el primer plano de acción internacional sobre el envejecimiento, que incluía medidas sobre el trabajo, la seguridad económica, la salud, la

nutrición, la vivienda, la educación y el bienestar social, identificando a las personas mayores como un grupo de población diverso y activo, con aptitudes diferentes y necesidades especiales en algunos casos.

En la década siguiente, la Asamblea General de la ONU aprobó los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas mayores (1991), que establecían los cinco ejes (independencia personal, participación, atención, realización personal y dignidad), que se convirtieron en fundamentales para el diseño de las políticas en este campo.

Para dar continuidad a estas acciones, la mencionada asamblea aprobó las Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993) y proclamó el año 1999 como Año Internacional de las Personas Mayores, con el lema muy explícito de "Hacia una sociedad de todas las edades", que permitió profundizar en el estudio de la situación de las personas mayores, su desarrollo individual a lo largo de toda la vida, las relaciones entre generaciones y otros fenómenos relacionados con el envejecimiento de la población. En este caso, la Asamblea General de las Naciones Unidas contribuyó a esta celebración con la aprobación de un "marco de políticas para una sociedad de todas las edades" y un "Programa de investigación del envejecimiento para el siglo XXI", documentos que proponían políticas facilitadoras de la transición hacia el nuevo modelo de sociedad propuesto.

Al principio del nuevo milenio se reunió en Madrid la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), que enriqueció el corpus doctrinal ético y jurídico con nuevas aportaciones, entre las cuales hay que remarcar las dirigidas a hacer posible que las personas mayores puedan participar

plenamente en la vida económica, política, social y cultural de sus sociedades. También insistía en que las personas mayores tendrían que continuar teniendo acceso a la educación y a los programas de capacitación y poder trabajar mientras quisieran. Destacaba, asimismo, la importancia de poder establecer servicios sociales públicos de acuerdo con sus necesidades específicas, así como también el derecho a las pensiones y a una atención sanitaria sin restricciones, como manifestaciones de la solidaridad intergeneracional.

El Segundo Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en la mencionada asamblea, hacía un llamamiento a definir y concretar estrategias en la lucha contra los maltratos; propuso también ayudas para la vivienda y, de manera especial, insistía en la importancia de la ayuda domiciliaria como garantía del hecho de que la persona mayor sea atendida sin tener que abandonar su entorno. Por eso, consideraba que hacía falta ayudar a las personas mayores que viven solas y prestar apoyo a los que conviven con personas mayores y a los que les prestan otras formas de atención. Finalmente, destacaba la necesidad de proyectar una imagen pública positiva del envejecimiento.

Las instituciones europeas no han sido indiferentes a esta problemática que afecta de una manera importante a la mayoría de los países que la componen. Entre múltiples iniciativas, hay que mencionar la contribución del Consejo de Europa (1998) en la definición de la dependencia en el contexto de la protección, considerando que son personas dependientes "las que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria"; también cabe destacar el

Convenio del Consejo de Europa (2000) en relación con los derechos de los usuarios al ámbito de la biomedicina, principalmente en los postulados de: a) respeto por la máxima autonomía posible; b) protección sociosanitaria integrada y secuencial; c) implicación del afectado; d) protección de las generaciones futuras.

Este mismo organismo recoge los derechos de las personas con discapacidad mental, entre los cuales considera fundamental el reconocimiento a su capacidad de decisión, mientras sea posible, y su integración en la comunidad.

También la Unión Europea se ha referido a menudo mediante diversas resoluciones y documentos a aspectos relacionados con el envejecimiento. Aquí nos referiremos sólo a algunas de las abundantes disposiciones, directas e indirectas, que contiene la Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea (2000) con respecto a la vejez y la dependencia, que enmarcan claramente la dirección de las políticas legislativas en esta materia. La carta empieza estableciendo: "La dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida" (art. 1); en el marco de la medicina y la biología trata del consentimiento libre e informado y de la prohibición de prácticas eugenésicas (art. 3, 2); establece el derecho a la protección de los datos personales y a acceder a los datos recogidos (art. 8, 1 y 2); prohíbe todo tipo de discriminación por "discapacidad y edad" (art. 21, 1); reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de la seguridad social y de servicios sociales que garanticen la protección en los casos de "la dependencia o la vejez", así como también a la ayuda social y para la vivienda para garantizar una existencia digna a los que no dispongan de recursos suficientes (art. 34, 1 y 3), asimismo,

reconoce el derecho de toda persona a la prevención y la atención sanitaria (art. 35).

Además de la mencionada referencia directa a las prestaciones por dependencia, dentro del apartado de la seguridad social, los artículos 25 y 26 tratan explícitamente de los dos colectivos relacionados con la dependencia. El primero de los artículos mencionados, dedicado a la gente mayor, reconoce y respeta el derecho de estas personas a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural, y el artículo siguiente reconoce y respeta el derecho de las personas discapacitadas a beneficiarse de medidas que garanticen su autonomía, integración social y profesional y la participación en la vida de la comunidad.

La mayoría de estados ha implantado ya amplios sistemas de protección social a la dependencia, aunque los modelos aplicados -como veremos a lo largo de este estudio- son bastante diferentes.

2.2. Nivel estatal

El modelo de atención a la dependencia en España está configurado por normas, actuaciones e iniciativas establecidas desde diferentes ámbitos, sin una política ni planificación muy coordinada ni integrada. En el caso de la salud, ha sido importante la Ley general de sanidad (1986), que hizo efectivo el derecho a la salud previsto en el artículo 43 de la Constitución Española, completado después por la normativa catalana. Más recientemente, la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003) ha definido el ámbito "sociosanitario" (art. 14, 2) y ha establecido el catálogo de

prestaciones mínimas que integran este ámbito en la vertiente sanitaria.

La seguridad social prevé complementos específicos para la dependencia en las pensiones contributivas de gran invalidez, con un incremento de un 50% de la pensión cuando el beneficiario necesita la asistencia de otra persona para los actos esenciales de la vida. De la misma manera, en la modalidad no contributiva los beneficiarios de la pensión de invalidez y de la prestación por hijo a su cargo mayor de 18 años tienen igualmente un complemento del 50% de la pensión cuando el grado de discapacidad supera el 75% y necesitan a otra persona para los actos más básicos.

Sin embargo, hay colectivos en situación casi idéntica que no disfrutan de este complemento. Así, las personas mayores con dependencia ocurrida con posterioridad a devengar la pensión no disponen de ningún complemento para la ayuda que requieren de una tercera persona, aunque tienen derecho a la pensión de jubilación, contributiva o no. De la misma manera, los que tienen hijos menores de 18 años con discapacidad tienen derecho a la prestación correspondiente a hijos menores a su cargo, pero no reciben el complemento del 50% que se presta a los que cuidan de hijos mayores de 18 años con discapacidad.

Esta situación comporta un cierto agravio comparativo. Parece que nos encontramos ante una discriminación en razón de edad, ya que ante la misma necesidad la normativa no prevé la misma prestación.

También relacionado con la seguridad social, nos tenemos que referir al último informe de la Comisión del Pacto de Toledo (2003), que dedica una de las recomendaciones adicionales a la

dependencia, donde considera necesario configurar un sistema integrado que aborde, desde la perspectiva de la globalidad, el fenómeno de la dependencia, con la participación activa de toda la sociedad y la implicación de todos los niveles de la Administración pública, mediante la elaboración de una política integral en que quede claramente definido el papel del sistema de protección social.

Para conseguir esto, la mencionada comisión considera necesaria una rápida regulación que recoja la definición de la dependencia, la situación actual de cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección, teniendo en cuenta la distribución de competencias entre las diferentes administraciones públicas, garantizando los recursos necesarios para la financiación y la igualdad de acceso; puntualiza que en determinados supuestos podrá preverse la contribución de los usuarios a la financiación de los servicios.

En el ámbito laboral, la Ley 13/1999 establece medidas para los trabajadores que cuidan directamente de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que no pueda valerse por sí mismo, y les da el derecho a la reducción de la jornada de trabajo, con disminución proporcional del salario, entre un tercio y la mitad de la jornada, y a una excedencia por un tiempo máximo de un año con reserva de puesto de trabajo.

Esta medida ha sido ampliada para el personal de las administraciones catalanas por la Ley 6/2002, y para los trabajadores en general se ha mejorado en algunos convenios colectivos. Por otra parte, algunas comunidades autónomas, por ejemplo el País Vasco o Castilla y León, han empezado a

establecer líneas de ayudas para compensar la reducción de ingresos derivada de la reducción de jornada o de la excedencia. Aunque de momento se refieren sólo a las otorgadas a los padres en relación con los hijos, parece una línea interesante a ampliar en los casos relacionados con la dependencia.

En el ámbito de los servicios sociales, no existe una norma básica estatal, como en el caso de la sanidad, ya que es competencia exclusiva autonómica, salvo los correspondientes a la seguridad social; a pesar de que hoy, que todas las comunidades autónomas han creado sistemas de servicios sociales, se hace difícil desglosar los que son propios de la seguridad social de los exteriores a este sistema. Por otra parte, dado que el fenómeno de la dependencia con la magnitud y las características actuales es relativamente nuevo, los servicios sociales autonómicos tienen que atender las nuevas necesidades de este ámbito sin una financiación adicional adecuada.

Desde la óptica de la legislación sectorial, se tiene que recordar que ha tratado también de situaciones relacionadas con la dependencia la Ley de integración social de los minusválidos (LISMI, 1982), que regula el subsidio por ayuda de tercera persona para los mayores de edad (sin límite) que necesiten la asistencia de otra persona para los actos básicos (art. 16) y prevé equipamientos de atención especializada cuando la profundidad de la minusvalía lo haga necesario (art. 52. 6). La reciente Ley 51/2003, de igualdad de oportunidades, no-discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, al referirse a las medidas de acción positiva, establece que los poderes públicos adoptarán las medidas suplementarias para aquellas personas con discapacidad

que objetivamente sufren un mayor grado de discriminación o presentan menor igualdad de oportunidades, como las personas con discapacidad severamente afectadas o las que no pueden representarse por sí mismas (art. 8,2).

A pesar de tratarse de una norma muy genérica y sin medidas concretas, puede ser útil para justificar determinadas disposiciones de discriminación positiva a favor de este colectivo.

Finalmente, el Plan de acción para las personas mayores 2003-2007, aprobado por el Consejo de Ministros a final de agosto de 2003, incluye como objetivo el desarrollo de un "sistema integral de protección económica y sociosanitaria a las personas mayores en situación de dependencia".

Sin embargo, el contenido no se corresponde con el título, ya que en la redacción final se observan pocas novedades en relación con la situación anterior; las medidas aprobadas resultan de carácter muy general, y han desaparecido algunos de los compromisos más sustantivos que figuraban en el último borrador (borrador de marzo de 2003), como la "promulgación de una ley de protección jurídica de las personas en situación de dependencia que contemple, entre otros aspectos, el acceso de forma gradual a los servicios sociales que requiera como un derecho subjetivo" (medida 1.2.1.1) o la "promulgación de una ley por la que se instituya una prestación económica a la dependencia" (medida 1.2.1.2).

Con las decisiones estatales ahora comentadas -la Ley de igualdad de oportunidades y el Plan de acción para personas mayores-, se ha desperdiciado dos ocasiones para establecer el derecho de las personas dependientes, y se ha producido un

retroceso en relación con las propuestas, que habían generado bastantes expectativas.

2.3. Nivel autonómico

Las comunidades autónomas en ejercicio de sus competencias han adaptado y han creado nuevos servicios y prestaciones para atender las necesidades de las personas dependientes y sus familias, al mismo tiempo que buscaban nuevas formas de financiación.

Algunas comunidades optaron por incluir la dependencia en leyes sectoriales, como la Ley de atención y promoción a la discapacidad, de Andalucía (1990), o a la Ley de atención y promoción de personas mayores, también de Andalucía (1999) y la de Castilla y León (2003); a pesar del interés de estas normas, especialmente la última, que muestra un afán por conseguir la efectividad de los derechos, este enfoque ha sido criticado, porque su carácter "especial" podría llevar hacia la marginación del colectivo que pretende favorecer.

Otra línea legislativa de regulación autonómica de la dependencia han sido las leyes de servicios sociales, especialmente algunas de las de segunda generación, entre las que se destacan las leyes de servicios sociales del Principado de Asturias y de la Comunidad de Madrid (2003), que, además de referirse a la concreción de los derechos, incluyen las prestaciones de servicios sociales a la dependencia dentro de su ámbito de actuación. La última fórmula ha sido la regulación específica de este ámbito, como ha hecho la Ley de Cantabria de protección a las personas dependientes (2001), que, a pesar de la denominación tan amplia, en realidad regula

sólo la parte de servicios sociales, excluyendo expresamente las prestaciones de sanidad.

Por otra parte, las cuestiones relacionadas con la dependencia se incluyen dentro de las planificaciones sociales y sanitarias autonómicas, incluso hay específicas para este colectivo. Con respecto a los tipos y las formas de las prestaciones y servicios dirigidos a la atención de la dependencia, encontramos iniciativas que van desde la potenciación y diversificación de la atención domiciliaria y los centros diurnos hasta el acondicionamiento de los centros residenciales a las nuevas necesidades de los usuarios.

También se tienen que destacar los programas innovadores dirigidos a las familias y a los cuidadores, como el programa Sendian de apoyo a las familias con personas mayores dependientes, de la Diputación de Guipúzcoa (1996), dirigido a facilitar ayuda a las familias para prevenir desajustes familiares, proporcionar una convivencia normalizada y prestar atención a la gente mayor, mediante diferentes acciones. En la misma línea, unos años después la Generalitat estableció el programa Vivir en familia (1999). También cabe mencionar las múltiples realizaciones autonómicas en materia de accesibilidad urbanística, edificación, transporte y comunicación, en las cuales Catalunya tuvo un papel puntero.

Han sido, pues, importantes los esfuerzos efectuados por las autonomías a favor de este colectivo, con aportaciones muy innovadoras e imaginativas; sin embargo, se pueden quedar en puro voluntarismo a causa del aumento del contingente y de sus necesidades, que requieren presupuestos cada vez más importantes.

En relación con el espacio sociosanitario, las comunidades autónomas han optado por soluciones diferentes que van desde la coordinación del sistema sanitario y el de servicios sociales hasta otros que se decantan por la integración de las prestaciones de los dos ámbitos, creando así un "tercer sistema". Así, en Catalunya se creó el programa Vida a los años (1986), más tarde el PALET de la Comunitat Valenciana (1996), el de Galicia (1996), el de Castilla y León (1998) y después este enfoque se extendió al resto de comunidades autónomas.

Las formas de coordinación también son muy diversas y de diferente intensidad: desde las que pretenden una simple colaboración o cooperación de los sistemas, hasta las que prevén la planificación, el seguimiento y la evaluación conjunta. Castilla y León, que puede ser un buen ejemplo de esta última alternativa, establece en su plan sociosanitario (2003) una fuerte coordinación que incluye la planificación conjunta y la asignación de recursos integrada. Catalunya se puede inscribir en la opción "integradora", como reafirma el Decreto 92/2002, que establece la tipología específica de servicios y establecimientos, diferenciando los sanitarios de los de servicios sociales.

A pesar de la existencia de órganos y comisiones conjuntas, los mencionados centros y servicios se encuentran insertados en la órbita sanitaria, como se evidencia de la lectura de la norma, ya que la propuesta de normativa partió del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y las autorizaciones dependen de la Dirección General de Recursos Sanitarios, a pesar de la obligación de comunicar la resolución al Departamento de Bienestar y Familia.

2.4. Catalunya

Han sido muy numerosas las actuaciones emprendidas en Catalunya a las que ya nos hemos referido en otros puntos de este informe. Pero ahora queremos remarcar algunos aspectos, como el carácter pionero de la Generalitat en el abordaje sociosanitario, el Plan integral de la gente mayor (1993) impulsado por el Departamento de Bienestar y Familia y elaborado con gran participación cívica -representantes de entidades, expertos y profesionales- que estudió los diferentes ámbitos relacionados con el envejecimiento y elaboró propuestas de gran interés, algunas muy innovadoras en relación con la dependencia, que se pusieron en marcha parcialmente.

En este nivel planificador, además del tratamiento que hacen los planes de actuación social, los sanitarios y los sociosanitarios, se tiene que destacar la reciente elaboración del "Libro Blanco de la Gente Mayor con Dependencia" (2002), que establece diez recomendaciones que pueden ser útiles como guía para futuras actuaciones: diversificar la atención a las dependencias; prevenir las dependencias desde las edades jóvenes; orientar los servicios a las preferencias del usuario; reconocer el derecho a la atención a la dependencia; atención a las dependencias en un modelo mixto; un modelo asistencial basado en el usuario; integrar la atención a la dependencia en un único programa; valorar el recurso humano; dar apoyo a la adaptación de los proveedores de servicios e invertir en la gestión del conocimiento.

La creación del Observatorio Catalán del Envejecimiento con Dependencia se puede convertir también en una buena referencia para enmarcar las actuaciones, un elemento de impulso y una

herramienta para el seguimiento y la evaluación de las actuaciones.

En cuanto a los servicios sociales, la normativa actual (Decreto legislativo 17/1994) incluye dentro de sus áreas de actuación la atención y promoción del bienestar de la vejez y las personas con disminuciones (art. 10, c y e), pero no hay referencias explícitas a las dependencias funcionales.

Las disposiciones actuales provienen de la Ley 12/1983, que creó el Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (en lo sucesivo ICASS), de la Ley 26/1985, de servicios sociales, y de la Ley 4/1994, que redistribuyó las competencias e hizo algunas otras modificaciones. Así, el cuerpo central de la normativa tiene ya veinte años y en determinados aspectos, como el de la dependencia, seguramente haría falta una nueva ley capaz de enfrentarse a los retos del nuevo siglo.

La Generalitat emprendió también diferentes decisiones innovadoras en diferentes aspectos relacionados con los servicios sociales de apoyo a la dependencia, como las ayudas a las familias con una persona mayor discapacitada o el mencionado programa Vivir en familia, aunque los recursos empleados han resultado insuficientes para satisfacer la demanda creciente.

2.5. Iniciativa social

Desde la iniciativa social se han emprendido también muchas actuaciones solidarias con las personas dependientes, algunas muy meritorias, dirigidas a evitar el aislamiento, la pobreza y la soledad de personas que viven en sus domicilios. Tradicionalmente la iniciativa benéfica ha creado

equipamientos y servicios para atender a la gente mayor especialmente la más desvalida. Aunque se ha mantenido esta tendencia, se observa la irrupción del sector privado mercantil en la provisión de servicios que muy a menudo actúa de forma concertada con la Administración y en todo caso con su previa autorización y el control consiguiente.

Se tiene que remarcar las actuaciones específicas de las mismas entidades de gente mayor, que ha ido asumiendo conciencia de su situación, de su derecho a participar y de la capacidad de incidir en las líneas políticas. Las entidades se han ido federando y en los congresos nacionales de gente mayor han manifestado sus inquietudes y propuestas, algunas relacionadas con la dependencia. La participación formal se ha canalizado mediante el Consejo de la Gente Mayor de Catalunya, que entre sus actuaciones ha impulsado la Carta de los derechos y deberes de la gente mayor, elaborada mediante la participación de las asociaciones de la gente mayor, de los consejos consultivos comarcales, colegios profesionales, universidades e instituciones y expertos en la materia y que fue establecida por acuerdo del Gobierno de 8 de octubre de 2003.

En el panorama estatal, hay que destacar que la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) -en la que participan algunas de las catalanas- aprobó en su VI Congreso, en octubre de 2003, una propuesta sobre las Bases para una ley estatal de protección social a las personas dependientes, que configuraba la atención como un auténtico derecho subjetivo: "Toda persona dependiente tiene derecho a las prestaciones y servicios de protección a la dependencia" y, por lo tanto, "ninguna persona mayor dependiente podrá quedar sin la debida atención por razones económicas o de otra índole. Las

prestaciones podrán ser exigidas a través de los tribunales de justicia, en caso de incumplimiento o retraso manifiesto".

También algunas entidades privadas y empresas de diferentes sectores de la economía relacionadas con la gente mayor remarcan la necesidad de establecer una ley estatal sobre la dependencia que defina este sector y sus prestaciones y delimite las funciones de las administraciones públicas y el papel de la iniciativa privada, además de determinar las fuentes y modalidades de financiación.

2.6. Actuaciones del Síndic de Greuges

Para completar esta pincelada sobre el estado de la cuestión, hay que reseñar también nuestras intervenciones en esta materia con motivo del Año Internacional de las Personas Mayores, que publicamos en el Informe anual de 1999 bajo el lema "Los derechos no caducan con la edad". Allí ya subrayábamos que el envejecimiento de la población es un hecho positivo que muestra que Europa tiene éxito en sus sistemas social y de salud.

Asimismo, recordábamos que el artículo 50 de la Constitución Española prevé que los poderes públicos garantizarán la suficiencia económica a los ciudadanos de la tercera edad - mediante pensiones adecuadas y actualizadas periódicamente- y que promoverán el bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán los problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

En aquel informe señalábamos que -para este colectivo de personas mayores- haría falta regular como verdaderos derechos subjetivos una parte, cuando menos, de los servicios que

ofrece la Administración en materia de servicios sociales, de acuerdo con el mandato constitucional a los poderes públicos (art. 9.2) "de promover las condiciones a fin de que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en los cuales se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten la plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social".

Se puede decir, pues, que en las últimas décadas se ha avanzado mucho a nivel mundial en el proceso del reconocimiento de los derechos de la gente mayor y que ahora se tiene que hacer un esfuerzo para definir cuáles podrían ser reconocidos de manera más concreta y específica en nuestro país. Con todo, hay que ser conscientes de la persistencia de obstáculos a la hora de reconocer y sobre todo hacer efectivos estos derechos.

En la medida en que pueden tener efectividad, comportan un compromiso de atención, y cuando se trata de derechos sociales, de una elevada repercusión sobre el gasto público. La tendencia a limitar el gasto público y las perspectivas demográficas son actualmente obstáculos importantes para este reconocimiento, con carácter universal. Pero eso mismo evidencia la importancia de trabajar para una definición de estos derechos adaptada a nuestra realidad, nuestras necesidades y nuestras posibilidades con el fin de construir un modelo de atención sostenible.

3. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN A LA GENTE MAYOR DEPENDIENTE EN CATALUNYA

3.1. El alcance de la dependencia y la distribución de la atención

Es bien sabido que asistimos desde hace tiempo a un proceso de envejecimiento de la población. Eso es en gran parte consecuencia, como acabamos de recordar, de nuestro éxito en la mejora de las condiciones de vida y en la lucha contra la enfermedad, pero plantea nuevos retos. La esperanza de vida llega ya a los 80,1 años de edad. El año 1950 en Catalunya sólo un 8,6% de la población tenía más de 65 años; hoy esta proporción se ha duplicado hasta llegar al 17,4%, con un total de 1.104.000 personas mayores, según el censo del año 2001.

Todavía más significativo es el índice llamado de dependencia senil, que da el porcentaje de gente mayor (de más de 65 años) en relación con la población en edad activa (entre 16 y 64 años). Este índice era del 16% el año 1975 y hoy ya es del 26%. Hay, en proporción, más personas mayores por atender y eso nos hace la tarea más complicada. Actualmente hay en Catalunya en torno a 260.000 personas de más de 80 años, edad a partir de la cual se van manifestando progresivamente diversas patologías crónicas invalidantes y la dependencia se incrementa de manera exponencial, especialmente cuando no se toman medidas preventivas.

Con todo, hay que recordar que los avances de la medicina y la prevención han permitido una mejora de las condiciones de vida y un envejecimiento más saludable, de manera que la edad cronológica no corresponde siempre al envejecimiento. Por eso, hoy, si bien los años de vida aumentan, también se comprueba que a la misma edad se llega en mejores circunstancias.

Desde hace unos años, utilizamos el término "dependiente" para definir la situación de alguien que, en razón de la pérdida de capacidad, necesita ayuda importante para las actividades de la vida diaria, aunque hay diferentes criterios para definir y medir este grado de dependencia.¹ Habitualmente se suele diferenciar entre las dependencias que se refieren a limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria y las de tipo instrumental.

Podemos afirmar que la prevalencia de la dependencia se ha reducido en todos los tramos de edad, aunque no está suficientemente claro si esta reducción llega a compensar el incremento de la dependencia derivado del aumento de la esperanza de vida, o sea, si los años que, en conjunto, tenemos que vivir en estado de dependencia aumentan o disminuyen.

El hecho es que hoy una persona de 65 años tiene una esperanza de vida de 19 años, de los cuales 8 -el 43%- los vivirá en situación de dependencia. Desde esta perspectiva, Catalunya baja posiciones con respecto a los países más adelantados, ya que, si bien nuestra esperanza de vida es de las más altas, este liderazgo se pierde cuando el parámetro a valorar es el de esperanza de vida libre de discapacidad.

Hay que señalar también que vivimos unos años relativamente tranquilos en relación con este problema. La generación del *baby-boom* se encuentra en plena etapa activa y es bastante

¹ El criterio utilizado por el Departamento de Bienestar y Familia es bastante estricto y considera que son dependientes aquellos individuos que necesitan la ayuda de otras personas, como mínimo, para una de las seis actividades siguientes: bañarse, vestirse, ir al lavabo, desplazarse por dentro de la casa, control de esfínteres, y comer y beber. Otros criterios se basan en el índice de Barthel, orientado básicamente a evaluar las dependencias físicas, el test de Pfeiffer que valora el deterioro cognitivo, o el de Lawton, para conocer los déficits en el

numerosa para generar recursos con los que atender a las personas mayores. Además, la población entre 50 y 70 años -la que mayoritariamente presta en las familias atención informal a la gente mayor dependiente- tiene todavía una tasa de actividad femenina muy baja, hecho en conjunto que hay que valorar negativamente, pero que permite que haya muchas mujeres cuidando de su familiar mayor.

Todo esto explica que el problema todavía no haya llegado a proporciones socialmente ingestionables, a pesar de la gravedad que tiene para muchas familias. Pero las generaciones que vienen detrás tienen una tasa de actividad mucho más elevada y difícilmente podrán prestar esta atención en el ámbito familiar.

Además, los cambios culturales -y las dimensiones y condiciones de las viviendas- hacen gradualmente menos frecuente acoger en casa a un familiar mayor dependiente para ocuparse plenamente de él. Cada vez son más las personas mayores -sobre todo en el Área Metropolitana de Barcelona- que viven solas y en un cierto aislamiento. Por eso, las personas mayores tratan de maximizar su autonomía y, por el mismo motivo, se pide a las administraciones públicas el despliegue de un sistema de atención de mayor alcance.

Los datos más recientes para cuantificar el número de personas mayores dependientes en nuestro país provienen de la amplia "Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud" elaborada por el INE en el año 1999 y publicada el año 2001. La muestra catalana de esta encuesta se hizo sobre más de 20.000 individuos y es bastante representativa de la población

desarrollo de actividades instrumentales. Hay también sistemas multidimensionales que combinan diferentes

de nuestro país. Según la encuesta, el año 1999 había en Catalunya 223.000 personas mayores dependientes no institucionalizadas. Hay que añadir a esta cifra las que se encontraban institucionalizadas en residencias asistidas y centros sociosanitarios de larga estancia, que no fueron incluidas en la encuesta.

El resultado permite estimar que el año 1999 en Catalunya había unas 262.000² personas mayores con problemas de dependencia, o sea, un 24,4% del total de catalanes con más de 65 años. De ellos, unos 175.000³ -16,3% del total de gente mayor- presentaba al menos una dependencia severa.

Las personas mayores dependientes necesitan atenciones de larga duración para realizar algunas actividades cotidianas que se consideran básicas, fundamentalmente relacionadas con el cuidado de uno mismo. Estos cuidados se diferencian de la atención exclusivamente sanitaria porque se pueden proporcionar sin grandes requerimientos tecnológicos, de manera que, en principio, pueden ser provistas por los familiares de la persona dependiente.

Estos cuidados se pueden distinguir en función del lugar donde viven las personas mayores dependientes. Hablamos de atención "residencial" cuando son internadas en una residencia. El resto recibe atención en su comunidad. Entonces, hablamos de atención "comunitaria", o bien de atención "informal" si la atención proviene exclusivamente de cuidadores informales. La ayuda comunitaria proviene de dos fuentes principales: la

critérios.

² Datos elaborados a partir de la Encuesta de Discapacitados publicada el año 2001, el Anuario Estadístico de Cataluña 2001 y el Mapa de Servicios Sociales de la Generalitat de Catalunya 1999-2000.

³ Se considera que todas las personas mayores ingresadas en residencias asistidas o sociosanitarias de larga estancia presentan un nivel de dependencia importante.

atención "domiciliaria" que prestan cuidadores profesionales, y la atención recibida en los llamados "centros de día". Con datos del año 1999⁴, aproximadamente un 15% recibía atención residencial, un 7% atención comunitaria y un 78% no recibía otra ayuda que la así denominada atención informal⁵. La atención residencial se repartía entre el 13,3% que se encontraba ingresado en residencias asistidas y el 1,7%, que era atendido en centros sociosanitarios de larga estancia⁶. Por su parte, la atención comunitaria se repartía entre el 2% atendido en los centros de día y el 5% que recibía atención domiciliaria.

Hay que recordar que -en datos del año 1999- el 70% de las plazas de las residencias asistidas no recibían ninguna financiación pública.

El 30% restante eran financiadas sólo parcialmente con fondos públicos y muchas se encontraban en centros concertados. Sin embargo, hay que señalar que los últimos años el Departamento de Bienestar y Familia ha querido atender la demanda existente mediante la concertación de plazas públicas en centros privados, de manera que la proporción de este tipo de plazas se ha duplicado hasta llegar a casi el 20% del total de plazas residenciales.

Así pues, el sistema de atención a la gente mayor dependiente en Catalunya se caracteriza por el predominio de la atención

⁴ El año 1999 se efectuó la mencionada Encuesta de Discapitados, que permite una información particularmente completa.

⁵ Si consideramos únicamente la dependencia severa, las proporciones se suavizan ligeramente: un 22% recibe atención residencial, un 10% atención comunitaria y un 68% atención informal. Los criterios todavía más restrictivos de dependencia utilizados por el Departamento de Bienestar y Familia permiten estimar que en Cataluña sólo hay 114.000 personas mayores dependientes y, en consecuencia, las proporciones de gente atendida serían todavía más elevadas: 34% recibirían atención residencial, 16% comunitaria y sólo un 40% se tendría que conformar con la atención informal.

informal, el desarrollo moderado de la atención residencial y el escaso desarrollo de la atención domiciliaria. Las personas que reciben alguna atención domiciliaria equivalen sólo al 1,3% de la población de más de 65 años,⁷ y las atendidas en plazas residenciales, al 3,8%,⁸ aproximadamente la mitad que en algunos de los principales países más representativos de la Unión Europea, como Alemania o Francia.

Hay, pues, hoy un importante déficit de plazas residenciales, pero no podemos olvidar que la tendencia internacional es de dar una clara preferencia a la atención domiciliaria y que, previsiblemente, eso moderará en el futuro la demanda de plazas residenciales. Por ello podría ser que el actual ritmo de crecimiento de la oferta residencial fuera el adecuado para llegar en pocos años a niveles aceptables.

Por otra parte, la coordinación entre los diferentes organismos públicos es uno de los principales problemas que presenta el actual sistema de atención en nuestro país. Como veremos al hablar de la atención residencial, hay dificultades de coordinación entre las diferentes redes de intervención social. Pero todavía son más relevantes los problemas de coordinación entre las diferentes administraciones que intervienen, especialmente la Administración de la Generalitat y las entidades locales.

Se tiene que recordar que los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y los consejos comarcales tienen competencias y

⁶ Según el Mapa de Servicios Sociales 2001, había 39.071 plazas en residencias asistidas, 4.874 en centros sociosanitarios de larga estancia, 7.328 en centros de día y 791 en viviendas tuteladas. Algunas –un 2% del total– de las plazas de las residencias asistidas están destinadas exclusivamente a estancias temporales.

⁷ Según datos IMSERSO 2001. A partir de los datos del Departamento de Bienestar y Familia se obtiene una proporción ligeramente más elevada, el 1,8%.

⁸ Año 2002. Dato elaborado a partir del anuario estadístico de la Generalitat de Catalunya 2003.

obligaciones importantes en relación con los servicios sociales de atención primaria, que incluyen la atención domiciliaria y otros servicios comunitarios. Estos diferentes niveles competenciales -y la ambigüedad con que están formulados- hacen particularmente complicada la coordinación entre las administraciones implicadas.

3.2. Atención residencial

3.2.1. Plazas residenciales

Como ya hemos señalado, la atención residencial a la gente mayor dependiente en Catalunya se caracteriza por la existencia en la práctica de una doble red. En la red de residencias asistidas de servicios sociales se presta esencialmente atención social, y en la red de residencias sociosanitarias de larga estancia tiene, en cambio, una importante vertiente de atención sanitaria.

Aunque la asistencia prestada es a menudo parecida, las condiciones exigidas y el sistema de financiación son bastante diferentes, de manera que, al hablar de la atención residencial en Catalunya se tienen que diferenciar siempre las residencias asistidas de servicios sociales de las sociosanitarias de larga estancia. Por otra parte, hay también hogares residencia destinados a personas mayores no dependientes, razón por la cual en principio quedan fuera de nuestro estudio, aunque a menudo se consideran conjuntamente con las residencias asistidas.

El problema de la insuficiencia de plazas ha sido tradicionalmente uno de los más importantes en la atención a

las personas mayores dependientes en nuestro país. Hace pocos años, el tiempo medio necesario para conseguir una plaza sostenida con fondos públicos era todavía superior a un año. El carácter asistencialista de nuestro modelo de atención hace que este servicio no se considere un derecho subjetivo y, por lo tanto, el hecho de que se pueda ofrecer o no un servicio residencial sostenido con fondos públicos depende en última instancia de la disponibilidad financiera de cada momento. El acceso a las plazas disponibles se adjudica mediante un baremo complejo y burocratizado⁹ que combina diferentes criterios, como la situación económica de la persona mayor, su nivel de dependencia o su estado cognitivo.

Además, no se puede acceder al servicio mientras no haya una plaza adecuada disponible y eso ha dado lugar tradicionalmente a listas de espera excesivamente largas.

Se tiene que tener en cuenta que, cuando se solicita un recurso social, es porque ya se ha producido una situación sociofamiliar que lo hace necesario. No se solicita con perspectiva de futuro. El tiempo que se tarda en resolver los expedientes de solicitud hace que muchas veces en el momento de utilizarlos no sean los más adecuados y la situación haya cambiado. Además, durante el tiempo que el interesado ha estado en lista de espera ha utilizado recursos sanitarios o sociosanitarios que han producido un encarecimiento del sistema público.

Sin embargo, el incremento de la oferta de plazas públicas y la política de concertación con los centros privados ha

⁹ Este baremo otorga un peso del 20% a la situación económica del individuo, un 25% al nivel de dependencia, un 25% al estado cognitivo, un 20% a la falta de apoyo familiar y un 10% a la falta de accesibilidad a otros servicios comunitarios.

permitido los últimos años aumentar de manera significativa la oferta de plazas residenciales sostenidas con fondos públicos. Así, hoy, cuando se cumplen los requisitos mínimos establecidos⁹ -dependencia, imposibilidad de ser atendido por la familia y renta baja-, se puede acceder sin esperas tan largas a alguna plaza sostenida con fondos públicos. Hay que recordar, sin embargo, que esta situación puede volver a cambiar pronto, especialmente si no se potencian los recursos comunitarios, ya que, como veremos, las expectativas demográficas y los cambios en el ámbito laboral hace prever importantes incrementos de la demanda que tendrán que ser atendidos.

Así pues, actualmente las dificultades más relevantes no son debidas estrictamente a la inexistencia de plazas, sino al hecho de ser inadecuadas a las necesidades de los potenciales usuarios o a la falta del personal necesario para darles la atención integral que requieren. Así, hay listas de espera para acceder a centros o recursos concretos que a menudo son los que necesita la persona mayor para ser atendida adecuadamente.

Hace falta, pues, hacer los esfuerzos necesarios para diversificar y adaptar la oferta de plazas a las necesidades reales de la población, de manera que la oferta sea lo bastante diversa para adaptarse a diferentes tipologías de usuarios, con la dotación de personal de atención directa necesaria para su buen funcionamiento. Hay que destacar también que la insuficiencia de plazas en algunos ámbitos territoriales produce faltas de equidad territorial inaceptables.

Por otra parte, los profesionales de las residencias para gente mayor destacan que la persona que, procedente de su domicilio, ingresa en un centro con un determinado diagnóstico de necesidades asistenciales, a menudo se desorienta al perder la referencia de su espacio personal y aumenta su deterioro, de manera que la dependencia es más intensa y el diagnóstico inicial ya no se ajusta a la nueva realidad. Sin una revisión lo bastante ágil de la valoración inicial de la persona ingresada y de su informe asistencial, el usuario fácilmente se encuentra en un centro no lo bastante adecuado a sus necesidades.

Otro problema que incide en la escasez de plazas residenciales proviene del hecho de que las residencias asistidas, en general, dan muy pocas altas porque, aunque hay residentes que mejoran su estado y podrían volver a casa, las limitaciones de los servicios de atención domiciliaria lo hacen inviable, salvo aquellos casos en que hay familiares que pueden hacerse cargo de ellos. Eso genera cierta ineficiencia del sistema, dado que a menudo la atención domiciliaria presenta claras ventajas con respecto a la atención residencial.

3.2.2. Red sociosanitaria

Como ya hemos señalado, en Catalunya se creó un espacio "sociosanitario" con la intención de optimizar los recursos, generar sinergias y mejorar la prestación de las personas que presentan simultáneamente una problemática grave, tanto social como de salud, con alguna dependencia.

Como señala más detalladamente el Decreto 92/2002, dicho espacio se dirige a las personas mayores enfermas o que, independientemente de la edad, sufren enfermedades crónicas

discapacitantes, enfermedades evolutivas invalidantes, deterioro cognitivo, enfermedades en fase terminal o personas que tienen problemas de rehabilitación funcional o que requieren cuidados o tratamientos de forma continuada (art. 2). Este ámbito, por lo tanto, no es exclusivo de las personas mayores, aunque son mayoritariamente los destinatarios.

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003) define en el ámbito estatal las prestaciones sociosanitarias como el "conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar la reinserción social" (art. 14.2).

Esta misma ley concreta en el Catálogo de prestaciones mínimas del ámbito sanitario las correspondientes a la "atención sociosanitaria": a) cuidados sanitarios de larga duración; b) atención sanitaria de convalecencia; c) rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable. Esta ley prevé también la posibilidad de ampliar la cartera de servicios sanitarios con acuerdo previo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Es decir, esta ley sanitaria define el ámbito sociosanitario y fija las prestaciones correspondientes a sanidad; está pendiente, por lo tanto, la fijación de las correspondientes a servicios sociales.

Las plazas sociosanitarias de larga estancia, se puede considerar que se encuentran, desde un punto de vista asistencial, a medio camino entre la atención que proporcionan los hospitales y la que se provee en las residencias de asistidos antes mencionadas. Así, en comparación con los

hospitales, la asistencia en los centros sociosanitarios se caracteriza por ofrecer tratamientos médicos de menor intensidad, a la vez que incorpora servicios que exceden los límites de la atención hospitalaria, como cuidados de larga duración, rehabilitación o apoyo psicológico y social a los atendidos y sus familiares.

En contraposición a las residencias, los centros sociosanitarios están concebidos como un recurso asistencial que implica una mayor presencia de intervenciones médicas y de enfermería y un periodo de internamiento que acostumbra a ser menor.

El hecho de englobar, en una misma estructura física y organizativa el servicio sociosanitario y el residencial social favorece las sinergias entre los dos servicios, especialmente a favor del residencial, que se beneficia así de la estructura de asistencia sanitaria del área sociosanitaria. De esta manera, cuando el residente se encuentra enfermo puede disfrutar de este servicio sanitario y disponer, por ejemplo, de un servicio de guardia médica permanente de 24 horas. Además, el servicio sociosanitario dispone de la cobertura universal característica del ámbito sanitario, hecho que simplifica el acceso a los servicios y hace más fácil la relación con la Administración responsable.

A pesar de las innegables ventajas que puede generar la creación de este ámbito, la configuración en dos redes crea dificultades de organización y coordinación que hay que tener en cuenta. En cada región sanitaria hay una comisión mixta sociosanitaria formada por profesionales de diferentes disciplinas y representantes de todas las administraciones que

supervisan el flujo de pacientes geriátricos entre recursos sociales y sociosanitarios.

La tarea de estas comisiones es muy positiva, pero su funcionamiento no garantiza plenamente la coordinación adecuada entre la red social y la sociosanitaria, ya que a menudo hay duplicidad de intervenciones y cortes en el seguimiento de los casos, con el coste económico que ello comporta. También se constata la dificultad de pasar de una red a la otra, de manera que habitualmente la persona mayor que entra en una red continúa siempre allí, al margen de la evolución de su estado de salud.

Además, la coexistencia en el mismo centro de servicios asistenciales y sanitarios crea disfunciones, porque depende de diferentes departamentos, con normativas, derechos reconocidos y capacidades financieras muy diferenciadas. Así, el diferente nivel de reconocimiento del derecho a las prestaciones sanitarias y a las de servicios sociales y la diferente efectividad de su cobertura dificulta un tratamiento igualitario y provoca el riesgo de una interpretación a la baja. El grado de desarrollo y consolidación de los dos sistemas -sanitario y de servicios sociales- es muy diferente y no se pueden tratar como si tuvieran las mismas posibilidades.

Se crea así una situación difícil cuando la persona ingresada pasa del centro sociosanitario -donde el copago es bajo- a la residencia, donde se exige una participación económica más elevada. Los familiares difícilmente entienden este cambio. El límite entre la condición de enfermo sociosanitario y residente de servicios sociales es muy difuso y, en cambio,

las aportaciones económicas del afectado en un servicio u otro son bastante diferentes.

Ciertamente, se trata de una cuestión que afecta al problema - mucho más complejo y que trataremos más adelante- de la participación de los usuarios y de sus familiares en la financiación de los servicios, participación que tiene un tratamiento diferente en el ámbito sanitario y en el social. Pero hay que destacarlo ya aquí por la incidencia que tiene en la percepción que los usuarios tienen de los servicios.

Hay que señalar también que algunos de los rasgos más positivos del ámbito sanitario pueden generar indirectamente efectos negativos. El carácter universal y, casi siempre, gratuito de esta atención hace que muchas familias traten de prolongar artificialmente las estancias y así evitar las dificultades que comporta la atención en casa o tener que pagar una residencia costosa. Eso colapsa fácilmente las plazas disponibles y hace que a veces quien realmente necesita atención sanitaria no la pueda recibir, hecho que lesiona su derecho a la salud.

Hay que encontrar fórmulas que eviten estos efectos perversos y contribuyan a la creación de un verdadero espacio sociosanitario.

Por otra parte, el sistema de financiación por tiempo de estancia en los centros privados proveedores de servicios sociosanitarios puede incentivar también la prolongación innecesaria de la estancia en el centro sociosanitario, para compensar el coste de procesos o tratamientos costosos.

En este sentido, hay que recordar que la asistencia sanitaria a enfermos geriátricos a menudo comporta tratamientos muy caros y que el módulo que reciben los centros sociosanitarios tiene que atender todos los productos necesarios para estos tratamientos que no se pueden facturar al Servicio Catalán de la Salud mediante las recetas. Así, el alargamiento artificial de la estancia en el centro permite resarcirse del coste del tratamiento.

Otro aspecto que dificulta el establecimiento y el funcionamiento de este nuevo espacio es la falta de coincidencia de la estructuración territorial de los ámbitos que lo componen y la insuficiencia de instancias formales conjuntas de dirección, planificación, gestión y evaluación. En relación con la primera cuestión, alguna comunidad autónoma, como el Principado de Asturias, ha optado en la nueva Ley de servicios sociales (2003) por hacer coincidir las áreas de servicios sociales con las establecidas en el mapa sanitario.

Muchos consideran inadecuada la actual dualidad de redes residenciales, aunque no hay unanimidad al respecto. El ya mencionado aumento de la demanda de atención sanitaria en las residencias asistidas invita a considerar las ventajas de unificar las dos redes, manteniendo el carácter gratuito de la vertiente sanitaria de la atención.

En el mismo sentido, algunos profesionales echan de menos la existencia de un organismo común que asuma de manera unificada la asignación de los servicios a los usuarios, ya sean residenciales o comunitarios y atribuyen a la inexistencia de este organismo las dificultades de coordinación existentes. En

general, hay acuerdo en la necesidad de hacer mucho más intensa la coordinación entre ambas redes.

3.2.3. Financiación

En conjunto, los servicios residenciales sufren en Catalunya una insuficiencia grave de financiación pública. El año 2001, sólo el 1,4% de la gente mayor de Catalunya era atendida en plazas residenciales sostenidas con fondos públicos -14.895 plazas en total-, aunque la mayoría eran en régimen de cofinanciamiento.

Así, antes de acceder a una plaza sostenida con fondos públicos el usuario -o su familia- se compromete a cofinanciar los gastos con sus ingresos, siguiendo los criterios establecidos.¹⁰ Además, en torno al 60% de las plazas residenciales son exclusivamente privadas y su coste recae sobre los usuarios. En consecuencia, y con datos del año 2000, sólo un 20,6% del coste total del conjunto de las residencias asistidas era financiado con fondos públicos.

Las quejas presentadas y las declaraciones de los gestores de los centros nos ha permitido constatar que la participación financiera de los usuarios genera un cierto malestar en el usuario y en sus familiares. Algunos de ellos cuestionan que los ahorros personales aumenten el porcentaje de participación en la financiación del servicio. Desde su punto de vista, para los que han acumulado unos ahorros constituye un agravio

¹⁰ De los ingresos totales de los miembros de la unidad de convivencia se resta el salario mínimo interprofesional multiplicado por el número de miembros que forman parte de ella. La diferencia resultante se llama *excedente* y se multiplica por un porcentaje establecido (0,7 si se trata de una persona sola; 1,7, si son dos; y 0,7 más por cada persona adicional). Se obtiene así la aportación que tiene que realizar el usuario. Ahora bien, si el excedente supera los 1.200 euros, el usuario no tiene acceso a una plaza sostenida con fondos públicos y tiene que pagar enteramente sus gastos. En cualquier caso tiene derecho a retener una parte para gastos personales.

comparativo tener que pagar más que otros que -a pesar de tener ingresos y necesidades similares- no lo han hecho.

Hay que recordar que los ahorros -u otros bienes conseguidos con grandes sacrificios- conforman la situación de seguridad de la persona mayor y, por eso, se les hace difícil dedicarlos al pago de los servicios.

Como hemos visto, el acceso a una plaza sostenida con fondos públicos ha sido tradicionalmente difícil. Pero, además, en la práctica, sólo tienen acceso personas con un nivel bajo de renta. Eso deja desatendida una amplia franja de las clases medias que no tienen suficientes recursos para ir a una residencia privada, pero que tienen un nivel de ingresos considerado excesivo para acceder a las plazas sostenidas con fondos públicos.

La media del coste de una plaza residencial privada equivale, aproximadamente, a 2,5 veces el salario mínimo interprofesional (de ahora adelante SMI); este coste lo tiene que financiar íntegramente el usuario que no tenga acceso a una plaza pública. Se estima que, aproximadamente, un 60% de los pensionistas cobran unas pensiones anuales inferiores a 2,5 veces el SMI, lo que pone de manifiesto que la mayoría de las personas mayores dependientes que necesitan servicios residenciales no pueden pagar, por sí mismas, el precio de una residencia privada.

Ahora bien, se calcula que las plazas públicas sólo son accesibles con facilidad a personas con una renta individual inferior al 1,5 del SMI, y eso deja sin satisfacer las necesidades de los que se encuentran situados entre 1,5 y 2,5 veces el SMI.

Todas las plazas sociosanitarias de larga estancia están sostenidas básicamente con fondos públicos, ya que en este ámbito la financiación privada pura es prácticamente inexistente. El coste de las atenciones de larga duración que proporciona este tipo de instituciones es totalmente atendido por la Administración sanitaria, que también asume los gastos de manutención y alojamiento hasta el tercer mes de estancia.

A partir del cuarto mes, estos gastos son asumidos por el Departamento de Bienestar y Familia, con un esquema de aportaciones de los usuarios similar al de las residencias asistidas. Hay que recordar, además, que la red sociosanitaria incluye poco más del 10% del total de las plazas residenciales. Las notables diferencias de coste -para el usuario- entre las dos redes crea, a menudo, agravios comparativos, teniendo en cuenta que el perfil del usuario es muchas veces idéntico y que, como ya hemos señalado, normalmente permanece siempre en la red donde entró inicialmente.

Por otra parte, en relación con la problemática relativa a la financiación, hay que considerar también la situación específica de los centros proveedores de servicios residenciales financiados con fondos públicos. El hecho de que el módulo de pago no tenga en cuenta los aspectos cualitativos de la prestación -lo que en principio puede parecer un factor de equilibrio e igualdad de trato- puede tener un efecto negativo, por el hecho de incentivar a los centros que fijan sueldos mínimos, por lo que la falta de experiencia, la rotación constante y la desmotivación dificultan alcanzar unos mínimos de calidad en la atención prestada.

Por ello, la existencia de un módulo homogéneo puede actuar en detrimento de la calidad y puede favorecer el deterioro del servicio, vista la necesidad de mantener el equilibrio económico en la explotación del centro. Así, algunos gestores de centros residenciales con quienes hemos tenido oportunidad de conversar han manifestado que con el módulo actual es muy difícil financiar a un personal cualificado con remuneración incentivadora, a menos que se reduzca el número de profesionales, y entonces el problema sería la desasistencia por falta de efectivos. Haría falta, pues, que, al establecer los ratios, la normativa concretara mejor la formación exigida al personal.

En este sentido, el Departamento de Bienestar y Familia llegó a un acuerdo con los centros residenciales colaboradores que preveía distinguir diferentes niveles que corresponden a ratios de personal de atención directa también diferenciadas. Esto tiene que comportar una ponderación más adecuada de la dependencia y un aumento en el ratio de personal y en la prestación pública por asistido.

Sin embargo, hay que señalar que no todas las residencias tendrán que ofrecer necesariamente todos los niveles asistenciales, de manera que, cuando se produzca una evolución de su estado de salud, el usuario tendrá que cambiar de centro en aplicación estricta de las normas, hecho que puede tener efectos perjudiciales para él.

Hay que señalar también que en estos centros hay servicios - como determinadas prestaciones de enfermería o rehabilitación- que, a pesar de tener un carácter gratuito en el ámbito sanitario, no forman parte de los servicios asistenciales gratuitos en las residencias asistidas de carácter público.

Esta situación comporta un cierto agravio comparativo con las residencias sociosanitarias. Estos servicios tienen carácter estrictamente sanitario, aunque se prestan en el marco de un servicio asistencial más genérico. Por ello, parece más razonable que su financiación sea la característica del sistema sanitario y, por lo tanto, que no comporte ningún coste al usuario.

3.2.4. Calidad de la atención

En general, en las residencias asistidas se detecta una insuficiencia de personal a menudo relacionada con las limitaciones financieras. En la década de los años setenta, el ratio de personal de las residencias para gente mayor era notablemente más elevado que el actual. Desde entonces, el perfil de los residentes ha evolucionado hacia niveles de dependencia mayores -relacionados con el incremento de la esperanza de vida y de la media de edad de los residentes- que hace que se requiera atención más personal y especializada. Actualmente se tiene que atender una demanda más intensa, con una disponibilidad de personal más reducida, en proporción al personal asistido.

Además, la insuficiencia de recursos obliga a pagar unos salarios insuficientes para la dureza y complejidad de la tarea que tienen que realizar los trabajadores. Hay, pues, una elevada rotación de personal y se tiene que recurrir a trabajadores con una formación insuficiente. La consecuencia es que la calidad de las residencias no siempre es la correcta, dado que, a menudo, no disponen de suficientes profesionales de la categoría requerida y los servicios prestados son diversificados y no especializados como haría falta.

Por otra parte, el progresivo aumento de la media de edad de los residentes hace que su deterioro sea cada vez mayor. En este sentido, se constata que las personas mayores que ahora ingresan se encuentran en general en peores condiciones que las que ingresaban hace cuatro o cinco años. Esto ha comportado un notable incremento de la demanda de atención sanitaria dentro de las residencias asistidas y una insuficiencia de los recursos en este ámbito.

De todos modos, la mayor preocupación por la vertiente sanitaria de la atención puede conducir -y de hecho ha conducido en muchos casos- a una cierta medicalización de los servicios en detrimento de la vertiente social de estas residencias, haciendo que la vida en los centros no sea suficientemente cálida y presente una faceta relacional deficitaria. Hay que recordar que las residencias son lugares en los que se vive y, por lo tanto, se tiene que intentar que se pueda vivir agradablemente.

Otro aspecto importante para garantizar el cumplimiento de las condiciones mínimas de las prestaciones y de la calidad de los servicios se refiere al control, la evaluación y la inspección de los servicios. La normativa actual, que regula minuciosamente las condiciones funcionales y materiales mínimas que tienen que reunir los establecimientos y servicios sociales, ha estado calificada de reglamentarista por el excesivo detalle en los elementos arquitectónicos y burocráticos y se han criticado los déficits en la regulación de los aspectos relacionados con la calidad de los servicios, a pesar de los interesantes documentos elaborados los últimos años por el Departamento de Bienestar y Familia.

Otros especialistas echan de menos evaluaciones en términos de coste-beneficio, de satisfacción de la persona mayor y sus familiares o las relacionadas con la calidad del trabajo de los profesionales. Habría que revisar la normativa a fin de que, a pesar de garantizar su seguridad y confort, se fuera hacia modelos más versátiles y menos uniformes para permitir la optimización de los recursos y su adaptación a las nuevas situaciones y deseos de los ciudadanos.

Los controles de la Inspección no son lo bastante frecuentes, y en el caso de los centros privados la mayoría de las veces actúan porque ha habido una denuncia. Esto no permite garantizar que haya un trato adecuado y unos servicios hoteleros y asistenciales suficientes. Como hemos señalado, durante mucho tiempo se ha mantenido la presión de una demanda muy superior a la disponibilidad de recursos. Esto puede explicar que la Administración se haya concentrado más en aumentar la oferta de plazas, para tratar de atender la demanda existente, que en garantizar o mejorar la calidad de las plazas existentes. Esta limitación de los servicios de inspección comporta un riesgo inaceptable de desatención de las personas mayores, vista su gran vulnerabilidad, especialmente cuando tienen una capacidad muy deteriorada.

Hay que llamar la atención sobre este punto porque no estamos en condiciones de descartar que haya aquí un área oscura dentro de nuestro sistema de defensa de los derechos humanos. La mayor parte de residencias tienen carácter privado mercantil y, sin prefigurar nada, no se puede excluir que en algún caso, para aumentar el margen de beneficio, se presten servicios por debajo del nivel exigido por la normativa y necesarios para garantizar la atención adecuada de las personas mayores y el respeto a sus derechos. Sólo un servicio

de inspección eficaz y con amplios medios puede garantizar el respeto generalizado de los derechos de un segmento tan vulnerable de nuestra población.

Así, dado que los controles y las inspecciones son fundamentales para garantizar los derechos de las personas mayores dependientes que son atendidas en centros y reciben alguna prestación, hay que impulsar estas acciones de forma sistemática y periódica para que todos los centros y servicios fueran inspeccionados varias veces al año, y velar especialmente por los aspectos cualitativos y la efectividad de los derechos de los ciudadanos. De todos modos, hay que constatar que estos últimos años ya se ha evolucionado hacia una mejora significativa de los servicios de inspección, mejora que todavía hay que profundizar.

La normativa actual prevé la existencia de registros con la valoración profesional de cada usuario, las limitaciones que tiene -o las que ha dejado de tener-, caídas, prescripciones farmacológicas y otros datos significativos sobre la atención prestada. Estos registros contribuyen a facilitar la tarea asistencial e inspectora.

En muchos casos también se prevé la participación de psicólogos, animadores socioculturales y terapeutas ocupacionales y el establecimiento de un programa de actividades para los usuarios. Esto es muy importante para que en los centros se pueda llevar una vida agradable. Ahora bien, no hay ningún control sobre si las actividades previstas se realizan efectivamente o no.

Algunos centros disponen de un programa de calidad interno, pero esto no se ha generalizado, ya que no tiene carácter obligatorio.

Hace unos años, la calidad de los servicios de un amplio abanico de centros fue evaluada por una agencia externa especializada. Los resultados fueron muy positivos y esperanzadores, aunque la iniciativa no ha tenido continuidad. Se evaluaron estructuras y procesos, pero no resultados. De todos modos, dentro de este proceso se incluyó una encuesta de satisfacción de los usuarios que aportó resultados de gran interés para la mejora del servicio; esta encuesta tampoco ha tenido continuidad.

Se constatan los beneficios que comporta el hecho de que los centros estén abiertos a su entorno con participación de familiares, amigos, vecinos del pueblo o barrio y de voluntariado, pero se trata de un proceso poco desarrollado. Lamentablemente, algunos responsables de los centros residenciales visitados constatan el bajo nivel de colaboración de los familiares en los medios de participación que tienen a su alcance, como el consejo asesor o el seguimiento personalizado del usuario.

Aunque los ingresos residenciales tienen que ser voluntarios, habitualmente la voluntariedad es más producto del deseo de los familiares o de la inexistencia de un servicio que haga posible la permanencia en el domicilio, que del deseo real de los implicados. Es decir, el ingreso residencial es voluntario en la medida en que se percibe como la única alternativa viable entre los servicios sociales existentes. No hay duda de que un servicio de atención domiciliaria más amplio evitaría

muchos de estos ingresos y respetaría mejor los deseos y la calidad de vida de las personas mayores y de sus familiares.

3.2.5. *Personas discapacitadas que envejecen*

La situación de los discapacitados psíquicos mayores requiere una consideración especial. Las visitas que hemos hecho a diversos centros de atención a discapacitados psíquicos ponen de manifiesto que cuando pasan a ser gente mayor -o también en procesos de envejecimiento prematuro- requieren una atención específica, con unas necesidades añadidas a las propias de su discapacidad originaria a las cuales hay que dar respuesta desde el centro en el que residen.

Así, cuando el discapacitado psíquico llega a la tercera edad puede sufrir diversas patologías o disfunciones ligadas al envejecimiento y no asociadas, en principio, a su discapacidad, pero que inciden y hacen que la persona presente características peculiares. Estas disfunciones agravan su situación de dependencia y requieren una atención específica. Éste es el caso, por ejemplo, de personas discapacitadas que, al llegar a la vejez, sufren una enfermedad mental degenerativa o bien ven disminuida o muy limitada la movilidad física.

Este hecho tiene un reconocimiento en el apartado 2.2.1 del anexo II del Decreto 271/2003, de 4 de noviembre, de los servicios de acogimiento residencial para personas con discapacidad a la hora de fijar el ratio de personal de atención directa. Sin embargo, para estos casos, este decreto sólo prevé un ratio del 0,88, dotación que el sector considera insuficiente para proveer adecuadamente la intensidad de la atención que a menudo requiere el grado de dependencia global

que presenta la persona mayor y discapacitada, y que hay que tener en cuenta para garantizarle la necesaria igualdad de oportunidades con el resto de la población.

Hay que señalar también que este problema se agrava en el caso de residencias que funcionan desde hace muchos años, ya que buena parte de los usuarios son ya gente mayor y el porcentaje de los que presentan patologías asociadas a la edad y que agravan su dependencia es significativo, y hay que prever que se incrementará progresivamente.

Tenemos que tener en cuenta que la mejora sustancial de la calidad de vida de estas personas -con la atención integral que reciben hoy- ha tenido el efecto positivo de incrementar su expectativa de vida. Se trata, sin duda, de un notable éxito de toda nuestra sociedad. Sin embargo, este éxito genera, de hecho, un aumento de las patologías asociadas al envejecimiento de los discapacitados ya atendidos, con el consiguiente incremento de la demanda de recursos.

3.3. Atención comunitaria

3.3.1. Valoración general

La atención comunitaria permite a la persona mayor dependiente permanecer en su entorno y vivir de manera autónoma o con la familia, ya que la atención se presta en el mismo lugar -o no muy lejos- de la comunidad donde vive, ya sea el municipio o el barrio. Así pues, incluye las diferentes modalidades de atención domiciliaria: los centros de día, los hogares de acogida y otros servicios de proximidad.

Hay una aceptación generalizada del hecho de que hay que promover prioritariamente este tipo de atención. En primer lugar porque habitualmente es la opción deseada por la misma persona mayor. Continuar en el propio medio suele comportar mejor calidad de vida, ya que es más alto el grado de autoestima y menor la sensación de marginación o soledad. La proximidad a la familia o a los vecinos y amigos aporta no tan sólo asistencia material, sino también apoyo emocional.

La permanencia del anciano en su medio repercute de manera positiva en su proceso de envejecimiento y en la evolución de la dependencia. El ingreso residencial le comporta habitualmente un cierto trauma, al perder la referencia de su espacio personal, de manera que a menudo aumenta su deterioro en los primeros meses de residencia.

Por otra parte, con la atención domiciliaria se aprovechan todas las posibilidades de autonomía que tiene la persona mayor con la ayuda que puede obtener de su entorno, de manera que en general requiere menos recursos que la residencial. A menudo, el recurso a la atención domiciliaria o a la institucionalización en un centro de día puede comportar un ahorro para el sistema público de atención, ya que no hay que recurrir al ingreso residencial, más costoso. En el mismo sentido, la existencia de estos servicios comunitarios permite dar cobertura adecuada al retorno de usuarios ingresados en residencias que han mejorado y han conseguido reducir el nivel de dependencia.

3.3.2. Centros de día

Se constata que el servicio de centro de día es bien recibido por las personas mayores y por sus familiares, ya que es un

recurso que les permite vivir en casa y mantener la vinculación afectiva con la persona mayor de manera más intensa que con el ingreso residencial. La puesta en funcionamiento de este recurso inicialmente no generó una gran demanda social, pero progresivamente se ha incrementado el interés por esta prestación.

En este sentido, algunos de los centros con servicio de centro de día que hemos visitado hacen notar que es más lento el deterioro del usuario en un centro de día que en uno residencial. Algunos centros han calculado que sólo una pequeña parte -entre el 15 y el 20%- de los usuarios de los centros de día acaban en ingreso residencial, excepto los casos en que este ingreso es provocado por cambios en las circunstancias familiares.

La permanencia en el domicilio durante la noche y los días de fiesta permite a la persona mayor un contacto afectivo más intenso y permanente con los familiares. Por contra, el ingreso residencial generalmente hace perder progresivamente el contacto y la implicación de los familiares, a pesar de los esfuerzos de los centros por mantener la vinculación de la familia. Además, a veces, los centros de día están vinculados a un casal de gente mayor, que facilita la relación con amigos y vecinos.

De todos modos, cuando aumenta el nivel de dependencia se hace a menudo inevitable el ingreso residencial, no tanto porque el servicio del centro de día no sea adecuado, sino porque la persona mayor necesita más horas de servicio y una atención permanente a sus necesidades vitales. Los familiares no pueden asumir este nivel de atención y la atención domiciliaria tampoco es suficiente. Como acabamos de señalar, esta

incapacidad asistencial de la familia puede provenir también de un cambio de las circunstancias familiares.

El baremo utilizado para tener acceso a los centros de día¹¹ es similar, pero no idéntico, al de las residencias asistidas. El Departamento de Bienestar y Familia subvenciona los centros de día con unos criterios de copago similares a los de las residencias asistidas. Como resultado de la aplicación de estos criterios, la aportación media de los usuarios es del 30% del coste medio de una plaza de estancia diurna.

En conjunto, la oferta de centros de día es todavía escasa y no están suficientemente adaptados a las necesidades existentes ni disponen de los servicios complementarios necesarios para facilitar el acceso. Así, por ejemplo, en algunos centros el horario de apertura es todavía de 10 de la mañana a 6 de la tarde, mientras que los familiares empiezan a trabajar a las 8 o a las 9 de la mañana, lo cual hace que no puedan acompañar al abuelo al centro. La mayoría de centros públicos no funcionan los fines de semana, hecho que comporta dificultades para muchas familias e impide que se puedan tomar algún "respiro" en la atención que prestan al familiar.

El transporte adaptado es fundamental para el buen funcionamiento de los centros de día. Por eso, la ausencia de un transporte adecuado puede limitar el acceso de muchos usuarios. De hecho, se considera generalmente que la insuficiencia del sistema de transporte ha sido el origen de las limitaciones que hasta ahora ha tenido la demanda de este tipo de atención.

¹¹ La situación económica de la persona solicitante tiene un peso del 20%, el nivel de dependencia del 35%, el estado cognitivo otro 35% y la accesibilidad a otros servicios comunitarios del 10%. A diferencia de la atención residencial, no se considera en este baremo la existencia o no de apoyo familiar.

El Decreto 182/2003 ha establecido recientemente una subvención indirecta mediante la reducción de la contraprestación, hasta un máximo de la cuarta parte del salario mínimo interprofesional. Aunque esta subvención podría ser insuficiente para las personas con renta muy reducida o las que viven en el medio rural, creemos que se trata de un avance importante que apunta hacia la implantación de una red generalizada de transporte adaptado, similar al existente para el transporte escolar.

3.3.3. Otros servicios de proximidad

Junto con los centros de día, hay un conjunto de respuestas alternativas e intermedias que surgen más allá de la tradicional dicotomía entre atención domiciliaria y residencial. Son recursos que permiten a la persona mayor dependiente mantener durante el máximo tiempo posible su estilo de vida y continuar en casa o, al menos, en el entorno habitual.

Entre otros, hay que destacar las viviendas tuteladas y alternativas, las pequeñas residencias de proximidad, los centros de noche, los programas de buena vecindad y de voluntariado, los equipamientos con servicios flexibles, polivalentes y multiservicios o las diversas formas de acogimiento familiar.

3.3.4. Atención domiciliaria

Con la configuración actual, el servicio de atención domiciliaria presta un servicio muy útil a muchas personas, pero difícilmente puede constituir una alternativa real al

ingreso residencial, ya que su cobertura es todavía muy insuficiente y, en general, poco flexible. Sin embargo, también se observan dos redes, la de servicios sociales y la sociosanitaria, además de la tradicional de sanidad.

Los servicios domiciliarios pueden incluir tareas de atención como la organización del hogar, la limpieza de la casa, la colada y la plancha, dar la comida y vigilar que la alimentación sea adecuada y, en general, el apoyo y el acompañamiento. Además puede haber una vigilancia sobre la administración correcta de las medicinas prescritas o una ayuda en los ejercicios de rehabilitación. Los servicios de telealarma, con una importancia creciente, también se pueden incluir dentro de este tipo de atención.

El Programa de atención domiciliaria y de equipos de apoyo (de ahora adelante PADES), que pertenece al ámbito sociosanitario, está destinado específicamente a atender enfermos crónicos, situación que incluye a las personas mayores dependientes.¹² Los equipos creados dentro del programa PADES realizan una tarea muy bien valorada por usuarios y profesionales, aunque con un alcance claramente insuficiente. Las dotaciones económicas son escasas y no permiten cubrir muchas situaciones, incluso cuando hay un cuidador-colaborador. Una consecuencia importante de esta carencia sería la dificultad para dar determinadas altas hospitalarias.

La tarea de los equipos PADES ha permitido constatar que el retorno al domicilio es más ágil y menos traumático para la persona mayor y su familia si se asegura un mínimo de servicios de apoyo al llegar a casa. Hay que considerar, pues,

que una implantación más amplia de este programa evitaría muchos reingresos a los servicios de urgencias hospitalarios, así como la obligada claudicación de algunos cuidadores ante la carga que comporta la tarea que asumen.

Esto se tiene que complementar con una tarea educativa de la población sobre las posibilidades de estos servicios, sobre todo en aquellas situaciones que exigen una intervención más preventiva y rehabilitadora. Hoy se constata que muchas de las solicitudes de servicios de ayuda domiciliaria van orientadas sólo a la limpieza del hogar, sin entender que la atención es integral y tiene que tener también un cariz preventivo.

Actualmente los usuarios y las familias se muestran más dispuestos a contribuir a financiar estos servicios y contribuyen de acuerdo con unos criterios similares a los establecidos en las residencias asistidas y en los centros de día. De todos modos, los baremos no son los mismos en todos los municipios, de manera que se echa de menos un mínimo consenso en esta materia.

Las personas mayores que necesitan atención domiciliaria presentan diversos perfiles que requieren diferentes respuestas. Hay personas con trastornos mentales, como el deterioro cognitivo producido por la enfermedad de Alzheimer, personas con enfermedades crónicas invalidantes y casos de pacientes geriátricos paliativos que presentan una enfermedad en fase muy adelantada y con una gran dependencia. A menudo, estas dificultades se mezclan en un mismo caso y se añaden a otros factores -sociales, económicos, culturales o familiares-

¹² Los programas de atención domiciliaria (ATDOM) pertenecen al ámbito sanitario y prestan una atención genérica a toda la población, razón por la que quedan fuera de nuestro estudio.

que determinan finalmente el nivel de la atención domiciliaria requerida.

La oferta de los servicios a domicilio públicos y los prestados por las empresas legalmente constituidas es escasa y los servicios que ofrecen no siempre son los que necesita el usuario. Por ejemplo, servicios de fines de semana o nocturnos son difíciles de cubrir o son muy caros.

En algunas áreas, la prestación pública máxima es de dos horas al día, sin incluir fines de semana. En general, los beneficiarios de esta prestación reciben 6,8 horas de atención al mes. Pero sólo algunas personas mayores -el 1,30% del total- acceden como usuarios a estas modestas prestaciones. Son cifras que, en conjunto, casi no superan el nivel que podríamos considerar experimental o simbólico.

Actualmente los servicios sociales de ayuda domiciliaria son responsabilidad de las entidades locales y prestados por ellas mismas o por empresas contratadas, algunas de ellas constituidas por cooperativas de trabajadores. Estas empresas trabajan con recursos muy limitados porque es frecuente otorgar el servicio a la empresa que ha presentado la oferta más barata.

Estas limitaciones financieras provocan muchas veces precariedad laboral, insuficiencia de formación continuada y, en general, un nivel insuficiente en la formación de muchos de los profesionales que asumen esta tarea. En consecuencia, la oferta de servicios de ayuda domiciliaria es, en conjunto, escasa y desequilibrada. Además, entre los potenciales usuarios hay un gran desconocimiento sobre estos servicios sociales y una cierta confusión sobre sus derechos en este ámbito. Todo esto genera una demanda excesiva sobre los

recursos alternativos más accesibles, como los servicios sanitarios.

Hay que remarcar que en las zonas rurales, especialmente en lugares de población dispersa o de difícil acceso -situación frecuente en algunas comarcas del Pirineo- los recursos públicos de atención domiciliaria llegan, cuando lo hacen, con muchas dificultades. En estos casos es esencial la intervención de recursos informales como la familia o los vecinos. Cuando el estado de salud de la persona dependiente presenta un perfil complejo, el alejamiento de los servicios de asistencia obliga a recurrir al ingreso hospitalario o residencial. Con todo, hay que señalar que en muchos casos la persona mayor no quiere dejar su hogar hasta llegar a situaciones extremas y de gran dependencia.

Hasta ahora, una gran parte de la demanda de servicios domiciliarios ha sido asumida por un sector privado financiado enteramente por los mismos usuarios o sus familias. Hay una percepción general de que el escaso desarrollo de los servicios domiciliarios de responsabilidad pública en nuestro país está provocado por las dificultades de financiación.

Las entidades locales que tienen a su cargo este tipo de atención tienen unos recursos financieros muy limitados por el conjunto de competencias que tienen que asumir. Así pues, en la práctica -y con el actual sistema de financiación local- estos servicios sólo se podrían desarrollar con la amplitud necesaria si las administraciones públicas con ingresos amplios, como la Administración central o la autonómica, aportaran los recursos financieros necesarios.

Además, cuando la financiación es únicamente privada, las empresas dedicadas a estas actividades tienen que competir con trabajadores informales que generalmente no tienen ninguna formación para la tarea que tienen que desarrollar y la prestan a precios muy inferiores a los de las empresas de este ámbito.

Esto comporta una competencia desleal con respecto a las entidades legalizadas que tienen que pagar impuestos y contratar personal formado. Además, favorece la explotación de los prestadores del servicio y la falta de garantías del servicio prestado. Hay que buscar soluciones que garanticen la formación de los trabajadores, la calidad de la atención, el respeto a los derechos de los trabajadores y la viabilidad de las entidades y empresas que operan en este sector.

3.4. Atención informal

A pesar de haber discrepancias en las proporciones, hay unanimidad al considerar que la mayor parte de las personas dependientes de nuestro país son atendidas mediante la atención informal de los familiares y amigos, a menudo con la participación de trabajadores no dados de alta en la seguridad social¹³.

Como ya hemos señalado, las limitaciones del sistema de atención domiciliaria incrementan la presión sobre otros recursos. En este sentido, la tarea de los cuidadores informales es muy importante, ya que cuando no hay familia o amigos cuidadores se requiere mucho más la utilización de

servicios profesionales y, si éstos son insuficientes, se tiene que recurrir al ingreso residencial, incluso con niveles moderados de dependencia.

En las últimas décadas, los cambios sociales y demográficos han reducido la disponibilidad de los familiares cuidadores y ha crecido la contratación de servicios privados de atención domiciliaria por parte de las familias y la demanda de ayudas públicas. Como vemos, la respuesta de las administraciones públicas ante este reto ha sido importante, aunque insuficiente y, de hecho, actualmente, la inmensa mayoría de los familiares que prestan atención informal no tienen todavía ninguna ayuda de la Administración.

En este sentido el Departamento de Bienestar y Familia y las entidades locales han ofrecido diversas prestaciones al cuidador familiar, aunque las limitaciones presupuestarias han reducido mucho su alcance. Así, algunos de los servicios ofrecidos por el Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (de ahora adelante ICASS) o por las entidades locales -como los servicios de comedor- se dirigen al apoyo a la atención informal familiar y a la autonomía de las personas mayores dependientes.

Con todo, hasta ahora, estas prestaciones han tenido un desarrollo cuantitativo muy escaso, de manera que hay que valorar sobre todo la dimensión experimental en relación con un futuro sistema de atención domiciliaria mucho más amplio. Hay también servicios de apoyo psicológico a los cuidadores informales y a los voluntarios, pero la cobertura es muy

¹³ Algún estudio apunta que la proporción de personas discapacitadas atendidas por cuidadores informales, incluyendo a los trabajadores no registrados, podría llegar al 85%.

limitada, sobre todo en las zonas rurales y en los casos de larga duración.

A veces los cuidadores informales necesitan adaptaciones de la vivienda o materiales especiales como camas articuladas, grúas o colchones antiescaras. Estos recursos comportan unos gastos importantes que la mayor parte de los usuarios no puede asumir, vistas las limitadas pensiones actuales. Hay algunas ayudas públicas, pero claramente insuficientes. También hay instituciones, como la Cruz Roja, Cáritas y muchas otras dedicadas específicamente a la gente mayor, que trabajan en el apoyo a los cuidadores de personas mayores dependientes, incluyendo la cesión de material ortopédico, pero la cobertura de sus servicios es todavía más limitada.

Las empresas especializadas y los trabajadores inscritos regularmente en la seguridad social sólo atienden una pequeña parte de estos servicios, de manera que se calcula que más de las dos terceras partes de los trabajadores de este sector pertenecen a la economía sumergida. Muchos inmigrantes han encontrado en este sector un auténtico nicho laboral desatendido por la población autóctona y en el cual pueden trabajar sin permiso de trabajo, vista la opacidad que presenta este sector para los servicios de inspección de trabajo.

Al margen de la valoración negativa que merece esta situación desde la perspectiva sociolaboral, hay que constatar que el trabajo de estos inmigrantes irregulares ha evitado muchas situaciones de desatención de personas mayores que habrían sido ingestionables, con graves consecuencias sobre la actividad laboral de los familiares de los afectados.

En este sentido, hay que constatar que esta prestación laboral ha sido, hasta ahora, una auténtica válvula de escape para las clases medias que, como hemos señalado, no pueden acceder a las prestaciones públicas y tampoco pueden financiar un internamiento residencial que, a menudo, tampoco es deseado. Sin embargo, es necesario plantearse quién cuidará en un futuro de estas personas, mayoritariamente mujeres, que ahora se ocupan de las personas mayores, si no se prevé un sistema de protección social de la dependencia.

Por otra parte, se constata la falta de grupos de apoyo horizontales como grupos socioeducativos, socioterapéuticos o de ayuda mutua, que facilitarían mucho la tarea de los cuidadores. Con todo, la voluntad del Departamento de Bienestar y Familia de fomentar la atención informal familiar se ha manifestado claramente con el ambicioso planteamiento del programa Vivir en familia que tiene como objetivo la ayuda económica a las personas con dependencias y a las personas que los atienden.

Este programa -todavía en fase de despliegue- pone a disposición de gran parte de las personas que atienden a una persona dependiente una renta de hasta 240 euros mensuales. Se trata de una ayuda accesible a todas las unidades de convivencia con ingresos inferiores a 36.060 euros anuales y con una persona dependiente en casa, y constituye la iniciativa más ambiciosa tomada hasta ahora aquí en este ámbito.

Hay que valorarla, pues, como un buen recurso de apoyo a domicilio si se utiliza realmente a favor de las personas dependientes. El problema es que hay que contar con la buena voluntad de los familiares o personas que administran los

recursos económicos del usuario y le ayudan en su dependencia. A veces, esta ayuda podría no destinarse a mejorar el estado de la persona con dependencia, sino a otros gastos del núcleo familiar o sencillamente a incrementar los ahorros.

El Departamento de Bienestar y Familia y las entidades locales no disponen de equipos capaces de hacer un seguimiento a domicilio de este recurso, de manera que muchos beneficiarios se pueden encontrar en unas condiciones de atención inadecuadas por la prestación que reciben.

3.5. Organización y coordinación de los servicios

Ya se ha comentado como en el panorama estatal se observaban diferentes formas de articular las respuestas para hacer frente a las necesidades derivadas de la dependencia. Aunque el modelo catalán, el programa Vida a los años, se acostumbra a inscribir en la tendencia integradora de los servicios sanitarios y sociales, con procedimientos, formas de autorización y registro y tipología de servicios específicos, en realidad están dentro del ámbito sanitario.

Sería necesario evaluar la larga experiencia del programa y valorar las ventajas e inconvenientes de las alternativas integradoras, que apuntan a la creación de un "tercer sector" y las de coordinación con diferentes intensidades. Parece que una fuerte coordinación sociosanitaria que incluyera la planificación, programación, baremos y comisiones de valoración (aprovechando las experiencias de las comisiones mixtas sociosanitarias -CIMS- y las de valoración integrales sociosanitarias), el sistema de acceso, la forma y las modalidades de financiación, así como también la evaluación conjunta podría ser más operativa y menos marginadora que la creación de un nuevo sector.

La opción coordinada comporta poner a disposición de este programa los recursos de servicios sociales y sanitarios que conformarían una red sociosanitaria que tendría que garantizar la continuidad asistencial. Por eso, los servicios sociales tendrían que definir las prestaciones, mínimas y complementarias, de atención sociosanitaria, como ya lo ha hecho el sector sanitario.

Por otra parte, hay que recordar que las iniciativas sociosanitarias son insuficientes para abordar la diversidad de ámbitos que intervienen en la dependencia, como las relacionadas con la vivienda, las pensiones y ayudas, los aspectos laborales del trabajador que cuida de la persona dependiente o los de capacitación y formación del personal.

Por otra parte, la organización tiene que ser muy flexible y descentralizada con el fin de poder ajustarse y renovarse continuamente para atender las necesidades cambiantes.

Hay que tener en cuenta, además de la coordinación entre los diferentes sectores o ramas de la intervención social, las referencias a la coordinación entre las administraciones que intervienen, especialmente de la Administración de la Generalitat y las entidades locales, que en este caso son básicamente los ayuntamientos y los consejos comarcales.

El diferente nivel competencial y la ambigüedad de las formulaciones constituye otro elemento que dificulta la coordinación. Se ha de recordar que los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y los consejos comarcales tienen competencias-obligaciones importantes en relación con los servicios sociales de atención primaria y especializados para gente mayor, como se ha comentado. En este caso, hay que establecer un sistema claro de distribución competencial y de financiación que, para cumplir con el objetivo de servicios de proximidad, tendría que responder a una tendencia descentralizadora de la gestión, aunque la provisión de los servicios pudiera responder a un modelo mixto público-privado.

La actual segmentación competencial no ayuda mucho al incremento necesario de la atención comunitaria en la

cobertura pública a la dependencia. Esto invita a profundizar en la posibilidad de creación de fórmulas de gestión conjunta, como los consorcios, donde participen ambos niveles de gobierno, e incluso plantearse la posibilidad de conseguir la coordinación descentralizando en el ámbito municipal algunas de las competencias que hoy pertenecen a las comunidades autónomas.

Por otra parte, hay que recordar que la atención a la gente mayor tiene un carácter procesual ya que evoluciona en el tiempo con una gran variabilidad de situaciones. Esto exige una organización que asegure la continuidad asistencial, mediante un seguimiento en el tiempo y una capacidad de variar tanto el diagnóstico como las medidas que se adoptan en cada momento, de manera que hay que partir de la premisa que la atención está sometida a cambios constantes.

Esto exige una Administración coordinada y flexible, capaz de variar tanto el diagnóstico como las medidas que se adopten y su implantación concreta. Por eso, cualquier diseño político debe poder adaptarse a la variabilidad de las situaciones, haciendo aplicaciones flexibles y en constante revisión. En este sentido, hay que recordar que en nuestro país la Administración más grande -la que tiene más competencias y recursos- ha optado por un modelo organizativo más bien centralizado y burocratizado, con procedimientos muy rígidos, que actúa con seguridad, pero que la evolución de los acontecimientos puede rebasar.

3.6. La dimensión sociocultural de la atención a la gente mayor dependiente

3.6.1. Responsabilidad de la atención

Muchas familias entienden que es obligación suya atender a los familiares mayores, pero también que es obligación de la Administración ayudarles allí donde ellos no llegan y que eso tendría que ser una de las tareas del Estado del bienestar. Para algunos, la Administración ha tendido a confiar en el cuidado de la familia, no tan sólo para ahorrar gastos sociales, sino también porque comparte las pautas e imágenes subyacentes que todavía dominan a nuestra cultura.

Estos planteamientos generan graves limitaciones presupuestarias en este ámbito, de manera que los responsables de las políticas sociales públicas, ante la imposibilidad de dar respuesta a todas las necesidades existentes, tienden a cargar sobre la familia la responsabilidad del cuidado. Entonces recurren al estereotipo de "el abuelo en casa" y, si eso falla, al de la "familia irresponsable que se desentiende de su familiar mayor", agravando todavía más la angustia y la conflictividad que esta situación genera en la familia. Así, las familias se sienten a menudo culpabilizadas y desprotegidas por la Administración ante una situación que les desborda.

Así pues, en nuestro país se atribuye en esta materia a las familias mucha más responsabilidad asistencial que en la mayoría de los países de la Unión Europea. La preponderancia de este principio se atribuye a una pauta cultural que corresponde a la tradición más "familiarista" de los países mediterráneos. En cambio, los países del centro y del norte de Europa tienden a responsabilizar prioritariamente al Estado de los problemas relativos a la familia y sobre esta base se ha

desarrollado su Estado del bienestar, sin que eso implique una desresponsabilización de las obligaciones familiares.

Estas divergencias culturales tienen consecuencias sociales bien concretas. En nuestra sociedad hay una proporción más elevada de hogares con cuidadores que en la mayor parte de los países de la Unión Europea, aunque estos están en general más envejecidos y tienen mayor proporción de personas dependientes. Además, por término medio, en nuestros hogares, los cuidadores dedican a su atención el doble de horas semanales que los cuidadores familiares de los países europeos más adelantados.

Hay que concluir, pues, que nuestras pautas culturales tradicionales son el origen del escaso desarrollo que han tenido en nuestro país los servicios sociales de atención a la gente mayor, cargándolo sobre los hombros de las mujeres, que son las verdaderas prestadoras del servicio. Además, como ya hemos señalado, esta relativa inhibición del Estado afecta particularmente a las clases medias, que son las que contribuyen básicamente al sostenimiento del Estado del bienestar. No hay duda que, a largo plazo, si estos segmentos sociales no pueden participar de los beneficios de la atención, su apoyo al Estado del bienestar se debilitará, hecho que acabaría afectando a las clases sociales más desfavorecidas.

3.6.2. Situación de familias y mujeres cuidadoras

Son las mujeres las más afectadas por todo aquello que se deriva de la atención a la gente mayor dependiente. En primer lugar, hay que recordar que la gran mayoría de las personas mayores que necesitan ayuda son mujeres, hecho que ha llevado

a hablar de una feminización del envejecimiento. En realidad, las mujeres acostumbran a tener más autonomía que los hombres de la misma edad, pero su esperanza de vida es actualmente en nuestro país siete años más alta y, por eso, hay muchas más mujeres que hombres en edad avanzada.

Además, en nuestra sociedad las mujeres tienden a ser ligeramente más jóvenes -una media de tres años- que los hombres con los cuales forman pareja y, como acabamos de decir, viven siete años más, de manera que la mayor parte de los hombres que entran en un proceso de deterioro y dependencia tienen una mujer a su lado que les puede atender. Pero sólo una pequeña parte de las mujeres que presentan estos problemas pueden contar con la ayuda de su pareja.

Así pues, cuando se plantea la posibilidad de establecer un sistema de atención a la gente mayor dependiente, hablamos fundamentalmente de mujeres cuidadoras y, al mismo tiempo, de la atención a mujeres mayores dependientes. Muchas veces, mujeres que han trabajado toda la vida atendiendo a sus familiares -padres, suegros, tíos, marido, hijos- y que, cuando les corresponde a ellas disfrutar de los beneficios de la solidaridad, se encuentran con que no hay bastantes recursos, ni en sus familias ni en la sociedad, para atenderlas con dignidad. Para atender todas sus necesidades, a menudo no tienen más que una escasa pensión de viudedad que les sitúa fácilmente bajo el umbral de la pobreza.

La desigualdad entre sexos también se manifiesta cuando observamos la distribución de las responsabilidades de cuidado de los dependientes entre hombres y mujeres. La mayoría de cuidadoras son mujeres y por lo tanto sobre ellas se descargan primordialmente los efectos perniciosos que tiene el cuidado

prolongado de una persona dependiente sobre la salud y los ingresos de la cuidadora.

Tradicionalmente su índice de ocupación ha sido mucho más bajo que el de los hombres. Es una situación que se empezó a romper, sobre todo a partir de mediados de los años setenta, cuando se impuso otro modelo de familia, pero que todavía arrastran las mujeres de edad más avanzada. Por eso, la tasa de actividad de las mujeres de más de 50 años es todavía muy baja. Y son las mujeres entre 45 y 70 años con vínculos familiares estrechos con la persona mayor las que mayoritariamente asumen esta tarea.

En efecto, en el modelo actual de atención informal, cuando la persona mayor dependiente permanece en casa, habitualmente es la hija -y no el hijo- quien se hace cargo de atenderla. Particularmente, las mujeres mayores prefieren vivir en casa de las hijas para evitar dificultades de convivencia con las mujeres de sus hijos. Sin embargo, los yernos a menudo se resisten a acoger en casa permanentemente a la suegra y proponen el acogimiento residencial.

Otras veces es la nuera o, como acabamos de ver, la misma mujer de la persona dependiente. Esta feminización de la atención responde, como acabamos de ver, a las pautas culturales tradicionales y a las políticas sociales y comporta un gran impacto para las vidas profesionales de las mujeres que se ven obligadas a asumir, no tan sólo la crianza de los hijos, sino también el cuidado de los ancianos.

Por eso, desde la perspectiva de la defensa de los derechos fundamentales que se ha encomendado al Síndic de Greuges de Catalunya, creemos que éste es un tema primordial, que genera

una grave discriminación para las mujeres de nuestro país. Muchas ciudadanas de Catalunya se encuentran que, para atender a las personas con las que a menudo -casi siempre- hay vínculos afectivos fuertes, su actividad laboral y calidad de vida se ven gravemente deterioradas. Los hombres también se ven afectados, pero en menor proporción y, generalmente, con menor intensidad.

Las medidas y ayudas públicas, como hemos visto, han sido hasta ahora escasas. La situación es difícil incluso cuando en la familia hay alguna persona con capacidad y sin ninguna actividad laboral. Pero se hace prácticamente insostenible cuando todas las personas capacitadas trabajan fuera de casa, aunque parece que la situación va cambiando con las medidas legales que se empiezan a tomar para conciliar la vida familiar y laboral.

A las limitaciones económicas y a las dificultades intrínsecas del cuidado se añade a menudo un deterioro general de unas relaciones familiares afectadas por la dificultad de compatibilizar atención a la persona mayor, actividad laboral y trabajo doméstico. Es más, muchos de los afectados han vivido una cultura del ocio más amplia que la de sus padres y les cuesta más aceptar situaciones que exigen gran abnegación. Esto introduce grandes dosis de conflictividad en las familias y puede ser también el origen de situaciones de maltratos. A menudo, estas situaciones de conflictividad repercuten también negativamente sobre la educación de los hijos, en una edad particularmente delicada para el desarrollo personal.

Como vemos, la escasez de la ayuda recibida por la familia tiene consecuencias negativas sobre la calidad de vida y las oportunidades vitales de sus miembros. El tiempo disponible

para el descanso y el ocio llega a ser muy escaso y se les hace muy complicado, por ejemplo, poder hacer vacaciones, a pesar de algunas iniciativas de la Generalitat en este ámbito.

Habitualmente pierden eficacia laboral y son frecuentes las situaciones de agotamiento, estrés, depresión y pérdida de salud, sobre todo cuando la situación se prolonga. Las oportunidades de ocupación y de ingresos se ven reducidas por las dificultades de promoción laboral y de formación. Algunos acaban perdiendo el trabajo o se desaniman de buscar otro, sobre todo cuando ya tienen una edad laboral avanzada, circunstancia muy frecuente entre los cuidadores familiares.

Por otra parte, muchos de los cuidadores tampoco reciben suficiente apoyo del resto de la familia. Los patrones de dispersión familiar actuales dificultan el "turno de estancia" en casa de los hijos, al cual muchos ancianos, por otra parte, se resisten. Está la alternativa del ingreso residencial; pero, como hemos visto, con mucha frecuencia es inaccesible por las posibilidades económicas de la familia y, además, a menudo comporta un drama personal para todos los afectados, unidos por fuertes vínculos afectivos.

De momento, todavía no se ha manifestado un descontento social generalizado sobre esta materia. En parte es debido al hecho de que, como hemos visto, las personas mayores todavía son atendidas por promociones muy numerosas, y el trabajo de atenderlas se puede repartir entre diferentes familiares. Sin embargo, esta circunstancia personal es muy variable y en nuestra Institución hemos recibido a menudo quejas de personas con familia poco numerosa que exigen más ayuda de las instituciones para atender una situación que no pueden controlar.

No podemos abandonar esta dimensión familiar de la vejez sin destacar la gran aportación que hacen la mayor parte de las personas mayores a la vida familiar, basada en el afecto, pero que va más allá, con la sabiduría y la experiencia que las personas mayores ponen a disposición de todos los miembros de su familia.

Pero, además, su capacidad de actividad es hoy un componente fundamental en la mayor parte de las familias. Especialmente cuando son abuelas, además de atender la casa, están por los nietos y resuelven multitud de problemas que, sin ellas, serían muy difíciles de resolver. Sin embargo, se observan signos claros de cambio, en el sentido de que la gente mayor quiere vivir una vida más autónoma e independiente. Sólo cuando sus facultades, físicas o psíquicas se deterioran notablemente, atenderlas puede ser un problema para la familia, aunque continúen ayudando en otros aspectos.

3.6.3. Cambios en los modelos de convivencia

La aceptación del predominio de la atención informal se basa, como hemos visto, en un modelo de familia estereotipado que a menudo es inexistente. En este modelo, la familia dispone de cuidadores suficientes, con flexibilidad de tiempo para ofrecer suficiente disponibilidad y, siguiendo el modelo patriarcal, la mujer asume el cuidado de los suegros con tanta frecuencia o más que el de sus padres.

Sin embargo, con la incorporación de la mujer al trabajo se ha evidenciado que la familia no puede hoy asumir esta función. La situación de la madre de familia, que tiene una actividad laboral llena, vive con su familia, se hace cargo del trabajo

doméstico, atiende a su pareja, a sus hijos, a sus padres dependientes y, si hace falta, a los suegros, es sencillamente inviable. Y esta inviabilidad no es exclusiva de los segmentos más desfavorecidos de la sociedad, sino que es compartida, al menos, por las clases medias.

Por eso, hay que constatar que los modelos de convivencia cambian en detrimento de los modelos más tradicionales. Esta renovación abre paso a un nuevo reparto de responsabilidades en la atención a la gente mayor que se concreta en la creciente externalización de los servicios de atención. Entre los factores determinantes de estos cambios hay que destacar el nuevo rol de la mujer, fundamentado en la igualdad. Detrás de las mujeres que ahora atienden en casa a sus familiares dependientes vienen otras promociones -las de menos de 50 años- con una tasa de ocupación mucho más alta y, mayoritariamente, sin ninguna intención de dejar el trabajo antes de la jubilación para atender a sus familiares.

Cada vez se hace más difícil la convivencia de hijos y padres mayores en una misma casa. En primer lugar, porque tanto los unos como los otros -pero sobre todo los hijos- prefieren vivir con independencia maximizando la autonomía de la persona mayor. También porque, con el elevado precio de la vivienda, los pisos cada vez son más pequeños y materialmente no hay sitio para la persona mayor. Paradójicamente esto puede contribuir a elevar el precio de la vivienda, ya que la corriente de personas mayores que abandonan su piso para ir a vivir con los hijos, dejándolo disponible para otras personas, es cada vez más débil.

Cada vez son más frecuentes las estructuras familiares complejas, con hijos de diferentes parejas, unidades de

convivencia unipersonales o formadas únicamente por un progenitor y su hijo. Son cambios que cuestionan socialmente la vigencia del modelo tradicional de convivencia sobre el que se basa el sistema actual de atención a la dependencia.

3.6.4. Maltratos

Los maltratos a la gente mayor son a menudo ignorados por la sociedad, negados por los cuidadores y objeto de escasas intervenciones públicas, aunque últimamente empiezan a aparecer informaciones contrastadas que ponen de relieve la gravedad y frecuencia de los casos.

Las personas mayores constituyen uno de los sectores sociales más frágiles de nuestra sociedad, expuestos a extorsiones y maltratos, con dificultades para denunciarlos, ya que la vulnerabilidad de estas personas hace muy difícil que estos hechos salgan a la luz. Los maltratos se pueden producir tanto en los centros como en el propio domicilio y manifestarse de múltiples maneras. Iniciativas y estudios recientes nos muestran una situación muy preocupante que exige la adopción de medidas concretas, rápidas y contundentes para prevenir y evitar estas situaciones.

No hace mucho tiempo la Comisión de los Derechos de la Tercera Edad del Colegio de Abogados de Barcelona elaboró un informe ejemplar basado en el servicio de atención personalizada a personas mayores. Durante el primer cuatrimestre de 2003 atendieron a unas trescientas personas que denunciaban haber sufrido maltratos. De las 1.506 personas mayores que consultaron este servicio, en uno de cada cinco casos el maltrato era el tema principal. Casi la mitad de las agresiones denunciadas tenían carácter físico, seguidas de las

de carácter económico -desaparición del patrimonio y del dinero de sus cuentas- y psicológico, como amenazas de abandono y de marginación.

Los maltratos en las residencias representaron un 2%, pero hay que tener en cuenta la dificultad de acceso de sus usuarios a este servicio. El perfil más frecuente de la víctima es el de una mujer de más de 75 años que necesita ayuda para las tareas cotidianas, aislada socialmente y que sufre depresión. Es evidente que estos datos no son extrapolables por la singularidad y novedad, pero son realmente significativas y parecen indicar sólo la punta del iceberg de aquello que realmente está pasando.

Los maltratos se atribuyen a diferentes motivos, como los antecedentes de otros maltratos, las adicciones -alcoholismo, drogadicción, ludopatía-, el exceso de carga del cuidador o problemas económicos. También han sido objeto de estudio las causas de la ocultación del maltrato, entre las cuales se ha señalado el miedo del maltratado, la vergüenza o el pudor a denunciarlo, el espíritu protector del entorno, la falta de apoyo y de recursos, la intimidad del domicilio o la inconsciencia de la situación, ya que muchas veces las personas que cuidan de una persona dependiente o el resto de los habitantes del hogar no son lo bastante conscientes del daño que se inflige.

Hasta hace poco, era muy escasa la intervención ante estas situaciones, que quedaban frenadas bajo el supuesto derecho a la intimidad del domicilio, la falta de recursos específicos y de profesionales preparados. Actualmente se empieza a ser consciente del problema y de la necesidad de adoptar medidas de una intervención que tiene que ser multiprofesional y con

un abordaje integral. En este sentido podría plantearse una tarea de vigilancia por parte de los equipos de los servicios sociales. Esta vigilancia tendría que tomar en consideración todas las condiciones de marginación, ya que la situación de la persona mayor rica maltratada por sus administradores y familiares es más frecuente de lo que generalmente se cree.

La vulnerabilidad de las personas mayores hace que, desgraciadamente, estos maltratos no se limiten al ámbito familiar. En algunos centros residenciales sanitarios o de los servicios sociales hay comportamientos que se pueden calificar también de maltrato. Es el caso de las restricciones físicas o químicas, aunque a menudo se emprenden para evitar que el paciente se haga daño o se caiga, pero en otras ocasiones podrían evidenciar una simple falta de personal suficiente.

Se entiende por "restricción" los métodos que impiden la libertad de movimiento de la persona, la actividad física y el acceso normal al cuerpo, el aislamiento o la utilización de fármacos. Si tenemos en cuenta que prevenir el uso de la restricción comporta aumentar el personal de los centros para mejorar la observación y la supervisión, hay un cierto riesgo de que estas restricciones no siempre estén establecidas en beneficio del usuario.

Sin embargo, según las informaciones recogidas, cabe señalar que algunos hospitales ya disponen de protocolos de abusos y que los comités de ética asistencial promueven diversas acciones a fin de que el personal sanitario sea especialmente diligente en la detección y erradicación de los maltratos.

Estos protocolos analizan a los sujetos susceptibles de sufrir abusos, definen a la persona vulnerable y la tipología,

teniendo en cuenta que los maltratos pueden revestir diferentes formas, como las físicas, verbales, emocionales, económicas, el abandono o la infantilización, entre otros. Habitualmente las personas mayores no pueden manifestar la situación que sufren o no se atreven a hacerlo. Por lo tanto, convendría adoptar medidas orientadas a romper el silencio, escuchar a las víctimas, ayudarlas a recuperar la confianza y la autoestima, hacer efectivas las responsabilidades jurídicas, capacitar a los profesionales y otras medidas de cariz social.

3.6.5. Actuaciones preventivas

Siempre se habla de prevención pero, a menudo, sólo de forma muy retórica y poco operativa. Los países que han optado decididamente por priorizar las actuaciones preventivas, como Finlandia, han obtenido resultados muy favorables, reduciendo de forma considerable los años de prevalencia de la dependencia.

Estos resultados, además de las repercusiones evidentes sobre la calidad de vida de las personas, comportan un ahorro muy importante en los costes de la atención, como pone de relieve el mencionado "Libro Blanco de la Gente Mayor con Dependencia en Catalunya" que calcula que una disminución de la prevalencia de la dependencia del 1,3% anual representaría en España un ahorro anual de más de 1.800 millones de euros en el año 2026.

La prevención de la dependencia presenta muchas y diversas facetas que hay que tener en cuenta. Un primer enfoque de la prevención se refiere a los cambios en los hábitos de vida y los controles de riesgo a todas las edades, especialmente en

las edades medias y eso no puede ser posible sin la intervención decidida de la atención primaria de salud y de los servicios sociales al facilitar una información correcta y controlando los factores de riesgo, el desarrollo de programas específicos de salud laboral en el ámbito del trabajo y la profundización sobre los aspectos éticos de los objetivos terapéuticos y asistenciales de la intervención sanitaria y sociosanitaria.

No obstante, es imprescindible también la implicación de los ciudadanos y de toda la sociedad, especialmente de los medios de comunicación, para difundir la necesidad y los efectos de la prevención. Es decir, hay que abrir un debate social a fondo sobre la relación entre el aumento de la esperanza de vida y el mantenimiento de la calidad de vida de la gente mayor con la participación activa de la ciudadanía.

Por otra parte, hay que ampliar este concepto de prevención hacia los aspectos socioculturales. Nuestra sociedad no dispone de medios educativos y culturales que permitan a los ciudadanos una preparación para afrontar el fenómeno del envejecimiento. Como ponen de relieve los especialistas de estos ámbitos, es evidente la ausencia de previsión del envejecimiento y del riesgo de sufrir limitaciones de la autonomía, tanto del propio como la que tienen los familiares próximos.

Este hecho dificulta la toma de decisiones anticipadas; asimismo, impide a la familia poder realizar una reflexión conjunta y sosegada, antes de que se produzca la dependencia, sobre los derechos mutuos y personales, el reparto del cuidado y las capacidades y deseos o los aspectos referentes a las disposiciones personales. La prevención tendría que

incorporar, por lo tanto, desde una programación adecuada de sensibilización social desde la escuela, hasta los programas para la prejubilación y para los cuidadores, los dirigidos en los medios de comunicación, que incluyera información sobre los servicios, la modificación adecuada de las imágenes culturales relacionadas con la vejez y los modelos relacionales. Todo contribuiría al estímulo de la reflexión y a la toma de decisiones anticipadas, tanto en relación con el mismo envejecimiento como frente al eventual papel de cuidadores.

No menos importantes son las acciones preventivas dirigidas a evitar la marginación y exclusión social, a partir de situaciones de pobreza, de aislamiento y de soledad que poco a poco van limitando el ejercicio de las capacidades y de la autonomía, llevando hacia situaciones de incapacidad y de riesgo, de vulneración de su dignidad y otros derechos y libertades fundamentales.

También desde un punto de vista social hay que evitar procesos que generen exclusión y, por lo tanto, se tiene que priorizar la prevención y el mantenimiento de la autonomía como pilares de la dignidad humana. Estas últimas acepciones de prevención buscan el mantenimiento de la autonomía, tanto funcional como en el ámbito de los derechos, y poner el énfasis en las capacidades conservadas, con el fin de potenciar, cuando haya limitaciones, las capacidades residuales.

4. EL MODELO DE ATENCIÓN COMO RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LA GENTE MAYOR DEPENDIENTE Y SUS FAMILIAS

4.1. Ámbitos que afectan al modelo de atención a la gente mayor dependiente

4.1.1. Perspectivas demográficas

Hoy es ya casi un tópico alertar sobre los riesgos que comporta nuestra estructura demográfica. Como recordamos en el Libro segundo del Informe de 2000, titulado "Notas sobre el fenómeno de la inmigración", hace muchos años que nuestra tasa de fecundidad -actualmente 1,32 hijos por mujer- está muy por debajo de los niveles (2,1) que permiten la renovación generacional.

Hasta ahora, la tasa de natalidad se ha mantenido en unos niveles moderados al encontrarse en edad fértil las generaciones numerosas del *baby boom*. Pero en las dos próximas décadas tienen que acceder a la edad fértil las generaciones poco numerosas que han nacido los últimos 25 años, razón por la cual es previsible que en los próximos veinte años el bajón será bastante más importante.

En relación con los problemas demográficos que afectan a la gente mayor hay que diferenciar dos escenarios futuros, en la hipótesis de mantener los ritmos actuales y sin tener en cuenta los cambios significativos que puedan provenir de factores exógenos.

A lo largo del primer tercio del siglo irá llegando progresivamente a la edad de jubilación la generación del *baby boom*, pero todavía habrá bastante población en edad activa y la población en situación de dependencia se mantendrá en niveles moderados. En el segundo tercio del siglo, en cambio,

habrá poca población en edad activa y, en términos relativos, mucha población en situación de dependencia.

De momento, hay que considerar este primer escenario, el de las próximas décadas. Los próximos años todavía llegarán a la edad de jubilación promociones poco abundantes -las nacidas durante la guerra y la posguerra- cuando la natalidad era moderada. Más tarde, sin embargo, hay que prever que serán las generaciones más numerosas, las que hoy tienen entre 25 y 50 años, las que irán accediendo a la edad de jubilación, con el previsible aumento de la presión sobre el sistema público de pensiones. El índice de dependencia senil¹⁴ -que el año 1975 todavía era del 16%- llega hoy al 26%, y se calcula que el año 2010 será del 29%, para subir después más deprisa, hasta llegar, el año 2030, al 39%. Hay que decir, con todo, que un posible retraso de la edad de jubilación podría moderar estos datos y, como vemos, los avances en las ciencias de la salud y otros factores socioeconómicos podrían suavizar también sus consecuencias.

En este primer tercio del siglo, se prevé que llegarán a las edades más avanzadas -donde la prevalencia de la dependencia empieza a ser importante- unas generaciones progresivamente más numerosas, hecho que en los próximos años probablemente hará aumentar de manera significativa en nuestro país la población en situación de dependencia. En este sentido, ya hemos señalado que la esperanza de vida en nuestro país llega ya a 80,1 años de edad.

Así pues, en los próximos años previsiblemente dejaremos atrás una situación -que se calificaría de privilegiada desde el

punto de vista de la atención a la gente mayor, con poca población mayor, mucha población en edad activa y una tasa de actividad laboral femenina muy baja. Esta situación hace que muchas mujeres en edad y con capacidad de trabajar se dediquen a la atención informal.

Hay que tener en cuenta el detalle de estos procesos para evitar espejismos estadísticos derivados de proyectar al futuro fenómenos meramente coyunturales. Así, previsiblemente, en los años venideros el importe global de las pensiones crecerá con moderación y, en cambio, crecerá muy rápidamente a partir del 2015. También es previsible que durante este primer tercio de siglo haya bastante población en edad activa, pero no podemos olvidar que cada vez estará más envejecida si no intervienen factores exógenos, como la inmigración.

Un hipotético aumento de la natalidad no mejoraría en absoluto estas previsiones, ya que los niños que podrían nacer los próximos años tardan, como es natural, en llegar a la edad adulta. Sólo el aumento de la tasa de actividad femenina¹⁵ o la ya mencionada llegada de inmigrantes pueden mejorar este panorama, desde el punto de vista del sostenimiento de la población mayor.

Con todo, tenemos que ser conscientes que eso puede comportar un cambio importante en el origen étnico y cultural de la población de Catalunya y no podemos olvidar que, incluso con la llegada de inmigrantes, el modelo actual de ayuda informal

¹⁴ Recordamos que este índice da el porcentaje de gente mayor –de más de 65 años–, en relación con la población que se encuentra en edad activa, o sea entre 16 y 64 años.

¹⁵ La incorporación a la actividad productiva de muchas mujeres que antes cuidaban de sus familiares dependientes comporta que el sistema productivo sea, en su conjunto, más eficiente y genere más recursos, hecho que permite atender a todas las personas mayores dependientes, no sólo las que tienen familiares disponibles.

en el seno de la familia será igualmente inviable, porque los que llegarán a nuestra casa tampoco serán familiares directos de la gente mayor autóctona. Los hijos que la población autóctona no ha tenido en su momento, no están y no llegarán a existir nunca. Y los que nacieron, llegado el momento, encontrarán que son pocos y que no disponen de tiempo ni de dinero para prestar una atención adecuada a sus numerosos familiares mayores.

Las previsiones demográficas para el segundo tercio del siglo actual presentan un perfil más incierto. Los actuales ciudadanos de Catalunya no tendrían que olvidar este escenario -ciertamente lejano- incluso velando por sus propios intereses, ya que son precisamente ellos, muchos ciudadanos activos de hoy, los que se encontrarán en ese momento en edades muy avanzadas -la esperanza de vida puede estar significativamente por encima de 80 años de edad- y hay que prever que, en una proporción importante, estarán en situación de dependencia.

A partir del 2030, se encontrarán en edad activa los nacidos en el periodo de descenso de la natalidad. Así, el mundo del trabajo estará previsiblemente ocupado por las escasas generaciones que nacen ahora y que nacerán los próximos veinte años. Por eso, cuando la generación del *baby boom* empiece a llegar a edades muy avanzadas podría no haber bastantes ciudadanos activos para atenderlos.

También este segundo escenario podría mejorar con la llegada de un número importante de inmigrantes y asimismo constatamos que sólo podrían contribuir a sostener la población mayor dependiente mediante la existencia de un amplio sistema público de atención. Ahora bien, a diferencia del primer

escenario, en este del segundo tercio de siglo sí que podría repercutir muy positivamente un aumento rápido e importante de la natalidad en los próximos años.

Hay que recordar, con todo, que los procesos demográficos son generalmente muy lentos y que los efectos de las políticas en esta materia no afectan de manera inmediata a la población. Ahora bien, cuando llegan sus efectos, tienen difícil rectificación, aunque la experiencia histórica muestra que la misma dinámica social y económica va aportando respuestas a medida que se dejan sentir los problemas.

Por otra parte, tampoco podemos prever -sobre todo a tan largo plazo- el impacto que los avances de la medicina pueden tener sobre la esperanza de vida y sobre la prevalencia de la dependencia a edades muy avanzadas. Algunos estudios apuntan a que esta prevalencia no aumenta con el incremento de la esperanza de vida. En efecto, la dependencia es un proceso que afecta sobre todo a los últimos años de la vida, de manera que, cuando aumente la esperanza de vida, es probable que aumente paralelamente la esperanza de vida no dependiente. Algunos especialistas hablan incluso de una posible reducción de la prevalencia de la dependencia como consecuencia de los avances médicos y farmacéuticos y, sobre todo, del establecimiento de programas preventivos.

4.1.2. Efectos sobre la actividad productiva

Se ha hablado mucho del riesgo que la previsible evolución demográfica comporta para el actual sistema de pensiones. Las consecuencias del Pacto de Toledo y el fuerte crecimiento de la tasa de afiliación a la seguridad social conforman actualmente un panorama positivo para la garantía de las

pensiones en los próximos años. De todos modos, como acabamos de ver, a más largo plazo la situación podría llegar a plantear problemas. Por eso, es necesario establecer formas de previsión social o que los ciudadanos activos, cuando esté a su alcance, encuentren alguna forma de ahorro que les garantice, llegado el momento, unos ingresos complementarios a sus pensiones.

Por otra parte, hay que recordar que las promociones con una tasa de actividad femenina más alta pronto llegarán a la edad -a partir de 45 años- en que tendrán que empezar a hacerse cargo de los familiares mayores en situación de dependencia. Como ya hemos señalado, una parte de estas promociones, sobre todo las mujeres, podrían sentirse obligadas a abandonar la actividad laboral para atender a los familiares mayores. Esta situación podría frustrar muchos de los esfuerzos hechos por favorecer la igualdad y la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y en la práctica se convertiría en un obstáculo para el ejercicio del derecho al trabajo.

De momento, la situación se ve atenuada por el hecho de que se trata de promociones muy numerosas y, como hemos dicho, mayoritariamente las personas afectadas pueden repartir esta tarea en algunos casos con sus hermanos. Pero también hay muchos que se encuentran, ya ahora, en una situación difícil ante la imposibilidad de compaginar la atención a los padres con la actividad laboral, a pesar de las medidas recientes establecidas para facilitarlas. Se trata de una irracionalidad económica, porque eso puede sacar de la actividad productiva a un contingente de trabajadores muy eficientes, para hacer una tarea que se podría atender de manera mucho más sencilla.

Cabe destacar también que, con la gran extensión de la atención a cargo de trabajadores no dados de alta en la seguridad social, la mayor parte de la actividad económica relacionada con la atención a la gente mayor resulta opaca para los sistemas económicos y fiscales habituales. Así, el hecho de que este tipo de atención llegue a ser sustituida por una actividad productiva regularizada comportaría un incremento del PIB y unos ingresos nuevos para el erario público -en forma de cotizaciones sociales y de impuestos por IVA e IRPF- que ayudarían a financiar una parte importante del coste de los servicios sociales prestados. A esto habría que añadir ayudas para contribuir a las cotizaciones sociales de las cuidadoras familiares, que se reincorporen al trabajo una vez liberadas de la obligación de atender constantemente a la persona dependiente.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que los servicios de atención a la dependencia pueden constituir un importantísimo yacimiento de ocupación. A menudo, son trabajos para los cuales se puede alcanzar calificación fácilmente e incluso son asumibles por personas en edad laboral avanzada, que podrían convertirse fácilmente en parados de larga duración. En efecto, muchas tareas, como la alimentación o la limpieza domiciliaria, a pesar de ser muy importantes, no necesitan una elevada calificación. Se trata de unos trabajos accesibles a un tipo de trabajadores sin muchas alternativas en un mundo crecientemente globalizado.

Hay que recordar que, a consecuencia de la deslocalización industrial, los trabajadores poco cualificados se tienen que enfrentar a una difícil competencia de los trabajadores de países con un nivel de renta mucho más bajo como los del mundo árabe, América Latina o China. Sólo en los servicios que

exigen atención personal, como los de atención a la gente mayor, los trabajadores autóctonos poco cualificados pueden sentirse relativamente protegidos de esta difícil competencia.

Otro aspecto a considerar -aunque sólo afecta de manera indirecta al problema que consideramos- es la necesidad de que el sistema económico y social aproveche mejor la capacidad productiva y la actividad de las personas mayores. La mejora en la salud permite a la mayor parte de la gente llegar a la llamada tercera edad en condiciones mucho mejores que en otras épocas, sobre todo en algunas actividades profesionales.

Como acabamos de ver, los próximos años se incrementará en nuestra sociedad el proceso de envejecimiento y las personas en edad activa tendrán dificultades para mantener los costes derivados de las pensiones y de la atención a las personas mayores. Esto podría llegar en el futuro a plantear una modificación de todo aquello relacionado con la salida del mundo laboral, como la edad obligatoria de jubilación o la del inicio del cobro de pensiones. De momento, hay que estudiar a fondo esta cuestión, incluyendo la posibilidad de encontrar trabajos y actividades adecuados para personas de cierta edad, pero que quieren continuar en activo.

La reforma reciente, que mejora ligeramente las pensiones de las personas que trabajan más allá de los 65 años, constituye un paso en la buena dirección.

4.1.3. Limitaciones del gasto público

No se puede hablar de los servicios públicos sin considerar las opciones y limitaciones a que está sometido todo gasto público. Administrar comporta gestionar unos recursos

limitados, decidir donde se utilizan y que colectivos son acreedores de la solidaridad ciudadana. Sin duda, las personas mayores son uno de ellos. Así pues, cualquier planteamiento referente al sistema de atención a la gente mayor dependiente, junto con las necesidades y los derechos, tiene que considerar las posibilidades de financiación.

Ya hemos visto como algunos modelos de atención, como el que ofrece un servicio universal, comportan un nivel de gastos públicos importante. Si añadimos el coste creciente de las pensiones, afectadas por el envejecimiento de la población, la protección social a las personas mayores puede llegar a pesar considerablemente sobre las arcas públicas.

Ahora bien, las proyecciones sugieren que también con el sistema actual los gastos generados por la atención a la gente mayor pueden llegar a ser importantes. En este sentido, hay que recordar que el OCDE prevé que el impacto del envejecimiento producirá un aumento aproximado del 0,5% anual de la tasa de crecimiento del gasto médico durante el intervalo 2000-2050. Esto podría llevar al año 2050 a un gasto correspondiente a la gente mayor en sanidad -un ámbito ya plenamente incluido en la protección social pública- del orden del 3% del PIB.

Ahora mismo este gasto sanitario en la gente mayor alcanza niveles significativos. Según el Insalud, el año 1998 el gasto sanitario de las personas de más de 65 años comportó el 44% del gasto sanitario total del Estado, aunque este colectivo sólo representaba el 19% de la población protegida. Esto es debido, en parte, al hecho de que una buena parte de los gastos sanitarios se polarizan en torno a los últimos 10 años de vida. Hay que recordar que las personas mayores

dependientes que acaban por ser usuarios de los servicios hospitalarios comportan -según algunos estudios- unos costes cinco veces más altos que los atendidos por los servicios de atención a la gente mayor.

En este sentido, en el Informe al Parlament correspondiente al año 1996 ya señalábamos que "los ahorros que podamos hacer en asistencia sanitaria para gente mayor, o bien en plazas residenciales para enfermos crónicos, no pueden ser compensados o superados con creces por los gastos que, en una especie de efecto dominó, se producen por atender las mismas personas en plazas residenciales y en hospitales de agudos" (véase BOPC nº. 150, de 21 de marzo de 1997, pág. 11615).

Además, la falta de atención también puede generar importantes gastos en subsidios sociales. Así, por ejemplo, si en hogares con ingresos bajos un familiar mayor entra en situación de dependencia y no recibe suficiente atención, la obligación de atenderlo puede llevar a toda la unidad familiar a una situación de pobreza y requerir en lo sucesivo diferentes ayudas públicas en forma de subsidios de desempleo, rentas mínimas o pensiones no contributivas. Esto puede disminuir recursos de otras partidas, con el resultado que el coste de estas políticas es superior a los supuestos beneficios.

Por lo tanto, el modelo actual ya genera gastos importantes al sistema público y tiende a generar todavía más en el futuro. Está, pues, la posibilidad de que un sistema de atención con una vertiente preventiva importante, a pesar de su coste, puede generar en algunos ámbitos reducciones significativas de gastos.

Por otra parte, como es sabido, en Catalunya el gasto público en protección social, en relación con el PIB se encuentra a un nivel particularmente bajo en comparación con los países de la Unión Europea. Ciertamente muchos de estos países se esfuerzan ahora por moderar este nivel de gasto, vista la incidencia negativa que se le atribuye sobre el crecimiento económico. Sin embargo, creemos que en Catalunya hay todavía un cierto margen para incrementar estos gastos, y este incremento permitiría costear un sistema más amplio de atención. Con todo, hay que recordar que la cobertura de la dependencia, por su envergadura y por el ámbito competencial de las materias afectadas, supera las posibilidades autonómicas y tendría que plantearse posiblemente a nivel de presupuestos estatales.

Estas limitaciones del gasto público obligan a considerar preferentemente aquellos servicios que tienen una buena relación coste-beneficio, como los de coste moderado o que pueden sustituir otros más costosos. Ya hemos destacado que éste podría ser el caso de ciertos servicios comunitarios en relación con los servicios residenciales. También tendremos que prestar atención especial a los servicios que, a pesar de requerir importantes gastos públicos, tienen una incidencia económica positiva y permiten que el erario recupere buena parte del dinero gastado; como los derivados de la creación de ocupación, a los que ya nos hemos referido.

4.2. Opciones fundamentales

Como acabamos de ver, las perspectivas económicas y demográficas nos encaminan hacia el establecimiento de un amplio sistema de atención a la dependencia y eso nos obliga a debatir, reflexionar y decidir cuál es el modelo que queremos tener en nuestro país. Se trata de una decisión que no podemos

aplazar excesivamente porque la urgencia de los problemas concretos nos obliga a aprobar soluciones provisionales que no es seguro que estén orientadas en la dirección más adecuada.

Existe el riesgo de convertir nuestro sistema de atención en un conglomerado, que puede tener efectos perversos y producir agravios comparativos. Superar más tarde esta confusión puede resultar particularmente difícil en una materia en que las expectativas de las personas tienen un papel muy importante. Se trata de prestaciones importantes -y costosas- que pueden llegar a ser esenciales para los beneficiarios, de manera que difícilmente se podrían retirar en un momento posterior.

En consecuencia, hay que decidir pronto qué modelo de atención queremos implantar en nuestro país, de manera que las reformas que se vayan introduciendo se orienten de manera coherente hacia el despliegue de este modelo. Ahora bien, la definición de un modelo comporta escoger entre algunos rasgos definitorios que constituyen sus parámetros esenciales. Hace falta definir quién y cómo tendrá acceso a estos servicios y cómo se financiará su coste.

También se tiene que establecer qué modalidad de ayuda se prestará y si el proveedor tiene que ser mayoritariamente público o privado. Asimismo, se tendrá que definir si los servicios se orientan preferentemente a la permanencia en la comunidad o al acogimiento residencial. Algunos de estos parámetros tienen hoy ya algún tipo de respuesta en nuestro país, pero hay que plantearse si es la más adecuada o si el actual marco legal permite una evolución hacia otra mejor.

Trataremos de valorar cada una de estas alternativas, aprovechando la experiencia de los países que cuentan ya,

desde hace algunos años, con un amplio sistema público de atención, con la intención de contribuir al debate y a la maduración de las respuestas políticas más adecuadas.

4.2.1. Acceso a las prestaciones

Hace falta optar entre ofrecer un acceso universal a las prestaciones, similar al configurado para el ámbito sanitario, o bien por un sistema asistencial en el cual la prestación se reserva únicamente a los que acrediten la necesidad y que no la pueden atender con sus propios recursos.

El universalismo configura la atención como un auténtico derecho subjetivo de los ciudadanos que permite a todo el mundo acceder a la prestación, al margen del nivel de renta y con independencia del carácter gratuito o no. Este modelo permite la máxima flexibilidad, al organizar la distribución únicamente en función de las personas y las necesidades que plantean. La universalidad no quiere decir que el nivel de ayuda sea igual para todos, ya que las prestaciones se modulan en función de las necesidades. El modelo universal se aplica desde hace muchos años en los países escandinavos, donde tienen acceso a él todos aquellos que acreditan unos años mínimos de residencia en el país, con excelentes resultados en cuanto a la calidad de la atención y la satisfacción de los ciudadanos.

El modelo asistencialista tiene un carácter selectivo, ya que sólo pueden acceder a las prestaciones públicas aquellos que se considera que no tienen suficientes recursos para adquirirlas privadamente. Así, las ayudas llegan sólo a los más necesitados y dejan fuera a una parte importante de la población.

Este modelo comporta una cierta frustración para los ciudadanos de las clases medias -que son los que, en conjunto, pagan más impuestos-, que se ven privados de una ayuda que también necesitan. Es casi inevitable que, más tarde o más temprano, estos ciudadanos -obligados a financiar la atención con sus propios recursos- se rebelen contra el pago de unos impuestos de los cuales no obtienen bastantes beneficios. Esto afecta a la legitimidad del Estado del bienestar y, a largo plazo, podría comportar una reducción de los impuestos y del sistema asistencial, en perjuicio, finalmente, de los más necesitados. El Reino Unido es el país que más claramente ha optado por este modelo asistencial, que también se aplica en nuestro país, aunque entre nosotros tiene un alcance mucho más reducido.

El modelo contributivo puede constituir una opción intermedia entre universalismo y asistencialismo. El acceso a las prestaciones del sistema está reservado a los que han cotizado a la seguridad social durante un tiempo mínimo, una fórmula similar a la que se aplica ahora al ámbito de las pensiones. De hecho, el número de los beneficiarios es muy amplio y relativamente próximo al modelo universalista. Sin embargo, se trata de un modelo selectivo de acceso a las prestaciones, ya que los que no han contribuido lo suficiente para acceder a las prestaciones tienen que conformarse con la asistencia pública.

Un criterio de elegibilidad tan rígido sobre quien puede acceder a la prestación y quien no puede acceder difícilmente ofrecerá suficiente flexibilidad para la diversidad que presenta la realidad social; por ello, en algunos casos, como España, se ha complementado la seguridad social con la

modalidad no contributiva. Con este modelo contributivo, si la asistencia pública complementaria tiene suficientes recursos y calidad, la diferencia con el modelo universalista se atenúa. Pero si no lo tiene, puede contribuir a agravar las diferencias sociales. Hay que mantener dos redes diferentes -y desiguales- de servicios, con las ineficiencias y desigualdades sociales consecuentes. Como aspecto positivo, hay que destacar una mejor aceptación de su legitimidad, por el hecho de provenir los recursos de las mismas personas que, llegado el momento, se beneficiarán de las prestaciones. Alemania es el país donde se ha desarrollado más claramente este modelo, que se extiende prácticamente a toda la población.

Estos tres modelos se encuentran bastante implantados -en diferentes ámbitos- en el Estado español, de manera que, en conjunto, nuestro sistema de protección social presenta hoy un carácter mixto. Así, la sanidad tiene actualmente una cobertura prácticamente universal, las pensiones están vinculadas a las contribuciones a la seguridad social -con una modalidad no contributiva, financiada vía impuestos-, y los servicios sociales son prestados mayoritariamente mediante un sistema asistencial. Por lo tanto, ninguno de los tres modelos es extraño en nuestro país y, en principio, los tres podrían ser asumidos culturalmente por los ciudadanos.

4.2.2. Financiación

a) Financiación pública

Hemos visto que la efectividad del acceso a los servicios de atención está estrechamente relacionada con el origen de su financiación. Los sistemas públicos de amplio alcance -con aportaciones reducidas de los usuarios- pueden llegar a toda

la población o a gran parte de ella, pero comportan gastos públicos importantes. En cambio, los sistemas que se orientan hacia la financiación privada afectan menos al gasto público, pero tienden a limitar el acceso a los servicios, acentuando la desigualdad social.

En algunos sistemas, los recursos públicos provienen exclusivamente de los impuestos generales, de la misma manera que se hace en otros servicios públicos, como la sanidad. Esta modalidad de financiación hace posible garantizar la universalidad. Es el modelo adoptado ya hace tiempo en los países escandinavos, con los excelentes resultados que hemos señalado en cuanto a la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

El modelo universal financiado con los impuestos generales tiene, además, un importante efecto redistribuidor de recursos, ya que cada uno paga en función de sus ingresos - vista la progresividad del sistema impositivo-, pero todo el mundo tiene también el mismo acceso a los servicios, al margen del nivel de renta. Se trata, sin duda, de un sistema costoso, de manera que hay que prever que para implantarlo hará falta un cierto incremento del gasto público, hecho que puede tener algún impacto sobre la actividad productiva. Sin embargo, genera también en este ámbito considerables efectos positivos que, como hemos apuntado, pueden llegar a ser todavía más importantes.

El sistema contributivo disfruta también de bastantes ventajas propias de un sistema basado en la financiación pública; pero, como acabamos de ver, sólo tienen acceso a él los que han contribuido anteriormente. Desde la perspectiva financiera, se trata de un seguro obligatorio financiado básicamente con las

cotizaciones sociales sobre el trabajo. Los costes pueden también llegar a ser importantes.

En Alemania, país emblemático de este modelo, el gasto en cuidados de larga duración llega ya al 0,86% del PIB y se prevé que, si no hay cambios importantes, llegará al 1,47% el año 2030. Esto recae básicamente sobre los costes salariales, de manera que sufren un cierto encarecimiento, hecho que puede incidir sobre la tasa de ocupación. Por otra parte, todo sistema contributivo se tiene que complementar, para los que no tienen acceso, con un sistema asistencial más limitado, financiado con cargo a los presupuestos generales del Estado.

Por otra parte, en el sistema asistencial la atención no se configura como un derecho, y los servicios se conceden sólo en función de la disponibilidad presupuestaria, que acostumbra a ser muy limitada. Su financiación se hace a cargo de los impuestos generales, aunque su volumen es normalmente muy inferior al del sistema universal.

Hay que señalar, finalmente, que en algunos países, como Japón o Francia, se han implantado sistemas más complejos, donde el coste público de la atención es atendido por una combinación de fondos provenientes de la seguridad social y de las administraciones públicas.

Tenemos que recordar, asimismo, que los recursos provenientes de las administraciones públicas se encuentran estrechamente ligados a la distribución de competencias. El principio de subsidiariedad orienta a otorgar las competencias de estos servicios a las administraciones más próximas a los ciudadanos, que a menudo son los que tienen menos ingresos. En este sentido, hay que recordar que el modelo universalista se

ha desarrollado especialmente en países de fuerte tradición municipalista, como los escandinavos.

Hay unanimidad al considerar que en el reducido volumen de ingresos de los ayuntamientos y los consejos comarcales de nuestro país está el origen del escaso desarrollo que hasta ahora han tenido los servicios domiciliarios, que les han sido atribuidos como competencia propia sin incrementar los recursos para atender estas nuevas funciones.

En cambio, los servicios residenciales han tenido un desarrollo más aceptable, vista la mayor capacidad económica del gobierno autonómico. Estos desajustes ponen de relieve los inconvenientes de la insuficiencia de instrumentos operativos de coordinación y de financiación entre los sistemas de atención. Un sistema bien coordinado de asignación de recursos podría distribuirlos con criterios más objetivos y eficientes.

Por otra parte, hay que recordar que se necesitan muchos recursos para financiar el sistema, sobre todo si finalmente se opta por configurar la atención como un derecho y se le otorga carácter universal. En nuestro país, estos recursos tendrían que provenir de los presupuestos del Estado -al menos con el sistema actual de financiación-, ya que son recursos indispensables para atender de una manera nueva una necesidad que crece de manera incesante. Una posibilidad que se podría estudiar consistiría en que las diferentes modalidades de atención comunitaria fueran prestadas por los ayuntamientos con una fuente de financiación específica, que inicialmente tendría que provenir de los presupuestos estatales.

Un sistema de atención domiciliaria muy desarrollado previsiblemente reduciría la presión sobre la atención

residencial, de manera que los gobiernos autonómicos quizás podrían continuar atendiéndola con sus propios recursos.

b) Copago

La preocupación por el volumen elevado de gastos que generan los sistemas gratuitos ha llevado a desarrollar sistemas mixtos de cofinanciamiento, con fondos públicos y privados. En este sentido, se observa en todos los países europeos una tendencia general hacia la corresponsabilidad y el consecuente copago, aunque con diversas intensidades.

Los fondos privados pueden proceder de las rentas del usuario, de su patrimonio o de las aportaciones de sus familiares. Las rentas del usuario acostumbran a ser escasas -generalmente se trata de la pensión-, de manera que su contribución acostumbra a ser bastante limitada.

El recurso al patrimonio plantea algunas dificultades. Si se trata de un acogimiento residencial, se tendría que considerar la posibilidad del retorno al domicilio, ya que la pérdida del patrimonio puede llegar a hacerlo imposible. Por eso, parecería adecuado que, siempre que haya posibilidad de retorno, la prueba de medios utilizada para definir el copago no considerara estos bienes o, incluso, que negara esta vía de financiación.

Además, hay que recordar que a menudo este patrimonio, para la persona mayor, es la obra de toda una vida y aquello que le proporciona sensación de seguridad. Para no ver afectado este patrimonio, el afectado puede fácilmente negarse a aceptar una atención que de hecho necesita. Por otra parte, esta solución suscita bastante malestar entre los familiares porque afecta directamente a sus expectativas económicas. Si conocen con

anticipación que el patrimonio de la persona puede quedar afectado durante el periodo de dependencia, es probable que muchos recurran a algún tipo de transmisión anticipada, con los consiguientes agravios comparativos con respecto a aquellos que no lo hacen. Incluso podría acabar teniendo el efecto perverso de hacer que muchas personas lleguen a la vejez sin patrimonio, porque lo han traspasado anteriormente a sus familiares para evitar perderlo con el copago.

Una alternativa sería el cobro a partir de la herencia, aunque eso plantea problemas similares. En esta modalidad de copago se configura una parte de la atención prestada como una deuda que se recupera del patrimonio al morir el beneficiario. Esto permite a la Administración resarcirse de parte del coste de la asistencia sin disminuir el patrimonio de la persona mayor mientras vive. Se trata de una posibilidad que, a pesar de ser prevista en algunas legislaciones, casi no se ha utilizado. Parece una solución preferible a la anterior, ya que no afecta tan directamente a la persona mayor ni a la red de seguridad económica que ha construido a lo largo de su vida y, de alguna manera, también hace participar a los familiares en la financiación de la atención, en tanto que beneficiarios de la herencia.

Otra posibilidad es recurrir directamente a las aportaciones de los familiares. Ésta ha sido la opción tomada en Catalunya para costear los servicios sociales de atención, complementariamente a las rentas del usuario. Se han establecido pactos de cofinanciamiento con los familiares - aplicando criterios objetivos- sobre la base de la tradicional "obligación de alimentos", a pesar de las dudas que puede plantear hoy la aplicación de esta figura jurídica.

Como vemos, todas las modalidades de cofinanciamiento presentan notables dificultades. Sin embargo, las limitaciones del gasto público podrían llegar a hacer imperativa esta solución. Parece probable que una combinación adecuada de las diferentes modalidades de cofinanciamiento puede llegar a constituir la solución más eficiente.

c) Financiación privada

Los modelos no universales -el asistencial y el contributivo- permiten, junto con el sistema atendido con fondos públicos, desarrollar un sistema privado -que puede incluir tanto instituciones de iniciativa social como de carácter mercantil- financiado por los mismos beneficiarios. En este sistema, los servicios se ofrecen en función de la demanda, con un coste determinado por las leyes del mercado, al menos en el caso de las entidades de carácter mercantil. Las personas mayores dependientes con un nivel económico elevado pueden tener acceso a este tipo de atención. Pero muchos otros - particularmente de clases medias o trabajadores bien remunerados- pueden quedarse sin ninguna atención o tener que recurrir a la atención informal, como ocurre ahora en nuestro país.

Una variante del sistema de pago privado, que también puede llegar a ser complementario del asistencialista, es el seguro privado. Esta modalidad puede ser más accesible que el pago directo, sobre todo si tiene el apoyo fiscal de la Administración. Sin embargo, esta modalidad presenta en la práctica muchos problemas de aplicación. Se constata que a los ciudadanos activos les resulta muy difícil imaginarse en situación de dependencia y afrontar los gastos correspondientes.

Así pues, parece que la percepción del riesgo, básica para la actividad aseguradora, es muy baja. Por otra parte, sólo resulta viable económicamente cuando se contrata en una fase de la vida relativamente joven, que es cuando las personas tienen que atender otros gastos importantes, como la educación de los hijos o la compra de la vivienda. En cambio, cuando ya han acumulado un patrimonio importante y no tienen que afrontar otros gastos importantes, es cuando reciben los recursos de la compañía de seguros.

Estas circunstancias explican que -a pesar de los esfuerzos hechos por las compañías de seguros- no se haya llegado a un grado de cobertura aceptable ni siquiera en los Estados Unidos, donde hay otros sistemas de seguros particularmente desarrollados. Por eso, esta modalidad de financiación privada ha sido también descartada como base del sistema de atención a la gente mayor dependiente prácticamente por todos los países europeos, sin perjuicio de poder desarrollar un papel complementario.

4.2.3. Forma de prestación

Un aspecto fundamental en el debate sobre la atención a la dependencia es el relativo a la naturaleza de las prestaciones financiadas públicamente. Las dos formas alternativas básicas son la prestación en especie y la prestación en metálico.

En nuestro país, la situación actual se caracteriza por la preponderancia de las prestaciones en especie. Ésta incluye todas las atenciones a la dependencia que no se prestan en función de la contrapartida económica correspondiente. Por eso, en la prestación en especie, la decisión de prestar el servicio está en manos del órgano que gestiona el servicio de

atención. La Administración autonómica o local establece las normas para determinar cuál es el recurso asistencial adecuado a cada individuo y lo proporciona directamente o indirectamente, mediante convenio o concierto, aunque todavía buena parte de él se hace mediante subvenciones.

La prestación en especie permite, en principio, unos criterios más profesionales en la adjudicación de servicios, un mejor control de la evolución del anciano dependiente y de su tratamiento y, en consecuencia, un uso más racional de los recursos disponibles. Se constata que los servicios comunitarios en especie permiten a los familiares dedicar muchas menos horas al cuidado de la persona dependiente. Además, la distribución de la tarea de atención entre hombres y mujeres es mucho más equitativa.

La consecuencia es que, en los países donde predomina la prestación en especie con medios suficientes, el cuidado de una persona dependiente no tiene efectos significativos sobre las oportunidades laborales de la persona cuidadora. Los países escandinavos, donde predomina este tipo de prestación y sólo marginalmente se ofrecen prestaciones en metálico, son los que presentan una tasa de ocupación femenina más elevada.

En las prestaciones en metálico, la Administración se limita a transferir una cierta cantidad de dinero a cada beneficiario o familia; normalmente esta cantidad varía según el nivel de dependencia y la situación económica. Esto permite que el beneficiario escoja los servicios que considere adecuados.

Ésta es la opción tomada en España con los complementos a la pensión por gran invalidez de la seguridad social contributiva o a la pensión de invalidez o por hijos a cargo mayores de 18

años en la modalidad no contributiva. Igualmente es la opción tomada en Catalunya con la prestación económica prevista en el programa Vivir en familia, aunque aquí no se ha previsto explícitamente ninguna ponderación de la ayuda en función del nivel de dependencia y de la capacidad económica, sino que se limita en este sentido a establecer unos requisitos mínimos para acceder a la ayuda.

Como acabamos de apuntar, el pago directo de cantidades monetarias incentiva la permanencia en el hogar de la persona cuidadora. De alguna manera, se pretende recompensar a las mujeres que atienden a los dependientes, pero eso no favorece el aumento de la tasa de ocupación femenina ni facilita la creación de nuevos puestos de trabajo en este sector, ya que estos recursos generalmente no se utilizan para adquirir servicios de atención domiciliaria. La práctica nos muestra como, en muchos casos, este pago es entendido como una fuente complementaria de ingresos familiares, sin gran repercusión en la calidad de vida de la persona mayor.

Para evitar esto, se han desarrollado diversas modalidades de prestación en metálico de carácter finalista, donde las transferencias monetarias están condicionadas a destinarlas a servicios formales de atención a la persona dependiente. Estas transferencias constituyen, de hecho, una subvención a la demanda de servicios formales de cuidado que favorece la creación de nuevos puestos de trabajo regularizados en el sector y permite la elección del prestador del servicio. De esta manera, una parte importante de la subvención retorna en forma de impuestos y cotizaciones sociales, multiplicando la eficacia del gasto.

Éste es el sentido de la modalidad de pago llamada cheque-servicio, que sólo se puede utilizar con empresas y servicios acreditados, hecho que permite un mínimo control de las condiciones en que se efectúa la prestación.

Una modalidad menos estricta de control de la prestación en metálico se ha experimentado en el estado norteamericano de Arkansas con resultados positivos. Los beneficiarios reciben inicialmente una transferencia monetaria y con este dinero pueden adquirir los servicios que crean oportunos -incluso los de un cuidador informal-, pero para acceder a nuevas transferencias tienen que conservar facturas de todos los servicios recibidos y de las compras hechas. Este sistema maximiza la libertad de decisión de los beneficiarios y la flexibilidad del sistema, de manera que normalmente los usuarios se encuentran satisfechos con la calidad de la atención recibida. Sin embargo, refuerza la atención no profesional y no permite ningún control de las condiciones en que se efectúa la prestación.

De todos modos, hay que valorar la reducción de costes asociada a cualquier modalidad de prestación en metálico. En efecto, la prestación en especie o bien es gestionada directamente por una entidad pública -con un incremento del sector público que puede ser discutido- o bien hace falta regular y controlar las prestaciones realizadas por los proveedores privados, para garantizar la calidad de la prestación y evitar su encarecimiento, hecho que comporta unos costes complementarios.

Por otra parte, la prestación en metálico tiene las clásicas ventajas de toda producción orientada al mercado, con el desarrollo de una oferta muy variada y ajustada a las

necesidades reales de cada demandante. Pero también acarrea las correspondientes desventajas, como unas decisiones más guiadas por el marketing que por los criterios profesionales y una búsqueda del beneficio que puede deteriorar fácilmente la calidad cuando el beneficiario no tiene ya capacidad para quejarse.

4.2.4. Proveedor del servicio

La entidad proveedora puede ser pública o privada y puede tener o no afán de lucro. Las consideraciones que se pueden hacer sobre cada tipo de proveedor son similares a las que se pueden hacer en cualquier otro ámbito de la protección social y quizás este estudio no es el lugar indicado para exponerlas. Con todo, habría que reflexionar sobre la provisión privada de servicios de responsabilidad pública, vista su importancia creciente en el ámbito de los servicios sociales y sociosanitarios. Históricamente, el sector privado de iniciativa social ha tenido en Catalunya un papel destacado en el ámbito de los servicios sociales. Sin embargo, los últimos años se observa un importante incremento de la presencia del sector privado mercantil, especialmente en el sector de centros residenciales.

El modelo de provisión de servicios sociales en Catalunya es de carácter mixto: conviven el sector público y el privado. Los gestores de casos tienen que ser capaces, por una parte, de valorar con exactitud las necesidades existentes, y por otra, tienen que evitar que sean los proveedores de servicios los que acaben imponiendo el nivel de servicios prestados, de acuerdo con sus propias conveniencias. Esto obliga a la Administración a establecer una normativa concreta sobre las condiciones materiales, funcionales y de calidad que tienen

que cumplir los establecimientos y servicios, y a ejercer un control estricto, mediante los servicios de inspección.

En este sentido, ya hemos señalado que las insuficiencias en la inspección pueden afectar significativamente a la calidad de vida de los usuarios y que no se puede garantizar plenamente la ausencia de situaciones de maltrato.

Ahora bien, esto puede comportar una cierta burocratización del servicio y, además, mantener un servicio amplio de inspección es también costoso. Sin embargo, este sobrecoste se corresponde con una garantía complementaria de calidad, reflejada en las condiciones de acreditación y que afecta tanto a los aspectos físicos como de servicios, ratios de personal y titulaciones académicas. Esta garantía se extiende, además, a las condiciones laborales y a la formación de los trabajadores del sector.

Al margen de los problemas de eficiencia y de costes que eventualmente se puedan plantear, la provisión de los servicios a cargo de entidades públicas garantiza todavía mejor unas condiciones laborales adecuadas, con unos niveles de calidad comparables. Este estudio no permite llegar a una conclusión determinante con respecto a los niveles de calidad de los dos sistemas, a pesar de que la presión favorable a la reducción de costes, en un entorno poco competitivo, invita a pensar que en general la calidad podría ser superior en los centros con proveedor público, aunque puede depender mucho de las políticas sociales de los responsables políticos del momento.

4.2.5. Lugar de la prestación

Las opciones principales en la atención a la gente mayor dependiente son la residencial y la comunitaria. Estas dos modalidades de atención se encuentran presentes en todos los modelos considerados, ya que tanto la una como la otra se pueden considerar las más idóneas para atender unas determinadas necesidades. Con todo, la proporción en que se presta una u otra constituye una de las variables más determinantes de cualquier modelo de atención a la gente mayor dependiente. De hecho, buena parte de la gente mayor dependiente es susceptible de ser atendida en cualquiera de las dos modalidades. Hay que hablar, pues, en muchos casos, de dos modalidades alternativas de atención.

La diferencia esencial radica en el lugar donde se presta la atención. La atención residencial comporta un traslado, desde la residencia habitual de la persona dependiente al centro donde estará acogida. En cambio, la atención comunitaria permite la permanencia de la persona mayor en su comunidad, normalmente en casa o con la familia. Incluye tanto la atención domiciliaria como los centros de día. Sin embargo, las modalidades de atención comunitaria presentan una creciente diversidad, fruto de la constante experimentación que se observa en este ámbito. En este sentido, hay que destacar algunos medios alternativos de atención ya mencionados, como el acogimiento familiar, la vivienda compartida o las viviendas tuteladas.

Tanto la atención residencial como la comunitaria han sido consideradas ya sobradamente al hablar de la situación de la gente mayor en Catalunya, pero ahora habría que valorar las ventajas y desventajas de las dos opciones, ya que, como acabamos de señalar, muchas personas en teoría pueden ser atendidas por cualquiera de ellas.

Parece que hay un acuerdo cada vez más amplio en el hecho de que la atención domiciliaria presenta claras ventajas con respecto a la atención residencial, aunque ésta también es necesaria para un determinado segmento de la población. En primer lugar, su coste es, a menudo, más bajo; y, además, generalmente proporciona más satisfacción a los familiares y, sobre todo, a la misma persona mayor, que puede continuar, si lo desea, en su medio familiar y afectivo y recibir al mismo tiempo la asistencia que necesita. Hay que señalar, con todo, que en ciertos casos el ingreso residencial es la fórmula preferida o incluso el último recurso, para la familia e incluso para la misma persona mayor, especialmente cuando el grado y la intensidad de las prestaciones que requiere difícilmente pueden ser prestados en el domicilio, como es el caso de algunas de las atenciones de psicogeriatría.

Se observa, por lo tanto, una tendencia general en los países de nuestro entorno a favor de la atención domiciliaria, ya que en términos generales proporciona a los beneficiarios una mejor calidad de vida. En este sentido, hay que señalar que en Dinamarca se tomó la decisión de dejar de construir residencias porque se consideró que las existentes eran suficientes para atender a todos los que necesitan un acogimiento residencial, mientras que se incrementaron todavía más los servicios de atención domiciliaria.

Además, la experiencia demuestra que el ingreso en una institución residencial puede acelerar la dependencia y disminuir la calidad de vida, sobre todo cuando es una opción no deseada por la persona mayor, ya que el alejamiento del entorno habitual y la pérdida de los referentes la desorienta y sufre, al menos inicialmente, un deterioro notable. Por eso

se constata una tendencia creciente a reservar la atención residencial a las cada vez más numerosas personas mayores dependientes que presentan un grado elevado de deterioro, hecho que comporta una ampliación de la vertiente sanitaria de esta atención.

Hay también un gran acuerdo sobre el hecho de que una atención domiciliaria más amplia reduce la demanda de atención residencial, aunque no ha sido corroborado con estudios técnicos específicos en los casos en que la decisión queda en manos del mismo usuario. En los sistemas en que la decisión sobre la modalidad de la prestación queda en manos de los órganos encargados de gestionar la atención, se ha podido constatar que muchos casos que requerían antes atención residencial pueden ser atendidos con la atención domiciliaria, normalmente con unos costes mucho más reducidos.

Sin embargo, cuando el nivel de dependencia se convierte en muy elevado, la atención comunitaria puede llegar a ser más costosa, hasta el punto de hacer inevitable el acogimiento residencial. No hay duda de que una persona mayor con una enfermedad crónica importante o con un grado elevado de dependencia puede recibir una atención mejor en una residencia que en su domicilio. Además, como ya se ha apuntado, cuando la dependencia es importante, la persona dependiente necesita una gran cantidad de horas para ser atendida a domicilio, y es menos costosa en este caso la atención residencial.

En este sentido, se ha estimado que, en términos generales, hasta 25 horas semanales la atención domiciliaria comporta menos gastos y, en cambio, por encima de este tiempo de atención habitualmente la atención residencial es más económica.

Por otra parte, en nuestro país, la distribución de competencias entre las administraciones, en relación con estas modalidades de atención, comporta dificultades que invitan también a la reflexión. En general se ha priorizado la atención residencial, que es competencia de la Generalitat, Administración pública con recursos más amplios que los entes locales, que tienen a su cargo la atención domiciliaria.

5. LOS DERECHOS DE LA GENTE MAYOR CON DEPENDENCIA

5.1. Planteamiento general

De entrada, hay que dejar bien claro que las personas mayores dependientes, desde un punto de vista jurídico, tienen los mismos derechos y libertades y les corresponden los mismos deberes que al resto de ciudadanos. Sin embargo, la situación de vulnerabilidad en que a menudo se encuentran exige el establecimiento de medidas específicas para conseguir que los derechos que formalmente les corresponden no se conviertan en meras declaraciones retóricas sin aplicabilidad práctica.

Estas cuestiones son de especial importancia cuando nos referimos a los derechos establecidos con carácter fundamental por nuestra Constitución.

Así pues, a la gente mayor les son de aplicación todos los derechos y deberes fundamentales establecidos en la vigente Constitución, y disfrutan de las mismas garantías establecidas en el Título I. Al tratar de los derechos de este colectivo se puede distinguir entre los derechos y las libertades de carácter civil y político y los derechos sociales.

En cuanto a los primeros, la sección primera de este Título incluye, entre otros, la dignidad de la persona, la prohibición de cualquier discriminación, el derecho a la vida, a la libertad y la seguridad, el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen, el secreto de las comunicaciones, la libertad de residencia y circulación o los derechos de reunión, de asociación y de participación. Por eso tienen derecho a obtener la tutela efectiva de los jueces y tribunales. También les corresponden los derechos y deberes de los ciudadanos establecidos en la siguiente sección, entre los cuales figura el derecho a la propiedad, a la herencia, al matrimonio o el derecho y el deber al trabajo.

A todas las personas sólo se les puede limitar el ejercicio de alguno de los derechos cuando, encontrándose en una situación de enfermedad o de deficiencia permanente que les impida gobernarse, lo establezca así una sentencia judicial, y eso en los términos y la extensión en que lo establezca. De ninguna manera se puede hacer, pues, una asimilación entre persona mayor, dependencia e incapacidad jurídica, ya que son tres conceptos muy diferentes, aunque en determinados supuestos puedan coincidir.

La identificación de estos tres términos, que a menudo se observa en determinadas opiniones publicadas, puede comportar connotaciones negativas para el conjunto de personas mayores y repercutir en la consideración social y, por lo tanto, en la limitación misma de sus derechos.

La mayoría de los derechos sociales están regulados en el capítulo tercero del mencionado Título I de la Constitución dedicado a los "principios rectores de la política social y económica". En este grupo figuran muchos de los derechos

relacionados con la satisfacción de muchas de las necesidades generadas en torno a la dependencia, como son los relativos a la protección social, económica y jurídica de la familia, el derecho a un régimen público de seguridad social que les garantice la asistencia y las prestaciones sociales suficientes en situaciones de necesidad, a la protección de la salud o a disfrutar de una vivienda digna y adecuada.

Con respecto a las personas que tienen alguna discapacidad, obliga a los poderes públicos a realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración y a prestar la atención especializada que requieran; y en relación con el envejecimiento, les obliga a garantizar la suficiencia económica de las personas mayores, mediante pensiones adecuadas y actualizadas, tanto como -con independencia de las obligaciones familiares- a la promoción de su bienestar, mediante un sistema de servicios sociales que atienda sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio. Sin embargo, todos estos derechos -a diferencia de los derechos fundamentales comentados antes, que son de aplicación directa e inmediata- sólo serán aplicables en la medida en que lo dispongan las leyes que los desarrollen.

La efectividad de la mayoría de los derechos sociales de las personas con dependencia depende, pues, de las leyes estatales o autonómicas, según les corresponda por la competencia sobre la materia de que se trate, y de los presupuestos que se empleen. Este último aspecto es muy importante, ya que para satisfacer la mayoría de los derechos sociales es indispensable una prestación (derechos prestacionales) que genera un coste económico que hay que satisfacer.

Todo posibilita que se produzca un debilitamiento en cascada de estos derechos, ya que la ley que concreta el precepto constitucional se acostumbra a remitir a los reglamentos, y éstos a los presupuestos, como el caso de la normativa catalana. De esta manera, cuando se acaban las partidas, se acaban los derechos, aunque, si se tratara de auténticos derechos subjetivos, cuando menos en teoría, sería al revés: los presupuestos se tendrían que ajustar a los derechos que hay que garantizar. Por lo tanto, estamos todavía muy lejos de llegar a las situaciones que establece la Constitución.

En torno a las situaciones de dependencia, se ha generado un debate teórico de gran interés ya que la "autonomía" se puede considerar una necesidad básica desde el momento que estas situaciones se pueden tener por un límite intolerable de la libertad y la autonomía individual y, por lo tanto, generadoras de un deber de satisfacer estas necesidades condicionantes de la vida humana. En este sentido, el ya mencionado *Libro blanco de las personas con dependencia en Catalunya* (2002) recomienda que la atención a la dependencia sea reconocida como un derecho básico de ciudadanía. Por otra parte, afortunadamente, esta problemática empieza a formar parte de las agendas legislativas y políticas, así como también de las propuestas y reivindicaciones de entidades privadas y, en general, del debate cívico de hoy.

Desde la vertiente cultural y sociocultural, los especialistas nos hacen ver como todo lo relacionado con los derechos y las obligaciones de las personas mayores y de sus familiares y cuidadores -así como los problemas de las posibles contraposiciones e incluso conflictos- no tan sólo está arraigado en bases económicas y psicológicas, sino también en las bases de la cultura del envejecimiento que se desarrolla

en cada medio y cada momento, que es diversa y cambiante. Ahora bien, si se considera que estas prácticas sociales están culturalmente pautadas -con independencia de su regulación legal- sorprende el olvido -e incluso la mitificación- de estos procesos culturales en las reflexiones políticas y en buena parte de las científicas, así como también en las líneas de actuación política y administrativa.

Las quejas recibidas y las actuaciones iniciadas de oficio nos confirman la debilidad jurídica de los derechos sociales y económicos, pero también la incidencia de las pautas culturales que provocan insatisfacción en una gran parte de la gente mayor y sus familias. Es seguramente en esta materia donde se evidencian más claramente las limitaciones de nuestro Estado del bienestar y, más concretamente, del sistema de protección social, a pesar de las mejoras conseguidas los últimos años.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que las personas mayores dependientes suelen tener dificultades para ejercer en la práctica sus derechos y libertades; por eso los problemas planteados en forma de queja a nuestra Institución pueden ser sólo la punta del iceberg de los derechos vulnerados. Hace falta, pues, una reflexión a fondo, para que la limitaciones que comportan la dependencia no signifiquen la pérdida de la capacidad de decidir y, al mismo tiempo, para buscar mecanismos efectivos para que, siempre que sea factible, estas personas puedan ejercer sus derechos y libertades y se garantice que, cuando esto no sea posible, reciban toda la protección adecuada.

5.2. Consideraciones específicas sobre algunos derechos

Empezamos esta reflexión sobre los derechos de las personas mayores refiriéndonos en particular a algunos en los que hemos apreciado una especial incidencia cuando se aplican a las personas mayores dependientes. Aunque ya nos hemos referido en el transcurso del informe a muchas de estas cuestiones, las examinaremos, ahora, desde la vertiente jurídica.

5.2.1. Igualdad y equidad

La debilidad de los derechos y el hecho de que los recursos empleados en esta materia sean insuficientes para combatir las carencias de este colectivo genera una serie de cuestiones con respecto a la igualdad y la equidad, donde incluso la priorización de las prestaciones adquiere una dimensión ética.

Como ya hemos señalado, entre los orígenes más relevantes de desigualdades encontramos los derivados del territorio, de la situación económica y del tipo de prestación. La situación geográfica del domicilio de la persona afectada se puede convertir en una causa de desigualdad a causa de los desequilibrios en la distribución territorial de los equipamientos y servicios dirigidos a este colectivo, así como por el diseño marcadamente urbano de muchos centros, que los hace ineficaces en los municipios pequeños de zonas rurales.

La insuficiencia de recursos puede generar también un agravio comparativo difícil de justificar con respecto a las personas que pertenecen a clases medias-bajas, ya que la preferencia del acceso a las prestaciones dada a las personas con menos recursos excluye a las que disponen de recursos superiores, pero insuficientes para permitirles acceder al mercado privado, y eso las deja totalmente descubiertas. El tercer motivo destacable de desigualdad en el trato surge -como ya

hemos tenido oportunidad de estudiar- entre las prestaciones sanitarias, sociales y sociosanitarias, en referencia tanto al acceso como a las condiciones, incluyendo el pago.

Podemos decir que las consecuencias negativas de una oferta de servicios tan débil afecta al conjunto de la sociedad, ya que en el caso que nos ocupa, además de la persona mayor afectada, involucra a la familia que se tiene que hacer cargo, especialmente la persona que directamente cuida, que a menudo tiene que dejar el trabajo; puesto que en la mayoría de casos esta persona es la mujer, este hecho incrementa todavía más la desigualdad de sexos. La falta de equidad entre clases sociales y entre sexos puede dar la razón a los que piensan que la distribución de la atención a los dependientes acaba siendo injusta y poco equitativa, ya que produce una falta de asunción social y solidaria del riesgo y, atribuyendo un carácter individual a la responsabilidad, se convierte en difícil de asumir para la persona afectada y su familia.

Por lo tanto, la responsabilidad pública sobre los sistemas de salud y de servicios sociales tendría que asegurar una oferta de recursos básicos equilibrada territorialmente y suficiente para todos, integrada por equipamientos y servicios de una calidad mínima controlada. En este punto no se puede olvidar la dimensión ética de estas políticas públicas, sobre todo en el momento de priorizar la asignación de recursos, ya que estas decisiones tienen repercusiones determinantes para la salud y la calidad de vida de los individuos. Habría que otorgar preeminencia a las medidas que corrijan las desigualdades y permitan a los ciudadanos más desfavorecidos acceder a los servicios de bienestar, aunque la complejidad radica en cómo hacerlo.

5.2.2. Intimidad

Las pequeñas dimensiones de las viviendas actuales y las características de la atención en centros residenciales dificultan el ejercicio del derecho de las personas mayores a la intimidad, especialmente cuando sufren falta de autonomía. Estas insuficiencias se hacen muy evidentes en la atención residencial, en la que, además de verse alejada del entorno físico y afectivo, la persona mayor tiene que convivir con gente inicialmente desconocida con la cual a menudo tiene que compartir la habitación.

Por otra parte, el progresivo deterioro de los ingresados en residencias hace que vaya adquiriendo una especial relevancia la vertiente sanitaria de la asistencia. Desde esta perspectiva -y como ya hemos señalado al hablar de la atención residencial-, aunque la integración en el servicio residencial de los ámbitos social y sanitario en un único espacio físico tiene indudables ventajas en la atención que reciben los residentes, también genera efectos negativos, en el sentido que se impregnan de un cariz hospitalario y asistencial, que les hace perder el ambiente más casero que necesitan las personas para vivir agradablemente.

El reto es, pues, encontrar la manera en que, a pesar de mantener el nivel de atención sanitaria y social adecuado, la estructura de los establecimientos y su funcionamiento sea lo más próximo posibles a lo que habían vivido los beneficiarios. Los esfuerzos, por lo tanto, se tendrían que orientar hacia un diseño sencillo y confortable, con habitaciones individuales siempre que fuera posible y deseado y con un funcionamiento elaborado con la participación de las personas que viven. Hay que tener en cuenta que todas estas mejoras tienen que tener

una buena proporción coste-beneficio y no ser incompatibles con los objetivos de equidad y plena asistencia a todas las necesidades asistenciales de los residentes y los territorios.

5.2.3. Dignidad

El derecho constitucional a la dignidad de todas las personas puede tener dificultades para imponerse en una sociedad individualista que idolatra el consumo y la juventud. Cuando la gente mayor se jubila, se produce una disminución de su poder adquisitivo y se observa una desvalorización que se agrava en los casos de dependencia y que, además, puede apartar a este colectivo, con el peligro de provocar una situación de aislamiento, de soledad y abandono. Todo esto puede afectar al ejercicio de sus capacidades y la autonomía propia, generándole situaciones de incapacidad.

El equilibrio de una colectividad recae sobre el conjunto de sus miembros y para conseguirlo se tienen que evitar los procesos de exclusión y reforzar las actuaciones de respeto a los derechos humanos. En el caso de la gente mayor con dependencia, nuestra sociedad tiene la obligación de velar por el mantenimiento de su autonomía, por la calidad de vida y el mantenimiento de su imagen, elementos imprescindibles para la dignidad de la persona.

5.2.4. Elección

El hecho de poder decidir por uno mismo con respecto a los asuntos relacionados con la manera de vivir o la salud es un buen ejemplo de asunción de la propia autonomía, aunque se puedan sufrir dependencias funcionales importantes. El ejercicio de los derechos de las personas mayores exige

potenciar la capacidad de decisión cuando es posible, y animar el establecimiento de disposiciones anticipadas para cuando, si llega el caso, no puedan hacerlo. Esta última posibilidad es, sin duda, una conquista sociojurídica muy destacable de los últimos tiempos e incorpora todo lo que se refiere a los testamentos vitales, decisiones anticipadas y designación de representantes y, también, sobre la muerte digna.

Así pues, las personas mayores, como ciudadanos de pleno derecho, tienen que poder decidir sobre su futuro. Sin embargo, a menudo los familiares y/o los profesionales se apropian del derecho de las personas mayores a decidir, aunque tengan plena capacidad para hacerlo por ellas mismas, especialmente en aspectos relacionados con el lugar donde quieren vivir o con la manera en que quieren ser atendidas, considerándolas meros receptores de servicios. Los servicios de atención a la gente mayor tendrían que respetar, tanto como fuera posible, la elección de la persona mayor, y tratar de garantizarle la máxima calidad de vida en el entorno y la forma en que ha elegido vivir.

Según demuestran diferentes estudios sobre la realidad y las preferencias de las personas mayores, la mayoría de esta población quiere continuar viviendo en su medio habitual y afectivo, continuar viviendo con la familia o solas en casa. Si se quiere mantener el derecho a escoger, se tiene que diseñar un modelo de atención que prevea un amplio abanico de posibilidades y servicios que permitan el lugar y tipo de atención escogida. Por otra parte, esta formulación requiere proporcionar una buena información y orientación a los solicitantes sobre los recursos sociales, sanitarios, económicos y culturales, teniendo en cuenta los servicios de transportes y las peculiaridades de las zonas rurales.

5.2.5. Salud

Son múltiples las razones, tanto humanas como económicas, que recomiendan adoptar medidas preventivas para prolongar al máximo el tiempo de vida autónoma. Se han estudiado estos factores de vida saludable que retrasan la aparición de limitaciones. Se habla de la posibilidad de actuar con anticipación y desde la edad laboral prepararse para esta situación. También se aconseja facilitar información para mejorar los hábitos, tanto los referentes a la alimentación como a los estilos de vida en general, e incluso se recomienda una cierta "educación para la autonomía".

El incremento de la cultura de la salud y de la educación sanitaria contribuye a tomar medidas y a adoptar formas saludables de vivir que permiten llegar en buenas condiciones a la edad de jubilación. No obstante, las administraciones tienen que promover esta cultura que busca una vida activa y saludable para todas las edades, ya que los datos muestran que los países que han invertido en la prevención han conseguido retrasar unos cuantos años la aparición de las limitaciones.

Con respecto a la asistencia sanitaria, tenemos que tener en cuenta los efectos perversos que -como hemos visto al hablar de atención residencial- pueden tener a veces algunos de sus rasgos más positivos, como el alargamiento artificial de las estancias para no tener que prestar atención en casa o pagar una residencia. Esto, por una parte, incrementa considerablemente los precios, ya que, como hemos señalado, se calcula que el coste de la atención hospitalaria es cinco veces superior al de la atención residencial en centros geriátricos y, por otra parte, colapsa fácilmente las plazas

disponibles y hace que quien realmente necesita atención sanitaria no la pueda recibir.

Esta situación, pues, puede llegar a lesionar el derecho a la salud de algunos ciudadanos. Es urgente buscar fórmulas que eviten estos efectos negativos.

Además, puede incidir negativamente en la igualdad y equidad asistencial el hecho de que haya servicios que, a pesar de tener un carácter gratuito en el ámbito sanitario, no lo son cuando se prestan en las residencias, como es el caso de determinadas prestaciones de enfermería y rehabilitación.

Por todo esto, parece que se tendría que profundizar en los derechos de las personas con dependencia en relación con la atención sanitaria, especialmente cuando la reciben en las residencias, ya que es discutible que la atención de enfermería o de fisioterapia, que es una prestación sanitaria y, por lo tanto, universal y gratuita cuando el ciudadano se encuentra en su domicilio, no lo sea cuando está internado en un centro residencial. Tampoco tendrían que persistir diferencias en el pago según la persona sea atendida en un centro sociosanitario o de servicios sociales cuando la situación y atención son las mismas.

5.2.6. Pensiones

Es evidente que el derecho constitucional a unas pensiones adecuadas que garanticen la suficiencia económica de las personas mayores no es en absoluto una realidad, especialmente cuando se perciben las pensiones mínimas de la seguridad

social, el SOVI o las de tipo no contributivo¹⁶. Si tenemos en cuenta que estas últimas pensiones sólo se conceden a personas que necesitan ayuda para la subsistencia, a finales de 1998 en Catalunya cobraban esta pensión más de 32.000 personas mayores que, a causa de la insuficiencia de la cuantía recibida, tenían que buscar otras fuentes de ingresos, a menudo recurriendo a la mendicidad y a la caridad, que paradójicamente tienen que completar las faltas del actual estado del bienestar.

Esta perentoria situación empeora todavía más cuando se produce una situación de dependencia, ya que, a pesar de las nuevas necesidades derivadas de la falta de autonomía, la pensión de jubilación no prevé ningún incremento para responder adecuadamente a ello. Tenemos que reiterar por su importancia las situaciones de desigualdad y discriminación con respecto al conjunto de personas mayores afectadas de dependencia, que, tanto en el sistema contributivo como en el no contributivo, si requieren ayuda para las actividades de la vida diaria, no tienen derecho a percibir ningún complemento de la jubilación. Es decir, en idéntica situación, la normativa trata discriminatoriamente en función de la edad. Es evidente, pues, la necesidad de revisar estas normativas, empezando por los casos que viven una situación más perentoria, ya citados.

Además de las situaciones mencionadas relacionadas con la pobreza (véase el Informe del Síndic de Greuges correspondiente al año 2001, BOPC n°. 275, de 22 de marzo de 2002, pág. 157 y 158), tenemos que llamar nuevamente la

¹⁶ El año 2004 la jubilación mínima de una persona de más de 65 años, con cónyuge a cargo, es de 485 euros mensuales (esto contando catorce pagas anuales) y la de viudedad, con más de 65 años, de 412 euros mensuales. El importe del SOVI es de 300 euros mensuales y el de las pensiones no contributivas de 276 euros mensuales.

atención sobre otras situaciones de desigualdad graves, relacionadas con el sexo, la edad o los ingresos. Diferentes trabajos sobre las pensiones nos indican que la media de esta pensión se sitúa en torno a los 600 euros al mes, con una discriminación positiva para los hombres, que ganan aproximadamente un 30% más que las mujeres.

Por otra parte, también muestran como, mientras los jubilados más jóvenes cobran unos 720 euros al mes, los de más de 85 años están en torno a unos 400, que se complementan de oficio hasta llegar al mínimo legal cuando los ingresos totales están por debajo de los límites establecidos reglamentariamente. Así la gente de más edad, que acostumbra a estar afectada por grados más importantes de dependencia, percibe una pensión más baja, que generalmente no llega al nivel del salario mínimo interprofesional (460,50 euros/mes, 2004).

Recordemos, además, que las personas con ingresos medios quedan descubiertas y que, por lo tanto, se tendrían que establecer medidas que les permitieran disfrutar de los servicios apropiados de atención a la dependencia.

5.2.7. Trabajo

El derecho al trabajo plantea también motivos de reflexión desde diferentes vertientes. Por una parte, las exigencias crecientes de la actividad productiva han prolongado el periodo de formación juvenil, retrasando algunos años la entrada en el mundo del trabajo y reducen el periodo de actividad. Por contra, las mejores condiciones físicas y mentales de que actualmente disfrutaban hombres y mujeres en edades próximas a la jubilación -incluso una vez superadas- permiten plantear la posibilidad de retrasar o al menos

flexibilizar la edad de jubilación y ampliar así el tiempo de actividad laboral. No se trata de una cuestión urgente, pero ya se plantea actualmente, en la medida en que afecta de manera significativa a las expectativas de los actuales ciudadanos activos.

Ante la salida del mundo laboral, actualmente demasiado brusca, se van introduciendo elementos de gradualidad para hacer una transición más suave, mediante el contrato de relevo, la jornada parcial o los incentivos al retraso de la jubilación. Por eso, se propone la conveniencia de promover trabajos adecuados para trabajadores con una cierta edad. Sin embargo, estos últimos años se observa en sentido contrario un crecimiento de las jubilaciones anticipadas que habría que tener en cuenta por el impacto negativo que parecen tener sobre la sostenibilidad económica del sistema de pensiones. Un caso diferente son las medidas adoptadas para reducir la edad mínima de jubilación en el caso de personas con discapacidad grave, ya que son absolutamente necesarias para compensar su envejecimiento prematuro.

Si la atención informal dentro de la familia continúa siendo una buena alternativa, si es deseada por la persona mayor y la que tiene que cuidar de ella, hay que tomar medidas que permitan hacer compatible la actividad laboral y familiar. En esta línea, además de las mencionadas medidas reguladas por la Ley 13/1999, que permiten reducir entre un tercio y la mitad la jornada de trabajo, y la excedencia con reserva del puesto de trabajo por un periodo máximo de un año, la Ley de Catalunya 6/2002 ha adoptado medidas complementarias para el personal de las administraciones catalanas, y algunos convenios laborales, impulsados por los sindicatos, también han mejorado las medidas generales.

Sin embargo, estos dispositivos no consideran todas las posibilidades de flexibilizar la prestación laboral y no prevén tampoco medidas de ayuda económica al cuidador ni ninguna dirigida a la cobertura de su seguridad social. Por otra parte, esta opción requiere de un abanico de servicios y prestaciones complementarias, como los centros de día, el acogimiento parcial o las estancias residenciales temporales.

5.2.8. Vivienda

Ya se ha subrayado la importancia que para la persona mayor tiene el hecho de poder continuar en su medio, especialmente cuando el deterioro empieza a dificultar la ejecución de algunas actividades importantes de la vida cotidiana. Haría falta reforzar este derecho y hacerlo efectivo mediante medidas de adaptación de la vivienda, a menudo bastante deteriorada, y el establecimiento de medidas complementarias, especialmente de atención domiciliaria. También se tendrían que considerar otras medidas alternativas, como el acogimiento familiar, la vivienda compartida o las viviendas tuteladas cerca del lugar donde ha vivido la persona.

En relación con la vivienda de personas mayores, se observa un nuevo problema que se empieza a destacar de forma muy preocupante: nos referimos a los desahucios, aumentos del alquiler por encima de los ingresos del inquilino, la finalización de contratos y diferentes tipos de extorsión, como los engaños o el llamado *mobbing inmobiliario* practicado por algunos propietarios, empresas o inversionistas del sector.

Según el informe de la Comisión de los Derechos de la Tercera Edad del Colegio de Abogados de Barcelona, ya mencionado, las denuncias formuladas en relación con la vivienda superan el 18% del total de cuestiones expuestas; en más de la mitad de casos se asegura sufrir situaciones de desahucio, y más de la cuarta parte denuncian el aumento del alquiler por encima de los propios ingresos; además, con porcentajes inferiores, se denuncia también el fin del contrato de alquiler, la expropiación y diferentes engaños por parte de los propietarios. Aunque las autoridades locales han empezado a actuar, como el caso del Ayuntamiento de Barcelona, se trata de un problema grave que exige medidas rápidas y decididas para evitar el expolio patrimonial de las personas mayores.

5.2.9. Servicios sociales

En los apartados anteriores nos hemos referido a menudo a los servicios sociales, tanto a los de atención primaria como a los especializados, ya sean diurnos o residenciales. Se trata, sin duda, de uno de los sectores clave en la atención a las personas mayores dependientes, que los últimos años ha hecho importantes avances. Los servicios sociales, a través de sus equipos -desde el nivel primario de gestión local, ayuntamientos y consejos comarcales- ofrecen información, orientación, asesoramiento, trabajo comunitario y atención domiciliaria a la gente mayor y sus familias.

En el nivel especializado, la atención puede ser diurna (centros de día para gente mayor) o residencial (hogares residencia y residencias asistidas). Estos centros especializados, como ya hemos comentado, comparten funciones, sin fronteras muy claras, con algunos servicios

sociosanitarios (hospitales de día, residencias de larga estancia, etc.).

En los países más adelantados se observa una tendencia a potenciar los servicios de proximidad para permitir que las personas dependientes, si lo desean, puedan continuar viviendo en su entorno. Por otra parte, los centros residenciales se reservan cada vez más a las personas mayores con niveles importantes de dependencia, todo esto velando a fin de que sean lugares de vida adecuados a la convivencia y evitando la excesiva sanitización.

Esta opción, que parece también la más conveniente para nuestro país, requiere replantear la normativa actual para garantizar los cambios necesarios que lleven a hacerla efectiva. Concretamente, hay que reflexionar sobre el diseño y funcionamiento de los centros pensando en las personas y en su forma de participar y de conservar las propias capacidades para que en todo momento puedan disponer de un proyecto de vida libremente elegido y disfrutar de todos los derechos y deberes que les permitan mantener la imagen e intimidad personales.

5.2.10. Familia

La familia ocupa un lugar central para las personas con dependencia. Por lo tanto, cuando se comparte el deseo de continuar en el domicilio familiar hay que facilitar todos los medios necesarios para hacer posible esta alternativa. Ya se ha hecho referencia a las medidas dictadas desde el ámbito laboral a favor del trabajador-cuidador y a los "servicios de respiro" establecidos por los servicios sociales, como los centros de día o las residencias temporales. Si no se quiere

continuar en casa o si eso no es posible, estas personas tendrían que disponer de una plaza residencial donde poder recibir las atenciones necesarias, facilitando a la familia la continuidad de los aspectos relacionales y afectivos.

A pesar del mandato constitucional a los poderes públicos de "asegurar la protección social, económica y jurídica a la familia" (art. 39.1 CE), todavía estamos lejos de alcanzar un nivel de bienestar social que permita a la familia que todos sus miembros puedan continuar viviendo juntos, mientras sea posible y deseado. La utilización del derecho de alimentos para forzar el papel de la familia presenta bastantes dificultades, especialmente cuando se reclama a familiares con los cuales el beneficiario ha tenido pocas o malas relaciones. Además, como la reclamación genera situaciones de tensión en el seno de las familias, la persona mayor a menudo prefiere soportar una situación de desatención que solicitar una prestación que obligaría a los hijos u otros familiares a unos gastos económicos.

Así, la normativa catalana (Decreto 394/1996, de 12 de diciembre) de financiación de ciertas prestaciones públicas sujetas a precio público a través de la institución jurídicocivil de los alimentos entre parientes, ha sido cuestionada tanto por su adecuación con un Estado social como por su ineficacia.

La insuficiencia de prestaciones técnicas y económicas para la familia y la persona cuidadora hace que la presión sobre los centros residenciales sea muy fuerte; por lo tanto, habría que cambiar la tendencia, pero la inercia y la escasez de recursos económicos lo dificultan.

5.2.11. Participación

A pesar de las enfáticas referencias al derecho de la gente mayor a participar y de la diversidad de órganos formales establecidos, este aspecto presenta importantes carencias que pueden parecer graves, si tenemos en cuenta las valiosas aportaciones que podrían hacer estas personas desde su experiencia, conocimientos y sabiduría. Los consejos y otros órganos oficiales de participación existentes en nuestro país tienen poca incidencia real en la toma de decisiones en los diferentes niveles, autonómicos, locales o de centros. Se tendrían que buscar nuevas maneras para aprovechar las potencialidades de este colectivo, así como probar otras de innovación democrática que les permitieran incidir en las decisiones, especialmente las que les afectan.

Se trata, pues, de conseguir una participación más real de las personas mayores -incluyendo las que sufren dependencias- en la vida ciudadana y, para eso hace falta también promover y facilitar su participación en actividades asociativas y de voluntariado y tomar otras medidas para evitar la soledad y el aislamiento. También se reclama el desarrollo de una oferta específica de actividades formativas, con la inclusión de actividades de reciclaje y otras orientadas a la adaptación a las nuevas tecnologías, que en general no se plantean fundamentalmente como el ejercicio del derecho a la formación y el ocio, sino más bien como un elemento imprescindible para poder participar en la sociedad y tener una vida plenamente activa.

Desde el punto de vista individual, esta participación incluye el derecho a decidir sobre toda cuestión que afecte a la propia vida. En el caso de las personas dependientes, la

limitación de las facultades no significa haberlas perdido; por eso, se tienen que potenciar las decisiones autónomas de los afectados, con la ayuda de determinados documentos, como el consentimiento informado o el mencionado de voluntades anticipadas -a los que nos hemos referido anteriormente- que indiquen el tipo de actuaciones y de asistencia que desearía recibir.

5.3. Otros aspectos de especial interés en relación con los derechos

5.3.1. Vulnerabilidad

Las personas mayores constituyen uno de los sectores sociales más frágiles de nuestra sociedad: expuestas a extorsiones y maltratos, con dificultades para denunciarlos, la vulnerabilidad que las caracteriza hace muy difícil que estos hechos salgan a la luz.

Los maltratos se pueden producir tanto en los centros como en la propia casa, en el propio domicilio, y manifestarse de múltiples maneras. Como hemos señalado, diferentes iniciativas y estudios recientes apuntan a una situación muy preocupante que exige adoptar medidas concretas, rápidas y contundentes para prevenir y evitar estas situaciones. Los maltratos a la gente mayor no son a menudo objeto de tratamiento en los medios de comunicación: las familias y cuidadores los esconden, y las intervenciones públicas en este ámbito escasean, aunque últimamente empiezan a aparecer trabajos bien elaborados y contrastados que evidencian la gravedad de la situación.

Sin embargo, hay que destacar que algunos hospitales ya disponen de protocolos de abusos y que los comités de ética asistencial promueven diversas acciones para que el personal sanitario sea especialmente diligente en la detección y erradicación de los maltratos. Los especialistas en estos problemas proponen acciones dirigidas a romper el silencio, detectar la situación y velar por las víctimas, ayudándoles a recuperar la confianza y la autoestima, a hacer efectiva la tutela jurídica, a capacitar a los profesionales y otras medidas de intervención social.

Hasta hace poco, las escasas intervenciones ante estas situaciones se encontraban con una interpretación discutible del derecho a la intimidad familiar. También contribuían la falta de medios especializados y de profesionales preparados. Actualmente, se detecta más sensibilidad por la problemática, como también la imperiosa necesidad de adoptar medidas de detección y actuación, con un abordaje integral e interdisciplinario.

5.3.2. Exclusión

La vejez implica el alejamiento de la actividad laboral y la pérdida de determinadas relaciones sociales; en el caso de las personas dependientes se añade el deterioro de las capacidades físicas y/o psíquicas y el incremento de las dificultades para mantener los vínculos con el entorno. Estos factores sitúan a la persona mayor en una situación de proclividad a la marginación que es más acusada cuanto menos son los recursos económicos, sociales, relacionales y afectivos. Sin embargo, el riesgo de marginación afecta a todo el colectivo y, por lo tanto, hay que diseñar las prestaciones y los servicios

adecuados a cada situación, especialmente para prevenir casos de marginación y exclusión.

Con respecto a los factores económicos, ya se ha comentado la insuficiencia económica de una parte importante de la gente mayor, causada por las bajas cantidades medias de las pensiones de jubilación contributiva, especialmente la de las personas más mayores, así como la perentoria situación de los que cobran el SOVI, la viudedad o la jubilación no contributiva, que son claramente insuficientes para subsistir. Esta situación se agrava en los casos de personas muy mayores faltas de autonomía funcional.

En Catalunya, a pesar de haber establecido la Generalitat un complemento para las no contributivas para compensar la carestía de la vida en relación con el resto del Estado y recientemente un complemento para las de viudedad, las cantidades dedicadas por las administraciones públicas en esta materia son insuficientes y persisten faltas muy graves pendientes de cubrir.

Esta situación contribuye al hecho de que las personas mayores dependientes vean el futuro con inseguridad y miedo, especialmente cuando avistan que en esta etapa de la vida aumentarán notablemente las necesidades sociales, sanitarias y de apoyo, ante las cuales no tienen capacidad de respuesta. Si añadimos la soledad, el aislamiento y el riesgo de maltratos y extorsiones, habremos dibujado un cuadro de marginación que exige un plan urgente de choque para la atención a este segmento más vulnerable: personas mayores, solas, dependientes y pobres.

5.3.3. Incapacitación

Las personas mayores dependientes que además estén imposibilitadas para gobernarse por sí mismas tienen que ser objeto de especial protección, mediante las instituciones de la incapacitación y la tutela. Los familiares más próximos y otras personas y entidades obligadas a promover la incapacitación tendrían que ser conscientes de la función protectora de estas instituciones, pero no siempre se ve así, ya que a menudo no entienden la conveniencia de instar este proceso en interés del presunto incapaz; una buena parte de ciudadanos continúan percibiéndolo con una connotación peyorativa.

De la misma manera, hay que detectar el excesivo celo de algunos familiares por obtener esta incapacitación, movidos por intereses no ligados a la protección de la persona mayor. Además, nuestro modelo garantista exige una sentencia judicial que sólo se puede obtener después de un procedimiento que tiene que seguir los ritmos propios de la Administración de justicia. Con respecto a las personas que viven en centros residenciales, en las visitas efectuadas a los equipamientos se ha podido constatar que sólo algunos de los atendidos que presentan deterioros cognitivos importantes están legalmente incapacitados.

Esta cuestión nos preocupa especialmente, porque se trata de uno de los aspectos más frágiles en que la falta de tutor legalmente designado puede repercutir en la protección de la persona y sus derechos. Por eso, hace falta un esfuerzo de los familiares, las autoridades, el ministerio fiscal y los funcionarios públicos en general para instar la protección de este colectivo, mediante la incapacitación legal de la persona mayor que presenta, a juicio de los profesionales que lo

atienden, deficiencias graves que la imposibilitan para gobernarse.

Por otra parte, el incremento del número de personas mayores que necesitan incapacitación provoca acumulaciones e insuficiencias a veces graves por la falta de medios en el ámbito judicial.

En este tema hay que remarcar la necesidad de la implicación social, mediante la creación de entidades tutelares que protejan los bienes, pero sobre todo la persona incapacitada, y que la ayuden a llevar una vida digna. Los últimos años estas entidades han sido reconocidas y han sido potenciadas por la Generalitat, y éste parece un buen camino a seguir y profundizar.

Sin embargo, se tendría que establecer un sistema imparcial de apoyo y control de estas entidades, ya que el actual sistema ejercido por la Administración pública puede comportar -en algunos casos- contradicciones y situaciones no deseadas de conflictos de intereses, si consideramos que muchas personas incapacitadas sujetas a tutela están atendidas en centros de la misma Administración -centros concertados o colaboradores.

Relacionándolo con la incapacitación, aunque se trata de un aspecto diferente, tenemos que referirnos a los ingresos en centros en caso de que la persona dependiente no pueda expresar su consentimiento, ya que a nuestro parecer estos ingresos no se pueden dejar en manos de los familiares, sino que hay que garantizar la intervención judicial para asegurar que el ingreso no vulnera los derechos de la persona ingresada o residente, especialmente si no ha sido legalmente incapacitada.

Aquí hay que hacer un llamamiento al ministerio fiscal, a la Administración de la Generalitat y a los responsables de los equipamientos para gente mayor para velar por el cumplimiento de los requisitos legales, con el fin de evitar los ingresos forzosos contrarios a los intereses de las personas mayores, a pesar de la posible incompreensión de la familia, que se considera legitimada para suplir la voluntad del afectado.

Hay que recordar que también es necesaria la autorización judicial para adoptar cualesquiera otras medidas restrictivas de la libertad personal, salvo las obligaciones de carácter general de los usuarios que derivan del mismo reglamento de funcionamiento del centro.

En las visitas efectuadas a los centros hemos podido constatar que, cuando menos, para los supuestos de más restricción -inmovilizaciones- los protocolos que fijan el procedimiento a seguir prevén esta autorización, entre otras medidas garantistas. Por lo tanto, esta previsión no plantea problemas especiales de aplicación, a pesar de las peculiaridades que reviste en determinados casos, como el de las personas con trastornos de conducta que comportan agresividad, en que la necesidad de preservar la seguridad de los otros residentes, y del mismo afectado, puede comportar un conflicto.

En cambio, pueden presentar más dificultades los casos de medidas restrictivas de menor entidad y mayor frecuencia, en las cuales la autorización judicial puede constituir, ciertamente, un tropiezo al funcionamiento normal del centro, pero que no justifican dejar la decisión al criterio de los responsables del centro.

En resumidas cuentas, se tiene que garantizar el respeto a la dignidad de las personas mayores que han perdido alguna facultad y asegurar que el acceso a las instituciones residenciales es voluntario. Por eso, hace falta una implicación activa de jueces y fiscales en la tramitación, resolución y seguimiento de estos procedimientos y, sobre todo, aumentar sus recursos personales y materiales para que esta función de garantía o tutela jurisdiccional se pueda ejercer con razonable celeridad e intensidad.

5.3.4. Testamento vital

La posibilidad de las personas mayores de reflexionar y adoptar serenamente unas disposiciones anticipadas para cuando llegue el momento en que no podrán hacerlo, se considera una de las conquistas sociojurídicas más importantes de los últimos años. Nos referimos al llamado testamento vital, documento de decisiones anticipadas y designación de representantes, incluso, de aspectos relacionados con la eutanasia. Se entiende por testamento vital el documento mediante el cual una persona manifiesta de forma fehaciente sus deseos sobre los tratamientos y actuaciones de que quiere ser objeto y en el cual puede establecer, asimismo, las decisiones que quiere que se tomen si el deterioro le llega a producir la incapacidad para expresarse y decidir.

El Parlament catalán fue de los primeros en legislar sobre estas materias, hoy recogidas básicamente en el artículo 172 del Código catalán de la familia, con respecto al establecimiento de la llamada autotutela (la delación de la tutela hecha por uno mismo) prevista en el artículo 81 de la Ley de Catalunya 21/2000, referido a los derechos del paciente o las voluntades anticipadas que le permiten tomar decisiones

en previsión de una incapacitación. Por eso, parece que haría falta que las administraciones públicas asumieran un papel activo para promover que los ciudadanos adopten estas decisiones, estableciendo los criterios y designando a la persona que lo puede hacer en su nombre, cuando no pueda decidir por ella misma.

5.3.5. Respeto a los valores

No podemos dejar de hacer una breve referencia a algunos aspectos que en general se tienen poco en cuenta, como los relacionados con los principios espirituales, morales o ideológicos que conforman el comportamiento humano y que durante los últimos años de la vida adquieren una gran importancia.

Se trata de los derechos más íntimos que hace falta no sólo respetar, sino valorar, y facilitar todos los medios con el fin de asegurar que la persona los podrá ejercer de la forma deseada. Estos aspectos se convierten en especialmente relevantes en una sociedad plural y diversa como la nuestra.

5.3.6. Aspectos socioculturales

Una de las bases de la solidaridad intergeneracional es la consideración de que las generaciones más jóvenes son acreedoras del trabajo de las anteriores, que en nuestro caso se hace patente, entre otras cosas, en las generaciones que con su esfuerzo hicieron posible una sociedad democrática. No parece razonable no aprovechar la sabiduría y la experiencia de las personas mayores.

Sin embargo, hoy la gente mayor, como depositaria de la experiencia necesaria o útil y transmisora de valores, no forma parte de las imágenes más comunes; por eso, parece urgente hacer una reflexión sobre las imágenes, los valores, los derechos y las obligaciones atribuidos por la costumbre y los comportamientos ante la vejez, la familia, las funciones de la Administración, los recursos públicos y privados y cómo se relacionan culturalmente con las posibilidades y políticas existentes.

Es más, las imágenes culturales de la vejez y las que se relacionan, hoy que se ha alargado la esperanza de vida pero no su calidad, se asimilan a menudo con decrepitud, demencia, ineptitud y con un proceso de cuidado y atenciones muy prolongado, así como con las negativas repercusiones en los círculos de relación; todo esto se agrava por el miedo que siente cada generación de tener que cuidar de las siguientes.

Como ya nos hemos referido sobradamente a la familia, aquí sólo hay que reiterar que en la práctica imperan todavía formas patriarcales en que la mujer asume el papel de cuidadora. Asimismo, se observa una profunda ambigüedad en relación con los roles sobre la persona mayor dependiente y los bienes (ingresos, propiedad, ahorros) que pueden repercutir negativamente en sus intereses y preferencias. Por otra parte, se constata que en general las familias se sienten desprotegidas de los poderes públicos, incluso en caso de que estén dispuestos a asumir el cuidado de la persona mayor.

Nuestra sociedad no dispone de mecanismos ni de medios proporcionados para la educación y la cultura que nos permitan afrontar -personalmente y grupalmente- el fenómeno del envejecimiento y la posible dependencia. Este hecho dificulta

enormemente la adopción de medidas sociales, pero también de tipo personal, como las mencionadas de autotutela, que permiten reflexionar y tomar decisiones anticipadas con serenidad.

5.3.7. Voluntariado

Con respecto al voluntariado, ya nos hemos referido a él en diversas ocasiones porque lo consideramos del máximo interés, poniendo de relieve el cambio del discurso mayoritario, que ha evolucionado desde las posiciones que propugnaban que los ciudadanos se hicieran cargo de sus obligaciones tributarias con la colectividad y, eligiendo a sus representantes, les delegaran la aplicación de los ingresos para solucionar los retos a que se enfrenta la sociedad, por otro discurso que señala que el Estado no puede hacerlo todo, y que, visto que cada uno tiene que asumir sus responsabilidades y las de su familia, el Estado actuará sólo subsidiariamente.

Ante estas posiciones, hemos defendido que, a pesar de considerar que hace falta una implicación personal y directa en la solución de determinadas necesidades sociales, también es necesario que el Estado priorice sus gastos atendiendo en especial a los más desvalidos. Asimismo, ya propugnábamos en el Libro segundo del Informe en el Parlament de 1997 (véase BOPC n.º. 266, de 20 de marzo de 1998, pág. 21831 y siguientes) -donde tratábamos de la exclusión social-, que hacía falta una reflexión sobre un nuevo contrato social y la necesidad de evitar el clientelismo de los ciudadanos en relación con las prestaciones públicas.

Es decir, la contribución de la acción voluntaria en el ámbito de la dependencia es muy importante e imprescindible; sin embargo, es necesario que se centre en los ámbitos que son propios, como el acompañamiento, y evitar así que pueda significar un camino hacia la desresponsabilización pública.

5.3.8. Modalidades de las prestaciones

La manera de hacer efectiva la prestación de atención a la dependencia y de apoyo a la autonomía no es en absoluto un aspecto neutro, sino que se relaciona directamente con el ejercicio de los derechos.

En primer lugar, se distinguen dos modalidades posibles de prestaciones: las económicas y las técnicas, es decir, las que se concretan en una cantidad en metálico y las que consisten en la prestación del servicio, con toda una gama de soluciones intermedias, como dar dinero condicionado a la contratación de un determinado tipo de servicio, aunque dejando la libertad de escoger al prestador.

Existe un largo debate sobre la forma más adecuada, que en nuestro país parece decantarse a favor de las prestaciones en especie (la Administración determina cuál o cuáles son los recursos más adecuados a cada situación, y los provee, ya sea directamente o bien mediante la contratación con entidades privadas), aunque se observan algunos síntomas que apuntan hacia un cambio de tendencia.

Los favorables a las opciones dinerarias consideran que de esta manera se hace efectiva la capacidad de decisión del

beneficiario o de su familia y se estimula, así, un comportamiento eficiente de los proveedores.

En cambio, sus detractores, fundamentándose en experiencias de otros países, consideran esta opción poco recomendable, ya que a menudo no se utiliza a favor de la persona dependiente ni fomenta la ocupación como lo hace la prestación de servicios. Habría que estudiar bien todas estas opciones para ver cuál puede ser más eficiente y compatible con los derechos de las personas mayores, especialmente en lo referente a la capacidad de decidir. También parece aconsejable promover, como han hecho otros países, experiencias piloto basadas en la dotación de más poder de decisión de los beneficiarios de los servicios personales, incluyendo los aspectos de gestión.

Otro aspecto en relación con las prestaciones se refiere al lugar donde se producen, distinguiendo las prestaciones de proximidad, que tienen por objetivo que la persona pueda permanecer en su entorno, y las que, con un cariz más especializado, son menos numerosas y más repartidas por el territorio.

Ya hemos visto como se observa una creciente prioridad para los primeros servicios, ya que a menudo son los preferidos por los usuarios y parecen los más convenientes para no perder en esta etapa de la vida el contacto con los familiares, amigos y vecinos. Asimismo, en los equipamientos se detecta en general un cambio hacia modelos muy versátiles, polivalentes, multiservicios y abiertos a la comunidad para optimizar recursos e integrarlos en el entramado social, que convendría ir potenciando también en Catalunya.

5.4. Derechos y deberes como usuarios de los servicios

Las personas dependientes, cuando son usuarias de la sanidad, disfrutan de los derechos y deberes establecidos en los artículos 10 y 11 de la Ley general de sanidad (1986) y de las ampliaciones y concreciones establecidas en las normas autonómicas. Hay que recordar que la relación de los derechos y deberes es concreta y detallada, con unas excepciones bien fijadas.

La Ley de Catalunya 21/2000, que determina el derecho del paciente a la información concerniente a la propia salud y a su autonomía de decisión, y regula la documentación clínica, nació a consecuencia de una recomendación del Síndic y fue pionera en el ámbito estatal en profundizar sobre los mencionados derechos, algunos de ellos relacionados con situaciones de dependencia, como el derecho a la información asistencial que tiene el paciente, incluso en caso de incapacidad, de ser informado en función de su grado de comprensión, sin perjuicio de informar también a quien tiene la representación (art. 3, 2), la confidencialidad de los datos que comporta el derecho a la intimidad (art. 5) o el derecho a la autonomía del paciente, mediante el consentimiento informado y la regulación de los casos del consentimiento por sustitución (art. 6 y 7).

Sin embargo, esta norma fue sobre todo conocida por la regulación del llamado testamento vital, que configura las voluntades anticipadas que se dirigen al médico responsable, en virtud de las cuales y siguiendo el procedimiento establecido, una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que

las circunstancias no le permitan expresar personalmente su voluntad (art. 81).

Más tarde, la Ley estatal sobre los derechos de autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (2002) ha regulado estos aspectos y prevé específicamente que el Estado y las comunidades autónomas tienen que establecer las medidas necesarias para "garantizar a los pacientes o usuarios con necesidades especiales, asociadas a la discapacidad, los derechos en materia de autonomía, información y documentación clínica regulados por esta Ley" (disposición adicional cuarta).

Estas declaraciones precisas relativas a los derechos y deberes en materia sanitaria contrastan con las establecidas para los usuarios de los servicios sociales, que se encuentran recogidas generalmente con un rango simplemente reglamentario y con enunciados muy genéricos, a menudo meras repeticiones superfluas de los derechos constitucionales fundamentales, sin concreciones ni criterios de aplicabilidad.

Sin embargo, se aprecia la emergencia de leyes autonómicas específicas en la materia, como la Ley 5/1998 de La Rioja sobre derechos y deberes de las personas usuarias o el Decálogo de derechos del usuario de centros de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, establecidos en la Ley 14/2002.

También se establece en algunas de las leyes sectoriales, como las mencionadas de atención y protección a las personas mayores de Andalucía (6/1999) o la de Castilla y León (5/2003); ésta última enumera especialmente los derechos y

establece actuaciones para hacerlos efectivos. Una tercera forma, seguramente la más normalizada, es la inclusión detallada de los derechos y deberes en las leyes de servicios sociales, especialmente en las de segunda generación, como por ejemplo las leyes del Principado de Asturias (1/2003) o la de la Región de Murcia (3/2003).

La regulación de los derechos de los usuarios de los servicios sociales en Catalunya no está sistemáticamente recogida en la Ley (DL 17/1994), sino que sólo encontramos referencias genéricas y dispersas a ella, como la igualdad de derechos (art. 8), la participación (art. 34) o las garantías mínimas de los usuarios (art. 46).

Sin embargo, el Decreto 284/1996 de regulación del sistema catalán de servicios sociales dedica el capítulo segundo a los usuarios, y en el artículo 5 regula los derechos de los usuarios, aunque hace una declaración muy reducida y genérica mezclando sus derechos con el acceso a las prestaciones, cuestiones que hay que diferenciar claramente, porque una cosa es el derecho a los servicios sociales (acceso a las prestaciones y servicios) y otra los derechos de los usuarios de estos servicios. El artículo 6 regula las obligaciones y el 7 está dedicado al importante aspecto de la libertad de ingreso en establecimientos residenciales.

Consideramos que el acuerdo del Gobierno de la Generalitat de 8 de octubre de 2003 por el que se establece la Carta de derechos y deberes de la gente mayor de Catalunya, promovida por el Departamento de Bienestar y Familia y el Consejo de la Gente Mayor y elaborado con una amplia participación cívica, se inscribe en lo que podríamos decir autorregulación del sector o acciones participativas innovadoras, que son de gran

interés y que constituyen propuestas que hay que tener muy en cuenta, pero que de ninguna manera pueden emular los derechos y deberes establecidos, mediante ley, por el Parlament.

Por todo esto, consideramos que el reconocimiento de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios sociales no presenta un nivel de concreción ni un sistema garantista parecido al mencionado en el caso de la sanidad; por lo tanto, este aspecto es uno de los que, sin duda, requieren un debate y un consenso cívico y parlamentario a fondo.

6. LOS DEBERES EN LA ATENCIÓN A LA GENTE MAYOR DEPENDIENTE

6.1. El sistema de responsabilidades

El conjunto de poderes y competencias públicas y de derechos y libertades de los ciudadanos genera un haz interrelacionado de responsabilidades y deberes. En el caso que nos ocupa, nos referimos a los responsables de la atención a las personas con dependencia. Tratándose básicamente de los derechos sociales - los derechos y deberes como usuarios de los servicios de los que ya hemos hablado en el apartado anterior- comportan a menudo un importante dispendio que hay que sufragar, hecho que nos obliga a referirnos, nuevamente, también a la financiación de las prestaciones.

La responsabilidad puede recaer en la persona afectada, de manera que podrían exigírsele actitudes previsoras y preventivas, como también el respeto y la ayuda al familiar o al personal que cuida o la contribución al pago de la atención, con las aportaciones de una parte de su renta disponible o incluso con el patrimonio que ha acumulado a lo largo de su vida. Los otros responsables pueden ser los

familiares de la persona dependiente que, aparte de los aspectos relacionales y afectivos, difícilmente sustituibles, en virtud del deber de alimentos, pueden tener que atender sus necesidades o sustituir esta atención mediante la contribución a la financiación de una parte de los costes de la atención.

También podemos hablar de responsabilidades de la iniciativa privada, como sería el caso de una compañía de seguros obligada a cubrir estas contingencias del asegurado dependiente o de las asumidas voluntariamente por entidades de iniciativa social que actúan a favor de este colectivo. Finalmente, hay que tratar de las responsabilidades públicas relacionadas con la determinación de las competencias de cada nivel del sector público: Estado, comunidades autónomas y entidades locales. La actual delimitación, muy ambigua, dificulta la determinación de los responsables de satisfacer los derechos.

Así pues, la distribución de responsabilidades en la atención a las personas mayores dependientes es una cuestión compleja en la que hace falta tener en cuenta los diferentes ingredientes que puede contener el concepto de "atención", así como los diversos agentes que intervienen en ella. La atención, según los casos, estará integrada por elementos sanitarios, de servicios sociales, de vivienda, de rentas o alimenticias, pero no podemos olvidar los relacionados con la participación, el afecto, la relación y la compañía.

Acto seguido nos referimos a los tres puntos clave: las obligaciones familiares, las responsabilidades públicas y la financiación de la atención a la dependencia.

6.2. Las obligaciones familiares

Ya se ha destacado en diferentes momentos de este informe el rol de la familia como el principal elemento de atención a las personas dependientes y, dentro de la familia, como la mujer es la que ejerce las tareas de atención directa, aunque, con los cambios sociales y de la institución familiar, se reclama cada vez más la intervención del sector público.

Por eso, quizás, ésta es una de las cuestiones más importantes a la que la sociedad de hoy tiene que dar respuesta; según la que sea, esta respuesta condicionará todo el sistema de atención a la dependencia.

Hay que identificar si la atención a la gente mayor es una responsabilidad familiar -como ha sido tradicional-, si es una responsabilidad pública o si hay una responsabilidad compartida, y en este caso por quién y cómo. De eso depende si se tiene que establecer un sistema de atención universal, si la responsabilidad tiene que ser socialmente compartida o tiene que ser a cargo de cada uno y su familia.

En cualquier análisis sobre la dependencia, la consideración de los problemas de la población afectada no se pueden separar de las características y los problemas de la familia, especialmente cuando son los cuidadores directos, ya que los dos están sometidos a constantes cambios; por lo tanto, cualquier diagnóstico forma parte de un proceso y, por lo tanto, exige un seguimiento en el tiempo tanto del diagnóstico como de las medidas adoptadas. Por otra parte, el Estado no puede prescindir de la colaboración de las familias en la prestación de los servicios a la gente mayor, por una parte por la actual escasez de la red asistencial de los servicios sociales, pero también, no hay que olvidarlo, porque

determinadas funciones de la familia son difíciles o imposibles de sustituir, como los aspectos relacionales o los afectivos.

Algunos reclaman un cambio en las relaciones y pasar de una mal entendida subsidiariedad hacia formas de complementariedad: el protagonismo tiene que ser público, complementado por la familia, especialmente con aportaciones emocionales y afectivas.

El debate se centra, pues, en si se acepta sólo una responsabilidad compartida en la que la intervención pública tenga carácter subsidiario o si se tiene que caminar hacia el reconocimiento del derecho a recibir la atención. Se considera que uno de los rasgos fundamentales de las actuales políticas de atención a la dependencia en nuestro país es su carácter "asistencial", ya que el acceso a los servicios especializados se realiza mediante la "solicitud única", que tiene en cuenta, entre otras variables que actúan como instrumentos de filtro, la situación económica de la persona dependiente y de sus familiares; es más, en caso de acceder al servicio es obligatorio que el usuario y, si procede, los familiares obligados, se hagan cargo de las contraprestaciones, que se calculan en función de los niveles de renta.

Si bien este planteamiento es todavía en general el mayoritario, se observa una creciente preocupación por las consecuencias sociales y económicas del envejecimiento, y algunas reformas recientes en algunos países, como Alemania o Japón, parecen encaminarse hacia modelos que eliminan las pruebas de medios para acceder a los servicios, proporcionando de esta manera cobertura a toda la población.

Estas decisiones se toman atendiendo la posibilidad de aplicar la técnica del seguro, ya que la dependencia es una contingencia que no afecta a todos y, por otra parte, se tienen en cuenta las dificultades que en la práctica plantea la aplicación del seguro privado voluntario, optando, pues por el seguro social de la dependencia, en que participa obligatoriamente toda la población.

La responsabilidad de la familia catalana es muy superior a la asumida en otros países de la UE en esta materia, ya que -como hemos visto antes- en nuestra sociedad hay más hogares con cuidadores y con más dedicación que en la mayor parte de la Unión Europea. La poca ayuda a la familia tiene consecuencias negativas sobre la calidad de vida y las oportunidades vitales de sus miembros a causa del estrés al que están sometidos, que en casos de prolongación en el tiempo puede acabar minando la salud de los cuidadores, a los cuales limita las posibilidades laborales y de formación, de manera que las oportunidades de ocupación y de ingresos del hogar se ven reducidas.

En otro sentido hay que referirse al papel que puede desarrollar la familia en la atención a la gente mayor a través del acogimiento familiar de las personas mayores como servicio social, a fin de que las que lo deseen puedan continuar viviendo en el ambiente familiar y evitando el internamiento residencial. Esta iniciativa, que fue regulada mediante las leyes de Catalunya 22/2000 y 11/2001, parece de gran interés y convendría, pues, hacer el seguimiento, evaluarla y, si cabe, potenciarla.

El Código Civil español (art. 143 y sig.), en un sentido parecido al derecho catalán (Código de familia, art. 259 y sig.), reconoce a las personas que se encuentran en un estado

de necesidad el derecho a reclamar a los parientes más próximos (cónyuge, ascendientes y descendientes, y en menor medida a los hermanos) los auxilios necesarios para el mantenimiento, habitación, vestido o asistencia médica. La aplicación de este derecho-obligación -no se tiene que olvidar que la persona dependiente en buena situación económica estaría obligada a prestar alimentos a un familiar necesitado- es actualmente objeto de debate con respecto a la oportunidad y conveniencia de aplicarlo en un medio y tipo de familia tan diferente de lo que existía cuando se creó la institución.

La justificación legal de esta tendencia se basa en el hecho de que la manifestación de solidaridad familiar, como es la obligación de alimentos, va cediendo ante las prestaciones de servicios sociales, especialmente cuando se recurre al internamiento de la persona necesitada: en estos casos se produce una transformación de lo que serían prestaciones y atenciones personales *in naturaleza* de los familiares, es decir, prestadas directamente, en obligaciones pecuniarias derivadas de los gastos que esta prestación de servicios comporta.

En esta cuestión se aprecian criterios dispares entre las comunidades autónomas, ya que si bien en algunas de las últimas leyes autonómicas de servicios sociales se concreta el pago de la atención que los usuarios reciben de los servicios sociales y la participación de "las personas obligadas legalmente a prestarle asistencia" -por ejemplo la última ley murciana (2003)-, otras leyes, como la de La Rioja (2002) o la madrileña (2003), no consideran expresamente las aportaciones de los familiares obligatorias, sino tan sólo la posible participación de los usuarios en determinadas condiciones.

Una diferencia importante entre el derecho del Código Civil español y el catalán es que éste otorga el derecho a reclamar los alimentos, además de a la persona que los necesita y su representante legal, a la entidad pública o privada que lo acoge (art. 261), y faculta a estas entidades o a cualquier otra persona que le preste alimentos, si la persona obligada no lo hace, a repetir contra esta última o sus herederos, estableciendo que a estos efectos la autoridad judicial podrá adoptar las medidas que estime convenientes para asegurar el reintegro de los anticipos (art. 269).

Este precepto es clave para hacer efectiva la obligación, ya que en otro caso el carácter personal de este derecho exigía la reclamación por el mismo afectado, que difícilmente se producía y, si se hacía, dificultaba las relaciones entre la persona mayor reclamante y sus hijos.

Por otra parte, no podemos olvidar algún estudio que pone de relieve las dificultades que comporta para la efectividad jurídica de las "obligaciones familiares" el contenido del artículo 50 de la Constitución, que establece que los poderes públicos tienen que garantizar el derecho de los ciudadanos de la tercera edad a la suficiencia económica, mediante las pensiones. Se argumenta que eso significa que los poderes públicos son los primeros y principales responsables de la atención y que la intervención de la familia es únicamente como colaboradora de la Administración.

En este sentido, el mismo artículo de la Constitución aclara a continuación que las obligaciones que los poderes públicos tienen en el ámbito de los servicios sociales no afectan a las obligaciones familiares. Así pues, desde este punto de vista, hay obligaciones familiares, pero sólo con carácter

complementario a la obligación de los poderes públicos de garantizar la suficiencia económica.

De todo lo que se ha dicho se puede concluir en la necesidad de un amplio debate cívico y político sobre las responsabilidades de las familias catalanas actuales y sobre los derechos y deberes intergeneracionales que se producen, teniendo también en cuenta los diferentes factores afectivos, relacionales, económicos, sociales que confluyen y se relacionan. En todo caso, la evolución en el tiempo y la enorme variabilidad de las situaciones que se dan exige que cualquier diseño político huya de las rigideces y sea capaz de diseños diversificados, capaces de aplicación flexible y en constante revisión.

6.3. Las responsabilidades públicas

La determinación de las responsabilidades públicas en un Estado descentralizado es una operación compleja, relacionada con la distribución del *quantum* competencial establecida por la Constitución y los estatutos de autonomía entre el Estado y las comunidades autónomas y, después, en el interior de éstas, entre la Administración autonómica y las entidades locales. En esta operación se tiene que tener en cuenta que intervienen las diferentes materias relacionadas con la dependencia, como la sanidad, los servicios sociales, la seguridad social, la vivienda o el centro recreativo y el tiempo libre, y las funciones que se pueden desarrollar, como legislar, reglamentar, gestionar o inspeccionar.

Los niveles competenciales entre el Estado y la Generalitat en las materias relacionadas con la dependencia es muy diferente, ya que al Estado le corresponde el establecimiento de las

bases y la coordinación de la sanidad (art. 149.1.16a CE) y la legislación básica y el régimen económico de la seguridad social (art. 149.1.17a CE). La Generalitat tiene competencia en el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica sanitaria y de la seguridad social (art. 17 1 y 2 EAC) y dispone de competencia exclusiva en asistencia social (art. 9.25 EAC) y servicios sociales, exceptuando los de la seguridad social, y también en vivienda y urbanismo (art. 9.9 EAC) y ocio (art. 9.29 EAC). Nos encontramos, pues, ante un cuadro complejo que dificulta el establecimiento de políticas integradas para la protección de la dependencia que exigen trabajos esmerados, debates y acuerdos entre los diferentes entes y órganos implicados.

Las complicaciones aumentan cuando se pretenden aplicar políticas transversales, a causa de los desniveles y ambigüedad competenciales, la diversidad de fuentes y formas de financiación, la variedad de entes y órganos intervinientes, como también por las múltiples divisiones territoriales que los diferentes departamentos han establecido.

La distribución competencial entre la Administración autonómica y las entidades locales, especialmente los ayuntamientos y los consejos comarcales, con respecto a las principales materias afectadas -sanidad y servicios sociales-, es muy diferente, ya que las funciones locales son muy escasas en sanidad y, en cambio, importantes en los servicios sociales que les corresponden; además de los servicios sociales de atención primaria (equipo básico, atención domiciliaría, telealarma, etc.), los especializados para personas mayores corresponden a los consejos comarcales, aunque evidentemente

no disponen de recursos técnicos ni económicos suficientes para enfrentarse a las demandas generadas por la dependencia.

Esta desigualdad de competencias locales y la escasez de recursos dificulta la aplicación de programas sociosanitarios en el territorio, si bien muy a menudo estas dificultades son superadas por el buen criterio y el trabajo conjunto de los profesionales.

Esta descripción, breve y simple, obliga a una reflexión sobre la necesidad de buscar soluciones a partir de acuerdos, de redistribución competencial y de fórmulas de coordinación o de integración de servicios. Sin embargo, los aspectos competenciales no se pueden desligar de los relacionados con la financiación del ejercicio de las competencias y, por lo tanto, como reclama el mundo local, parece juicioso no hacer redistribuciones sin incluir los aspectos relacionados con la financiación.

6.4. La financiación

Los elementos relacionados con la financiación han estado presentes en diferentes momentos de este informe, ya que son uno de los aspectos clave para el reconocimiento de los derechos, a causa de los elevados costes económicos que implica la atención a las personas dependientes. Hace falta, pues, estudiar a fondo el valor económico y los componentes de las diferentes modalidades de atención, pero también las fuentes actuales y futuras de financiación, teniendo en cuenta que las prestaciones sociales no representan sólo gastos para el conjunto del sistema económico del país, sino que en muchos casos la concesión de estas prestaciones genera ocupación,

ingresos económicos y, sobre todo, beneficios de cohesión social muy importantes.

La cuestión de la financiación está íntimamente relacionada con las referidas a las responsabilidades, ya que una posible manera de hacerlas efectivas puede ser el pago de las prestaciones que exige el derecho de la persona dependiente. Esta cuestión, pues, es tan polémica como las relacionadas con las obligaciones a que ya nos hemos referido. Los posibles financiadores, como los responsables, son el mismo usuario, los familiares obligados a la prestación de alimentos, las entidades privadas -como las aseguradoras del riesgo- y las instancias públicas competentes.

En este proceso de concreción de responsabilidades se empiezan a diferenciar los elementos que integran las atenciones y su naturaleza; así, se separan las prestaciones sanitarias, las de apoyo a la autonomía y las correspondientes al alojamiento y manutención, considerando que las primeras pueden ser universales y gratuitas, las segundas universales de copago entre los servicios sociales y el usuario, y las últimas a cargo de la persona que recibe la prestación y, si hace falta, su familia.

Algunos subdividen las prestaciones relacionadas con el apoyo a la autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria entre las que serían básicas y las que pueden tener carácter complementario. Otras propuestas tienen en cuenta elementos diferentes, como los que se fijan en el lugar donde se recibe la prestación, distinguiendo aquí unas comunitarias y unas residenciales.

Como se ha visto en páginas anteriores, las formas de financiación de los programas de protección a la dependencia presentan diferencias importantes según los países: se distinguen los que tienen establecido un sistema de financiación privada y los que lo consideran de responsabilidad pública, que puede ser de carácter universal - contributivo o no- o asistencial.

A nivel estatal y catalán se han presentado diferentes alternativas desde el sector público, los sindicatos, las universidades, las entidades privadas y las mismas organizaciones de gente mayor. Parece haber acuerdo a rechazar el sistema privado por los resultados poco satisfactorios alcanzados en los Estados Unidos y a decantarse por la opción de un sistema público, aunque las propuestas presentan diferencias significativas con respecto a la intensidad o sobre cómo se tiene que financiar: para algunos tiene que ser mediante impuestos, y para otros con cargo a las cotizaciones de la seguridad social, aunque no faltan las propuestas eclécticas.

En cualquiera de las opciones mencionadas se incluyen formas de copago, ya sea -en el caso de las de tipo residencial- con carácter general o sólo para aquellas prestaciones que son sustitutorias del hogar. En otros casos, consecuentes con las propuestas sobre las responsabilidades, se gradúan las aportaciones según los tipos de atención (sustitoria del hogar, comunitario, sanitaria, servicios sociales) y el grado de dependencia. También las propuestas abordan los límites personales de las aportaciones (el usuario o los familiares obligados, o los dos al mismo tiempo) y patrimoniales (ingresos disponibles, patrimonio, reconocimiento de deuda).

En relación con el copago, se tiene que reiterar que las aportaciones económicas de los usuarios y sus familiares han sido las que se han incrementado proporcionalmente más estos últimos años. Según la información facilitada por los responsables de los centros visitados, en las residencias financiadas con recursos públicos las mencionadas aportaciones cubren normalmente sólo una pequeña parte del coste. Sin embargo, esta aportación genera -como hemos visto por las quejas presentadas y las declaraciones de los gestores de los centros- un cierto malestar en el usuario y en sus familiares.

También se debate la problemática generada en torno a **los ahorros acumulados por la persona dependiente durante toda su vida, que hace que aumente el porcentaje de participación en la financiación del servicio. Esta fórmula puede generar un agravio comparativo en relación con los que no han ahorrado, que pagarán menos aunque puedan tener ingresos y necesidades similares.**

Como recordábamos antes, los ahorros u otros bienes conseguidos con sacrificio o esfuerzo son el puntal de la situación de seguridad de la persona mayor y, por eso, se hace difícil a estas personas dedicarlos a pagar los servicios, lo que abre una vía a la rápida desaparición de aquellos recursos.

En esta línea también se tiene que considerar que una parte importante de este colectivo dispone de algún patrimonio inmobiliario acumulado en el transcurso de su vida laboral, pero que en cambio no dispone de liquidez para atender los gastos de la atención que requiere. Por este motivo, en diferentes países se han establecido fórmulas, como la llamada hipoteca inversa o el ofrecimiento de rentas vitalicias, para

conseguir que este patrimonio les permita vivir los últimos años con un cierto confort, a pesar de la dependencia; paralelamente, los estados han tomado medidas legislativas para evitar los abusos, y otras de carácter fiscal para favorecer estas operaciones.

En nuestro país también se detectan iniciativas en esta dirección: de ciertas entidades financieras o del sector de la gente mayor, como también del Estado, que ha incluido esta cuestión en la Ley 41/2003, de protección patrimonial de las personas con discapacidad, que regula en el artículo 12 los contratos aleatorios referentes a los alimentos convencionales, es decir no obligados legalmente. Como señala la exposición de motivos, "la regulación de este contrato [...] amplía las posibilidades que actualmente ofrece el contrato de renta vitalicia para atender las necesidades económicas de las personas con discapacidad y en general de las personas con dependencia, como los ancianos...".

Esta cuestión y otras que se han planteado antes justifican nuestro llamamiento a la reflexión y al debate sobre el modelo de responsabilidades y de participación de las personas dependientes y sus familias en la financiación de las prestaciones.

La sociedad catalana se tiene que incorporar activamente al debate actualmente abierto en todos los países de la Unión Europea sobre el modelo de financiación de estas prestaciones, especialmente cuando observamos que hay acuerdo sobre el hecho de que el sistema actual no permite atender las necesidades de los ciudadanos y que hay que buscar nuevas formas de financiación. Si se opta por un sistema de responsabilidad pública o de corresponsabilidad, eso significa que se tienen

que tomar decisiones para determinar los sujetos protegidos, los grados de dependencia y los baremos y las formas de determinación, los tipos de prestaciones y los requisitos de acceso.

Finalmente, hay que remarcar que el gasto público en Catalunya y en España es inferior a la de muchos países de la Unión Europea, hecho que posibilita incrementarlo en cuestiones relacionadas con la dependencia. También se tienen que considerar posibles formas complementarias de financiación, especialmente a través de seguros privados.

7. CONCLUSIONES

7.1. El modelo de atención

La aproximación hecha a la problemática de la atención a la gente mayor dependiente nos ha permitido valorar el funcionamiento del sistema de atención en nuestro país, analizar los principales parámetros sobre los cuales se puede definir un modelo de atención, reflexionar sobre las posibilidades de mejora del actual sistema de atención y tratar de identificar los derechos y deberes que tendrían que ser reconocidos en este ámbito.

Hemos podido constatar que la realidad social de la dependencia exige la implantación de un amplio sistema de atención sobre la base de un modelo claramente definido, y que la conveniencia, e incluso la necesidad de esta implantación, se fundamenta en razones culturales, demográficas y económicas. Por eso necesitamos identificar pronto cuál será este modelo, de manera que las mejoras que se vayan

introduciendo se orienten ya a la construcción de este sistema de atención, evitando rectificaciones problemáticas. En este sentido, el análisis de los principales parámetros que definen un modelo de atención nos ha llevado a identificar básicamente la existencia de tres modelos principales entre los sistemas de atención existentes. En los tres se aplican modalidades moderadas de copago que a veces se aproximan a la gratuidad.

En los países escandinavos se aplica desde hace ya décadas un modelo basado fundamentalmente en el acceso universal a los servicios, la financiación a cargo de los impuestos generales, las prestaciones hechas por las administraciones locales en especie y la priorización de la atención comunitaria. Este modelo ha conseguido un notable éxito -hay que mencionar sobre todo el caso de Dinamarca- con respecto a la calidad de vida de las personas dependientes y sus familias, aunque con un coste relevante para el erario público.

Algunos países centroeuropeos -entre los cuales destaca Alemania- han implantado un modelo de carácter contributivo reservado a los cotizantes -aunque son casi toda la población- financiado con cotizaciones sociales -y enmarcado dentro de la seguridad social- y con la posibilidad de optar entre la prestación en especie y la prestación en metálico. La mejora de la calidad de vida no ha sido tan significativa como en el modelo anterior, y los costes, aunque más moderados, han sido también importantes.

En el Reino Unido se ha desplegado un tercer modelo fundamentado en la provisión asistencialista, dirigido tan sólo a las personas que no pueden pagarse estos servicios con sus ingresos -aunque tiene un alcance relativamente amplio- y con un predominio de las prestaciones en especie. Éste es

también el modelo dominante en nuestro país en este ámbito, pero con un alcance mucho más reducido que en el Reino Unido.

El estudio hecho nos inclina a pensar que el modelo universalista podría ser el más adecuado en nuestro país. Hemos visto como sus ventajas son indiscutibles desde los puntos de vista de la calidad de la atención -los servicios se adaptan más fácilmente a las necesidades y llegan a todo el mundo-, de la solidaridad social -unos tributos progresivos financian unos servicios igualitarios- y de la legitimidad del sistema, ya que todos los que tributan pueden acceder a los servicios. Su coste elevado es, sin embargo, un argumento poderoso esgrimido por algunos.

Por eso tiene particular importancia considerar los aspectos que lo podrían hacer aconsejable también desde un punto de vista económico. En este sentido, hemos visto como el universalismo garantiza mejor la presencia de la mujer en el mundo laboral, hecho muy relevante, vista la tradición familiarista de nuestro país y las dificultades que, en pocas décadas, tendremos para sostener una población pasiva muy abundante.

En este sentido, hay que recordar que sólo un sistema universalista permite a los segmentos de población con mejor calificación laboral beneficiarse de la atención pública y permanecer plenamente incorporados en la actividad productiva. Además, la amplitud del sistema universalista lo convierte en un yacimiento de ocupación que permite dar trabajo a más trabajadores no cualificados, hecho que hay que valorar ante las dificultades que presenta en este sentido un mundo globalizado.

Así pues, tanto las razones sociales como, incluso, económicas, nos invitan a considerar el modelo universalista como el más adecuado a nuestro país en un futuro próximo, aunque la incidencia que su coste puede tener sobre la actividad económica invita igualmente a encontrar fórmulas que minimicen el impacto sobre el gasto público.

En este sentido, el cofinanciamiento -presente de una manera u otra en todos los sistemas estudiados- ofrece la posibilidad de evitar en el erario público unos gastos excesivos, sin renunciar a la universalidad. Habrá que encontrar una fórmula adecuada, y culturalmente asumible, para que las rentas y el patrimonio del usuario -siempre que haya en cuantía suficiente- puedan contribuir a financiar determinados costes de la atención. Particularmente, convendría insistir en el estudio de la viabilidad práctica del hecho de configurar parte del coste de la prestación no sanitaria -una parte de los costes del apoyo a la autonomía y los de alojamiento y manutención- como una deuda que pudiera ser recuperada con cargo a la herencia por la persona o entidad que ha cuidado de la persona dependiente.

La consideración de las diferentes fuentes de financiación pública nos orienta a valorar lo que proviene de los impuestos generales por los efectos redistributivos y por la flexibilidad que permite en la asignación de los servicios, hecho que hace posible una universalidad que no se puede garantizar de la misma manera para la modalidad contributiva. Vista la actual distribución de los ingresos fiscales, la financiación global del sistema tendría que ir preferentemente a cargo de los presupuestos generales del Estado.

La relevancia del coste de un sistema amplio de atención a la dependencia nos invita también a considerar las fórmulas mixtas de financiación. En este sentido, merece cierta atención la fórmula francesa que diferencia los costes sanitarios, los asistenciales y los de alojamiento y manutención y les asigna fuentes de financiación diferentes.

Asimismo, la consideración de los diferentes modelos nos inclina a valorar las ventajas de las prestaciones en especie -mediante la prestación de los correspondientes servicios- sin olvidar que comportan estructuras organizativas y burocráticas mayores y complejas. Hemos podido constatar que la prestación en especie permite controlar mejor la evolución de la dependencia, asignar las prestaciones con criterios más profesionales y, además, permite que los que cuidan de la persona mayor, teniendo que dedicar menos horas a ella, vean facilitada su actividad laboral. Sin embargo, creemos que, si finalmente se optara por la prestación en metálico, dado que presenta menos complejidad de gestión, pensamos -cuando menos, en principio- que habría que otorgarla con carácter finalista, condicionando la prestación al hecho de que se destinara a servicios acreditados de atención a la persona dependiente, como se hace con el llamado cheque-servicio.

Con respecto a la identidad de los proveedores de las prestaciones de responsabilidad pública, no hemos identificado diferencias significativas entre proveedores públicos y privados, aunque eso tendría que ser objeto de un estudio específico. Por eso consideramos, cuando menos, en principio, que pueden ser igualmente válidos tanto los proveedores públicos como los privados -tengan afán de lucro o no- siempre que la Administración ejerza sus responsabilidades de control e inspección.

Con respecto a la localización de la prestación, constatamos la amplia tendencia a dar preferencia a la atención domiciliaria y otros servicios de proximidad -especialmente cuando es un deseo compartido por la persona dependiente y su familia- ante una atención residencial que tiende progresivamente a quedar reservada a ancianos con un grado elevado de deterioro. En este sentido, creemos que hay que ampliar la extensión y la intensidad de las prestaciones -tanto con respecto al horario como en relación con los servicios que incluyen-, para que los servicios comunitarios de atención lleguen a ser en nuestro país una alternativa plenamente válida. Asimismo, consideramos que hay que incrementar las medidas y las prestaciones orientadas de manera especial a hacer posible la conciliación de la vida familiar y laboral, particularmente en el caso de las mujeres.

Catalunya todavía está lejos de alcanzar los niveles de gasto social y los estándares de servicios para la atención a la dependencia de la UE y, por lo tanto, haría falta considerar hacer un esfuerzo presupuestario para asegurar los derechos sociales de estos ciudadanos y avanzar en esta materia, teniendo en cuenta los beneficios tanto personales como económicos conseguidos mediante la creación de ocupación.

7.2. Aspectos generales

La debilidad de muchos derechos sociales afecta particularmente a la dignidad y calidad de vida de las personas mayores con limitaciones de autonomía. Es especialmente significativa esta debilidad de los derechos en el ámbito de los servicios sociales, la insuficiencia de las pensiones y las malas condiciones de las viviendas.

La fragilidad coloca a la gente mayor dependiente en una situación de riesgo ante situaciones de poco respeto a sus derechos y libertades. A menudo decide por ellos la familia u otras personas. Eso les dificulta el ejercicio de la autonomía y de los derechos civiles y políticos y pone en peligro su dignidad. Estudios recientes ponen de relieve los maltratos y las extorsiones de que son objeto la gente mayor; a pesar de la gravedad de los resultados conocidos hasta ahora, posiblemente esto sólo es la punta del problema.

También son preocupantes las deficiencias en la igualdad y equidad en el disfrute de los derechos que se aprecian en función del lugar de residencia o de la situación socioeconómica de las personas dependientes.

Los últimos años se han hecho esfuerzos importantes dirigidos a la protección de las personas mayores dependientes y sus familias. Sin embargo, el ritmo de crecimiento de las necesidades ha sido superior al incremento de los recursos públicos empleados, y se ha hecho recaer la resolución de esta problemática básicamente sobre las familias, especialmente sobre las mujeres.

La atención a la dependencia afecta diferentes a ramas de la intervención social que hay que tener en cuenta para poder hacer un abordaje integral y posibilitar el establecimiento de programas e intervenciones transversales. Por lo tanto, la apertura del espacio sociosanitario y de los programas que se derivan como respuesta a las necesidades generadas por la dependencia, a pesar de su importancia, son sólo intervenciones parciales. Hay que incluir también la vivienda y el urbanismo -especialmente en los aspectos relacionados con

la accesibilidad-, las pensiones y prestaciones económicas, las laborales, las actuaciones de tiempo libre y las de capacitación.

7.3. Ámbitos específicos

El sistema de **salud** ha avanzado considerablemente, tanto a través de la normativa estatal -como la Ley general de sanidad (1986), que hizo efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud- como de la legislación catalana. Últimamente, la Ley de cohesión y calidad del Servicio Nacional de Salud (2003) incluye en el Catálogo de prestaciones sociosanitarias las prestaciones mínimas correspondientes a sanidad. Además, deja abierta la posibilidad de ampliar la cartera de servicios previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud.

Las **actuaciones preventivas** dirigidas a demorar la aparición de limitaciones en las personas mayores, especialmente mediante la adopción de estilos de vida saludables, están todavía poco implantadas en nuestro país. En los lugares donde se ha apostado decididamente por la prevención se ha conseguido retrasar considerablemente las pérdidas de la autonomía. Tampoco se tienen suficientemente en cuenta los aspectos culturales y socioculturales del envejecimiento, lo que dificulta la adopción de actitudes previsoras y de las voluntades anticipadas.

Los esfuerzos realizados por los **servicios sociales autonómicos** han sido diversos y abundantes, como lo demuestran algunas de las nuevas leyes de servicios sociales, otras

normas sectoriales -sobre gente mayor o discapacitados- o también disposiciones específicas sobre la dependencia. Algunas de las leyes mencionadas ya establecen el derecho subjetivo a las prestaciones básicas, que, siguiendo el esquema de sanidad, remiten a los catálogos de prestaciones.

Sin embargo, todo este voluntarismo choca con la insuficiencia de recursos de que dispone este ámbito, todavía muy nuevo y con pocos recursos, a pesar del importante crecimiento experimentado estos últimos años. La legislación catalana en esta materia, por una parte, no regula directamente la dependencia como ámbito específico y, por otra, el hecho de acondicionar el acceso a los servicios a la existencia de recursos debilita mucho el derecho de las personas dependientes. También hay que tener en cuenta que, después de casi dos décadas de vigencia de la ley, muchos de sus planteamientos han quedado obsoletos.

Los **servicios sociales catalanes** actuales muestran un exceso de rigidez y reglamentarismo y una tendencia centralista, en el sentido de que la mayoría de decisiones sobre el acceso a los servicios se toman desde Barcelona, dificultando la adaptación a las nuevas necesidades y las respuestas flexibles, personalizadas y ágiles, como se hace patente en el caso de la dependencia que exige respuestas rápidas y próximas.

La creación del **ámbito sociosanitario** catalán fue un paso importante en la atención de la dependencia, después imitado en el resto del Estado. A pesar de los avances experimentados al cabo de veinte años de implantación, no se ha acabado de articular plenamente un ámbito conjunto; esto produce insuficiencias y efectos negativos que repercuten en los

derechos de las personas dependientes y, por lo tanto, que hay que evitar. Así pues, hay que superar las disfunciones que genera la duplicidad de redes de residencias asistidas de los servicios sociales y de residencias sociosanitarias de larga estancia mediante una coordinación mucho más intensa que la existente actualmente.

La oferta actual de **prestaciones de apoyo a la autonomía** en Catalunya se canaliza mayoritariamente a través de servicios más que de ayudas económicas, aunque se aprecia la emergencia de esta última modalidad. En la Unión Europea también encontramos fórmulas mixtas, mediante diferentes formas de pago, como el cheque servicio, a través del cual el dinero entregado se tiene que utilizar obligatoriamente para la finalidad concedida y que permite el abono de las ayudas por procedimientos diversos, como puede ser mediante descuentos en los impuestos sobre la renta.

Con respecto a las **pensiones**, las pensiones medias de jubilación son muy escasas y todavía más las mínimas que a menudo perciben las personas más mayores, ya que a causa de la adelantada edad, la cantidad que les corresponde es más reducida. Las del SOVI, la mayoría de las de viudedad y las no contributivas no garantizan de ninguna manera la suficiencia económica que señala la Constitución.

Esta situación se agrava cuando la persona pensionista o el cónyuge tienen necesidades generadas por las limitaciones de la autonomía, ya que las pensiones mencionadas no prevén ningún complemento para sufragarlas y abocan a una situación de discriminación en razón de edad con los más jóvenes, ya que los perceptores de la pensión de invalidez sí que pueden recibirla. Estos hechos provocan que un elevado número de

personas mayores con dependencia no tengan recursos suficientes para subsistir y atender sus necesidades básicas de la vida diaria.

En el informe se pone de relieve otro colectivo de **pensionistas** que, a pesar de disponer de ingresos superiores, no tienen suficiente para poder pagarse una plaza de residencia asistida, pero no los tienen tampoco lo suficientemente bajos para acceder a una plaza pública o concertada; el entuerto inadmisibile que eso produce afecta al gran bloque de personas que situamos en la clase media. Éste es el caso de los que no pueden acceder a una plaza pública o concertada porque superan los ingresos máximos admitidos, pero no disponen tampoco de recursos suficientes para pagarse una plaza en una residencia privada. Este grave vacío asistencial afecta sobre todo a las clases medias bajas, que ven como, después de cotizar en la seguridad social y pagar los impuestos, no pueden acceder a determinados servicios del Estado del bienestar que han contribuido a crear.

7.4. Derechos y deberes

Las pequeñas dimensiones de las viviendas actuales y las características de los centros residenciales dificultan a menudo el ejercicio **del derecho a la intimidad** de las personas mayores, especialmente en casos de dependencia.

La **dignidad** de las personas mayores con discapacidad se ve amenazada a consecuencia de la disminución de su poder adquisitivo y de la desvalorización social, que las puede llevar a situaciones de pobreza, de aislamiento, soledad y abandono, incompatibles con su dignidad.

Muchas veces las familias, los profesionales u otras personas se arrogan el **poder de decidir** por las personas mayores dependientes, incluso en los casos en que tienen capacidad para decidir por ellas mismas.

La situación de fragilidad de la gente mayor dependiente se agrava cuando la enfermedad o deficiencia adquieren un carácter permanente y no les permite gobernarse por sí mismas, situación que exige la **incapacitación**. Sin embargo, se han detectado bastantes casos de personas mayores dependientes que se encuentran en esta situación y que no están legalmente incapacitadas, con un riesgo grave para sus derechos, tanto personales como materiales. Éste es un aspecto de especial preocupación, ya que afecta al colectivo de ciudadanos más desvalidos y acreedores de la protección y solidaridad social.

Últimamente han surgido importantes instrumentos sociojurídicos que pueden facilitar la adopción de decisiones en previsión de que las personas dependientes sean declaradas más tarde incapaces; nos referimos a los llamados **testamentos vitales**, voluntades anticipadas u otras medidas de autotutela.

Otros hechos relacionados con los anteriores que afectan a las personas dependientes son los **ingresos en centros**. Cuando los afectados no pueden expresar su consentimiento, requieren la intervención judicial, igual que para la adopción de cualquier medida de restricción de la libertad personal.

Las personas mayores prefieren mayoritariamente **continuar viviendo** en su entorno; por lo tanto, si esta opción es compartida también por la familia, hay que adoptar todas las medidas para hacerla posible. Entre las vías posibles para permitirlo, ocupan un lugar destacado las de tipo laboral

dirigidas a la conciliación de la vida familiar y laboral o los servicios de apoyo y de "respiro" familiar.

Para poder continuar viviendo en casa, las personas mayores dependientes tienen que disponer de una **vivienda accesible y confortable** y contar con un conjunto de servicios de apoyo adaptados a su situación. A causa de los escasos recursos económicos de que disponen, hoy estas personas suelen vivir en viviendas bastante deterioradas y necesitadas de reparaciones y, por otra parte, no disponen de ayudas ni medios técnicos que les ayuden a superar estas dificultades. Tampoco hay suficientes hogares residencias o viviendas tuteladas de proximidad que les permitan al menos no alejarse de su entorno.

La **familia** ocupa un lugar clave para las personas dependientes y no siempre dispone de los medios necesarios para cuidar del familiar, ya sea un hogar en condiciones -si éste es el deseo compartido- o una plaza residencial que permita mantener las relaciones personales y afectivas.

Los canales de **participación** de la gente mayor se han multiplicado, se han ensanchado y se han estructurado. Sin embargo todavía, en muchos casos, los órganos oficiales son muy formales y tienen poca incidencia real en la toma de decisiones. Esta participación en las decisiones que les afecta puede ser tanto de carácter colectivo como individual. Hoy, la participación social plena exige el establecimiento de actividades de reciclaje y de capacitación en las nuevas tecnologías.

La vulnerabilidad de las personas mayores dependientes aumenta el peligro de sufrir **extorsiones y maltratos**, como lo

advierten de forma alarmante algunos de los últimos estudios efectuados en esta materia. Estos hechos acostumbran a permanecer escondidos y, por lo tanto, son difíciles de detectar a pesar de la gravedad de las conductas y la lesión a los derechos fundamentales que significan.

El riesgo de **marginación y de exclusión** de la gente mayor, especialmente la dependiente, es muy alto, pero todavía aumenta cuando esta circunstancia confluye con la insuficiencia de recursos económicos y de apoyos relacionales y afectivos. Estas situaciones generan miedo e indefensión ante un futuro al que se enfrentan sin recursos.

La **investigación y la formación** sobre los aspectos relacionados con la dependencia son todavía escasos, aunque se aprecian últimamente interesantes iniciativas desde la universidad, las sociedades científicas, las administraciones públicas y el sector privado.

En los últimos años de la vida adquieren una gran importancia los aspectos relacionados con los **principios espirituales, morales, religiosos o ideológicos** que caracterizan el comportamiento humano y que no siempre se tienen suficientemente en cuenta.

Las **imágenes socioculturales de la vejez** a menudo se asocian con componentes negativos relacionados con la demencia, la ineptitud, las necesidades de cuidado prolongado y las negativas repercusiones en la familia y el cuidador, como en el miedo de cada generación de tener que hacerse cargo de las anteriores.

Se detecta un desnivel entre la regulación concisa y con rango de ley de los **derechos y deberes de los usuarios** de la sanidad con los menos cumplidos y concretos establecidos mayoritariamente por vía reglamentaria por los usuarios de los servicios sociales.

El actual sistema de **reparto de responsabilidades** entre los usuarios, sus familias, las entidades privadas y el sector público es confuso. Falta un debate a fondo sobre este problema, empezando por decidir si se trata de un conflicto que pertenece a la esfera personal y familiar o es un riesgo que hay que compartir por solidaridad social. Es especialmente conveniente discutir sobre el papel y la responsabilidad de la familia actual.

La **financiación** de las prestaciones y los servicios es uno de los aspectos más importantes para hacer efectivo el derecho de las personas dependientes a las atenciones de apoyo a la autonomía. En el presente informe se han expuesto diferentes situaciones que muestran las ambigüedades, contradicciones e insuficiencias del sistema actual, que hay que revisar con carácter urgente.

En relación con la financiación, también se tienen que considerar los efectos de los ahorros y el patrimonio acumulados por la persona dependiente en el transcurso de su vida. Hay que considerar especialmente los casos de los que disponen de **patrimonio inmobiliario** y que, en cambio, no tienen liquidez para atender los gastos de la atención que requieren. Convendría estudiar esta cuestión y completar las medidas ya emprendidas mediante la regulación del contrato de alimentos con el fin de evitar cualquier tipo de abuso por esta vía.

8. PROPUESTAS Y SUGERENCIAS

8.1. El modelo de atención

A la vista de las reflexiones anteriores, parece razonable proponer que se estudie la implantación de un **modelo de atención** a las personas mayores dependientes y sus familias con carácter **universal**, es decir, dirigido a todos los que sufran limitaciones funcionales, independientemente de la situación socioeconómica de la persona afectada o de su familia y de las posibles contraprestaciones que se puedan establecer en función de su disponibilidad.

Este modelo tendría que priorizar las prestaciones técnicas de **proximidad** que caracterizan la atención comunitaria. Las prestaciones tendrían que ser en especie -facilitando directamente los servicios- o, si se hacen en metálico, tendrían que estar, en principio, condicionadas a la compra de los servicios para los que han sido otorgadas, como se hace con el cheque-servicio. La **provisión** de las prestaciones podría ser **mixta** (pública-privada), pero siempre bajo la **responsabilidad y el control público**.

Estudiar formas de **financiación** basadas en la solidaridad social y económicamente sostenibles. Hace falta un catálogo claro, concreto y valorado de prestaciones, distinguiendo las básicas de las complementarias, y los componentes de cada uno para determinar las que corresponden al ámbito sanitario, las de apoyo a la autonomía y las relacionadas con el alojamiento y la manutención. Como las prestaciones mínimas sanitarias ya están definidas en el catálogo correspondiente, ahora habría

que determinar la cartera de los servicios sociales y la forma de **copago en función de las rentas y patrimonio** disponibles de las personas dependientes.

Hecha esta distinción, una buena parte de los gastos de alojamiento y manutención podrían ir a cargo del usuario de los servicios o, si procede, de sus familiares. Quizás también podría ir a cargo del usuario una parte moderada de los costes del apoyo a la autonomía.

Establecer medidas para regular las diferentes modalidades e iniciativas dirigidas a hacer posible la **liquidez del patrimonio** de las personas mayores con el fin de controlar su desarrollo, evitar cualquier abuso y favorecer las medidas que permitan una mejor calidad de vida a las personas que han acumulado un patrimonio a lo largo de la vida.

Considerar la implantación, junto con las prestaciones en especie, de **formas ágiles de copago y prestación** de los servicios, como los cheques-servicio u otras modalidades que permitirían crear ocupación. Sin embargo, se tendría que tener en cuenta las experiencias de otros lugares para evitar los posibles efectos perversos detectados.

Revisar los criterios de **acceso a las diferentes prestaciones**, tanto las domiciliarias como las diurnas y las residenciales, para garantizar que las personas mayores dependientes con rentas medias no queden desatendidas y conseguir que la universalidad sea una realidad.

Priorizar en las planificaciones la creación de **servicios de proximidad** -como la atención domiciliaria, los centros de día, o las residencias asistidas de proximidad- para garantizar el

derecho a que la persona dependiente pueda permanecer en su comunidad si lo desea.

Garantizar una **cantidad mínima mensual** a las personas mayores dependientes en situaciones precarias a fin de que puedan atender los gastos de subsistencia y las generadas por la dependencia, mediante el establecimiento de pensiones suficientes.

8.2. La mejora de la atención

Pensamos que se tendrían que establecer **servicios** flexibles centrados en las personas y **programas transversales** fundamentados en el eje sociosanitario, pero sin olvidar las relaciones con otros sectores, como la vivienda. Por ello se tendría que establecer una **coordinación mucho más intensa** entre la red de residencias asistidas de los servicios sociales y la red de residencias sociosanitarias de larga estancia. En este sentido, habría que estudiar la posibilidad de unificar el proceso de valoración de la dependencia y asignación del recurso.

Articular un **programa relativo al lugar de vida de las personas mayores** que aborde globalmente todas las posibilidades sobre el lugar donde pueden vivir, con el fin de facilitarles la solución deseada y la más adecuada a su situación, de manera que también les sea garantizada la continuidad asistencial.

Habría que presentar un amplio abanico de medidas, desde ayudas para el arreglo del hogar propio o familiar, iniciativas para favorecer los hogares compartidos y las

viviendas tuteladas, hasta la reconversión de las residencias actuales. Este plan tendría que estar rodeado de acciones complementarias comunitarias diseñadas desde la atención primaria y tener en cuenta las peculiaridades de los servicios para las personas mayores con discapacidad.

Establecer un **proyecto de atención integral para la familia** que tiene algún miembro con dependencia en la línea del programa Vivir en familia, pero complementarlo y extenderlo a todo el país, con las adaptaciones que sean necesarias en los diferentes territorios.

Incrementar y completar las medidas dirigidas a la **conciliación de la vida familiar y laboral** con medidas legislativas y con la colaboración de sindicatos y organizaciones empresariales, con la inclusión de cláusulas específicas en los convenios laborales. Las ayudas a los cuidadores permiten compensar la reducción salarial. Asimismo, se tendría que fomentar la ampliación de servicios complementarios u otras actuaciones dirigidas al "respiro" familiar, como las residencias de estancia temporal.

Incrementar los **controles e inspecciones** en los centros que atienden personas dependientes, especialmente las residencias, de manera que se tenga información sobre su situación unas cuantas veces al año.

Emprender con carácter urgente acciones dirigidas a las personas mayores dependientes en situación de alto riesgo de exclusión debido a la **pobreza, la soledad y la falta de red relacional**. Además de garantizarles un mínimo de subsistencia con cuantías próximas al salario mínimo, habría que establecer prestaciones técnicas y económicas de apoyo a la autonomía y

crear "puentes de comunicación" entre estas personas y la sociedad, mediante actuaciones de las entidades cívicas y la articulación de formas de buena vecindad y otras acciones solidarias.

Establecer una **formación mínima** para los cuidadores y otros profesionales que intervienen en la atención a la dependencia. Asegurar y controlar la **capacitación de los cuidadores** y favorecer que los servicios sean prestados por instituciones públicas, empresas homologadas o personal acreditado, facilitando que se haga en unas condiciones laborales adecuadas. En caso de necesidad de cuidadores, se podría estudiar la posibilidad de ofrecer una cuota de plazas a personas inmigrantes que se quieran dedicar a estas tareas, previa formación y con unas condiciones laborales ajustadas a la normativa.

Espolear iniciativas en el campo de la **investigación** en las diferentes vertientes relacionadas con la dependencia, como la **formación y capacitación** de los diferentes profesionales intervinientes, estableciendo una formación mínima exigible. Igualmente, habría que fomentar la innovación y el establecimiento de programas piloto de atención a este colectivo.

Establecer un **programa transversal específico de atención a la dependencia** que permita elaborar estudios sobre el fenómeno, realizar planificaciones conjuntas de los diferentes ámbitos implicados, articular actuaciones y hacer el seguimiento y la evaluación. Tendrían que estar representados los sectores sanitario, de servicios sociales, de vivienda, trabajo, educación y pensiones de la Administración autonómica y local. El Observatorio Catalán del Envejecimiento con Dependencia,

creado recientemente, puede ser una pieza importante de este programa.

Uno de los ámbitos que disponen de unas prestaciones más debilitadas, como se ha visto, es el de los servicios sociales. Por eso, se propone la elaboración de una nueva **ley de servicios sociales** que obtenga el máximo consenso parlamentario posible y que **defina los derechos subjetivos** a las prestaciones básicas establecidas en un catálogo de prestaciones mínimas para todos los ciudadanos que se encuentren en esta situación, que respete el derecho de igualdad de todos los ciudadanos y la equidad territorial y que haga posible tener en cuenta las decisiones y aspiraciones de los ciudadanos. Esta ley tendría que establecer y regular los derechos y deberes de los destinatarios de los servicios sociales. La organización tendría que responder a criterios de descentralización de la gestión hacia las administraciones más próximas, de acuerdo con el principio de subsidiariedad que tiene en cuenta, además de la proximidad, la eficiencia de los servicios y prestaciones.

Estudiar un nuevo diseño de los **equipamientos de servicios sociales** centrados en la persona y arraigados en el territorio, haciéndolos más flexibles y versátiles. Así se posibilitaría su optimización y se convertirían en dispositivos abiertos al entorno, prestamistas de múltiples servicios.

8.3. Ámbito sociocultural

Tomar medidas para favorecer una **imagen positiva del envejecimiento** y sus posibilidades y aportaciones con el fin de asegurar el mantenimiento de la dignidad a este colectivo,

especialmente cuando tiene limitaciones en la autonomía. La sensibilización social tendría que empezar en la escuela e incluir, en todo caso, los medios de comunicación social.

Buscar nuevas **formas de participación cívica** favoreciendo nuevas formas de innovación democrática, con el fin de implicar a los ciudadanos en esta problemática y hacer posible la participación real de las personas mayores -individual y colectivamente- en todas las cuestiones que les afecta, evitando el aislamiento y la soledad y aprovechando sus capacidades, experiencia y sabiduría.

Para el ejercicio **del derecho a la participación** en la sociedad actual, se tiene que potenciar la educación para todas las edades, mediante programas de formación permanente y de actualización en materia de nuevas tecnologías y otros conocimientos.

Crear **comités de ética y bioética**, ya sea en los centros residenciales asistidos grandes o a nivel más amplio, en el caso de los centros más pequeños, con el objetivo de debatir, reflexionar y ayudar a tomar decisiones sobre los problemas relacionados con las actuaciones éticas que se plantean en muchos de los centros de servicios sociales relacionados con las personas mayores dependientes.

Impulsar **programas preventivos** dirigidos a un envejecimiento saludable y con una buena red relacional, mediante la concienciación de la población en general sobre las capacidades y las aportaciones beneficiosas que puede hacer este colectivo a nivel personal y social.

8.4. Derechos y deberes

Abrir un debate a fondo, desde la sociedad civil y desde el Parlament, para determinar de forma clara **la delimitación de responsabilidades** en la atención a las personas dependientes y sus familias, detallando cuáles son las obligaciones del usuario, cuáles las de la familia, las de las entidades privadas y las del sector público.

Garantizar, siempre que sea posible, la **capacidad de elección de las personas mayores** con dependencia sobre el estilo de vida que quieren vivir y el tipo de servicios que prefieren recibir.

Las administraciones públicas catalanas tendrían que tomar un papel más activo en la información y promoción de los **testamentos vitales**, mediante los cuales los ciudadanos puedan adelantar sus decisiones y establecer los criterios y/o designar a la persona que asumirá las decisiones cuando no puedan hacerlo por ellos mismos.

La protección de los derechos de las personas mayores dependientes, especialmente las que se encuentran en situación jurídica o *de facto* de **incapacitación**, reclama actuaciones urgentes, contundentes y efectivas para detectar los casos y hacer el seguimiento. Por eso, se propone que se estudie la posibilidad de crear en Catalunya una institución pública con capacidad para actuar independientemente -tipo "agencia", para la protección de las personas incapacitadas legalmente, que actúe en colaboración, coordinación y, cuando hiciera falta, con la intervención judicial y del ministerio fiscal, con el fin de velar por el respeto a los derechos de las personas que no pueden gobernarse por ellas mismas, ya estén incapacitadas legalmente o no. Se tendría que informar y sensibilizar a las

familias y a la sociedad en general del carácter protector de la institución. Esta entidad tendría que tener a su cargo la promoción y el seguimiento de las entidades tutelares constituidas en el territorio de Catalunya.

Favorecer la implicación de la sociedad civil en las acciones a favor de las personas incapacitadas legalmente, especialmente mediante la creación de **entidades tutelares** para la protección de la persona y sus bienes y de personas que mediante la acción voluntaria les hagan el acompañamiento.

Potenciar los medios para detectar las situaciones de **maltratos**, elaborar protocolos de detección y de actuación para los profesionales en relación con estas situaciones. Igualmente, se tendría que incrementar la vigilancia de los inspectores en este ámbito y sensibilizar a los ciudadanos sobre estas cuestiones.

Concienciar a las familias de la necesidad de que las personas mayores, aunque tengan niveles importantes de dependencia, dispongan de espacios y momentos de **intimidad**. También las estructuras materiales y funcionales de los establecimientos, especialmente los residenciales, tienen que hacer compatible el derecho a la seguridad con el derecho a la intimidad de las personas dependientes; para ello, tienen que disponer de espacios privados y favorecer, si los interesados lo desean, la creación de grupos de cariz afectivo o relacional.

Establecer medidas concretas para **garantizar y facilitar el libre ejercicio de los principios y creencias** espirituales, morales, religiosos e ideológicos de las personas mayores, tanto cuando residen en su domicilio como si están en un centro residencial.

Establecer con rango de ley los **derechos de los destinatarios y usuarios** de los servicios para personas dependientes.

ESTE INFORME DEL SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA,
SOBRE LA ATENCIÓN A LA GENTE MAYOR DEPENDIENTE EN CATALUNYA,
SE ACABÓ DE REDACTAR EL DÍA 26 DE ENERO DE 2004

ANTON CAÑELLAS
SÍNDIC DE GREUGES