



actas de la dependencia

Colaboran:

Adelina Comas Herrera

José Manuel Ribera Casado

Carlos Ganzenmüller Roig

José Carlos Bermejo Higuera

Marta Villacieros Durbán



Para la Dependencia

Diseño: Los Ángeles D.C. / Impresión: Gráficas Enco
Depósito Legal: M-9549-2011
ISSN: 2173-7142

Esta publicación no podrá reproducirse ni total ni parcialmente
sin expresa autorización de la Fundación Caser.

En el presente número de la Revista presentamos artículos que afectan a aspectos esenciales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, como son: Financiación y sostenibilidad, la importancia de la medicina y lo sanitario en el abordaje de la dependencia, cómo garantizar los derechos de las personas mayores y la calidad en la atención mediante el compromiso con la humanización de las instituciones.

Sobre la financiación, Adelina Comas desde la atalaya de su puesto de investigadora en la London School of Economics and Political Science analiza las principales fuentes de recursos para financiar la dependencia: el cuidado informal, el ahorro privado, los seguros de dependencia, los sistemas de seguridad social y la financiación a través de impuestos, así como las posibilidades de cooperación entre la financiación pública y privada. Este análisis lo realiza desde la aplicación que las distintas fuentes de financiación tienen en los principales países de la Unión.

El Doctor Ribera Casado, Geriatra y Académico de la Real Academia de Medicina, aborda “la dependencia también como un problema médico”. A juicio del autor, tanto el legislador, como las personas y entidades encargadas de presentar, difundir y aplicar la Ley, han insistido en los aspectos sociales de la misma, dejando al margen las cuestiones relativas a la salud y su pérdida, que sin embargo están en la raíz de la mayor parte de las causas de dependencia. Asimismo, destaca el valor de la prevención y la educación sanitaria como norma de conducta para reducir el impacto de la dependencia.

El Fiscal del Tribunal Supremo Carlos Ganzenmüller en su artículo “Por un verdadero impulso en la promoción y garantías de los derechos de las personas mayores” desarrolla el catálogo de derechos y de manera especial el derecho fundamental de toda persona mayor a que se respete la capacidad para decidir por sí misma, sin más limitaciones que el perjuicio ilícito para terceros. Para ello destaca la importancia de la información y concienciación a las personas mayores sobre los mecanismos jurídicos existentes, para que su voluntad sea cumplida, cuando ellos no puedan decidir y tengan que ser terceros los que lo hagan por ellos.

“El compromiso con la humanización de las instituciones sociosanitarias” es el título con el que Carlos Bermejo y Marta Villaceros, Director e investigadora del Centro de Humanización San Camilo, estudian cómo la humanización del mundo de la salud y de la dependencia pasa no sólo por el diseño y desarrollo de programas que salgan al paso de las necesidades materiales, sino por incidir también en la salud y autonomía de las relaciones, en el respeto de los valores, en el manejo de los

sentimientos de frustración y de pérdida y en el potenciamiento de la autopercepción, lo que representa un compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad.

Asimismo, como en números anteriores hacemos un repaso de libros y documentos que consideramos de especial interés para conocer el panorama intelectual en este sector de reflexión. También hemos pensado que sería de interés difundir en una sección de la Revista aquellas actividades científicas que desarrolla la Fundación que afectan al conocimiento de la realidad social o avances en la investigación para la mejora de su calidad de vida. Así, en este número hacemos referencia al estudio realizado durante cuatro años consecutivos sobre la percepción de la dependencia en España por parte de las personas afectadas, las familias y la sociedad en general. También se incluye una referencia a dos Conferencias promovidas por la Fundación de los importantes investigadores americanos doctores Norman Relkin y Andrew Schwartz, sobre el tratamiento del alzhéimer con la inmunoglobulina intravenosa (IGIV) y sobre el control y manejo de un brazo robótico sólo con el pensamiento, respectivamente.

Pablo Cobo

CONSEJO DE REDACCIÓN

Juan Sitges Breiter
Ángel Expósito Mora
Amando de Miguel Rodríguez
Julio Sánchez Fierro
Gregorio Rodríguez Cabrero
Antonio Jiménez Lara
Pablo Cobo Gálvez

DIRECCIÓN DE LA REVISTA

Pablo Cobo Gálvez

SECRETARÍA DE LA REVISTA

Ana Artacho Larrauri

05

DEPENDENCIA: FINANCIACIÓN PÚBLICO-PRIVADA Y SOSTENIBILIDAD.

ADELINA COMAS HERRERA

Research Fellow, London School of Economics and Political Science.

27

LA DEPENDENCIA: TAMBIÉN UN PROBLEMA MÉDICO.

JOSÉ MANUEL RIBERA CASADO

Académico de Número.

Real Academia Nacional de Medicina.

41

POR UN VERDADERO IMPULSO EN LA PROMOCIÓN Y GARANTÍAS DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES.

CARLOS GANZENMÜLLER ROIG

Fiscal del Tribunal Supremo.

Fiscal Delegado ante el Foro Justicia y Discapacidad.

Fiscal Coordinador de los Servicios de Protección a las Personas con Discapacidad de las Fiscalías Provinciales.

59

EL COMPROMISO DE LA HUMANIZACIÓN EN LAS INSTITUCIONES SOCIO-SANITARIAS.

JOSÉ CARLOS BERMEJO HIGUERA

Director Centro de Humanización de la Salud.

MARTA VILLACIEROS DURBÁN

Departamento Investigación, Centro de Humanización de la Salud.

81

DOCUMENTOS DE INTERÉS.

91

OTRAS ACTIVIDADES CIENTÍFICAS DE LA FUNDACIÓN CASER.

DEPENDENCIA: FINANCIACIÓN PÚBLICO- PRIVADA Y SOSTENIBILIDAD

ADELINA COMAS HERRERA

Research Fellow, London School of Economics and Political Science

Sumario

1. MODERACIÓN DEL GASTO EN DEPENDENCIA: ¿PODEMOS ROMPER EL VÍNCULO ENTRE EDAD Y DEPENDENCIA?

2. OPTIMIZAR LOS RECURSOS: ¿PODEMOS SER MÁS EFICIENTES CON LOS RECURSOS QUE TENEMOS?

3. AUMENTANDO LA PROPORCIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A LA DEPENDENCIA.

3.1. Eficiencia.

3.2. Equidad.

3.3. La promoción de la dignidad, la elección y la independencia.

3.4. La promoción de la solidaridad.

3.5. Sostenibilidad política, económica y fiscal.

4. LOS MECANISMOS DE FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA.

4.1. Recursos individuales y familiares: apoyo informal y ahorro privado.

4.2. Seguros privados.

4.3. Seguro privado con apoyo del sector público.

4.4. Sistemas de Seguridad Social.

4.5. Sistemas financiados por impuestos.

4.6. Estrategia mixta: colaboración publico-privada.

5. CONCLUSIONES.

6. BIBLIOGRAFÍA.

Palabras CLAVE

Dependencia, financiación, seguros de dependencia, Seguridad Social, financiación de la dependencia.

Resumen

Sabemos que en las próximas décadas, si se cumplen las proyecciones demográficas, habrá muchas más personas que necesitaran servicios de dependencia. Y esto conlleva un reto muy importante, ante el que podemos identificar tres vías de actuación principales: La primera sería conseguir moderar o reducir las causas de la dependencia y, como consecuencia, el gasto futuro. La segunda requeriría optimizar los recursos que se destinan a la dependencia a través de mayor eficiencia en el sistema. Y, finalmente, la tercera requiere aumentar los recursos destinados a financiar la dependencia. Este artículo se va a centrar, sobre todo, en esta tercera vía. Vamos a discutir las principales fuentes de recursos para financiar la dependencia: el cuidado informal, ahorro privado, seguros de dependencia, sistemas de seguridad y financiación a través de impuestos, así como las posibilidades de cooperación entre la financiación pública y privada.

Keywords

Long-term care financing, long-term care insurance, Social Security systems, long-term care finance, social care, social care finance, long-term care.

Abstract

We know that in the next decades there will be a huge increase in the numbers of people requiring long-term care, which will be a challenge to most long-term care systems. There are three key ways to respond to this challenge: the first is to moderate future need for care, through finding ways to moderate or even reduce the need for long-term care. The second would require an increase in the efficiency of care systems, so that the resources that are available are used to achieve as much improvement as possible in the wellbeing of people with care needs. Even if we are reasonably successful at these first two ways, it will still be inevitable that we will need to use more resources to finance long-term care in the near future. This article reviews the main ways in which long-term care can be financed, including informal care, private income and savings, private insurance, social security and taxation. It also explores the possibilities for public-private partnerships in the financing of long-term care.

El futuro es, inevitablemente, incierto. Pero si hay una cosa de la que podemos estar seguros, es de que en los próximos veinte años tendremos que destinar muchos más recursos a la dependencia de los que estamos destinando hoy. Esto es, por supuesto, el resultado de un gran logro: hay muchas más personas que pueden vivir vidas más largas. Y podría ser, también, una oportunidad.

El que más personas alcancen edades más avanzadas también significa que más personas necesitarán cuidados a causa de dependencia y que, probablemente, necesiten estos cuidados durante más tiempo. Las proyecciones más recientes de los países de la UE sugieren que, de acuerdo con las tendencias demográficas, los perfiles de necesidad y niveles de uso de servicios actuales, en los próximos 40 años el gasto público en dependencia en la mayoría de países va a ser más del doble de lo que es actualmente.

Aunque la demografía es el principal factor determinante de la velocidad a la que se espera que aumente el gasto en dependencia, hay muchos otros factores que influyen. El nivel de dependencia de la población de mayores es una variable importantísima, ya que no es el número de personas mayores el que determina el nivel de gasto, sino el número de personas con dependencia. Es crucial, también, el nivel de uso de servicios formales. Y, cuando solo se proyecta el gasto público, el nivel de cobertura que ofrece el sistema público.

Según las proyecciones de la Comisión Europea, en España el gasto público en dependencia, si se mantiene el perfil de necesidad y nivel de cobertura del 2010, entre 2010 y 2060 pasaría de representar un 0.8 por ciento del

producto interior bruto (PIB) a un 1.6 por ciento (ECFIN 2012, p. 205). Sin embargo, bajo un escenario en que el nivel de cobertura público llegara a convergir con la media europea, en 2060 el nivel de gasto público subiría a un 3.1% del PIB (p.214).

Ante este reto podemos identificar tres vías de actuación principales: la primera sería conseguir moderar o reducir las causas de la dependencia y, como consecuencia, el gasto futuro. La segunda requeriría optimizar los recursos que se destinan a la dependencia a través de mayor eficiencia en el sistema. Y, finalmente, la tercera requiere aumentar los recursos destinados a financiar la dependencia. Este artículo se va a centrar, sobretodo, en esta tercera vía.

1. MODERACIÓN DEL GASTO EN DEPENDENCIA: ¿PODEMOS ROMPER EL VÍNCULO ENTRE EDAD Y DEPENDENCIA?

La edad, por sí sola, no es causa de dependencia. Por lo contrario, las personas mayores sanas no sólo no requieren ayuda, sino que hacen aportaciones importantísimas a la sociedad. La dependencia se debe en la mayor parte a las consecuencias de enfermedades crónicas incapacitantes, un proceso que Verbrugge y Jette (1994) describieron con mucha claridad: una patología (que puede ser una enfermedad crónica o resultado de un accidente), puede tener como consecuencia disfuncionalidades que, a su vez pueden generar limitaciones funcionales (es decir, restricciones en las acciones físicas o mentales que se pueden llevar a cabo) y que, como consecuencia, pueden resultar en dependencia. Cada uno de los pasos por los que se llega a una situación de dependencia ofrece una oportunidad de prevención, de moderación, y en algunos casos de curación.

La edad no deja de ser uno de los principales factores de riesgo de muchas de las enfermedades crónicas discapacitantes, por lo que, cuantas más personas alcanzan edades avanzadas, más personas se ven expuestas al riesgo de estas enfermedades y durante más tiempo, lo que, en principio, repercutiría en un aumento en el número de personas con dependencia.

Tal como sugieren Verbrugge y Jette (1994), existen amplias oportunidades para prevenir, o retrasar, las principales enfermedades crónicas que causan dependencia. Por ejemplo, la hipertensión es uno de los factores de riesgo de la demencia vascular. Un estilo de vida más activo y saludable y un buen control de la hipertensión podrían, potencialmente, reducir la probabilidad de desarrollar demencia de origen vascular (Jagger et al., 2009). Y una vez ya se tiene una enfermedad crónica, aún hay oportunidades para evitar, reducir o retrasar la dependencia. Un buen tratamiento de las enfermedades crónicas puede evitar o disminuir sus consecuencias discapacitantes. Y, aun cuando hay una discapacidad, existen también oportunidades para evitar la dependencia, como modificaciones en las viviendas y utensilios de la vida diaria.

A medida que aumenta el número de personas mayores, sería de esperar que el sistema sanitario se adaptara al cambio demográfico y un nuevo perfil de necesidades de la población, de forma que hubiera mucho más énfasis en la prevención de la dependencia a través de un mejor tratamiento de las enfermedades crónicas, y tal vez menor énfasis en alargar vidas a cualquier coste.

Sin embargo, por ahora la evidencia no sugiere que las mejoras de la salud vayan a suce-

der lo suficientemente rápido y en suficiente cuantía como para que haya una “compensación de la morbilidad” que compense por los aumentos en el futuro número de personas mayores con dependencia los próximos años. Por lo tanto, parece inevitable que habrá que aumentar la proporción de los recursos destinados a financiar los servicios de dependencia (Lafortune and Balestat, 2007).

2. OPTIMIZAR LOS RECURSOS: ¿PODEMOS SER MÁS EFICIENTES CON LOS RECURSOS QUE TENEMOS?

Es posible, también, buscar formas más eficientes de atender la dependencia. En un contexto en que los recursos son escasos es especialmente importante hacer el mejor uso posible de los recursos disponibles.

La eficiencia puede ser entendida como el logro del máximo rendimiento, en términos de cantidad y calidad, para un nivel dado de gasto. En el contexto de los servicios de dependencia, es importantísimo entender que el objetivo no es maximizar el número de unidades de servicio financiadas, o incluso el número de personas atendidas sino el impacto que estos servicios tienen en la calidad de vida de los usuarios y cuidadores (Wittenberg et al., 2002). Los resultados de los servicios para personas con dependencia son difíciles de definir y medir, pero proyectos como ASCOT están progresando mucho en esta área (Netten et al. 2012). La recogida de información sobre el impacto de los servicios en los individuos es una herramienta clave para la toma de decisiones racionales sobre la mejor forma de utilizar los recursos. Por ejemplo, a la hora de decidir si dedicar más recursos a atención domiciliaria, centros de día, residencias o tele asistencia, deberíamos

entender el impacto de gastar un euro más o menos en cada uno de estos servicios en la calidad de vida de sus usuarios. También es muy importante entender que factores como el nivel y tipo de necesidades de los usuarios van a determinar el efecto que un servicio puede tener en su calidad de vida. Por ejemplo, ECCEP, uno de los estudios pioneros en esta área encontró que, para personas con demencia avanzada, los centros de día eran mucho más eficientes que la atención domiciliaria (Davies and Fernández, 2000), ya que reducían más el nivel de estrés de los cuidadores informales.

3. AUMENTANDO LA PROPORCIÓN DE RECURSOS DESTINADOS A LA DEPENDENCIA.

En esta sección hago una revisión de los principales mecanismos disponibles para generar fondos para financiar la dependencia, evaluando cada mecanismo en relación con los principales criterios de evaluación de políticas sociales. Es importante tener en cuenta que puede haber una multiplicidad de objetivos relacionados con la dependencia y su importancia relativa varía dependiendo del contexto nacional. Siguiendo el trabajo de Wittenberg (1999), Wittenberg y Malley (2007), Glendinning et al., (2004), Wanless (2006) y Fernández et al. (2009), en este artículo vamos a utilizar los siguientes criterios:

- Eficiencia.
- Equidad.
- Sostenibilidad política, económica y social.
- Promoción de la dignidad, libertad de elección e independencia.
- Promoción de la solidaridad.

3.1. Eficiencia.

Los recursos no son infinitos, y dadas las limitaciones en las cantidades de recursos disponibles, es importante tener en cuenta el impacto de diferentes mecanismos de financiación en la eficiencia con que se utilizan los recursos disponibles para sanidad y servicios sociales.

Un obstáculo al logro de la eficiencia, en la práctica, son los incentivos que el sistema de financiación genera para transferir costes a otras agencias, o al individuo. Por ejemplo, si la agencia responsable de la evaluación de las necesidades no es también responsable de la financiación de los servicios, puede que tenga incentivos para maximizar el número de personas clasificadas como dependientes. Otro ejemplo serían los incentivos generados por los sistemas de copago: en el caso en que la contribución familiar o individual a los servicios residenciales sea superior a la contribución de los usuarios a los servicios de atención domiciliaria o centros de día puede darse una situación en la que los organismos públicos promuevan la institucionalización, aunque la atención domiciliaria sea preferible para el usuario y más económica.

El sistema de financiación también debería favorecer que haya una oferta de servicios adecuada. A este respecto, los medios por los que se distribuyen los recursos (prestaciones económicas, cupones, o dando servicios) afectarán el tamaño y la naturaleza del mercado de servicios de dependencia, el nivel de competencia y los precios de los servicios. Los responsables políticos deben equilibrar las ventajas de los mercados más competitivos con un marco normativo que garantice la calidad de los servicios.

Los mecanismos de financiación también afectan la coordinación entre los servicios especialmente entre los servicios sanitarios y sociales. En muchos países, la financiación de los servicios sanitarios y sociales es diferente, con copagos mucho más elevados para los servicios sociales (McDaid et al., 2007). A menudo esto crea situaciones en que personas con necesidades muy similares pueden pagar cantidades muy diferentes por su asistencia en función de si han sido clasificados en el sistema de servicios sociales o en el de sanidad, lo que genera incentivos que pueden resultar perversos.

Otra cuestión relacionada con la eficiencia que hay que considerar es el grado en que el sistema promueve o dificulta la cooperación entre individuos, sus familias y el estado para financiar la dependencia. Por ejemplo, en el caso de normas de copago que penalicen de forma excesiva a las personas que han ahorrado con prudencia para su jubilación, de forma que estén obligados a aportar la mayor parte o todos sus ahorros para pagar sus costes de dependencia (este problema puede ser particularmente grave en sistemas en los que el apoyo público se dirige exclusivamente a personas con medios muy bajos), es muy posible que el sistema público pierda recursos muy considerables si los individuos, en un intento de evitar lo que consideran copagos excesivos e injustos, encuentran formas para esconder o incluso agotar todos sus recursos financieros mediante, por ejemplo, transferencias a sus familiares.

3.2. Equidad.

La equidad es un objetivo ampliamente aceptado de los sistemas públicos de dependencia y, en general, el estado de bienestar. Sin embargo, hay poco acuerdo sobre lo que sig-

nifica. En general, cuando se habla de equidad como objetivo se considera principalmente la importancia de una distribución justa de los recursos y las cargas (Österle, 2002). La equidad del sistema de dependencia es el resultado de las formas en que se generan los recursos y de cómo se asignan los recursos.

En relación a la generación de recursos para la financiación de la dependencia, la equidad horizontal requiere que los individuos con la misma renta y capital contribuyan la misma cantidad de fondos. La equidad vertical requiere que los fondos se recauden de forma progresiva, es decir, que aquellos con más recursos contribuyan una proporción superior.

3.3. La promoción de la dignidad, la elección y la independencia.

Independencia, autoestima, dignidad y libertad de elección se consideran objetivos claves de la política de dependencia en muchos países. En el contexto de la evaluación de los mecanismos de financiación, esto se traduce en garantizar que el sistema de financiación no limite demasiado la libertad de elección de los usuarios, no distorsione sus preferencias a través de incentivos no satisfactorios, o cree estigma.

En la mayoría de los sistemas de dependencia, los usuarios de servicios contribuyen a los costes de los servicios mediante copagos. Los responsables políticos deben tener en cuenta el grado en que el sistema de copago afecta la dignidad de los usuarios del servicio y asegurarse de que el usuario pueda tener recursos suficientes para pagar sus gastos diarios normales. Muchas pruebas de medios, por ejemplo, estipulan un mínimo de recursos que debe poder retener el individuo.

El diseño del sistema de financiación de la dependencia tiene también consecuencias importantes en la dignidad y la independencia de los cuidadores informales. La forma en que el sistema de financiación reconoce y valora el papel de los cuidadores familiares es especialmente importante.

3.4. Promoción de la solidaridad.

La promoción de la solidaridad también ha sido sugerida como un criterio para la evaluación de las políticas sociales (por ejemplo, Le Grand, Propper y Robinson, 1992). En el área de dependencia hay que considerar el impacto en los incentivos de familiares y amigos para dar cuidados informales. Otro aspecto sería la promoción de la solidaridad entre las generaciones. Políticas que redistribuyan recursos entre la población, en función del grado de necesidad y de recursos, podrían aumentar el sentido de solidaridad y cohesión social de la población.

3.5. Sostenibilidad política, económica y fiscal.

Es fundamental que el sistema de financiación sea sostenible. Hay que empezar aclarando lo que entendemos por sostenibilidad, haciendo una distinción entre la sostenibilidad política, económica y fiscal.

La sostenibilidad política requiere apoyo público al sistema de dependencia, que a su vez dependerá en parte de si las personas creen que se les proporcionará un apoyo adecuado si alguna vez lo necesitan. También dependerá de las preferencias sociales y las expectativas de la población. Estas expectativas dependen, en parte, del nivel de las contribuciones al sis-

tema (mayores expectativas cuanto mayores las contribuciones).

La confianza pública también está influida por la percepción (o no) de que el sistema utiliza bien los recursos. La predisposición de los individuos a cofinanciar el cuidado de los demás será mayor si se considera que los recursos se utilizan para la prestación de servicios esenciales, como la asistencia a las actividades principales de la vida diaria, a personas que realmente lo necesitan. Por otro lado, dirigir los recursos solamente a personas con pocos recursos puede reducir la percepción de la calidad de los servicios, crear estigma entre los usuarios y reducir el apoyo público.

Thomson et al. (2009) definen la sostenibilidad económica del gasto sanitario mediante la comparación del valor producido por los servicios sanitarios con sus costes de oportunidad. Sugieren que en el caso del gasto sanitario, "siempre y cuando el valor producido por la sanidad supere los costes de oportunidad, el crecimiento en el gasto sanitario es económicamente sostenible. Si el coste de oportunidad es demasiado alto, el gasto sanitario es económicamente insostenible" (p. 6).

La sostenibilidad fiscal, por su parte, se refiere únicamente al gasto público y el grado en el que el crecimiento del gasto en un área (por ejemplo la dependencia) afecta a las otras áreas de gasto como la educación, sanidad, defensa... Como Thomson et al. (2009) señalan, es posible que el crecimiento del gasto en dependencia sea sostenible económicamente, pero no fiscalmente.

El punto en el que el gasto en dependencia resulta fiscalmente insostenible dependerá de

si los ingresos públicos crecen al mismo ritmo que el gasto público en dependencia y de si el nivel de gasto público en otras áreas crece más rápidamente o no en comparación con la dependencia. Cuanto más apoyo público tenga el sistema de dependencia, más probable será que sea fiscalmente sostenible.

4. LOS MECANISMOS DE FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA.

Existe una gran variabilidad en los modelos de financiación de la dependencia adoptados por diferentes países, con casi ningún ejemplo de “modelo puro” que encaje perfectamente en tipologías (Fernández et al., 2009, Castries, 2009, OECD 2011). Hasta hace relativamente poco tiempo muy pocos países contaban con sistemas de dependencia “coherentes”, por lo general eran el resultado de una evolución gradual del sistema de asistencia social o del sistema sanitario para llenar vacíos en la disponibilidad de ayuda familiar.

Esta sección revisa los principales mecanismos de financiación, entendida como la generación de recursos para la dependencia, y los analiza en relación con los criterios señalados en el apartado anterior.

4.1. Recursos individuales y familiares.

En ausencia de mecanismos colectivos para financiar la dependencia, las personas mayores con suficientes recursos pueden financiar sus necesidades utilizando sus propios recursos: su capital social, ingresos, ahorros y capital económico (incluso capital inmobiliario). Los costes de la dependencia a menudo son financiados por otros miembros de la familia, o bien de forma monetaria, o, predominantemente, me-

diante la prestación de cuidados informales.

El cuidado informal

El cuidado informal no es gratis, aunque no implique una transacción monetaria. La prestación de cuidados informales puede tener costes de oportunidad importantes: salarios dejados de percibir, las oportunidades de empleo perdidas, tiempo de ocio no realizado, impactos en la salud e incluso costes sociales a causa de que la atención desviada de otras responsabilidades familiares (Wittenberg y Malley, 2007).

A través de la prestación de cuidados informales, los familiares y amigos de personas en situación de dependencia son la fuente más importante de recursos de dependencia. Incluso en los países con sistemas de dependencia pública generosos, como Suecia (Sundström et al., 2002).

Los cuidados informales son eficientes si los costes de oportunidad de la prestación de cuidados informales son menores que los costes totales de la atención formal. Sin embargo la medición de los costes de oportunidad de los cuidados informales es complicada ya que depende de muchos factores. Siguiendo el modelo de asignación de tiempo propuesto por Becker (1965), es importante distinguir entre la prestación de cuidados informales por parte de los cónyuges (que, en su mayoría están jubilados, por lo que es poco probable que estén activos laboralmente) y por parte de los hijos (que es probable que tengan edad laboral, por lo que sí que entran en consideración sus oportunidades para ejercer trabajo remunerado, el ocio, el cuidado de sus propios hijos y sus propias tareas domésticas). La comparación de los costes de oportunidad entre los cuidadores

de estos dos grupos no es tan sencilla. Además de su tiempo, los cuidadores a menudo ven perjudicada su propia salud física y mental. A medida que envejece la población también envejecen los cuidadores, especialmente los cónyuges que son los que suelen cuidar de forma más intensiva (véase, por ejemplo, Pickard et al., 2000). Los aumentos en los niveles de educación, que potencialmente podrían traducirse en mayores ingresos para las generaciones más jóvenes, acompañados por aumentos en los niveles de participación de mujeres jóvenes y de mediana edad, también resultarían en un aumento en los costes de oportunidad (Jaumotte 2003).

El precio de los servicios públicos que experimenta el usuario y sus familias también afecta la decisión entre los cuidados formales e informales. En este sentido, la financiación pública de los servicios de dependencia y el tamaño de los copagos afectará el precio percibido del cuidado formal y en consecuencia influirá en las decisiones de los individuos y sus familias.

Otro factor importante en la comparación de los costes de oportunidad del cuidado informal frente a los costes de los cuidados formales son las preferencias y expectativas de los cuidadores y de las personas que son atendidas. Si hay una fuerte preferencia por los cuidados informales, tanto por parte del cuidador como por parte de quien necesita cuidados, el coste de oportunidad sería menor. Sin embargo, la evidencia sugiere que a las personas mayores cada vez les preocupa más ser una carga para sus familias. Por otro lado, si se cree que los servicios formales son de baja calidad, el coste de oportunidad de los cuidados informales puede parecer menor.

Desde el punto de vista de la equidad, los cuidados informales no conllevan ninguna redistribución fuera de la familia. Además, las personas que prestan cuidados informales tienden a ser mujeres, a no estar en el mercado laboral y a tener ingresos bajos, por lo que se podría argumentar que los cuidados informales son una forma de financiación de la dependencia regresiva.

La medida en que la dependencia se considera como una responsabilidad individual o familiar varía entre diferentes países y culturas. En algunos países, como Francia y Alemania, los hijos tienen la responsabilidad legal de financiar el cuidado de sus padres, si los padres no pueden sufragar los gastos propios.

Ingresos, ahorros y capital.

Hay varias maneras en que las personas pueden financiar su dependencia: pensiones, ahorros en efectivo, inversiones, capital... También pueden utilizar el capital acumulado en la vivienda, o bien trasladándose a una vivienda más barata (y normalmente más manejable), contratando una hipoteca inversa, o vendiendo la vivienda y utilizando el capital para financiar una plaza en una residencia.

El uso de recursos individuales y familiares como únicos medios para financiar la dependencia presenta algunos problemas. Desde el punto de vista de eficiencia, ya que no todas las personas van a necesitar servicios, no es eficiente que todo el mundo ahorre lo suficiente como para cubrir los costes medios de los servicios, y mucho menos el coste máximo posible (véase, por ejemplo, Barr 2010). En este sentido, colectivizar el riesgo mediante un seguro o fondos públicos es más eficiente que el ahorro privado.

Hay otras razones por las cuales la financiación colectiva es preferible al ahorro individual y los recursos familiares para cubrir los costos de dependencia. Muchas personas, debido a sus circunstancias económicas y personales, no podrán ahorrar lo suficiente para cubrir los costes de sus cuidados ni podrán contar con suficiente apoyo familiar. Antes del desarrollo del sistema de dependencia, muchas de estas personas hubieran recibido ayuda de organizaciones benéficas (véase, por ejemplo, Kendall, Knapp y Forder, 2006). Con el desarrollo del Estado de bienestar, el apoyo a aquellos que no podían financiarse los servicios que necesitaban lo proporcionó gradualmente el sector público, a través de la asistencia social y plazas en residencias públicas. Sin embargo, cuando los servicios públicos se utilizan sólo para ayudar a personas con insuficientes recursos, el uso de servicios puede ser estigmatizado, afectando la dignidad de los usuarios, lo que podría resultar en niveles más bajos de utilización de lo que sería eficiente.

Además, diversos estudios han demostrado que la mayoría de personas subestiman el riesgo de necesitar cuidados a largo plazo, y en consecuencia es difícil que ahorren lo suficiente como para hacer frente a los costos de la dependencia.

El ahorro privado desempeña un papel muy importante en muchos países, ya sea a través de la compra directa de los servicios privados o a través de copagos, especialmente en países (como los Estados Unidos y el Reino Unido) donde las personas mayores con un cierto nivel de renta o capital no tienen derecho a financiación pública de la dependencia.

4.2. Seguros privados de dependencia.

El seguro es un mecanismo para compartir los riesgos y sus consecuencias. El asegurador recibe recursos (primas) de todos los asegurados y hace pagos a los que sufren el riesgo especificado en las pólizas, de forma que los riesgos de todas las personas aseguradas son asumidos colectivamente. Al comprar una prima, las personas transfieren su riesgo personal de la pérdida.

Es importante destacar que, a diferencia de los seguros de salud, que se compran de forma anual y cubren las necesidades médicas durante el periodo contratado, los seguros de dependencia son contratos a largo plazo para pagar las necesidades que puedan aparecer en el futuro. Otra diferencia importante es que el seguro de dependencia tiende a ser adquirido por individuos, mientras que la compra del seguro sanitario se hace, más a menudo, a través del empleo. Las prestaciones pueden ser en metálico (por ejemplo en Francia y otros países europeos) o en servicios (más común en los Estados Unidos). Los pagos se activan mediante la superación de determinados umbrales de necesidades, normalmente definidos en términos de necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria (Brown y Finkelstein, 2009 y Courbage y Roudaut, 2008).

Los seguros privados, en principio, serían una forma de financiación de la dependencia más eficiente que el ahorro privado, ya que eliminan la necesidad de que cada individuo intente ahorrar para cubrir el máximo coste posible (véase, por ejemplo, Barr, 2010), cuando en la práctica sólo una de cada tres personas necesitan servicios. Los seguros también redistribuyen recursos entre las personas que no tienen

necesidades a las que las tienen y, en principio, pueden promover la elección, la independencia y la dignidad.

Barr (2010) también argumenta que el seguro puede ser interpretado como un ejemplo de solidaridad tras el velo de la ignorancia (Rawls, 1972): las personas que compran seguros no saben con antelación si van a necesitar servicios. Esto hace que los seguros privados sean moralmente más atractivos que el uso de ahorros individuales o familiares. Si las personas tienen aversión al riesgo, el seguro también puede mejorar su bienestar.

Sin embargo, el seguro privado a un precio actuarialmente justo no es siempre posible. Existe un importante cuerpo teórico sobre la economía del seguro de dependencia, que enumera una serie de condiciones bajo las cuales los seguros privados serán ineficaces o inexistentes. Hay una serie de fallos de mercado que hacen cuestionar hasta qué punto el seguro privado es factible como el principal mecanismo de financiación de la dependencia. Hay problemas de selección adversa: las personas que saben que tienen más probabilidades de necesitar servicios es más probable que deseen comprar primas. Otro problema importante es la presencia de riesgos de grupo (es decir, no independientes), a causa de incertidumbre acerca de cambios futuros en la necesidad de servicios al nivel de la población, y sobre los costes futuros de los servicios. Los aseguradores también se encuentran con que tener un seguro puede resultar en que los asegurados utilicen más servicios de los que utilizarían si no tuvieran el seguro (demanda inducida), con que en general hay poco conocimiento del riesgo real de necesitar servicios, y que solo una parte pequeña de la población

tiene suficientes recursos como para comprar primas (Glennerster 2003, Wiener et al., 1994).

Las aseguradoras pueden tomar medidas para contrarrestar algunos de estos problemas, por ejemplo, a través de primas más altas, exclusiones y copagos, pero estas medidas tienden a reducir la capacidad de pago y/o el atractivo de las pólizas. Los precios de las pólizas típicas para la dependencia son marcadamente superiores que los de otros tipos de seguros (Brown y Finkelstein, 2008).

La falta de atractivo y poca asequibilidad del seguro de dependencia son un obstáculo importante (Brown y Finkelstein, 2008). La compra de un seguro de dependencia se hace a largo plazo, es un producto complejo y los posibles compradores se enfrentan a incertidumbres acerca del nivel de cobertura futuro, sobre si sus primas pueden cambiar si, por ejemplo, a causa de un diagnóstico pasan a tener un perfil de más riesgo, o si hay cambios en los costes de los servicios. Además, los cambios en la financiación pública de dependencia podrían resultar en sobre-aseguramiento si el sistema se hiciera más generoso, o en una cobertura insuficiente si sucede lo contrario (Barr, 2010). Las primas son más asequibles si se compran cuando aún se es joven, sin embargo en la edad en que los seguros de dependencia resultarían asequibles se suelen tener otras prioridades financieras como la vivienda, educación de los hijos, etc.

Los dos países con los mayores mercados de seguros de dependencia son los Estados Unidos y Francia. Los productos de seguros de dependencia que se venden en los dos países son muy diferentes. Según Kessler (2008), esto se debe a que mientras que la filosofía del seguro de

dependencia en los EE.UU. se ha desarrollado a partir del seguro sanitario, el modelo de seguro francés se ha basado en los seguros de incapacidad.

En Estados Unidos se ha estimado que en total hay más de 6 millones de asegurados (Kessler, 2008). En 2006 las prestaciones de los seguros de dependencia representaron el 8% de los gastos de dependencia totales. El gasto individual en compra de servicios representó, en el mismo año, alrededor del 19% (Congressional Budget Office, 2008).

Courbage y Roudaut (2008, p. 649) analizaron los datos franceses de la encuesta SHARE y encontraron que, de las personas mayores que viven en Francia, el 26% tenían un seguro de dependencia que cubría las residencias, el 49% de los cuidados de enfermería en casa en caso de una enfermedad crónica o discapacidad, y el 12,5% de ayuda a domicilio para obtener ayuda con las actividades diarias. Hay alrededor de 3 millones de asegurados en Francia y en el mercado de dependencia está creciendo a un ritmo del 15% anual (Kessler, 2008).

En parte por los bajos niveles de adopción del seguro privado en los EE.UU., ha habido una serie de estudios que han investigado las características de las personas que compran LTCI, en comparación con los no compradores. Un hallazgo común es una fuerte asociación entre el nivel de ingresos y capital y la probabilidad de tener un seguro (véase, por ejemplo, Brown y Finkelstein, 2009, Schaber y Stum, 2007). La evidencia también sugiere que la relación entre la riqueza y la compra de un seguro no es lineal (Courbage y Roudaut, 2008, Cramer y Jensen, 2006, Mellor, 2000), y que las personas con niveles de recursos medios tienden a ser

más propensos a comprar un seguro que los más pobres (que no pueden pagarlo y es más probable que estén cubiertos por los sistemas públicos), o los muy ricos (que tienen suficientes activos para auto-asegurarse y pueden ser menos adversos al riesgo).

Varios estudios también muestran que las personas que compran seguros de dependencia tienden a percibirse a sí mismos como mayor riesgo de tener dependencia que los que no compran (por ejemplo, Schaber y Stum, 2007, Courbage y Roudaut, 2008). Algunos autores interpretan esto como una confirmación de la presencia de selección adversa, sin embargo, Mellor (2000) advierte que este aumento de la conciencia sobre el riesgo de necesitar servicios puede deberse a haber comprado el seguro.

Estar casado también se asocia positivamente con la compra de seguro de dependencia (Brown y Finkelstein, 2009, Cramer y Jensen 2006, Courbage y Roudaut, 2008). Tener hijos y un número elevado de hijos está asociado con la compra de seguro con la muestra francesa de SHARE, según el análisis de Courbage y Roudaut (2008), sin embargo Schaber y Stum (2007), en los EE.UU., encontró que las personas que compraron seguros de dependencia tendían a tener familias más pequeñas.

Davidoff sugiere que la vivienda afecta a la demanda de otros productos financieros para la vejez, ya que concentra una parte desproporcionada de la capacidad de ahorro (Davidoff, 2010) y que las hipotecas inversas podrían sustituir el seguro de dependencia, en ausencia de fuertes motivos de herencia.

Desde el punto de vista de la equidad, los seguros de dependencia privados son regresivos

en el sentido de que sólo las personas más ricas son capaces de pagar las primas y están protegidos contra el riesgo de los costos de dependencia. Además, los grupos de personas con mayor probabilidad de necesitar cuidados, que también son propensos a tener ingresos más bajos, tendrían que pagar primas más altas (Holdenrieder, 2006).

4.3. Seguros privados con apoyo del sector público.

El sector público puede promover la demanda del seguro de dependencia de varias formas. Puede dar incentivos como desgravar la compra de seguro de los impuestos, o dar la opción de no tener que pagar contribuciones de dependencia a la seguridad social si se tiene un seguro privado. Otra estrategia sería la de concienciar a la población sobre el riesgo de la dependencia a través de programas educativos y de aclarar lo que realmente cubre o no el sistema público. El estado también podría definir la cobertura pública de forma que mitigue parte del riesgo de los proveedores de LTCI, o incluso, hacer que el seguro de dependencia sea obligatorio.

La desgravación fiscal de las primas de dependencia, podría hacerse de forma similar a la de las contribuciones a las pensiones. Desde 1996 en los EE.UU. se permite deducir una parte de los gastos sanitarios y de dependencia (incluyendo las primas de seguros) de los ingresos antes de impuestos (Courtemanche et al., 2008). Hay una amplia variación en el tratamiento fiscal que los diferentes estados den a las primas de dependencia (Wiener et al., 2000).

La evidencia disponible sugiere que los incentivos fiscales tienen un impacto muy mo-

desto debido a la inelasticidad de precios (Cramer y Jensen, 2006, Courtemanche y He, 2008 y Brown y Finkelstein 2009). Courtemanche y He (2008) también concluyeron que la pérdida de ingresos federales por los incentivos fiscales en los EE.UU. superó la reducción en los gastos de Medicaid, lo que sugiere que desde el punto de vista fiscal no es rentable utilizar los subsidios fiscales para ampliar el mercado de seguro de dependencia privado.

Otra posibilidad sería la de no tener que pagar contribuciones de dependencia a la seguridad social si se tiene un seguro privado. Este es el caso en Alemania, donde las personas con niveles altos de renta pueden optar por no contribuir al fondo de seguro social de dependencia. Sin embargo, desde un punto de vista de la equidad, esta es una política regresiva (van Doorslaer et al., 1999).

El sector público también puede reducir el coste de los seguros privados de dependencia, asumiendo una parte del riesgo. Las "partnerships" que se han introducido en algunos estados de EE.UU., tienen este efecto ya que las personas que compran seguros privados reciben un trato más favorable en las pruebas de medios si agotan los beneficios del seguro y buscan financiación pública (Medicaid) para sus cuidados. En principio las pólizas que se venden bajo estas "partnerships" tendrían primas más bajas ya que el sector público asume una parte del riesgo. Sin embargo, el nivel de compras de estas pólizas ha sido decepcionante (GAO, 2005), se piensa que esto se debe a que Medicaid se percibe como una red de seguridad para gente pobre, lo que conlleva estigma, por lo que el incentivo de poder acceder a Medicaid más fácilmente no es muy atractivo para los compradores.

En varios estados de los EE.UU., los incentivos financieros se han complementado con programas educativos destinados a educar a las personas mayores sobre la necesidad de planificar la dependencia (National Governors Association, 2004). La evidencia empírica sugiere que el aumento de la conciencia sobre el riesgo de dependencia aumenta la probabilidad de adquirir un seguro. Por ejemplo, incluso si se tienen en cuenta los ingresos y la riqueza, las personas con niveles de educación más altos son más propensos a comprar un seguro (Cramer y Jensen 2006, Courbage 2008 y Mellor, 2000). Courbage también encontró una asociación positiva con haber prestado atención a los familiares.

El sector público también puede intervenir haciendo que el seguro de dependencia sea obligatorio. Barr (2010) sugiere que un seguro obligatorio sería pertinente porque las personas no siempre toman decisiones que son en su propio interés a largo plazo (por falta de conocimiento, o por presiones del corto plazo). Además solucionaría el riesgo de selección adversa y permitiría una cierta redistribución. La obligatoriedad no es en sí misma incompatible con un papel importante para el sector privado. Otro argumento a favor del seguro obligatorio es que neutraliza las diferencias respecto al riesgo y coste de dependencia entre hombres y mujeres, evitando la selección adversa por género.

Un sistema obligatorio plantea la cuestión de cómo se financian las primas para aquellos que no tienen suficientes recursos. El sector público podría financiar las primas en estos casos, o pagar las prestaciones de los que no han podido comprar un seguro. Hay que plantear la cuestión de si un sistema de seguros privado financiado, por lo menos en parte, por el sector

público sería preferible a un sistema de seguro público, como por ejemplo un sistema de seguridad social para la dependencia.

4.4. Sistemas de Seguridad Social.

La Seguridad Social por lo general significa que los costes de la dependencia se pagan a través de cotizaciones sociales, que por lo general provienen de empleados y empleadores. Las contribuciones se fijan de acuerdo con el nivel de ingresos, pero no según el riesgo. Por lo general, el acceso a las prestaciones depende de haber participado como contribuyente, y de tener necesidades por encima del nivel determinado por los criterios de elegibilidad. El sistema es regulado por el estado (o a nivel sub-nacional), y puede estar administrado por el mismo estado, por otros niveles de gobierno, o, frecuentemente, por entidades privadas sin ánimo de lucro.

Las principales diferencias entre el seguro privado y la seguridad social son que la seguridad social es generalmente obligatoria (aunque puede haber algunas excepciones, por ejemplo si se ha comprado un seguro privado), que en la seguridad social no se paga según el riesgo individual, y que la cobertura obligatoria distribuye el riesgo entre toda la población.

En los últimos años las características distintivas entre los sistemas de dependencia basados en los impuestos y en la seguridad social han disminuido gradualmente. Por ejemplo, los criterios de elegibilidad nacionales están presentes en España y también se han anunciado para Inglaterra (HM Government, 2010).

La asignación de las cotizaciones directamente a la dependencia es una de las características

más importantes del sistema de seguridad social y tiene la ventaja de garantizar los recursos para un propósito específico, ofreciendo un sistema de financiación mucho más transparente, y evitando la competencia con otras áreas de gasto políticamente más atractivas.

Los análisis que se han hecho de los efectos redistributivos de la financiación de la sanidad han demostrado que los sistemas de seguridad social en general ofrecen menor equidad vertical que los sistemas financiados por impuestos (van Doorslaer et al., 1999). Esto se debe a que las cotizaciones son generalmente proporcionales a los rendimientos del trabajo, hasta un nivel de contribución máxima, y no incluyen los ingresos obtenidos de otras fuentes (como ganancias de capital, rentas). Esas fuentes adicionales de ingresos son más frecuentes entre las personas más ricas.

En Alemania, por ejemplo, ciertos grupos (trabajadores por cuenta propia, funcionarios públicos, personas con altos niveles de ingresos) pueden optar por no participar en el sistema de seguridad social y comprar un seguro privado en su lugar (Rothgang, 2003). Es probable que la mayoría de las personas que tienen un seguro privado paguen contribuciones más bajas y presenten menor riesgo de necesitar atención médica. Esto aumenta la inequidad vertical.

También es importante tener en cuenta que, incluso en los países con sistemas de seguridad social de dependencia, los impuestos a menudo tienen un papel importante en la financiación de los servicios. A menudo para cubrir las cotizaciones de la población no ocupada y, cuando las prestaciones son insuficientes para cubrir el coste total de los servicios, la asistencia social

acaba cubriendo los costes de las personas que no tienen suficientes recursos, como pasa en Alemania (Rothgang, 2003).

Otra desventaja importante de los sistemas de seguridad social, como señala Holdenreider (2006) es que normalmente no son sistemas capitalizados sino “pay-as-you-go” (las generaciones que están trabajando ahora pagan los servicios de la población que necesita los servicios ahora), por lo que pueden ser más vulnerables que la financiación por impuestos a cambios demográficos que resulten en una reducción en la población en edades laborables.

Un régimen de capitalización podría ofrecer una financiación de la dependencia mucho más sostenible, pero requiere un esfuerzo inicial muy importante para generar los fondos necesarios (que, además significaría que habría una generación que tendría que financiar los servicios de los usuarios actuales además de los propios en el futuro), o que el sistema no entre en funcionamiento hasta que hayan suficientes recursos (Villaplana, 2012). Un sistema de capitalización estará sujeto también a las incertidumbres sobre la cantidad de dinero que se necesitará para satisfacer las necesidades de las personas dependientes en el futuro (Holdenreider, 2006), esto hace que la estimación de las tasas de contribución capitalización sea difícil de calcular.

Si se evalúan opciones sobre cómo podría ser un nuevo sistema de seguridad social para la dependencia sería interesante considerar el momento en que se hacen las cotizaciones. La opción tradicional sería que los trabajadores y empleadores paguen cotizaciones a la seguridad social durante la vida laboral. En países con poca tradición de seguridad social, como en

Inglaterra, se ha propuesto que en lugar de pagar contribuciones a lo largo de la vida laboral, se hagan las contribuciones en forma de capital, o en el momento de jubilarse, o utilizando su legado (una opción que la prensa sensacionalista describe como una “death tax” o tasa de muerte). Esta última opción es complicada políticamente, sobre todo por la dificultad de extraer recursos del legado de personas que no han requerido servicios de dependencia (Lloyd, 2008).

4.5. Sistemas financiados por impuestos.

Una de las principales formas de financiación colectiva de la dependencia son los impuestos. Los impuestos difieren mucho entre sí (ver por ejemplo Glennerster 2003, p. 44), hay los impuestos directos a las rentas individuales o de empresas (impuesto sobre la renta, de sociedades, sobre plusvalías...). Los impuestos indirectos se aplican al gasto (como el IVA, los impuestos sobre los bienes especiales: tabaco, alcohol, propiedades, tasas aeroportuarias, combustible...). Se pueden recaudar a nivel nacional, regional o local.

Si se utilizan los impuestos generales para financiar la dependencia, sus efectos sobre la equidad son los mismos que los de otros tipos de gasto público, ya que son fondos que normalmente provienen de la misma fuente (Mossialos y Dixon, 2002). Sin embargo, los diferentes tipos de impuestos son muy diferentes a nivel de equidad. Los impuestos directos generalmente son progresivos y redistribuyen recursos entre los ricos y los pobres, ya que por lo general las tasas de impuestos son más altas para las personas con más recursos. Los impuestos indirectos suelen ser regresivos, ya que afectan desproporcionadamente a personas

con menores recursos, que destinan una proporción más alta de sus recursos a la compra de bienes tasados.

Desde el punto de vista de la sostenibilidad económica, una posible ventaja de los impuestos sobre la seguridad social es que los riesgos se comparten entre toda la población, tienen una base recaudatoria más amplia, y no penalizan tanto los costes de empleo. Desde el punto de vista administrativo, la financiación de la dependencia de la tributación general resulta menos costosa para los países que no tienen tradición de seguridad social (Holdenrieder, 2006).

Una de las principales desventajas de la financiación a través de impuestos es que es difícil competir contra las otras áreas de gasto público, tal como comentamos anteriormente.

4.6. Estrategia mixta y colaboración público-privada.

El plan Eldersshield en Singapur es un ejemplo interesante (véase, por ejemplo, de Castries, 2009) del potencial de colaboración entre el sistema público y los seguros privados. Consiste en un seguro privado con inscripción automática para personas de edades comprendidas entre 40 y 69 años de edad. Es posible optar a no participar durante los primeros 3 meses. Si se opta por no participar, se pierde el derecho a condiciones de suscripción preferentes en el futuro.

En el plan Eldersshield los productos, la fijación de precios y la gestión de las reclamaciones son responsabilidad de los aseguradores privados. Los productos están estandarizados, de forma que hay una prestación económica

en caso de necesitar servicios de dependencia. Las funciones de comunicación y prevención son compartidas entre el gobierno y las aseguradoras. El plan se puso en marcha en 2002 con la inscripción automática de todas las personas entre 40 y 69 años de edad.

Para poner en marcha el sistema el gobierno de Singapur financió una parte de las primas para aquellos en edades comprendidas entre 55 y 69 años para hacer que las primas fueran asequibles. Las personas mayores de 70 años o aquellos con discapacidad reciben beneficios públicos en función de sus ingresos. Cuando se introdujo el plan hubo una campaña de información sobre los riesgos de la dependencia, con el fin de promover el plan y los productos. La tasa de no participación se redujo del 38% en 2002 (el año en el que el plan se puso en marcha) al 14% en 2006 (de Castries, p. 31).

Las características del sistema público determinan el tipo de productos LTCI que se ofrecen en cada país y si las primas son asequibles. Cuando el sistema público cubre una parte considerable del riesgo de todos los individuos (cobertura universal parcial), los seguros privados se venden como complemento, para cubrir los costes que no están cubiertos por el sistema público como es el caso en Francia y Alemania. Estos seguros normalmente se venden como productos complementarios a seguros de vida y de sanidad. Normalmente las prestaciones son económicas y van relacionadas a niveles de necesidad fijos. Este tipo de seguros son atractivos porque son más asequibles que cuando hay que cubrir el riesgo entero de la dependencia.

En los sistemas públicos que sólo cubren a personas que no tienen suficientes recursos las

primas de los seguros de dependencia deben cubrir la totalidad del gasto en dependencia de los individuos, por lo que son solo asequibles para una parte muy pequeña de la población, como es el caso en EE.UU. y en el Reino Unido.

Las reformas inspiradas en la Dilnot Comission que van a entrar en vigor en el Reino Unido en 2016 (Humphries, 2013) también pueden ser vistas como una cooperación público-privada, ya que el estado va a asumir el coste (aunque con límites) de la dependencia a partir de una cantidad determinada, por lo que el estado acota, por lo menos en teoría, el riesgo para los individuos y aseguradores. El gobierno británico espera que esta reforma impulse la creación de productos aseguradores más asequibles.

5. CONCLUSIONES.

La cobertura del riesgo de dependencia a través de alguna forma de seguro es una forma más eficiente y equitativa de financiar la dependencia que la utilización de recursos individuales y familiares. El seguro privado por sí solo no es ideal ya que no es accesible a toda la población y hay fallos de mercado. Parece inevitable que el sector público tenga un papel importante en la financiación de la dependencia. Este papel puede variar mucho, desde ofrecer una red de seguridad a personas con recursos insuficientes, a la creación de un sistema que cubra por lo menos parte de las necesidades de toda la población, o la creación de las condiciones para que puedan surgir formas de financiación público-privadas. En la práctica, la mayoría de los países han optado por un sistema de financiamiento de la dependencia coincidente con el financiamiento de la sanidad.

En momentos en que el gasto público se encuentra bajo enorme presión, con muchos países tratando de reducir, o al menos limitar, el gasto social, se plantea una situación en que va a ser difícil que el gasto público en dependencia aumente al mismo ritmo que el aumento de las necesidades. Y esto plantea cuestiones muy importantes, ya que si el gasto público no aumenta al mismo ritmo que el gasto total, esto significa que una mayor proporción de los costes de dependencia serán costeados por las personas que necesitan cuidados y sus familias. Esto sucederá “en especie” (proporcionando cuidados informales), o mediante el pago de forma privada de servicios de dependencia que, si se necesitan durante mucho tiempo, puede tener efectos muy graves sobre los recursos de la familia y su bienestar.

La financiación pública de la dependencia ofrece ventajas importantes sobre la financiación privada: el riesgo de estar expuesto a costes ruinosos es compartido entre toda la población, se garantiza la cobertura del riesgo de dependencia (sobre todo para personas y familias con menores recursos) y hay redistribución de recursos de forma que las personas con mayor riqueza tienden a contribuir más que los que tienen menores recursos.

En los debates sobre la financiación de la dependencia pasamos mucho tiempo evaluando los pros y contras de los diferentes mecanismos de financiación pública. Sin embargo hay una cuestión mucho más fundamental: ¿Existe una limitación real en la capacidad de financiación pública que implica que no va a poder aumentar al mismo ritmo que el aumento de los gastos futuros de dependencia? Y si es así, ¿existen nuevas soluciones para cubrir la brecha que deje el financiamiento público y que

combinen las ventajas de la financiación pública con el potencial que, potencialmente, tiene el sector privado para innovar, adaptarse a cambios y recaudar fondos?

Y, quizás la pregunta más difícil de todas, ¿tenemos suficiente confianza en las instituciones públicas y privadas como para confiar una parte mayor de nuestro futuro financiero en sus manos?

Estas son preguntas sin respuestas rápidas o fáciles.

6. BIBLIOGRAFÍA.

Barr N. (2010) Long-term care: A suitable case for social insurance. *Social Policy and Administration* 44(4) 359-374.

Brown J.R. and Finkelstein A. (2008). Why is the market for long-term care insurance so small? *Journal of Public Economics* 91: 1967-1991.

Brown J.R. and Finkelstein A. (2009) The Private Market for Long-Term Care Insurance in the United States: A Review. *The Journal of Risk and Insurance*. 76 (1): 5-29.

Castries de, H. (2009). Ageing and Long-Term Care: Key Challenges in Long-Term Care Coverage for Public and Private Systems. *The Geneva Papers on Risk and Insurance* 34: 24-34.

Congressional Budget Office. (2008). *The Outlook for Spending on Health Care and Long-Term Care*. Presentation to the National Governors Association’s Health and Human Services Committee, February 2008. <http://www.cbo.gov/ftpdocs/89xx/doc8995/02-24-2008-NGA.pdf>.

Courbage C. and Roudaut N. (2008) Empirical Evidence on Long-term Care Insurance Purchase in France. *The Geneva Papers on Risk and Insurance* (33): 645-658.

Courtemanche C. and He D. (2008). Tax incentives and the decision to purchase long-term care insurance. *Journal of Public Economics* 93: 296-310.

Cramer, A.T. and Jensen, G.A. (2006). Why Don't People Buy Long-Term Care Insurance? *Journal of Gerontology: Social Sciences* 61B (4): S185-S193.

Davidoff T. (2010). Home equity commitment and long-term care insurance demand. *Journal of Public Economics* 94: 44-49.

Davies B and Fernandez J with Nomer B (2000) *Equity and Efficiency Policy in Community Care: Needs, Service Productivities, Efficiencies and their Implications*. Aldershot: Ashgate.

Economic Policy Committee and DG Economic and Financial Affairs. (2012). *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060)*. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee2012-2_en.pdf.

Holdenrieder J. (2006) Equity and efficiency in funding long-term care from an EU perspective. *Journal of Public Health* 14: 139-147.

Fernández J-L, Forder J, Truckeschitz B, Rokosova M. and McDaid D. (2009) *How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people?* Policy Brief 11. World Health Organisation Europe: Copenhagen.

Glendinning C., Davies B., Pickard L. and Comas-Herrera A. (2004) *Funding Long-Term Care for Older People. Lessons from Other Countries*. York : Joseph Rowntree Foundation.

Glennerster H. (2003). *Understanding the finance of welfare*. The Policy Press: Bristol.

Government Accountability Office (GAO). (2005) Overview of the Long-Term Care Partnership Program, GAO-05-1021R. <http://www.gao.gov/new.items/d051021r.pdf>.

HM Government (2010) Building a National Care Service. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_114923.pdf.

Humphries R. (2013) *Paying for Social Care. Beyond Dilnot*. The King's Fund. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_summary/social-care-funding-paper-may13.pdf

Jagger C., Matthews R., Lindesay J., Robinson T., Croft P. and Brayne C. (2009) The effect of dementia trends and treatments on longevity and disability: a simulation model based on the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). *Age and Ageing* 38(3): 319-325.

Jaumotte. F. (2003). *Female labour force participation: past trends and main determinants in OECD countries*. OECD Economics Department Working Papers No. 376. Paris.

Kendall J., Knapp M. and Forder J. (2006) Social care and the nonprofit sector in the western developed world, in Powell W, Steinberg R (ed.) *The Non-Profit Sector Research Handbook* 2nd Ed, New Haven, Yale University Press.

Kessler, D. (2008). The Long-Term Care Insurance Market. *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 33: 33-40.

Lafortune, G. and G. Balestat (2007), "Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications", OECD Health Working Papers, No. 26, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/217072070078>.

Le Grand, J., Propper, C. and Robinson, R. (1992). *The Economics of Social Problems*, Basingstoke: MacMillan.

Lloyd J. (2008) *A National Fund for Long-Term Care*. International Longevity Centre – UK. http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/a_national_care_fund_for_long-term_care.

McDaid D, Oliveira M, Jurczak K et al. (2007). Moving beyond the mental health care system: an exploration of the interfaces between health and non-health sectors. *Journal of Mental Health*, 16(2):181–194.

Mellor, J. (2000) Private Long-Term Care Insurance and the Asset Protection Motive. *The Gerontologist* 40 (5): 596-604.

Mossialos, E. and Dixon, A. (2003) Funding health care: an introduction. Chapter in: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. and Kutzin, J. (eds.) *Funding health care: options for Europe*. Open University Press: 1-30.

National Governors Association (2004). *State innovations to encourage personal planning for long-term care*. <http://www.nga.org/Files/pdf/0406StateInnovationsLTC.pdf>.

Netten A., Burge P., Malley J., Potoglou D., Towers AM., Brazier J., Flynn T., Forder J., Wall B. (2012) Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. *Health Technology Assessment*, vol. 16, No. 16. (disponible en <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1616.pdf>).

OECD (2011) Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD, Paris. <http://www.oecd.org/els/health-systems/helpwantedprovidingandpayingforlong-termcare.htm>.

Österle, A. (2002). Evaluating Equity in Social Policy: A Framework for Comparative Analysis. *Evaluation* 8(1): 46-59.

Rawls, J. (1972). *A Theory of Justice*. Oxford University Press: Oxford.

Rothgang, H. (2003). Long-term care for older people in Germany. In Comas-Herrera, A. and Wittenberg, R. (eds), *European Study of Long-Term Care Expenditure*. Report to the Employment and Social Affairs DG of the European Commission, PSSRU Discussion Paper 1840. London School of Economics, London, 24–42.

Schaber P.L. and M.S. Stum (2007), 'Factors impacting group long-term care insurance enrolment decisions'. *Journal of Family and Economic Issues*, 28, 189–205.

Sundström, G., Johansson, L., Hassing, L.B. (2002). The Shifting Balance of Long-Term Care in Sweden. *The Gerontologist*, 42 (3): 350-355.

Thomson S., Foubister T. and Mossialos E. (2009). *Financing Health Care in the European Union: Challenges and Policy Responses*.

Observatory Studies Series No. 17. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organisation: Copenhagen.

Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. et al. (1999) The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*, **18**: 291–313.

Verbrugge, LM, Jette J (1994) The Disablement Process. *Social Science and Medicine* **38**:1-14.

Vilaplana C. (2012) Cómo afrontar los costs del SAAD. Análisis de reformas en los sistemas de cuidados a largo plazo en otros países. Actas de la Dependencia 6, Noviembre 2012. Fundación Cáser para la Dependencia.

Wanless, D., Forder J., Fernandez J.-L., Poole T., Beesley L., Henwood M. and Moscone F. (2006) *Securing Good Care for Older People: taking a long-term view*. King's Fund: London.

Wiener, J.M., L.H. Illston, and R.J. Hanley (1994), *Sharing the Burden: Strategies for Public and Private Long-Term Care Insurance*. Washington: The Brookings Institution.

Wiener, J.M., Tilly, J., and Goldenson, S.M. (2000), 'Federal and state initiatives to jump start the market for private long-term care insurance'. *Elder Law Journal*, **8**(1), 57–99.

Wittenberg R. and Malley J. (2007). Financing long-term care for older people in England. *Ageing Horizons*, **6**: 28-32.

Wittenberg, R., Sandhu, B. and Knapp, M. (2002) Financing long-term care: the public and private options. Chapter in: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. and Kutzin, J. (eds.) *Funding health care: options for Europe*. Open University Press: 226-249.

Wittenberg, R. (1999) Economics of Long Term Care Finance, in *With Respect to Old Age: Long Term Care – Rights and Responsibilities*, Research volume 1, chapter 2 (pp 63-72) of Report of the Royal Commission on Long Term Care, Cm 4192-II/1, The Stationery Office.

LA DEPENDENCIA: TAMBIÉN UN PROBLEMA MÉDICO

JOSÉ MANUEL RIBERA CASADO
Académico de Número
Real Academia Nacional de Medicina

Sumario

1. DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO (CONCEPTOS).
2. DE CUÁNTOS. CONSIDERACIONES DEMOGRÁFICAS.
3. ¿POR QUÉ SE HACE UNA PERSONA DEPENDIENTE?
4. ¿SE PUEDE VALORAR LA DEPENDENCIA? ALGUNA REFLEXIONES.
5. ¿SE PUEDE PREVENIR LA DEPENDENCIA?
6. CONSIDERACIONES FINALES.
7. BIBLIOGRAFÍA.

Palabras CLAVE

Ley de dependencia, dependencia, prevención, medicina y geriatría.

Resumen

El presente trabajo pretende ser una llamada de atención acerca de los componentes médicos que incorpora tanto en su espíritu como en su letra nuestra "Ley de Dependencia". A juicio del autor, tanto el legislador, como las personas y entidades encargadas de presentar, difundir y aplicar la Ley, han insistido en los aspectos sociales de la misma, pasando sin valorar adecuadamente todas las cuestiones relativas a la salud. La salud, su pérdida, está en la raíz de la mayor parte de las causas de dependencia. También en los problemas inherentes a la valoración de la misma y en la toma de decisiones con respecto a las decisiones que deben aplicarse en cada caso. Este trabajo insiste en el valor de la prevención y en la necesidad de fijar este apartado como objetivo básico con el fin de reducir los casos de dependencia. También en la educación sanitaria como norma de conducta y en la importancia de sensibilizar a los profesionales sanitarios, especialmente a los médicos de atención primaria, en todo lo relativo a este tema.

Keywords

Dependency Act, dependency, prevention, medicine and geriatrics.

Abstract

This work is intended as a warning about the medical components incorporated, both in spirit and in letter, in our "Dependency Law". According to the author, both the legislator and the persons and bodies responsible for submitting, disseminating and enforcing the law have dwelt upon its social aspects, proceeding without adequately assessing all the health issues. Health, its loss, is at the root of most of the causes of dependency. As well as the problems inherent in its assessment and in making decisions regarding the decisions to be applied in each case. This work emphasizes the value of prevention and the need to establish this section as the basic objective in order to reduce dependency cases. As well as in health education as a rules of conduct and the importance of raising awareness among health professionals, especially primary care physicians, in all matters concerning this subject.

El origen inmediato de este trabajo hay que situarlo en la conferencia que con un título parecido tuve que impartir recientemente en una sesión científica extraordinaria de la Real Academia Nacional de Medicina dentro del ciclo: "Dependencia y Atención Primaria: una cuestión de sensibilización". Diré que tanto en las consultas que llevé a cabo para elaborar dicha ponencia, como, desde mucho tiempo antes, en las múltiples conversaciones mantenidas a lo largo de todos los años durante los que se estuvo gestando la actual Ley de "Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" (la llamada "Ley de Dependencia"), así como en los inmediatamente posteriores a su entrada en vigor, escucho de manera regular a la gran mayoría de las personas involucradas en el tema que trabajan en ámbitos no vinculados a la salud, que estamos ante una cuestión que no es ni debe considerarse un problema médico, sino meramente social. Se trata de una afirmación muy repetida, con independencia de la adscripción ideológica de quien la emite. Una afirmación con la que no estoy en absoluto de acuerdo y que subyace en las motivaciones que me llevan a escribir estos comentarios.

Ciertamente, no es esa mi manera de entender la Ley como voy a intentar poner de manifiesto a lo largo de estas reflexiones. Mi objetivo es destacar que la Ley de Dependencia y, sobre todo, el propio concepto de dependencia que da razón de ser a la misma, no solamente llevan en su propia naturaleza un marcado componente médico, sino que exigen que las cuestiones relacionadas con la salud deban ser tomadas permanentemente en consideración con el fin de poder cumplir de manera adecuada los propósitos que se pretenden.

1. DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO (CONCEPTOS).

Establecer una definición de lo que entendemos como "dependencia" y de lo que, en base a ello, constituiría el grupo de personas dependientes no resultó una tarea fácil. Tan sólo en una fecha tan tardía como 1998 el Consejo de Europa pudo llegar a un acuerdo donde se establecía que "son personas dependientes quienes por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria". Una definición sencilla, fácilmente inteligible, aunque pueda adolecer de algunas imprecisiones como las que se derivan de lo indefinida que resulta la palabra importante o de la necesidad de utilizar un referente común para evaluar lo que entendemos como las actividades de la vida diaria (AVDs).

Nuestra Ley se basa en esta definición del Consejo de Europa. Una copia literal aunque incorpora tres referencias adicionales más o menos cuestionables (1). Una, bastante lógica, relativa al tiempo. Habla de "carácter permanente" de la situación de dependencia como requisito para acogerse a sus beneficios. Parece razonable que así sea. Otro de los añadidos es el referido a las causas. Se alude a "razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad". Luego comentaré lo inadecuado de incorporar la edad en cuanto tal como causa de incapacidad. Un tercer añadido que, a mi juicio, resulta innecesario, es la alusión expresa a "discapacidad intelectual o enfermedad mental". Digo innecesario porque lo que con ello se quiere transmitir ya aparece en la propia definición del Consejo de Europa. Probablemente, al haberlo hecho así, el legislador ha buscado dar satisfacción a las asociaciones de

familiares de este tipo de pacientes que exigieron expresamente esta mención.

Junto al concepto de dependencia suelen aparecer otros dos muy próximos que también conviene tener claros. Son los conceptos de discapacidad (o incapacidad) y de fragilidad. Estas tres expresiones no reflejan lo mismo, pero sí que existe una gran relación entre ellas. La definición de discapacidad ha sido todavía más difícil de consensuar que la de dependencia. Yo no he encontrado una que se pueda considerar común y aceptada de manera universal. El Instituto Nacional de Estadística definía en 2005 la discapacidad como “toda limitación grave que se padezca en la actualidad, que afecte de forma duradera a la actividad de quien la padece y que tenga su origen en una deficiencia”.

En base a ello cabría discutir si discapacidad y dependencia pueden considerarse como sinónimos o, al menos, como términos muy próximos. Decidir si estamos hablando de lo mismo. A mi juicio la respuesta sería un “sí, pero no”. Discapacidad es un término con mayor carga legal. Al hablar de dependencia estamos poniendo énfasis en una mayor necesidad de apoyo sanitario y/o social. La dependencia viene a ser en buen número de ocasiones una consecuencia de la incapacidad o de la discapacidad, por más que en el lenguaje coloquial ambos términos sean usados con frecuencia de manera indistinta.

El concepto de fragilidad, tremendamente actual en medicina y en geriatría, supone una idea mucho más próxima a la clínica y a la fisiología o, quizás mejor expresado, a la fisiopatología. Sus elementos definidores vienen determinados por una reserva orgánica escasa y, como consecuencia de ello, por un alto ries-

go de vulnerabilidad que se traduce en una facilidad progresiva para la aparición de fallo funcional orgánico a cualquier nivel. Ello determina un riesgo creciente de enfermar, y de presentar discapacidad y dependencia. Ha sido definida como una “situación de vulnerabilidad fisiológica, vinculada a la edad, derivada de la pérdida de los mecanismos de defensa y de la menor capacidad del organismo para responder a cualquier tipo de estrés” (2). Aunque no es el momento de entrar en el tema sí quiero dejar dicho que la fragilidad tiene sus propios factores de riesgo y se puede medir (cuantificar), disponiendo para ello de marcadores tanto orgánicos como sociales (2-4).

A partir de estas consideraciones de carácter conceptual creo estar en condiciones de poder afirmar que la dependencia sí es un problema médico. Lo es, como dice su definición, en base a las circunstancias que la originan, pero también por las posibilidades que existen dentro del campo de la medicina de intentar prevenir su aparición y por la necesidad de tomar en consideración cuestiones relativas a la salud a la hora de evaluarla y de establecer las recomendaciones pertinentes. Además, y como consideración complementaria, quiero insistir en que hablar de dependencia es hacerlo sobre todo de la persona mayor. De su (mala) salud y de la necesidad de facilitar apoyos sociales una vez haya sido detectada. La dependencia es, por consiguiente, un problema médico además de social y, al menos en gran medida, dentro ya del ámbito de la medicina, debe ser considerada un problema geriátrico.

2. DE CUÁNTO ESTAMOS HABLANDO. CONSIDERACIONES DEMOGRÁFICAS.

No voy a dedicar demasiada extensión a este apartado. Cuantificar el número de dependientes, establecer sus tasas con respecto al conjunto de la población, es algo bastante conocido a día de hoy y ha sido abordado con cierta frecuencia incluso desde estas mismas páginas. Tan sólo quiero llamar la atención en el papel que juega en ese contexto esa realidad que llamamos “envejecimiento poblacional” y en el hecho de que esta población envejecida se nos presenta como la principal protagonista de todos los fenómenos relacionados con la dependencia.

Sin entrar en muchos detalles recordaré que a lo largo del siglo XX la población española ha multiplicado por 2.5 su esperanza de vida media al nacer. Hemos pasado de los 35 años en 1900 a alrededor de los 80 un siglo después, siendo siempre esta esperanza de vida media más elevada en las mujeres que en los hombres. Y la tendencia sigue al alza. En términos relativos los españoles de más de 65 años apenas constituían el 4% del total de la población al inicio del siglo XX, mientras que en el momento actual esta proporción se encuentra en el 17%. En este mismo periodo de tiempo hemos multiplicado por 20 en cifras absolutas el número de sujetos mayores de 65 años y por 100 el de los centenarios (5).

Algunas de las características de nuestra población de más edad, útiles para situar el perfil de aquellos a quienes me estoy refiriendo, aparecen recogidas de una encuesta llevada a cabo por el Imserso en el año 2010 (6). Se nos dice que la población con más de 65 años era de 7.782.904 personas (16.7% del total), mu-

jes en el 57.5% de los casos. El 28.3% de ese colectivo tenía más de 80 años. Más de la mitad (el 54.1%) disponía de una renta inferior a los 900 euros. Estaban casados el 63% (el 79% de los hombres y el 51% de las mujeres). Había un 38.4% de viudas, proporción que alcanzaba el 50% entre las mayores de 80 años. Vivían solos el 19% y con algún hijo el 40%. Decían estar satisfechos en cuanto a las relaciones familiares el 89%.

Con respecto a su nivel de estudios eran anal-fabetos el 2.9%, sabían únicamente leer-escribir el 34.9%, disponían de estudios primarios el 48%, de secundarios el 6.5% y de algún título universitario el 3.3%. El 71.6% no pertenece a ninguna asociación. La vivienda es propia en el 82.6% de los casos, dispone de cuarto de baño/bañera en el 70%, de calefacción en el 64.9% y de aire acondicionado en el 22%. Tienen teléfono móvil propio el 42%, ordenador el 16.7% (24.1% en las ciudades y 8.8% en el medio rural) y manejan Internet el 9.6% (13.9% en la ciudad y 2.6% en el medio rural).

Son datos que, como digo, ayudan a conocer el perfil social de la población en la que se centran estos comentarios y que, evidentemente, mejoran los equivalentes llevados a cabo en estudios correspondientes a décadas anteriores (7).

Contemplado el panorama desde la perspectiva que aquí se analiza conviene recordar que una buena fuente de información nos la proporcionaron en los años iniciales del siglo actual, inmediatamente antes de la redacción de la Ley de Dependencia, diferentes estudios, promovidos tanto desde las instituciones públicas, como por algunas entidades privadas (fundaciones, compañías de seguros, etc.) en

orden a intentar cuantificar la magnitud del problema (8-13).

Los resultados de todos estos estudios sirvieron como base para diseñar los márgenes cuantitativos entre los que podría moverse la población implicada potencialmente por la Ley. Los resultados no variaban demasiado. Las pequeñas oscilaciones entre unos y otros guardaban relación con el instrumento de medida al que se había recurrido para evaluar cuestiones como las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria y también de las características de la muestra de población seleccionada. De acuerdo con ello la mayor parte de esta información diseñaba un mapa en el que las personas mayores de 65 años con algún tipo de dependencia susceptible de caer dentro de la definición ofrecida se podía evaluar en torno al 30% del colectivo con una desviación aproximada por arriba y/o por abajo de entre el 3 y el 5%. Las previsiones del Ministerio en el momento de la puesta en marcha de la Ley con respecto al número de afectados era de 194.508 grandes dependientes, 379.603 dependientes severos y 560.080 dependientes moderados (14). Los estudios al respecto apuntaban a que más del 85% del colectivo de “dependientes” correspondería a personas que habían sobrepasado los 65 años de edad (15).

Ya con la Ley en marcha y con varios años de experiencia en su aplicación los datos a partir de las listas de solicitudes parecen haber desbordado por arriba esas previsiones aunque existen grandes diferencias geográficas interautonómicas, probablemente derivadas más de la manera de entender la Ley por parte de ciudadanos y gestores que no de una realidad objetiva explicativa de ese tipo de diferencias. Los datos objetivos disponibles excluyen a la

inmensa mayoría de potenciales dependientes menos severos, toda vez que en las disposiciones que regulaban la aplicación de la norma se les remitió en un primer momento a una segunda fase. Una voz muy autorizada, la de César Antón, actual director general del Imsero informaba en estas páginas que a 31 de diciembre de 2011 se habían reconocido a un total de 752.005 personas beneficiarios. Un 4.6% correspondería a lo que la Ley llama grado 1 (dependencia moderada), un 46.7% a dependencias severas (grado 2) y un 48.7% a grandes dependencias (grado 3) (16).

3. ¿POR QUÉ SE HACE UNA PERSONA DEPENDIENTE?

Llegamos al punto clave en cuanto a la consideración de la dependencia como un problema médico. Por qué entra una persona en la categoría de “dependiente”. Salvo excepciones muy concretas, absolutamente minoritarias y que se encuentran perfectamente cuantificadas, las personas no nacen con la dependencia puesta. Uno se convierte en dependiente a lo largo de la vida. En general como ya he señalado, ello ocurre en fases avanzadas de la misma. Los problemas de salud están detrás de la inmensa mayoría de cualquier forma de dependencia. Ello hace que, se mire como se mire, la medicalización del tema sea algo obvio, consustancial al mismo. Algo que cae por su propio peso y con lo que hay que contar, por más que el objetivo expreso de la Ley sea el de dar una respuesta social –se ha hablado de establecer el cuarto pilar del estado de bienestar– a un problema que preocupa al conjunto de la sociedad en todos los países desarrollados, pero que puede ser angustioso para muchos de los individuos que lo protagonizan así como para quienes conviven con ellos en su entorno

más inmediato.

Me voy a permitir algunas reflexiones de carácter general sobre la cuestión de la salud en las personas mayores. La primera es constatar que todas las encuestas al respecto tanto en nuestro país como en el resto de aquellos a los que podemos considerar similares la salud es, con diferencia, la preocupación principal para la persona mayor, y el factor determinante más acusado para su calidad de vida. Eso es así con independencia de cuál pueda ser la forma en la que se plantea la cuestión: preocupación, calidad de vida, aspiración, etc.

La segunda consideración tiene que ver con el cómo es la salud del mayor. También tenemos respuestas conocidas a esta cuestión. Cuando el planteamiento se establece en términos subjetivos, tal como cada 2-3 años viene haciendo el Instituto Nacional de Estadística a través de lo que llama Encuesta Nacional de Salud, entre un 40 y un 60% de los ciudadanos españoles mayores de 65 años afirman encontrarse bien o muy bien, mientras que las respuestas del tipo mal o muy mal sólo se producen entre el 20 y el 35% de los casos. Evidentemente, a más edad menos respuestas positivas y, curiosamente, también siempre a igualdad de edad menos respuestas positivas en las mujeres que en los hombres. Son datos que aparecen en forma muy similar en otras encuestas promovidas desde diferentes instancias, así como en las llevadas a cabo en países de nuestro entorno.

Sin embargo este optimismo no se corresponde con la realidad objetiva acerca de la salud del colectivo. Sabemos que presentan problemas cardiovasculares, incluida la hipertensión arterial, entre el 70 y el 80% de este grupo etario. Problemas osteoarticulares (prin-

cialmente artrosis, osteoporosis y secuelas de antiguas fracturas) entre el 50 y el 60%. Sensoriales, limitaciones para la vista y/o el oído, casi todos, más del 90% del colectivo. También, que algunos procesos crónicos como la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la insuficiencia renal pueden moverse en tasas de prevalencia de entre el 20 y el 25%. Las posibilidades de presentar tumores malignos y el riesgo de infecciones aumentan con la edad. También lo hacen, como queda dicho, las limitaciones funcionales susceptibles de cuestionar un manejo autónomo para las AVD básicas o instrumentales. La prevalencia de sujetos con algún grado de deterioro cognitivo se estima en el entorno del 10% con tasas crecientes en paralelo a la edad, y cifras parecidas se manejan en cuanto a la llamada patología extrapiramidal (enfermedad de Parkinson y trastornos afines).

En realidad nada de ello nos debe sorprender toda vez que, como he referido, la característica fundamental que determina el envejecimiento es la pérdida de los mecanismos de reserva con los que nacemos y, derivado de ello, el aumento de la vulnerabilidad ante estímulos cada vez menos agresivos. En este contexto tiene interés recordar que estos cambios –estas pérdidas– vienen por dos grandes caminos. En primer lugar por lo que conocemos como envejecimiento intrínseco que, sin entrar en detalles, está regulado por la carga genética individual de cada persona. Pero junto a ello actúa lo que llamamos envejecimiento extrínseco. Son aquellos cambios (pérdidas) derivados de la historia personal anterior de cada uno de nosotros (enfermedades padecidas a lo largo de la vida, secuelas quirúrgicas o de accidentes, etc), así como por los factores ambientales que han determinado nuestra

historia vital (hábitos de alimentación, grado de actividad física, exposición a factores de riesgo, etc.). Estas consideraciones tienen un valor importantísimo en todo lo que se refiere al apartado de prevención de la dependencia y, por desgracia, apenas han sido tomadas en consideración a la hora de elaborar la Ley.

La variabilidad interindividual en cuanto a la presencia más o menos acusada con la que se produce cada uno de estos cambios en las distintas personas y la cadencia con la que tiene lugar su aparición es enorme. Ello hace que, contrariamente a lo que señala la Ley, la edad en cuanto tal no pueda nunca ser considerada como una causa de dependencia, de la misma manera que tampoco constituye en sí misma una enfermedad. Ignorar esto es viciar el enfoque del problema desde su inicio. Sin embargo, resulta obvio que, en términos generales los cambios asociados al envejecimiento facilitan el aumento en el número de procesos patológicos edad-dependientes tanto agudos como, sobre todo, crónicos, así como la previsible aparición de situaciones de dependencia. Además contribuyen a empeorar el pronóstico y determinan una necesidad mayor de apoyo social. Pero es la patología y no la edad la que nos hace dependientes.

Dicho todo lo anterior recordaré que, en términos cuantitativos, los principales procesos médicos que generan dependencia son los siguientes: las deficiencias sensoriales, sobre todo las alteraciones en la visión, la patología cardiovascular, la patología osteoarticular, la neurodegenerativa y los llamados síndromes geriátricos.

En España como en otros lugares existen estudios que han intentado analizar lo que

podríamos llamar factores de riesgo de dependencia. Algunos incluso son anteriores a la entrada en vigor de la Ley y fueron diseñados para servir de orientación al respecto. Quiero destacar por su interés y por haberse realizado fuera del ámbito sanitario, el trabajo de Dolores Puga (15) donde la evaluación se establecía tanto desde la perspectiva social como desde la médica propiamente dicha. Entre los factores de riesgo que cabía llamar sociales esta autora encontraba con un nivel positivo de significación estadística ($p < 0.05$) los siguientes: la edad avanzada, el hecho de ser mujer, la viudedad, la analfabetización o la circunstancia de no haber pasado de los estudios primarios, la pobreza y el sedentarismo laboral. Pero junto a ellos destacaba también con significación estadística positiva otros que entran de lleno en el mundo de la medicina. Entre ellos la mala salud autopercebida, la presencia de tres o más enfermedades crónicas, la polimedicación, el encamamiento (inmovilidad), la obesidad, el tabaquismo y la inactividad física

Todavía una consideración adicional dentro de este apartado. La persona (o su entorno) que se considera dependiente o que, al menos, se plantea la posibilidad de ser evaluada al respecto, suele acudir de inicio para resolver sus dudas o, en su caso, para iniciar los trámites pertinentes a dos tipos de fuentes: a los servicios sociales de la administración y, probablemente con mayor frecuencia, al ámbito médico, sobre todo a lo que constituye la principal puerta de entrada en el sistema sanitario, al médico de atención primaria que le corresponde. Lo hace por entender que es ahí donde, en mayor medida, puede recibir información y orientación al respecto.

Tal y como está redactada la Ley y tal y como

se ha presentado y vendido a la ciudadanía la figura de este último profesional no aparece por ninguna parte. Una de las consecuencias de haberlo hecho así es que tampoco los médicos en general y, de manera específica, aquellos que trabajan en la atención primaria se hayan sentido interpelados en ningún momento ni hayan tenido una sensibilidad especial ante el problema. Sencillamente, lo desconocen en su profundidad, consideran que no va con ellos y cuando les surge o son preguntados por alguno de sus pacientes derivan al demandante a otras instancias. Tampoco son conscientes de cuál puede ser su papel si es que tienen alguno o de en qué medida les corresponde o no orientar, elaborar informes o participar en el curso del proceso.

Creo que la consecuencia inmediata de lo que acabo de señalar es la necesidad de insistir en la importancia del tema salud dentro del complejo mundo de la dependencia. No se trata de medicalizar el problema, ni tampoco el contenido de la Ley, pero ignorar que estamos ante una cuestión en la que los profesionales de la medicina juegan un papel determinante puede ser poco menos que suicida y, desde luego, enreda y encarece el proceso. Lo juegan sobre todo a los niveles: en el tema de la valoración y, más importante aún, lo deberían jugar en el tema la prevención.

4. ¿SE PUEDE VALORAR LA DEPENDENCIA? ALGUNAS REFLEXIONES.

Evidentemente la dependencia se puede valorar. Se puede y se debe “diagnosticar” tanto en el terreno médico como en el social. Y se puede cuantificar. Hacerlo así es una necesidad y está previsto por la propia Ley. Para llevar a cabo esta valoración funcional existen en la lite-

ratura geriátrica numerosos instrumentos diseñados en torno a la capacidad del anciano para desarrollar por sí mismo actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En su inmensa mayoría se trata de escalas o índices diseñados en el último tercio del siglo XX, que, encuadrados en el contexto de la “valoración geriátrica integral” constituyen una de las aportaciones más importantes de la geriatría al conjunto de la medicina. A ellos hay que recurrir para conocer si existe o no dependencia y para valorar su severidad. Entre las más conocidas y utilizadas se encuentran los llamados índices de Katz (17) o de Barthel (18) para las actividades básicas, el índice de Lawton para las instrumentales (19), determinados test de cribado para la función cognitiva, como el MMS de Folstein (20), su versión española de Lobo (21) o el índice de Pfizer (22). También existen otros para valorar funciones más específicas como el estado de ánimo, la marcha, el equilibrio, etc. Insistiré de nuevo en la circunstancia de que todos estos instrumentos de medición han nacido en la medicina y más concretamente en la geriatría por más que puedan ser aplicados por otras instancias ajenas a la misma. Junto a ellos, para obtener el perfil más adecuado en cada caso se hace necesario, obviamente, añadir información sobre otro tipo de indicadores sociales y económicos (soledad, recursos disponibles y utilización de los mismos, niveles de pensión,...). Aunque no es el caso señalaré que existen, también escalas más específicas que evalúan la fragilidad. No voy a detenerme en ellas.

En definitiva la dependencia se puede y se debe evaluar. Así se señaló desde su inicio en los baremos oficiales (RD:504/2007) complementarios de la propia Ley. Unos baremos que se basan en los índices y escalas que acabo de señalar, todo ello impregnado de un gran

contenido médico. Para la aplicación de la norma cada CCAA recurrió a su propio criterio, siendo en algunos casos los responsables de esta evaluación profesionales sanitarios (sobre todo enfermeros) y en otros trabajadores procedentes del área social.

En lo que respecta a la cuantificación del nivel de dependencia el RD 504/07 establecía en su articulado tres posibles grados: moderada, severa, gran dependencia (art 26.1) y para cada caso dos planos distintos en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que se iba a necesitar (art. 26.2). Se valoraban las ABVD, la necesidad de apoyo, el estado de salud y el entorno en el que vive el interesado (art. 27). Vemos como de nuevo aparece de forma explícita una referencia a la salud.

Con posterioridad, esta norma inicial ha sido modificada buscando hacerla más simple y homogénea. También, evidentemente, buscando el ahorro. Ello se ha hecho a través de diferentes documentos legales: una resolución del 4 de febrero de 2010 que trata de órganos y procedimientos de valoración, un Real Decreto (RD 174/2011) que trata de baremos y un RD-Ley (Ley 20/2012) que se ocupa de lo que llaman estabilidad presupuestaria.

Terminaré esta apartado destacando de nuevo que, en último término, tanto las disposiciones iniciales como las modificaciones introducidas con posterioridad vemos que tienen en cuenta cuestiones relacionadas con la salud. No podría ser de otra manera. Sorprende que, pese a ello, las palabras médico y medicina hayan sido cuidadosamente esquivadas. Incluso que para llevar a cabo evaluaciones centradas esencialmente en la situación de salud de la

persona se haya recurrido por parte de muchas CCAA con el visto bueno de la administración central a profesionales ajenos a la sanidad.

5. ¿SE PUEDE PREVENIR LA DEPENDENCIA?

Sería la pregunta clave, por más que los legisladores hayan pasado como sobre ascuas en relación con el tema de la prevención. Parece una obviedad señalar que la mejor manera de combatir la dependencia es prevenirla. Impedir que surja. Sin embargo, este es un aspecto muy descuidado en nuestra Ley. La palabra “prevención” no aparecía en los borradores iniciales. Fuimos muchos los que insistimos, yo entre otros (23), para corregir esta ausencia. Ello determinó que en el texto definitivo sí que esté contemplada la palabra prevención, aunque lo sea de una manera poco menos que simbólica. Apenas aparece tres veces. La primera en el artículo “3g” donde se habla de “establecer medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental”. La segunda en el “15 A” referido al “catálogo de servicios”. A la hora de enumerar los mismos se mencionan “servicios de prevención de las situaciones de dependencia”. Por último el artículo “21” dice que “el Consejo Territorial acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberán cumplir los Planes de Prevención”. Eso es todo. A mi juicio, no creo que resulte exagerado señalar a la luz de las referencias citadas que, hoy por hoy, el tema de la prevención en la Ley de Dependencia no deja de ser algo parecido a lo que llaman los clásicos un brindis al sol.

Dentro de este campo creo que tiene interés recordar un trabajo del grupo de Victoria Zunzunegui en el que se hablaba de dependencias evitables. Dependencias vinculadas al género y

que tienen mucho que ver con los hábitos sociales y educacionales previos. Estos autores señalan que existe una mayor dependencia para las AVDs, sobre todo para las instrumentales, en los hombres que en las mujeres. Y que cuando aparecen las dependencias en las mujeres se asocian más a los problemas de salud, mientras que en los hombres interfieren con frecuencia los hábitos de vida anteriores. Los hombres estaríamos peor educados, algo, probablemente, poco discutible al respecto (24).

Desde hace bastantes años se viene hablando de la geriatría o gerontología preventivas. Un concepto que ha sido definido como “el estudio y la puesta en marcha de medidas referidas a los estilos de vida, al control del medio ambiente y, en términos generales, al cuidado de la salud, con el fin de maximizar la longevidad de individuos y poblaciones en las mejores condiciones posibles” (25). Entiendo que aplicar estos principios en busca de reducir la aparición de cualquier forma de dependencia constituye una necesidad y, por cierto, expresa otra forma de implicación directamente médica -también educativa- en el contexto del problema.

No puedo desarrollar aquí con un mínimo detalle los principios que deben regir esta gerontología preventiva. Sí mencionaré algunas de sus líneas básicas. Para ello conviene recordar los ya señalados mecanismos que intervienen en el proceso de envejecer ya que actuar sobre ellos será la mejor forma de aplicar las medidas preventivas.

En este contexto sabemos que, hoy por hoy, tenemos poco margen para actuar sobre lo que he llamado envejecimiento primario o intrínseco. En cambio, son enormes las posibilidades

de aplicar medidas que limiten o retrasen el envejecimiento extrínseco. Podemos evitar la aparición de determinadas enfermedades (prevención primaria) a través de medidas como la vacunación. La poliomielitis, una causa muy importante de dependencia hace un siglo, se encuentra ahora prácticamente desaparecida. También podemos limitar y/o retrasar las secuelas y complicaciones de muchas enfermedades crónicas (prevención secundaria) a través de la aplicación de determinadas medidas farmacológicas o no. Ejemplos típicos serían la diabetes, la hipertensión arterial, la osteoporosis o la insuficiencia cardiaca entre otras muchas. Y, sobre todo podremos contribuir a evitar dependencias a través de la modificación favorable en nuestros estilos de vida en cuestiones como la alimentación, la actividad física o la evitación de hábitos tóxicos, tabaco y alcohol principalmente.

Añádase a todo ello la posibilidad que ofrecen otras medidas como el cribado sistemático para lograr diagnósticos precoces en el caso de numerosas enfermedades crónicas o de determinados tumores de elevada prevalencia en edades avanzadas. Todo ello permite formas de actuación inmediatas y constituye también una manera eficaz de prevención de dependencias. Cabe añadir en la misma línea todo lo relacionado con las medidas de recuperación o rehabilitación tras determinados procesos (prevención terciaria). El ejemplo más típico sería la fractura de cadera.

A esta lista de posibles medidas preventivas, eficaces y, en muchos casos, de costes muy limitados habría que añadir otras posibles vías de actuación en este mismo campo como la lucha contra factores de riesgo bien conocidos, no sólo en el plano médico, sino también sociales,

ambientales y económicos, el cuidado sistemático a través de revisiones periódicas de la boca y de los órganos de los sentidos, el empleo racional de los fármacos para evitar iatrogenia, el cuidado del medio ambiente, la lucha contra la discriminación por edad y la prevención de abusos y malos tratos a los mayores.

En definitiva las medidas preventivas eficaces se conocen y son cuantificables. Son, evidentemente, las que generan un mayor beneficio tanto a corto, como, sobre todo, a medio y largo plazo. Por ello resulta más sorprendente que, hasta ahora, no hayan sido tomadas en consideración por quienes configuraron la Ley y por quienes son responsables de su aplicación.

6. CONSIDERACIONES FINALES.

Dando respuesta a la pregunta origen de estos comentarios a estas alturas de mi presentación creo que deben quedar pocas dudas de que la dependencia es, también, un tema médico y como tal debe ser incorporado a la Ley, al menos en su aplicación futura. Lo es en la medida en la que la pérdida de salud está en el origen de la mayor parte de los casos de dependencia. Igualmente, porque exige una valoración que incluye información acerca de la salud de la persona. Y, sobre todo, lo es porque la mejor manera de luchar contra ella es prevenirla, actuar sobre sus causas, sobre los problemas de salud que van a originarla.

Evidentemente, mi aspiración, insistiendo en la necesidad de contemplar la Ley también desde una perspectiva sanitaria y de tomar en consideración los aspectos de la misma más vinculados a la salud y a la medicina, no es hacer otra Ley, ni siquiera una modificación de la ac-

tual. Va más por el camino de su aplicación. De la necesidad de tomar en consideración todas las cuestiones que aquí he comentado e insistir en ellas de cara al futuro.

Creo que hay que ser mucho más proactivos en este terreno. Dar pasos hacia adelante, implica un cambio global de mentalidad a la hora de afrontar el problema. Representa intentar un mayor compromiso de la sociedad en su conjunto, pero, sobre todo, de los profesionales, de los creadores de opinión, de los educadores y, evidentemente, de las administraciones que deberán reconducir la cuestión tanto en lo que respecta a una mejora de la educación sanitaria como a la hora de la implementación de recursos. Mirar la Ley como lo que se ha pretendido que sea, un esfuerzo colectivo por completar el estado de bienestar. Nunca como un gasto superfluo o como una fuente de dinero que las administraciones pueden aplicar de manera discrecional a aquello que estimen más oportuno en cada momento.

Será necesario tener criterios uniformes a la hora de formar profesionales para la valoración, re-evaluación y seguimiento. También, rediseñar la prestación de servicios cuidando especialmente la formación de eso que llamamos cuidador. Sensibilizar en el tema a los profesionales (médicos y enfermeros) que trabajan en atención primaria. Aplicar una política de información más completa basada en la importancia de la prevención. Y, quizás lo más importante, modificar buena parte de las actuaciones previstas en orden a dar cabida y generalizar protocolos de prevención de eficacia contrastada en todos aquellos campos cuya predisposición para generar dependencia nos son bien conocidos.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia (BOE 299, 15.dic.06).
2. Fried L, Walston J. Frailty and failure to thrive. En Hazzard W, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME (eds) Principles of Geriatric Medicine and Gerontology (5ª ed). McGrawHill. New York. 2003. Pgs:1487-1502.
3. Strandberg T, Pitkälä KH. Frailty in elderly people. Lancet 2007; 369:1328-1329.
4. Pol-Little RE, Schuurmans MJ, Emmelot-Vonk MH, Verhaar HJJ. Frailty: defining and measuring of a concept. J Nutr Health Ageing; 2009; 13:390-394.
5. Instituto Nacional de Estadística (INE). Datos de movimientos de población en España. Madrid, 2011.
6. IMSERSO. Libro Blanco del Envejecimiento Activo. (presentación y resumen). Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. Octubre 2010. El libro completo (730 pgs) ha sido publicado por el propio IMSERSO en noviembre de 2011.
7. Encuesta IMSERSO-CIS. 1995. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. 1995.
8. INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. Madrid, 2005.
9. INE. Encuestas Nacionales de Salud. Madrid (publicadas cada 2 años).
10. Rodríguez P, et al. Discapacidad y envejecimiento. Escuela libre editorial. Madrid. 2003.
11. Sánchez Fierro J. Libro verde sobre la dependencia en España. Astra-Zeneca. Madrid, 2004.
12. Fundación Pfizer.- Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Madrid, 2002.
13. Abellán A, et al. El proceso de discapacidad. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, 2004.
14. IMSERSO. Revista Minisval. Nº de enero-febrero, 2007.
15. Puga González MD. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España: previsión al año 2010. Fundación Pfizer. Madrid. 2002.
16. Antón C. El sistema de dependencia. Mejoras para su sostenibilidad: rigor, transparencia y sensibilidad social. Actas Dependencia 2012; 6:9-34.
17. Katz S, Ford AB, Moskowitz AW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: A standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 185:914-919.
18. Mahony FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. Md State Med J 1965; 14:61-65.
19. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of the daily living. Gerontologist 1969; 9:179-186.

20. Folstein MF, Folstein DE, McHugh PR. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinicians. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198.

21. Lobo A, Ezquerro J, Gómez FB. El Mini-Examen Cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes ancianos. *Actas Luso Esp NeuroPsiquiater* 1976; 7:189-202.

22. Pfeiffer E.- A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23:433-441.

23. Ribera Casado JM. A propósito del anteproyecto de ley de dependencia. *Tribuna sanitaria*. "El País" 11. abril. 2006. pg 40.

24. Tomás C., Zunzunegui V., Moreno L.A., Germán C.- Dependencias evitables. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38:327.

25. Hazzard WR. Preventive gerontology: A personalized designer approach to a life of maximum quality and quantity. En Hazzard WR, Blass JP, Ettinger Jr. WH, Haltes JB, Ouslander JG (eds) *Principles of geriatric medicine and gerontology* (4ª ed). McGraw Hill. New York. 1999. pgs: 239-244.

POR UN VERDADERO IMPULSO EN LA PROMOCIÓN Y GARANTÍAS DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

CARLOS GANZENMÜLLER ROIG

Fiscal del Tribunal Supremo

Fiscal Delegado ante el Foro Justicia y Discapacidad

Fiscal Coordinador de los Servicios de Protección a las Personas con Discapacidad de las Fiscalías Provinciales

Palabras CLAVE

Unión Europea, voluntades anticipadas, el derecho de información, persona mayor, envejecimiento activo y maltrato al mayor.

Resumen

El derecho fundamental de toda persona mayor, se centra en el respeto a su capacidad para decidir por sí misma, sin más limitaciones que el perjuicio ilícito para terceros y los demás legalmente previstos. Para ello es preciso informar y concienciar a las personas mayores, de los mecanismos jurídicos existentes, para que su voluntad sea cumplida, cuando ellos no puedan decidir y tengan que ser terceros los que lo hagan. Viviremos más, pero muy posiblemente, con una evidente merma en nuestras facultades mentales y sensoriales. En el momento presente no disponemos de información suficiente para responder a las dos preguntas claves: ¿Qué será de mí cuando ya no pueda decidir?... ¿Quién lo hará? La cuestión tiene al menos tres vertientes a concretar: Mis derechos personales. Mi salud. Mi patrimonio. El derecho de información y formación de la persona mayor, resulta imprescindible, para que en el momento de la jubilación, junto al cálculo de las prestaciones que recibiremos o deberíamos recibir, podamos determinar; mediante los mecanismos de las “voluntades anticipadas”, la persona, personas o entidades, que decidirán por nosotros, evitando de esta forma la judicialización indiscriminada, o el abuso de quién o quienes debieran, procurarnos una confortable existencia.

Keywords

European Union, early wishes, the right to information, elderly person, active aging and elder abuse.

Abstract

The fundamental right of every elderly person undoubtedly focuses on respect for their ability to decide for themselves, with no limitations other than unlawful injury to third parties and other legal provisions. This is why it is necessary to inform and educate the elderly, about existing legal mechanisms so that their wishes are fulfilled when they cannot decide and third parties have to do so. We will live longer, but quite possibly with an obvious decrease in our mental and sensory faculties. At present we do not have enough information to answer two key questions: What will happen to me when I cannot decide?... Who will do it? The question has at least three aspects to look at: My personal rights. My health. My wealth. The right to information and training of the elderly is essential, so that at the time of retirement, together with the calculation of payments we will receive or should receive, we can determine, through the “early wishes” mechanisms, the person, persons or bodies that will decide for us, thus avoiding the indiscriminate prosecution or abuse of those who must obtain a comfortable existence for us.

Sumario

1. Introducción.
2. Las claves del conflicto.
3. La problemática de los malos tratos a las personas mayores. Europa y la prevención del maltrato, abuso y descuido de las personas mayores.
4. El envejecimiento activo y la capacidad de decidir en nuestro derecho, como garantías para asegurar una vida independiente para las personas mayores.
 - 4.1. Derechos objeto de protección.
 - 4.2. Los poderes preventivos.
 - 4.3. Medidas de autotutela.
 - 4.4. Medidas especiales de protección al patrimonio.
 - 4.5. Disposiciones previas relativas al derecho a la salud.
5. La tutela institucional.
6. Los derechos de las personas mayores en los Centros Residenciales.
7. Las cuestiones pendientes en tiempos de crisis económica.

1. INTRODUCCIÓN.

El año 2012, fue declarado por el Parlamento Europeo y el Consejo de la UE¹, el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional, de conformidad con el artículo 25 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que reconoce y respeta, el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural.

Ya en el informe de Naciones Unidas sobre el envejecimiento de la población mundial de 2009 se estimaba, que de 737 millones de personas mayores de 60 años que hay en el mundo (10,8% de la población), se pasará, en el año 2050, a 2.000 millones de personas (22% de la población total). De éstos, los mayores de 80 años serán más del 20% (en comparación con el 14% en 2009) y las personas centenarias, que en 2009 se calculaban en 454.000, pasarán en el 2050, a los 4,1 millones.

En Europa, el número de personas mayores de 80 años, que en 1950 representaban el 10% de la población, en 2050 alcanzarán cifras cercanas al 30%. Para muchos expertos, se trata de una "revolución silenciosa", ya que las personas que rondan los 60 años o los superan, aumentarán a un ritmo sin precedentes. El proceso continuará avanzando durante el presente siglo, transformando las estructuras demográficas y causando efectos de difícil evaluación en los ámbitos económico, social, político y cultural.

El último informe de la UE sobre envejecimiento prevé un cambio trascendental en la pirámide de edad europea para las próximas décadas.

¹ Decisión n° 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo.

Los datos que se barajan son estos:

- Hasta 2060, la población total aumentará ligeramente: habrá 517 millones de habitantes frente a 502 millones en 2010.
- Pero su edad será mucho mayor: el 30% tendrá al menos 65 años.
- El hecho de que más personas vivan más tiempo plantea problemas graves a las economías y los sistemas de seguridad social.
- Habrán menos personas en edad de trabajar, pues la población entre 15 y 64 años de edad bajará del 67% al 56%. Es decir, se pasará de cuatro a dos personas en edad de trabajar por cada jubilado.

Estos cambios demográficos pueden tener consecuencias importantes para las finanzas públicas en la UE, de aplicarse las políticas actuales². El gasto público relacionado con la edad (pensiones, sanidad y cuidados de larga duración) subirá 4,1 puntos en porcentaje del PIB, del 25% a cerca del 29%; y solo el generado en pensiones aumentará del 11,3% al 13% del PIB.

En todo caso, el alcance y la rapidez del proceso dependerán también de la esperanza de vida³, la fecundidad y la migración futuras, y de lo que cada país de la Unión avance individualmente, en las reformas de las pensiones y gastos sanitarios y sociales.

El número de europeos mayores de 60 años aumenta dos veces más de lo que lo hacía antes de 2007, lo que equivale a decir que crece en unos dos millones al año en vez de en un millón como sucedía anteriormente.

² Entre 2010 y 2060.

³ Entre 2000 y 2060 se prevé que la esperanza de vida al nacer aumente de 76,7 a 84,6 años (hombres) y de 82,5 a 89,1 años (mujeres). En el mismo periodo, la tasa de fecundidad subiría ligeramente, de 1,59 a 1,71 hijos por mujer. El total neto acumulado de inmigrantes en la UE se calcula en unos 60 millones hasta 2060. A partir de los años 2014 y 2015, la población laboralmente activa, comenzará a disminuir, pero tendrá que mantener a una mayor población de jubilados, que además, vivirá más años.

Bajo estas perspectivas, el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea (UE) declararon el pasado año 2012, como el año del envejecimiento y de la solidaridad intergeneracional, "decisión que pretende establecer una cultura del envejecimiento activo, en una sociedad para todas las edades, mediante el apoyo y fomento a los esfuerzos de los Estados miembros y sus autoridades, así como a la sociedad civil y comunidad empresarial, incluidas las pequeñas y medianas empresas, para promover el envejecimiento activo y movilizar el potencial de las personas, próximas a los sesenta años o mayores".

2. LAS CLAVES DEL CONFLICTO.

Del envejecimiento activo y de la autonomía de la voluntad, como pilares del objetivo a consolidar: La vida independiente.

Se entiende por "envejecimiento activo", el fomento de un envejecimiento saludable con dignidad, mediante la consecución de mejores oportunidades a las mujeres y los hombres de más edad para que puedan participar en el mercado laboral, combatiéndose la pobreza y la exclusión social e incentivando el voluntariado y la participación activa en la vida familiar y social.

Las claves del proceso pasan también por el reforzamiento de la autonomía personal en todos los órdenes, para que pueda prolongarse al máximo la vida independiente.

La persona mayor es tan útil, productiva y valiosa para la sociedad, como cualquier otro

ciudadano, por ello, es necesario establecer una cultura de sensibilización contra los estereotipos negativos relacionados con la edad y contra la discriminación por razón de edad, asegurándole, si puede y quiere seguir trabajando, un marco legal de aprendizaje permanente a sus necesidades, garantizándole distintas alternativas en el mercado laboral y un sistema de protección social adecuado a sus necesidades.

Las medidas que se proponen para alcanzar los objetivos citados, comprenden actividades a escala local, regional, nacional o de la Unión, que “con una amplia participación de todas las partes interesadas pertinentes, para promover el debate, sensibilizar a la sociedad y fomentar la asunción de compromisos para con objetivos específicos”, promocionen campañas de información y educación, utilizando recursos multimedia; intercambio de experiencia y buenas prácticas; investigación y realización de encuestas a escala regional, nacional o de la Unión, y difusión de los resultados, dedicando una atención particular al impacto económico y social de promover políticas favorables al envejecimiento activo.

Se prevé expresamente un sistema evaluativo del proyecto, debiendo la Comisión presentar al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre la ejecución, antes del 30 de junio de 2014, “un informe que contenga una evaluación general de las iniciativas previstas en la presente Decisión con información detallada sobre su ejecución y resultados, con objeto de que sirvan de base para las futuras

políticas, medidas y acciones de la Unión en este ámbito, especialmente sobre la manera en que se ha integrado la igualdad entre mujeres y hombres en las actividades del Año Europeo y sobre cómo se ha garantizado la accesibilidad de las personas con discapacidad a dichas actividades”.

Paralelamente se contempla un sistema de financiación y apoyo extra financiero, para la consecución de las actividades descritas, que podrán ser objeto de un contrato público o dar lugar a la concesión de subvenciones financiadas con cargo al presupuesto general de la Unión o apoyo extra financiero a las actividades emprendidas por organizaciones públicas o privadas de conformidad con el artículo 3, apartado 3⁴.

Concluyendo, podemos señalar que el envejecimiento supone un desafío para el conjunto de la sociedad y para todas las generaciones en Europa, que ha de ser abordada desde una amplia perspectiva relacionada con la solidaridad entre las generaciones y con la familia.

La población de la Unión compuesta por personas próximas a los 60 años, se incrementará a un ritmo mucho más rápido que en cualquier tiempo pasado, lo que supone un éxito generalizado, en los ámbitos de la salud y la calidad de vida. Sin embargo, ante el crecimiento del número de personas mayores en Europa y el aumento de su “esperanza de vida”, resulta imprescindible promover un envejecimiento activo y saludable para todos, y en particular para las personas de más edad, promoviendo, además, del acceso a una atención sanitaria

⁴ La Comisión o los Estados miembros podrán identificar otras actividades que contribuyan a alcanzar los objetivos del Año Europeo y permitir que el nombre de este último sea utilizado en la promoción de esas actividades en la medida en que ayuden a alcanzar los objetivos establecidos en el artículo 2.

adecuada y de alta calidad, a la atención de larga duración y a los servicios sociales; el fomento a la prevención de los riesgos para la salud asociados con el envejecimiento.

Con el aprendizaje de una cultura basada en el “envejecimiento activo y saludable” conseguiremos que las personas de más edad incrementen su participación en el mercado laboral, permanezcan activas más tiempo en la sociedad y mejoren su calidad de vida individual; lo que supondrá una reducción para los regímenes de pensiones y sistemas de atención socio-sanitaria, y donde las nuevas actividades relacionadas con el voluntariado, el aprendizaje permanente, el acceso a las nuevas tecnologías, a la cultura y el deporte, constituyan el apoyo necesario para incrementar una vida independiente.

También es de resaltar, el realismo con el que la Comisión está aplicando la Estrategia Europea en materia de discapacidad 2010-2020, donde la Unión y todos los Estados miembros, han firmado la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, que contiene, disposiciones pertinentes para las personas de más edad, dada la correlación que existe entre discapacidad y envejecimiento.

Especialmente las acciones en apoyo a una vida independiente e inclusión en la comunidad, pues son las personas de más edad con discapacidad, las mayormente vulnerables y propensas a la exclusión social, necesitadas de políticas preventivas y de un alto nivel de asistencia; siendo las acciones sobre accesibilidad que caminan en la dirección del “diseño para todos”, un objetivo prioritario.

3. LA PROBLEMÁTICA DE LOS MALOS TRATOS A LAS PERSONAS MAYORES. EUROPA Y LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO, ABUSO Y DESCUIDO DE LAS PERSONAS MAYORES.

Una de las cuestiones claves, no resueltas en la actualidad, desde la perspectiva de formular una propuesta de defensa integral de los derechos de las personas mayores, la constituye el hecho de que éstas, pasan a ocupar una posición de menor relevancia y visibilidad, al quedar inmersas en otros sistemas de protección, que parecen sólidos y eficaces.

Así, mientras que la protección a los menores, el colectivo queda perfectamente identificado y delimitado por una edad, que señala la frontera de protección, incorporando y supereditando todas las demás circunstancias, como sexo, discapacidad, etnia, etc.; en la situación de los mayores, al existir ya constituidos mecanismos de defensa, en muchos casos muy consolidados, al tener que interactuar en diversos estadios de protección, solapan u ocultan en gran medida la protección, cuando inciden en personas sujetas a múltiples factores de vulnerabilidad.

Sucede así, en el maltrato, abuso y negligencia de las mujeres, cuando además, son personas mayores; incrementándose su vulnerabilidad, si tienen una discapacidad funcional, mental, sensorial o intelectual. Progresando el factor multiplicador, si pertenecen a grupos sociales marginados o desprotegidos, que carezcan de protección social.

Los abusos y el trato negligente hacia las personas mayores han sido constatados por los organismos de derechos humanos y expertos independientes, que incluyen la violencia física,

emocional, sexual o abuso financiero, el abandono, y todas las formas de trato degradante e inhumano, que incidan en su dignidad.

Conductas que concurren en condiciones de dependencia de las personas mayores en la atención o el apoyo de los demás. Esa atención y apoyo pueden existir en un contexto formal, donde los titulares de los derechos son los usuarios de los servicios. Como sucede en residencias de ancianos, hospitales de atención a largo plazo o los servicios a domicilio en la comunidad o en un contexto informal donde la atención es proporcionada por parte de familiares o por otros cuidadores.

Por ello, es necesario extremar la vigilancia y la prevención en la actuación de todos los "apoyos", que pueden perpetrar el abuso y la negligencia; no solo desde la actuación deliberada, cometida por individuos con la intención de perjudicar a personas mayores, sino también, desde aquellas que la incluyen por un trato inadecuado, realizado "por sistema", desconocimiento profesional, o resultantes de la falta de servicios apropiados.

La protección de los derechos de las personas mayores requiere tomar en cuenta la discriminación y su carácter multidimensional, con la discriminación por edad que se ve agravada por otras formas de discriminación por motivos de género, origen étnico, religión, discapacidad, los niveles de pobreza, la orientación sexual y de género, la identidad, la condición de emigrante, estado civil y familiar, alfabetización y otros motivos.

A estas y a otras muchas cuestiones pendientes, se pretende dar respuesta en el Simposio Regional celebrado en Bruselas, el 17 de junio

2013, organizado por la Oficina Regional para Europa de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la Comisión Europea, que conmemoró el Día Mundial de la Conciencia de los Abusos de Ancianos, con el objetivo primordial de estudiar esta problemática, desde la perspectiva de derechos humanos.

Para ello, fueron convocados los representantes de los ministerios competentes (asuntos sociales, salud y justicia) de los 27 estados miembros de la UE, los representantes de las instituciones nacionales y regionales de derechos humanos de los Estados miembros de la UE, sociedad civil internacional y de ámbito europeo e investigadores en el área del abuso y la negligencia de las personas mayores y expertos en cuidados.

Las cuestiones específicas que se abordaron fueron:

- El abuso sistémico y el abandono de las personas mayores en instituciones.
- El marco basado en derechos humanos para la protección de las personas mayores.
- El papel del Estado en la prevención y protección contra el abuso y la negligencia cometida por particulares.
- Derechos de los cuidadores formales e informales.
- Los efectos de la actual crisis económica sobre los servicios y normas.
- Los enfoques de inversión social para la atención.
- Evaluación de las normas internacionales y regionales vigentes.

Las conclusiones más relevantes inciden en la necesidad de continuar estudiando las "Vías

de defensa de los derechos humanos de las personas mayores” para abordar lo mejor posible los derechos de las personas mayores en general y la prevención del abuso y la negligencia, en particular, en el marco de una ley internacional, similar a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, desde la necesaria intervención de la sociedad civil en la promoción del enfoque basado en los derechos humanos.

Sin olvidar la promoción de los derechos de las personas especialmente vulnerables (por ejemplo, mayores, personas con demencia, discapacidad psicosocial), los obstáculos que existen en la sociedad (discriminación por edad, el reduccionismo económico, recortes de austeridad relacionados con el presupuesto), y la elaboración de un programa más ambicioso, con visión de futuro.

Finalmente se abordaron, las formas y fondo, sobre las que deberá asentarse la agenda de los derechos que podrían tener cabida en el derecho internacional de derechos humanos existentes y la legislación europea; así como las ventajas e inconvenientes que un nuevo instrumento potencial como una futura Convención sobre los derechos de personas mayores, puede representar, para canalizar los esfuerzos realizados en un nuevo desafío, que no admite mayor espera.

4. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y LA CAPACIDAD DE DECIDIR EN NUESTRO DERECHO, COMO GARANTÍAS PARA ASEGURAR UNA VIDA INDEPENDIENTE PARA LAS PERSONAS MAYORES.

En general, los jubilados españoles configuran un grupo social muy activo, que se consi-

deran útiles para su entorno, repartiendo su tiempo en apoyos imprescindibles muchas veces para sus hijos; cuidando a sus nietos, y haciendo labores del hogar, como la compra o la comida. Indudablemente son las mujeres las que mayor carga soportan, en este ámbito.

Aunque las facultades en las que se encuentra una persona de 60 años pueden ser muy diferentes a las de hace unos años, la actual generación de sexagenarios, que tuvo una infancia dura, marcada por la posguerra, se enfrentó a una madurez complicada, con muchas privaciones y frustraciones y ahora goza de una vejez que considera muy confortable.

Las antiguas preocupaciones por las pensiones dignas y la asistencia médica, son un derecho que aunque en muchos casos puede ser insuficiente, sobre todo para las mujeres viudas, está reconocido. Ciertamente que la jubilación ideal debería ser progresiva y voluntaria, pero para los próximos lustros, se anuncian, paulatinas reducciones de horario y responsabilidades, que podrían tender un plácido puente entre la vida laboral y el retiro, pues aspiran a mantenerse sanos y satisfechos tanto física como social y psicológicamente.

Ya no se consideran “ancianos”, se cuidan más y mejor, evitando los vicios sociales del alcohol y del tabaco, controlando mejor sus malos hábitos, de forma que con anterioridad a su jubilación, han iniciado una vida más sana, apurando al máximo la medicina y la farmacología preventiva. Tónica que se incrementará el futuro, si la coyuntura económica lo permite.

Existe no obstante, un inmenso temor en este colectivo, a la pérdida del control en la toma de sus decisiones. Carecer de esta prerrogativa

fundamental, es lo que les resulta más penoso y más temen las personas mayores. En nuestra terminología hablaríamos de no poder goberarnos a nosotros mismos, de depender de otros en la formación y expresión de nuestra voluntad. En definitiva en la pérdida de la libertad e independencia personal.

También desde el punto de vista legislativo, en este clima de cierto optimismo, que la crisis económica puede dificultar seriamente, se intenta consolidar lo que denominaremos, el estatuto del jubilado, que comprende:

Derechos individuales. (La autotutela, las disposiciones de voluntades anticipadas, el testamento). Derechos socioeconómicos. (La pensión). Derechos patrimoniales. (El patrimonio protegido, hipoteca inversa, y otras análogas), innovaciones jurídicas que pretenden salvaguardar y garantizar sin fisuras, la permanencia en el tiempo de la capacidad de obrar, que tenemos en el presente.

4.1. Derechos objeto de protección.

El principal derecho de toda persona mayor es que se respete su capacidad para decidir por sí misma, sin más limitaciones que el perjuicio inaceptable de terceros y los demás legalmente previstos.

Para ello es preciso informar y concienciar a las personas mayores, lo antes posible, como ayuda preventiva a la nueva etapa que deben vivir, y por tanto afrontar desde su capacidad para decidir, de los mecanismos jurídicos existentes, para que su voluntad sea cumplida, cuando ellos no puedan decidir y tengan que ser terceros los que por ellos lo hagan.

De modo que en previsión de una futura situación de incapacidad para decidir y frente a iniciativas de los familiares o del propio Estado tendentes a subsanar este defecto, la persona puede valerse de distintos instrumentos legales que van a permitir al individuo erigirse frente al Estado, adelantarse a él y planificar por sí mismo su futuro, como son los poderes preventivos, la autotutela, las instrucciones previas en el ámbito sanitario, el contrato de alimentos, los planes de pensiones, etc.

Muy brevemente nos referimos a los más importantes.

4.2. Los poderes preventivos.

El Art. 1732 del Código Civil, regula una institución, a mi juicio, de enorme trascendencia, que permite, mientras se conservan las facultades mentales, nombrar un representante para el caso de que lleguen a perderse, hecho éste, y he aquí la novedad, que no implicaría la revocación del poder.

Se puede evitar de este modo, en caso de pérdida de capacidad, el tener que nombrar un representante (tutor o curador) a través de un procedimiento de modificación de la capacidad y apoyos.

De modo que la persona mayor puede prevenir las consecuencias de la pérdida de conciencia nombrando un representante, en la esfera personal y patrimonial.

El poder debe realizarse ante Notario y tanto se puede nombrar un representante, como varios que actúen mancomunadamente o varios sucesivamente para el caso de que el primer llamado u otro preferente no puedan llevar a cabo su cometido.

Las ventajas que estos poderes proporcionan son indudables:

- a) Permiten una inmediata atención al representado, en decisiones urgentes, que pueden resultar importantes, para sus intereses presentes y futuros.
- b) No sólo se cuenta con la representación, sino que además es la elegida por el propio poderdante, evitándose así discrepancias y conflictos, ya no sólo entre los parientes de sangre, sino entre estos y terceros interesados, como amigos, cuidadores de hecho, etc.
- c) Evitan además tener que acudir al penoso procedimiento de modificación de la capacidad (incapacitación), para una vez constatada esta situación, nombrar un representante para que sustituya la voluntad y la iniciativa del tutelado de cara a procurar su bienestar y protección.

Pero resulta también necesario exponer sus inconvenientes, que se concretan:

En el mal uso del poder por el apoderado, por lo que se aconseja nombrar a dos apoderados, y en las discrepancias que puedan darse sobre si el mandante ha caído en estado de incapacidad o si se ha recobrado de este estado. Un remedio para esta situación es otorgar poderes "de presente y de futuro", esto es, para el momento presente en que el poderdante cuenta con capacidad y para el momento futuro en que pueda perderla.

Cada persona deberá valorar sus circunstancias especiales, que le permitan confiar en sus representantes, que como hemos afirmado, pueden ser varios y cambiarse, cuando se con-

sidere necesario.

Otro inconveniente que se apunta, es la falta de un registro nacional de poderes, de modo, que el otorgamiento de este documento puede pasar inadvertido, y aunque el riesgo sea escaso, ya que las personas que apoderan generalmente lo hacen a personas muy cercanas, parece aconsejable que se pongan en marcha los futuros mecanismos de tutela registral.

4.3. Medidas de autotutela.

La Ley 41/2003 de 18 de Noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad añade un segundo párrafo el Art. 223 del C. Civil en los siguientes términos:

"Asimismo, cualquier persona con la capacidad de obrar suficiente, en previsión de ser incapacitada judicialmente en el futuro, podrá en documento público o notarial, adoptar cualquier disposición relativa a su persona o bienes, incluida la designación de tutor".

Los documentos públicos a los que se refiere el presente artículo se comunicarán de oficio por el Notario autorizante al Registro Civil para su indicación en la inscripción de nacimiento del interesado.

En los procedimientos de incapacitación, el Juez recabará certificación del Registro Civil y, en su caso, del Registro de última voluntad a efectos de comprobar la existencia de las disposiciones a las que se refiere este artículo".

Si bien el Juez no tiene obligación absoluta de nombrar tutor al designado, sólo podrá apartarse de los deseos manifestados cuando la elección se considere francamente perjudicial

para el incapaz o el designado haya caído en situación de no poder desempeñar la tutela.

En cuanto a la publicidad del otorgamiento, tiene pleno sentido la petición de certificación al Registro Civil pero no la tiene la petición al Registro de Actos de Última Voluntad pues para que sea atendido es preciso acreditar el fallecimiento del otorgante.

4.4. Medidas especiales de protección al patrimonio.

Por regla general las personas mayores, conocen y se preocupan por las pensiones que reciben y las que recibirá en el futuro, pero desconocen otras posibilidades que pueden serles útiles, a sus particulares circunstancias.

A) El contrato de alimentos.

Dispone el Art. 1791 del Código Civil, que "Por el contrato de alimentos, una de las partes se obliga a proporcionar vivienda, manutención y asistencia de todo tipo a una persona durante su vida, a cambio de la transmisión de un capital en cualquier clase de bienes y derechos".

Lo cierto es que ya se venía haciendo a través del denominado "contrato de vitalicio" o de la donación modal, asumiendo en este caso el donatario la carga de prestar alimentos en determinadas condiciones a cambio del patrimonio (generalmente un inmueble) recibido.

El contrato puede formalizarse tanto entre el afectado y la persona o institución que se compromete a prestar alimentos como entre un tercero y estas personas a favor del mayor, de acuerdo con la teoría de las "estipulaciones

a favor de tercero".

Hoy muchas personas mayores cuentan con un pequeño patrimonio. Bastantes tienen una casa, de modo que es posible plantear este tipo de contratos.

El problema fundamental es el control de la regularidad de la prestación por parte del obligado a prestar los alimentos.

Cuando el contrato se formaliza directamente entre el interesado que transmite el capital y el que lo recibe y se obliga a prestar los alimentos en las condiciones pactadas, hay que partir de que una de las partes actúa sobre la base de su desvalimiento actual o futuro y, aunque la ley ofrece posibilidades de exigir el cumplimiento o resolver el contrato en caso de incumplimiento o cumplimiento defectuoso, puede que el alimentista llegue a una situación en que no se encuentre en condiciones de reclamar nada o que la situación de abuso o deterioro no llegue a ser advertida.

Considero por ello muy conveniente que se establezca en estos contratos una supervisión o control externo, (persona de confianza del alimentista, institución, etc.).

Por otro lado, desde el punto de vista tributario, el tratamiento fiscal de estas operaciones resulta demasiado gravoso, lo que está haciendo poco atractiva su utilización.

B) Los planes de pensiones.

Desde hace una década han proliferado notablemente y muchas personas han optado por concertarlos en previsión de que el Estado no pueda mantener el nivel actual de prestaciones.

Existen algunas entidades gestoras que al vencimiento del plan ofrecen alternativamente el cobro del capital, una cantidad mensual durante toda la vida o alojamiento en una de los varios Centros Residenciales que ofertan.

4.5. Disposiciones previas relativas al derecho a la salud.

4.5.1. La necesidad de consentimiento.

La Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, de Autonomía del Paciente permite al interesado crear estadios de decisión individual, en relación con el sistema sanitario.

Dispone el Art. 2, que “Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios.

El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la ley”.

El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

Ratificando lo precedente el Art. 8-1 dispone:

“Toda actuación en ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la

información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”.

4.5.2. Las instrucciones previas.

La Ley General de Sanidad de 1986 ya regulaba y reconocía la autonomía del paciente pero siempre que éste lo manifestase al tiempo de producirse la necesidad de la intervención o del tratamiento.

La ley 41/2002 va más allá pues permite manifestar anticipadamente la voluntad para el caso de que se carezca de capacidad de decisión en el momento en que se plantee la necesidad de intervención.

No es más que una modalidad de apoderamiento dirigido a surtir efecto en el ámbito sanitario, por las que una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

El otorgante del documento puede designar además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o con el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

A diferencia de los Poderes Preventivos, si se prevé un Registro Nacional de Instrucciones Previas, disponiendo todas las Comunidades Autónomas de regulación legal de este sistema y del procedimiento a seguir.

5. LA TUTELA INSTITUCIONAL.

No cabe duda de que la reforma de la tutela llevada a cabo por la Ley 13/1983 de 24 de Octubre contenía cambios notables en algunos aspectos de la Institución, siendo la novedad principal, el sistema de control sobre su ejercicio que pasa de la familia a los Poderes Públicos; Autoridad Judicial y Ministerio Fiscal. Sin embargo, como ya se ha señalado, el ejercicio de la tutela en sí mismo, seguía el modelo tradicional, esto es, insertándolo en la familia aunque con la resuelta intención de que sea encomendada a uno solo de sus miembros, salvo supuestos excepcionales. (Art. 236 CC).

Pero debido al cambio de las circunstancias socio-económicas y del sistema de valores sociales, ha sido cada vez más difícil encontrar una persona dispuesta a asumir el desempeño adecuado del cargo de tutor, ni en la familia ni fuera de ella.

Al propio tiempo y, precisamente por ello, han ido surgiendo instituciones, tanto públicas como privadas, que han asumido el cuidado de personas "presuntamente incapaces" o ya judicialmente incapacitadas, relevando de tal responsabilidad a la familia o simplemente acogiendo a quienes carecen de ella.

Estas instituciones han buscado fórmulas jurídicas para amparar su actuación y así han surgido en los últimos años una variada gama de fórmulas tutelares de nuevo cuño. (Fundaciones Públicas, Fundaciones Privadas, Comisiones, Agencias, Fundaciones Públicas sometidas a régimen de Derecho Privado, Tutelas asumidas por la Dirección del Centro, etc).

La reforma legal aludida, tuvo la precaución

de incluir un precepto, el Art. 242 del Código Civil, que abría la posibilidad de que determinadas "Personas Jurídicas", aquellas entre cuyos fines se encontrara la protección de menores e incapacitados y careciesen de ánimo de lucro, asumiesen el ejercicio de la tutela.

La inclusión no fue pacífica como lo demuestra el repaso de las discusiones parlamentarias y no sólo por motivos de índole técnico-jurídica, sino incluso de oportunidad; lo que demuestra hasta que punto el problema se ha desarrollado principalmente en los últimos años.

El último hito producido en esta materia es la atribución por Ley a la Administración, de las tutelas de personas que se encuentren en situación de desamparo.

La Ley 41/2003 de 18 de Noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad añade un nuevo párrafo al artículo 239 con el contenido siguiente:

"La entidad pública a la que, en el respectivo territorio, esté encomendada la tutela de los incapaces cuando ninguna de las personas recogidas en el artículo 234 sea nombrado tutor, asumirá por ministerio de la Ley la tutela del incapaz o cuando éste se encuentre en situación de desamparo.

Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes que le incumben de conformidad a las Leyes, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material".

Esta tutela institucional que recae en los servicios sociales creados y regulados por las

Comunidades Autónomas, están desarrollando un papel fundamental en la protección de las personas mayores con discapacidad.

6. LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN LOS CENTROS RESIDENCIALES.

Es casi un hecho irrefutable, que las nuevas generaciones no van a tener a sus padres en casa, por lo que las personas que hoy tienen 50 años se enfrentan a su futuro de manera radicalmente distinta a la que lo hicieron a esta edad las que hoy tienen 80 años.

Ya en la actualidad, la mayor parte de los actuales usuarios de residencias de tercera edad jamás pensaron que iban a acabar sus días en una de ellas.

La longevidad alcanzada en las sociedades occidentales, unido a las severas transformaciones experimentadas por la institución familiar, han llevado a esta situación y, a la vez, ha generado la aparición de una "nueva conciencia" sobre el modo de afrontar la última etapa la vida, periodo que se adivina largo y presidido por la dependencia y la necesidad.

Por tanto, es también preciso informar y si se me permite, concienciar a las personas mayores, de que la vida en centros residenciales, requiere una serie de habilidades, que facilitarán la integración y relaciones entre los usuarios.

En los centros residenciales existe una clara tendencia a la uniformización y si verdaderamente se pretende que las residencias se conviertan en un segundo hogar, debe darse cierto margen para que cada residente individualice su espacio y organice su vida, a partir del equilibrio entre lo común y lo particular.

Los derechos fundamentales del residente y su información y aprendizaje se concretan:

A) Libre desarrollo de la personalidad.

El ingreso en una residencia no debe representar el comienzo de una etapa presidida por la inactividad, deben abrirse nuevas expectativas acordes con las habilidades del residente.

Algunas personas mayores encuentran en las residencias cauces que les llevan a desarrollar facetas que nunca hubiesen sospechado (novela, poesía, pintura, internet...) o a realizar algunos sueños largamente aplazados (aprender a escribir, viajar, visitar museos, etc).

B) El derecho a la integridad moral. Las contenciones.

En las visitas realizadas a las residencias de personas mayores, es frecuente constatar la existencia del uso de medicamentos cuyo objetivo es tranquilizar al mayor. Junto a estas contenciones "farmacológicas", están las llamadas "mecánicas". Es preciso, para evitar abusos, actualizar y unificar los protocolos y manuales de buenas prácticas, ya vigentes, donde todo tipo de las referidas contenciones deberían estar indicadas por uno o dos facultativos, por el tiempo imprescindible y previa comunicación a los familiares o tutores de las mismas. Es preciso incidir en su excepcionalidad y restringir su uso, elaborando mecanismos de control, pues el abuso o cronificación de estas puede suponer un tratamiento degradante contrario al derecho a la integridad moral, como proclama el Art. 15 de nuestra Constitución.

C) Protección de la intimidad. El uso de las videocámaras.

Las nuevas tecnologías propician, cada vez más, el uso de videocámaras que puede convertirse en una práctica ilegal, si no cuenta con autorización judicial y sólo estaría justificada en casos muy excepcionales. La existencia de colocación de cámaras dentro de las habitaciones conectadas a un circuito cerrado de televisión se considera una intromisión en el derecho a la intimidad, salvo que se instalen en zonas comunes y de tránsito.

D) Derecho a las comunicaciones.

Los residentes tienen derecho a recibir visitas con un horario amplio y flexible, así como a realizar y recibir cartas o llamadas. También la utilización de internet y el correo electrónico pueden ser un instrumento muy importante de comunicación e información que deberán potenciarse.

7. LAS CUESTIONES PENDIENTES EN TIEMPOS DE CRISIS ECONÓMICA.

Los efectos de la crisis económica han incidido especialmente en la esfera familiar y personal de las personas mayores, constituyendo su principal amenaza y preocupación.

Ello ha quedado dolorosamente constatado, en los supuestos referidos a las malas prácticas bancarias, que pueden haber desembocado en la pérdida de todos los ahorros de miles de mayores; derivadas tanto al ámbito penal, por constituir delitos de estafa o apropiación indebida, o bien, al ámbito del derecho protector de los consumidores o usuarios.

Sea como fuere, han sido múltiples las consultas recibidas, por parte de instituciones, asociaciones o personas responsables de la guarda de personas mayores, que confiando en “su banco”, de toda la vida, se han visto sorprendidas cuando se les negaba la posibilidad de retirar sus ahorros, en base a cláusulas abusivas, o alegando que los productos bancarios contratados, vencían en fechas próximas al final de este decenio.

Otra cuestión que promueve nuestra reflexión, se centra en el cambio experimentado en el reparto de las cargas familiares por una crisis que incide en la tragedia del paro y en la precariedad de los salarios, lo que en muchas ocasiones determina que son las pensiones y ahorros de las personas mayores en la familia, los abuelos o padres ya jubilados, los que soportan las cargas y el mantenimiento de los miembros más jóvenes, repercutiendo muchas veces, en una importante disminución de su calidad de vida, y estabilidad económica en el futuro.

En este contexto es preciso abordar, como propugnan las principales Asociaciones y Fundaciones del sector de mayores, una puesta a punto de legislación existente al respecto.

Normativa que debiera de caracterizarse como “multidisciplinaria” porque tendrá que discurrir a través de muy diversos bienes jurídicos, en las que convergen normas del Derecho Público, Privado y de otras ramas jurídicas.

Esta normativa estaría constituida por:

A) Elaboración de un Plan Nacional de sensibilización; estableciendo una escala de valores en la que la edad de los mayores ocupara un importante lugar.

B) Introducir en el Sistema Educativo en todas las franjas del mismo (Educación Primera, Secundaria y Bachiller), la idea de respeto y consideración a los mayores, como parte integrante de la comunidad.

C) Una política publicitaria a través de los diversos medios, que transmitiera a la sociedad en general, una conciencia axiológica sobre los mayores.

D) Una prolija y completa información e incluso "formación", desde las instituciones públicas de los derechos de las personas mayores y de los mecanismos de amparo de los mismos a través de la existencia de Órganos Públicos e Instituciones, con la vocación de protección y defensa de estos.

E) Finalmente, esta normativa debe complementarse con una adecuada reforma de los preceptos del Código Penal, referentes a aquellos delitos en los cuales la edad del mayor, al ser víctima de la acción delictiva, agravaría la culpabilidad del autor del delito (Delitos contra la integridad física, contra la dignidad, contra la propiedad) y algunos otros que pudieran considerarse.

Muy especialmente, la supresión de la excusa absolutoria del Art. 268 CP, que acoge la excusa parental sin tener en cuenta la especial circunstancia de extrema vulnerabilidad, como sucede en el caso de las personas mayores, y en las personas con discapacidad, mental, intelectual o sensorial.

Es necesario tener presente que la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, vigente en España desde el 3

de mayo de 2008, y por lo que a la protección patrimonial se refiere, determina específicamente en el Art. 12.5 que los Estados Parte, "Tomen todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán porque las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria".

El Art. 268 CP, puede propiciar en los actuales tiempos de crisis económica, el expolio patrimonial de personas en situación de extrema vulnerabilidad al coincidir en ellos los factores, mayor edad y discapacidad, que determinan la más absoluta indefensión. Ello facilita, la perpetración de todo tipo de delitos patrimoniales, por actuaciones de su entorno familiar, que además resultan irreparables ante la ineficacia de su reclamación a través de un nuevo proceso civil de nula eficacia, al partir de su previsible duración e imposible reintegro.

Entendemos por tanto que debe suprimirse de nuestro Código Penal, como propugnan además, las asociaciones de personas mayores y las que representan a las personas con discapacidad, en aras a la protección que merece su situación de extrema vulnerabilidad.

Termino finalmente, efectuando una reflexión. Viviremos más, pero muy posiblemente, con una evidente merma en nuestras facultades mentales y sensoriales.

¿Estamos preparados los mayores españoles para afrontar el reto?

Disponemos de información suficiente para responder a las preguntas: ¿Qué será de mí cuando ya no pueda decidir?... ¿Quién lo hará?

La pregunta tiene al menos tres vertientes a concretar: Mis derechos personales. Mi salud. Mi patrimonio.

El derecho de información y formación de la persona mayor, al respecto, resulta impres-

cindible, para que en el momento de la jubilación, junto al cálculo de las prestaciones que recibiremos o deberíamos recibir, podamos determinar; mediante los mecanismos de las “voluntades anticipadas”, la persona, personas o entidades, que decidirán por nosotros, evitando de esta forma la judicialización indiscriminada, o el abuso de quién o quiénes debieran, procurarnos una confortable existencia.

EL COMPROMISO DE LA HUMANIZACIÓN EN LAS INSTITUCIONES SOCIOSANITARIAS

JOSÉ CARLOS BERMEJO HIGUERA

Director Centro de Humanización de la Salud

MARTA VILLACIEROS DURBÁN

Departamento Investigación, Centro de Humanización de la Salud

Sumario

1. EVOLUCIÓN.

2. CALIDAD.

3. DESHUMANIZACIÓN.

4. HUMANIZACIÓN.

5. RELACIÓN Y CULTURA.

6. CONCRETANDO.

7. CONSTRUIR HUMANIZACIÓN EN LA RELACIÓN, COLECTIVIDAD, CULTURA.

8. CONSTRUIR HOGAR, HUMANIZACIÓN DE LOS AMBIENTES, LAS ESTRUCTURAS, LA ORGANIZACIÓN.

9. CONSTRUIR DIGNIDAD, CUIDADOS Y OCIO.

10. CONSTRUIR MÁS ALLÁ, NORMALIZACIÓN DE VIDA.

11. BIBLIOGRAFÍA.

Palabras CLAVE

Humanización, instituciones sociosanitarias, ética de la humanización, indicadores de humanización, autonomía y dependencia.

Resumen

La humanización recoge aspectos de calidad, pero no solo y no todos. Humanizar el mundo de la salud y la dependencia pasa por incidir no sólo en el diseño y desarrollo de programas que salgan al paso de las necesidades materiales, sino por incidir también en la salud y autonomía de las relaciones, en el respeto de los valores, en el manejo de los sentimientos de frustración y de pérdida, en el potenciamiento de la autopercepción... Constituye un compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad. Y una intervención holística, global e integral.

En esta reflexión revisamos su evolución, relación con la calidad, con la cultura, y los distintos ámbitos sobre los que incide.

Keywords

Humanization, health care institutions, ethics of humanization, humanization indicators, autonomy and dependency.

Abstract

Humanization collects issues on quality, but not only, and not all. Humanizing the health and dependency world influences not only the design and development of programs that go through material needs, but also influencing the health and autonomy of relations, the respect of the values in the management of the feelings of frustration and loss, in the empowerment of the self-perception... It is an ethical commitment to consider the person as a whole. And intervention holistic, global and comprehensive. In this reflection we monitor its evolution, relationship with quality, culture, and the different areas on which it affects.

La humanización recoge aspectos de calidad, pero no solo y no todos. Humanizar el mundo de la salud, de la dependencia y del sufrimiento es algo más profundo y complejo que un conjunto de intervenciones que se reduzcan a la aplicación de técnicas o servicios de ayuda.

Humanizar el mundo de la salud y la dependencia pasa por incidir no sólo en el diseño y desarrollo de programas que salgan al paso de las necesidades materiales no cubiertas en muchas personas, sino por incidir también en la salud y autonomía de las relaciones, en el respeto de los valores, en el manejo de los sentimientos de frustración y de pérdida, en el potenciamiento de la autopercepción, etc.

En el fondo, humanizar la salud, constituye un compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad. Y una intervención holística, global, integral, necesita de una particular capacitación de los agentes sociales en el ámbito de la inteligencia del corazón, de las habilidades para entrar en el mundo personal y particular de la persona a la que se quiere acompañar, identificar y movilizar en ella no solo los problemas y necesidades, sino el mundo de los significados, los recursos, las habilidades y los valores que pueden permitirle trabajarse a sí mismo y ser el mayor protagonista del proceso.

Promover la dignidad intrínseca de todo ser humano constituye el fundamento último de toda acción humanizadora. Esta dignidad es la base sobre la que se sustenta toda acción que quiera ver en el otro un semejante y acompañarle a ser él mismo, contribuyendo con su personalidad y su particularidad en la construcción de un mundo más igualitario, más justo, más pacífico, más gozoso y saludable.

1. EVOLUCIÓN.

Importantes autores se han hecho propulsores de la medicina personalizada o centrada en la persona, en diferentes lugares del mundo: V. Von Weizäcker en Alemania, P. Turnier en el mundo francés, P. Lain Entralgo en los ámbitos de lengua y cultura española, Sandro Spinsati en Italia.

Dentro del ámbito de la dependencia se impone considerar tal experiencia y a tal persona de una forma global, que no elimine su autonomía y su dimensión subjetiva. Es necesario tratarlo como persona.

Según ellos se trata de introducir al sujeto en su cuidado, rompiendo con lo simple del naturalismo, que llevaría a considerar al hombre como un ser vivo semejante en todo, descuidando los aspectos psíquicos, espirituales, histórico biográficos, y sociales de la existencia humana. En efecto, detrás de cada persona dependiente, está la presencia de un sujeto humano que elabora personalmente su experiencia y la incorpora de alguna manera en su biografía.

En el ámbito del INSALUD se ha hecho una reflexión en torno a la humanización con ocasión del Plan de Humanización promovido en 1985. Aquello que inicialmente se presentaba con escasa fundamentación y con una concreción muy precisa de actividades, fue desarrollado después en las Jornadas de Humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD y las Sesiones de trabajo sobre el Plan de Humanización.

En la documentación producida entonces puede verse ya un intento serio de profundización

del significado de humanizar la asistencia hospitalaria, reconociendo que tenía que ver con la gestión, con la concepción del sistema, con el funcionamiento de la estructura, con la mentalidad de las personas, con la competencia profesional y con elementos difícilmente mensurables, como el dolor evitado, el sufrimiento prevenido, las capacidades recuperadas, y la alegría recobrada.

Por su lado, las Políticas Sociales han experimentado en las últimas décadas un significativo avance en España, los avances sociales han sido significativos en todos los campos y lo que a Personas Mayores se refiere, los programas que dieron comienzo en los años sesenta y setenta del siglo pasado, fueron consolidándose lentamente.

Estas políticas han conseguido que se hable de envejecimiento saludable, satisfactorio y activo. Saludable relacionándolo con la calidad de vida y con buena salud. Activo suele identificarse con ejercicio físico y movimiento en general y satisfactorio tratando de recoger lo que se conseguiría a través de las anteriores, a modo de posicionamiento vital. Se han ido añadiendo términos, como productivo, *empowerment* de las personas mayores... Así, el reforzamiento de la autonomía personal constituye una parte fundamental en la construcción esencial de la conceptualización del envejecimiento activo.

El Plan Gerontológico, que empezó su vigencia en 1992, dedicó un importante capítulo a la "Salud y Asistencia Sanitaria". Según el informe de valoración de dicho Plan, los avances fueron significativos y se consiguió, en esta y en otras áreas, un nivel razonable de ejecución.

El Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007 recoge en su objetivo primero el desarrollo de los principios de "envejecimiento activo" y concretamente en la estrategia 4ª, destaca el impulso de medidas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud.

Dos son las facetas primordiales de este eje de intervención, la prevención de enfermedades que tienen mayor incidencia en las personas de más edad y el fomento de hábitos de vida saludables que propicien una vida sana y autónoma.

Decir que las personas mayores son sujetos activos de los derechos que les son propios no es más que una obviedad, pero no por ello hay que dejar de reconocerlo y manifestarlo explícitamente, porque son todavía muchas las situaciones de vulneración de las personas mayores. Son ellos y las personas dependientes uno de los grupos denominados frágiles o vulnerables a la hora de que sus derechos sean respetados.

Los Servicios Sociales en España, con sus logros y carencias, constituyen un sistema consolidado, aunque mejorable, con una relativa fuerza en su implantación y desarrollo.

2. CALIDAD.

Existen estudios que trabajan y reflexionan sobre la humanización y estudios que constatan y hablan de indicadores de calidad, pero no existen estudios que certifiquen cuáles son los indicadores de humanización, mucho menos centrados en dependencia.

Un ejemplo de medición de calidad en el servicio es la escala multidimensional SERVQUAL,

herramienta que compara las expectativas generales de los usuarios (clientes, usuarios, pacientes, alumnos, beneficiarios, etc.) y sus percepciones respecto al servicio que presta la organización, donde la brecha existente entre ambas constituye un indicador para mejorar, validada en América Latina, 1992.

La percepción del cliente o usuario se refiere a cómo éste estima que la organización está cumpliendo con la entrega del servicio, de acuerdo a cómo él valora lo que recibe mientras que las expectativas del cliente definen lo que espera que sea el servicio que entrega la organización. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, comunicación de boca a boca e información externa. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el cliente emite un juicio.

Respecto al contenido de la herramienta, se basa en necesidades y deseos (conscientes e inconscientes), que deben ser recogidos por la organización para satisfacer el servicio. Está compuesta por las dimensiones *fiabilidad*, que consiste en prestar el servicio prometido de modo fiable y cuidadosamente; *capacidad de respuesta* o disposición del personal para ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido; *seguridad, conocimientos, atención y habilidades* mostradas por los empleados para inspirar credibilidad y confianza; *empatía* o esfuerzo por entender la perspectiva del usuario mediante la atención individualizada; y aspectos *tangibles*, como la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

Existen muchas más, incluso modelos de excelencia que promulgan formas de trabajo

para las organizaciones basadas en la flexibilidad del cómo, dónde y cuándo trabajan, la cooperación, y la gestión del cambio como nuevos procesos para crear un mejor trabajo o una mejor conciliación incrementando el rendimiento de la institución.

En este sentido, el Modelo EFQM de Excelencia es el más conocido a nivel europeo, y tiene como objetivo ayudar a las organizaciones (empresariales o de otros tipos) a conocerse mejor a sí mismas y, en consecuencia, a mejorar su funcionamiento. Pero sigue siendo un modelo de gestión de calidad, es la Fundación Europea para la Gestión de Calidad (*European Foundation Quality Management*).

Todo este tipo de trabajos, modelos y protocolos, son pasos que se van dando en pro de la humanización. Aun así, la humanización es una cuestión universal que recoge aspectos de calidad, pero como decíamos antes, no solo y no todos. La humanización se refiere a la complejidad de realidades que afectan a la vida humana.

3. DESHUMANIZACIÓN.

Para hablar de humanización también hay que concretar en qué consiste la deshumanización.

Uno de los factores recogidos en la literatura hace alusión al proceso de conversión de lo subjetivo en objetivo, de lo singular a lo seriado. Esto se denomina cosificación, y constituye una grave pérdida de la identidad personal. Desde que se inauguró en 1901 la primera cadena de montaje y se estableció el trabajo o producción en cadena, como base de la revolución industrial, cada vez más áreas y aspectos de

nuestras vidas se han ido cosificando, seriando, desidentificando, nos encontramos todos en el atasco, todos en la playa en agosto, todos en los centros comerciales... No nos extraña ser un número en el hospital, puesto que somos un número en muchas parcelas de nuestra vida.

También podemos hablar de la hipertrofia del poder institucional, anteponiendo las exigencias del centro a cualquier necesidad del enfermo o residente. En muchos sentidos el sistema es un negocio, es una empresa, y como tal tiene objetivos. Aunque tiene otros, también incluye los objetivos de disminuir los días de ocupación de las camas, reducir las listas de espera, optimizar el aparataje, y éstos pueden convertirse en objetivos principales instaurando una relación objetal con el cliente.

Si dejamos que estos objetivos empresariales recaigan sobre los de los profesionales encargados de darles salida, los objetivos personales se convierten en funcionales. Se puede escuchar en los pasillos expresiones como "a mí no me pagan por esto, no es mi responsabilidad, mi turno ha terminado", y las relaciones interpersonales se convierten en funcionales, "me voy ya que el tren no me espera", "hoy toca gimnasio". Se va instaurando una mentalidad centrada en los propios derechos, en la propia funcionalidad, en satisfacer los objetivos propios.

Podemos explicarnos pues por qué, cuando hablamos de deshumanización pensamos espontáneamente en "despersonalización". La despersonalización conlleva la pérdida de atributos humanos dando paso a la frialdad en las interacciones, el descuido de la dimensión emotiva y de valores, el sentimiento de impotencia.

Pero la deshumanización es una cuestión más compleja que la falta de cariño o ternura en la atención, también acarrea falta de autonomía en el enfermo y sus familiares, la sensación de ser objeto pasivo en el sistema por la escasa participación en los procesos cotidianos, la frecuente negación de la participación familiar derivada de la falta de información o de tiempo. La instrumentalización y explotación del personal, la prioridad dada al aspecto administrativo, la burocratización exagerada...

Tomar conciencia de la complejidad del mundo de la dependencia ya nos permite hacernos cargo de cuánto y de qué forma la deshumanización está condicionada.

Está condicionada tanto por criterios economicistas, presión asistencial y la escasez de recursos del sistema cada vez más masificado, como por el desvalimiento y la vulnerabilidad del que necesita.

También por la situación socio-política y/o corrupción de quien accede a cargos de gestión, el sistema de intervención parcializada y protegido de las empresas prestadoras de servicios, o la hiperespecialización fragmentada...

O por elementos fortuitos como la naturaleza del propio trabajo que genera tanto desgaste en los profesionales (*burnout*), o elementos que quisieron ser humanizadores mejorando y facilitando las labores de las personas y acabaron siendo deshumanizadores como la tecnificación de los procedimientos de ayuda, la burocratización que pretendía administrar justicia y acabó generando un mundo sociosanitario demasiado complejo...

Sin olvidar la mala práctica. Al hablar de deshumanización del mundo socio sanitario y de la sociedad en general, una afirmación frecuente es que junto con el desarrollo de la técnica fue produciéndose un proceso de deshumanización. A veces, más bien hace ya años, el discurso cobraba tonos nostálgicos, halagando aquella época pobre de recursos. Incluso se tornaba reductivo, contraponiendo técnica y humanización. Como si el humanismo se sintiera acomplejado y la técnica omnipotente.

Lo cierto es que esta fase la entendemos ya, al menos conceptualmente, superada. Existe un grado de conciencia mayor en que el ser humano es responsable de sus actos, y por tanto, responsable de cómo utiliza sus recursos. Ahora no podemos negar que la técnica humaniza o deshumaniza según se utilice. Y sabemos que quien humaniza y deshumaniza es el propio ser humano.

Tampoco podemos pasar por alto que en este *negocio* no hay ni víctimas ni culpables, tan víctima puede ser el profesional como la persona atendida, tan culpable puede ser el sistema como el profesional, como el *cliente*, pero no podemos olvidar, que dentro de esta complejidad, es la persona necesitada la que normalmente se va a encontrar en situación de vulnerabilidad.

“¿Qué es, en realidad, el hombre? Es el ser que siempre decide lo que es. Es el ser que ha inventado las cámaras de gas, pero asimismo es el ser que ha entrado en ellas con paso firme musitando una oración.” (Frankl, p91).

4. HUMANIZACIÓN.

Aunque todavía seguimos con cierta inercia a la hora de *infra* o *supra* (según se mire) utilizar los recursos socio sanitarios, la técnica, los medicamentos e instrumentos, y aunque se perdió confianza en los recursos humanos, ahora queremos creer que se está recuperando el desarrollo de procedimientos de humanización, intentando aunar técnica y encuentro.

Personalización, habilidades relacionales y eficacia.

La dependencia es definida en el artículo 2º de la Ley 39/2006, como el “estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”. La protección por la que opta la Ley es de carácter universal consolidando un derecho subjetivo de ciudadanía para todos los españoles que pueden acceder en igualdad de oportunidades a las prestaciones de servicios que el sistema establece.

Y, “un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre. Para que esto se realice debe ser un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, que corrija las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo y, en definitiva, que garantice la salud de todos los

ciudadanos". (Francesc Raventós, Director General del INSALUD, 1984).

Sí, pero ¿en qué se concreta "pensado y concebido en función del hombre"? ¿Cómo se "protege y promueve la salud"? ¿De qué "discriminaciones" hablamos?

Humanizar es una cuestión ética y transversal; tiene que ver con los valores, con la búsqueda del bien de la persona que se encuentra y de sí mismo en la relación. Humanizar una realidad consiste en impregnarla de los valores genuinamente humanos, que van más allá del valor del uso de las técnicas para luchar contra las adversidades de la vida, o mejor, que refieren el fondo del uso de ésta, los motivos y los modos que llevan a utilizarlas bien.

Estamos tomando conciencia de que la humanización del mundo sociosanitario o de la dependencia es un tema que abarca muchos ámbitos. Como hemos visto, tiene que ver no solo con la persona mayor dependiente sino con el personal sociosanitario, los administradores, los políticos, y afecta no solo a la gestión ordinaria de lo asistencial sino también a la medicina de frontera, a la investigación biomédica, a la ecología, a la educación, a los valores.

Además, tenemos que tomar conciencia, de que un proceso serio de humanización de la dependencia ha de considerar la necesidad de intervenir desde un lugar concreto y de una forma concreta. No se trata de humanizar a *los otros*, sino que yo he de ser y vivir humanamente para poder transmitir humanidad. Es decir, todos los seres humanos, tenemos que tomar conciencia, intervengamos o no en algún eslabón de la cadena, de lo que significa *ser humano*.

No es suficiente que hablemos de promover la autonomía y la salud de forma holística en el sentido interdisciplinar y de puertas para afuera. Integralmente significa desde nuestra propia integridad.

Desde aquí, y para empezar a aterrizar en qué toca la humanización en instituciones o en centros sociosanitarios, podríamos decir que transversalmente recae, al menos, sobre 8 grandes dimensiones o ámbitos donde habría que valorar los niveles de humanización.

Como hemos visto, es importante el **ámbito político-económico** del sistema y de la propia institución, ya que de ello dependerán los objetivos y las pautas a seguir, donde se marcan en última instancia los modos de proteger a las personas, de prevenir la dependencia fomentando la autonomía, la exclusión o la accesibilidad, y las formas de afrontarla ¿Las personas saben cuáles son sus posibilidades, cómo, dónde y cuándo, las pueden desarrollar? ¿Son accesibles los recursos para cualquiera en la medida que los necesitan? ¿Pueden actuar con autonomía, proponer iniciativas, gestionarse..., se les escucha?

En esta línea, otro **ámbito es el de la justicia** que busca la igualdad en el reconocimiento de los derechos (lo cual va más allá de las fronteras de un país), donde se marcan límites de protección y defensa de la vulnerabilidad humana. Esto tiene un peso muy importante sobre la distribución válida y eficaz de los recursos. ¿Se da una justa, equitativa, no igualitaria, distribución de los recursos? ¿Todos tenemos o podríamos tener acceso a lo que necesitamos? Esto es especialmente importante en el mundo de la dependencia.



Por eso la humanización tendrá que contemplar también el **ámbito de las estructuras** de salud y su accesibilidad y acomodación a las verdaderas necesidades de los destinatarios y de los profesionales. Estas estructuras, los edificios, los ambientes, los comedores, las habitaciones, los baños, los pasillos, las interconexiones, ¿son confortables, funcionales? ¿Son habitables, limpios? ¿Tienen barreras, están debidamente señalizados?

Estos aspectos pueden hacer sentir a una persona digna o indigna. No es lo mismo poder entrar por uno mismo que tener que pedir ayuda, entrar en un centro con luz, limpio y recogido, con pasillos amplios y buen olor, que entrar en un hospital sucio, cerrado, con camas en los pasillos. Uno se siente diferente, maltratado, despreciado por el sistema que no se ocupa de su bienestar ni del bienestar del familiar.

Así también es muy importante observar si el **ámbito asistencial** ampara o no el desarrollo de programas de concienciación, si genera y promueve servicios de protección social. Esto repercutirá también sobre el talento y el modo como se atiende a las personas y permitirá ver en qué está centrado y en qué lugar queda la persona.

Es el ámbito asistencial el que también tiene que velar por programas que presten atención al cuidado del cuidador. En muchas ocasiones el cuidador arrastra cargas insostenibles que le conflictúan y chocan de frente con sus motivaciones. En este sentido la atención prestada tiene que ver con la formación ofrecida desde las organizaciones para cultivar un buen grado de cuidado, autoestima, madurez personal y personalidad.

Este espacio atañe también al **ámbito ético**, donde encontramos entre otras cosas las decisiones y el afrontamiento de los conflictos. ¿Cómo resolver dilemas éticos, ante los que me encuentro indefenso, incompetente, con miedo y sin recursos? La existencia de un Comité de Ética Asistencial por ejemplo, permite valorar y trabajar tratando de asesorar a los usuarios del centro en sus frecuentes problemas de toma de decisiones y ayudando a los profesionales en todo lo relativo a la correcta prestación de los servicios. Siempre desde el ánimo de recomendar y aconsejar, no desde la imposición.

A su vez, fomenta la sensibilidad del centro hacia la identificación de estos problemas y promueve la formación de los profesionales que trabajan en él para la adecuada aplicación de los derechos y deberes de los mayores, tal como están establecidos por las leyes y la normativa vigentes.

Todos estos aspectos crean cultura. Los profesionales que trabajan y respiran un centro acaban impregnando el aire con su ánimo. Este ánimo retroalimenta la forma de estar y se va creando tradición y con el tiempo, historia.

Respecto al **ámbito cultural**, se habría de valorar cómo es el respeto a la vida, la educación

en salud y cómo se entiende el sufrimiento y la muerte, dentro y fuera de las paredes del centro. En cada cultura.

Una cultura más humana es aquella que respeta la vida, que promueve estilos de vida sanos, que se interesa no solo por las enfermedades, sino por la educación en salud y valores, que reconoce la dignidad y la autonomía de cada persona.

Una cultura es más humana también cuando la muerte y el dolor, no se niegan, ni el dolor ni el sufrimiento como realidades a integrar, y partes necesarias de la vida, pero que reconoce las distintas formas de afrontamiento de las personas.

Y cómo no, el **ámbito de las competencias profesionales**, la humanización del mundo de la dependencia tendrá que hablar de competencias técnicas, relacionales, éticas, espirituales y culturales. Eficacia, eficiencia y gratificación personal son también importantes en los programas y técnicas. Albert Jovell lo expresa así: “La medicina basada en la afectividad debería contribuir a la implantación de un nuevo modelo de gestión basado en el conocimiento y en los valores, que tuviera como ejes principales la formación como estrategia de capacitación, la documentación como estrategia de información, y la deliberación científico-técnica como estrategia de abordaje de problemas de salud y de dilucidación de desacuerdos morales. Este modelo, combinación de ciencia y humanismo debería posicionar a la profesión médica en la mejor de las condiciones para afrontar los retos y cambios que se van a producir en la sanidad del Siglo XXI”.

Pero estas competencias profesionales asis-

tenciales, no pueden olvidar las dimensiones emocionales y éticas, ni tampoco los aspectos y dimensiones profundas del ser humano, espirituales y culturales. La formación académica que recibimos, si bien ya está cambiando este aspecto, en muchas ocasiones no valoró estas dimensiones, y nos encontramos grandísimos profesionales, perfectamente preparados para realizar un trasplante de corazón, pero que no tuvieron en cuenta si la cultura, la espiritualidad o la ética del paciente y su familia estaban alineadas con dicha intervención. También podemos encontrar el contrario, encantadores de serpientes que te “quieren” mucho pero no te bajan la fiebre.

¿Cuidamos la formación completa del profesional? ¿Se incluyen temas de trabajo, disciplinas relacionales? ¿Se trabaja el ejercicio del poder, lo interdisciplinar, las actitudes y las habilidades de relación, comunicación, negociación, asesoramiento, equipo...?

Esto evoca, por último, el **ámbito de los recursos humanos**, al departamento del centro encargado de seleccionar, elegir y cuidar al profesional ¿Con qué criterios se eligen los profesionales de una organización? ¿Cómo es el ámbito de los recursos humanos? ¿Se potencia la autoestima, la madurez, el autocuidado...? ¿Qué tipo de formación continua se ofrece y fomenta? Porque resulta que el ámbito relacional – asistencial del cuidado impregna a todos los demás.

5. RELACIÓN Y CULTURA.

Es innegable que el ámbito privilegiado de humanización es la relación. En la relación interpersonal nos hacemos, nos autoafirmamos, nos construimos como personas, intervenimos

como profesionales.

En el ámbito de la humanización de la salud, por tanto, la relación cobra una especial relevancia ya que con ella se analiza, se evalúa, se diagnostica, con ella se pauta un proceso, se asigna un recurso, con ella se conforta, con ella se comunican malas noticias, con ella se procura soporte emocional, con ella se trabaja interdisciplinariamente, con ella se delibera en medio de los conflictos éticos...

La personalidad del paciente influirá en el sentido de que si se trata de una persona más o menos extrovertida, evitativa, u obsesiva, querrá tener más o menos información acerca de su situación y compartirla o no con sus allegados. Puede tratarse de una persona que necesite compartir sus sentimientos, o que por el contrario prefiera guardárselos para sí. No se pretende que si durante toda su vida ha actuado de una manera ante las situaciones difíciles que le ha ido planteando la vida, ahora se comporte de forma radicalmente distinta.

La actitud ante la enfermedad, ante situaciones de vulnerabilidad, o ante la muerte dependen en parte del tipo de cultura que se vive. El temor a la muerte es algo universal, el ser humano tiene la capacidad de pensar sobre ella, pero tendemos a creer que la vida es infinita y que el final es más bien abstracto, algo que les ocurre a otras personas. La expectativa de sufrir, estar solos, perder la dignidad, el miedo a la nada, la idea de estar rodeados de tubos y aparatos, o incluso el miedo a pensar que hemos fracasado en la vida, pueden ser vividos como sucesos que potencian la experiencia de vulnerabilidad. El mayor se puede sentir culpable por lo hecho o por lo no realizado, incapaz, rechazado, y un sinfín de sentimientos nega-

tivos que para gestionarlos saludablemente pueden experimentar necesidad de ayuda psicoespiritual.

Por otro lado, aunque la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, refuerza y da un trato especial al derecho de autonomía del paciente, somos herederos en buena medida de una tendencia paternalista en las profesiones de ayuda, donde un pacto silencioso dice que el ayudado ignora y está en situación de inferioridad y debe someterse a la autoridad de quien conoce y tiene el poder (de ayudar, cuidar, salvar la vida...).

Se suele dar por hecho que se protege al enfermo, porque desvelar y hablar sobre su pronóstico puede deprimirle. La realidad es que en la mayoría de los casos el enfermo conoce su situación, alrededor de un 80 y un 90% de los pacientes saben que van a morir, de los cuales un 70% querrían poder hablar de ello con sus seres queridos.

En segundo lugar, se protege al médico. El médico puede haber acompañado al enfermo en un largo y tedioso viaje hasta llegar a una situación terminal. Un proceso en el que se han podido alternar buenas y malas noticias, momentos de esperanza y de preocupación, pero siempre con la idea de luchar juntos contra la enfermedad. La relación paterno-filial que se da en muchos casos entre médico y paciente hace que el primero se sienta responsable del segundo, al que se le deja poca autonomía de decisión. El afán del médico por proteger a su paciente le puede llevar a situaciones en las que quiera mantener las esperanzas de éste ocultando la verdad de su pronóstico.

En tercer lugar, se protege a la familia que en muchos casos se ve desbordada por una situación

en la que, conscientes de la gravedad del enfermo, evitan hablar con él de su pronóstico. La familia tiene sus propios miedos, cree falsamente que si no se habla de la enfermedad ésta no existe, y de esta forma pueden evitar el sufrimiento del familiar enfermo, sobre todo, manejar una situación difícil en la que no saben cómo hacer de otro modo.

En situaciones de enfermedad grave podemos decir que el paciente tiene derecho a esperar la curación y a la vez aceptar su situación aunque esto parezca paradójico. Las habilidades de comunicación y la experiencia del médico serán claves a la hora de mantener el equilibrio entre esperanza y honestidad, ya que el galeno es en quien tiene depositada su confianza el enfermo.

Y cuando hablamos del médico, todo es trasladable al resto de cuidadores en cuanto al paradigma relacional de fondo.

La educación, embebida en la cultura, también es importante. Según algunos estudios, los pacientes con educación universitaria quieren saber más sobre su diagnóstico que los pacientes con un nivel educativo más bajo. Así mismo un estudio sociológico señala las diferencias en cuanto a valores entre las capas más y menos instruidas de la sociedad, mostrando la preferencia de las primeras a tener una información más extensa que la meramente científica.

Viniendo de esquemas paternalistas, la cultura contemporánea ha dado grandes pasos hacia la conquista de cotas más altas de autonomía y reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, independientemente de si se encuentra en el lado de quien solicita ayuda presentando su vulnerabilidad o si se encuen-

tra en el del ayudante ofreciendo recursos, conocimientos, técnicas, habilidades, etc., para afrontar las diferentes dificultades que nos encontramos en el devenir de la vida.

Este desarrollo de la cultura ha ido llevando a un replanteamiento de los estilos relacionales en las interacciones de ayuda más horizontal, donde entre ayudante y ayudado se entiende que se produce una alianza y un compromiso en el que el profesional reconoce al otro como adulto, como persona, no exclusivamente como caso.

De hecho, la existencia de una tradición cultural humana y una historia en la organización, genera unas guías de conducta y unas normas implícitas debido a las creencias y valores que arrastra, sean religiosos o no, pero siempre humanos. Esta cultura impregna y genera un espíritu y un ambiente de trabajo donde se acaban plasmando actitudes que todos agradecemos. "Cuida de los demás como una madre cuida de su único hijo enfermo", "Pon más corazón en las manos". Son expresiones de una cultura humanizadora evocada por San Camilo.

6. CONCRETANDO.

Si humanizar tiene que ver con un proceso del individuo y de la colectividad, de hacer digno de la condición humana cuanto se vive, nos refiramos al ámbito que nos refiramos, pasa por la *relación interpersonal*. En ella o con ella todo puede tender hacia la personalización y hacia la dignificación o hacia la despersonalización y deshumanización. En ella se respira y se genera *cultura*.

Si humanizar tiene que ver con extraer lo más genuino y natural que tiene el ser huma-

no, con realización del ser humano, o con tomar conciencia de sí mismo para poder ser para los demás, tenemos que encontrar *formas de trabajo* en las que se pueda cristalizar la humanización de los ámbitos o instituciones sanitarias o sociosanitarias.

Si humanizar tiene que ver con la inclusión de las ciencias humanas en la formación, con la importancia dada a las relaciones con los usuarios y entre distintos profesionales, al modo como se ejerce el poder en el trabajo, al hecho de que se trabaje o no interdisciplinariamente también tiene que ver con las *competencias profesionales* de los agentes que cuidan. Se trata de combinar la armonización entre valores procedentes del conocimiento científico técnico especializado con valores del conocimiento global y humanístico de la persona.

Si humanizar tiene que ver con proteger el derecho a mantener el control sobre la propia vida y a actuar con libertad, con establecer las bases de la dignidad personal, con estimular la autonomía personal y con tener posibilidades de elección para el ejercicio de la autonomía, entonces ha de practicarse una asistencia *centrada en la persona*, en el valor humano. Hemos de encontrar una oferta diversificada de respuestas ante las necesidades para que la persona pase a ser el eje alrededor del cual gira el sistema organizativo y el saber profesional y las intervenciones.

Si humanizar tiene que ver con ser algo parecido a una gran familia, con el derecho a que la persona mayor participe en su comunidad, con afectividad y cercanía, con que disfrute de las interacciones sociales favoreciendo una vida personal gratificante y libremente elegida, con el hecho de que las familias cuidadoras estén

presentes y participen en la toma de decisiones que afectan al desarrollo de su vida, entonces hay que favorecer *el desarrollo del grupo humano, el sistema relacional y los aspectos psicosociales*.

No se puede olvidar la multidimensionalidad de la persona, la forma en que las intervenciones se planifican dirigiendo actuaciones a satisfacer necesidades emocionales (afectividad y relaciones personales) y sociales.

Si humanizar tiene que ver con la *organización*, debemos, no sé si hablar, pero sí considerarla nuestro hogar, adaptar los servicios y programas mejorando su funcionalidad y el bienestar del residente y del trabajador.

Si humanizar tiene que ver con el *ambiente*, tendremos que humanizar los espacios, el clima y dar calidez. Se trata de favorecer espacios que faciliten accesibilidad, confort y sensación de bienestar y hogar.

Si humanizar tiene que ver con las intervenciones, obviamente tiene que ver con la *competencia y colaboración, o la atención integral*. Las personas deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada y adaptada permanentemente a las circunstancias cambiantes de su proceso.

Si humanizar tiene que ver con la integración en la comunidad tiene que ver también con *globalidad*. Las personas deben tener posibilidad de permanecer en su entorno y tener acceso y posibilidad de disfrutar de los bienes sociales y culturales, en igualdad con el resto de la población. Así mismo tiene derecho a tener espacios de participación social.

Y un largo etcétera.

7. CONSTRUIR HUMANIZACIÓN EN LA RELACIÓN, COLECTIVIDAD, CULTURA.

Michael Balint, psicoanalista húngaro que trabajaba en la clínica Tavistock, en Londres, estaba muy interesado en contribuir a la formación y a la práctica de los médicos generales. Publicó el relato de su experiencia clínica en el campo de la interconsulta médico - psicológica en un libro titulado "El médico, su paciente y la enfermedad", donde reflexionaba sobre la importancia del papel del médico comparándolo al papel de padres y educadores. Exponía que así como nuestra experiencia pasada, de infancia y adolescencia, nos ha enseñado determinadas pautas de respuesta ante las tensiones, afrontar una enfermedad puede compararse con este proceso de maduración, donde el médico influye favoreciendo u obstaculizando nuestra evolución hacia la madurez. De él derivan los Grupos Balint.

Los Grupos Balint, constituyen un trabajo de grupo para el personal sociosanitario. Se coordinan por un profesional de la salud que invita a reflexionar sobre la experiencia de la tarea cotidiana. En el grupo los profesionales pueden hablar de las dificultades que encuentran en la relación con sus pacientes, con las familias y con otros profesionales con los que comparten casos. El resultado más importante de los Grupos Balint es el trabajo emocional que se desarrolla. Es un trabajo interdisciplinar, donde se obvian las disciplinas. Se da un aumento de la sensibilidad de los sanitarios hacia lo que necesitan los pacientes y familiares y un cambio sustancial en su actividad profesional, sobre todo en el ámbito relacional. Se trata de cuidar al cuidador, no solo mediante los ingredientes propios de la "higiene laboral" de un salario justo y de un trato adecuado y motivador, que

también, sino atendiendo otro tipo de dificultades.

Así pues, la existencia de *espacios donde los profesionales pueden trabajar sus dificultades a nivel emocional es indicador de humanización.*

El trabajo interdisciplinar teniendo en cuenta por un lado las esferas física, emocional espiritual y social, en la llamada intervención biopsicosocial, donde médico, psicólogo y trabajador social y asistente espiritual se ocupan de controlar el dolor, atender la salud psicoemocional, el entorno social y las inquietudes espirituales, constituye un espacio de humanización.

Por otro lado, dando valor al sentido amplio de la palabra interdisciplinar, se puede ir más allá de las conocidas esferas. El personal sanitario no es el único conocedor de la realidad del usuario. Cuando las estancias son largas (y las enfermedades graves), se sabe que en muchas ocasiones el usuario se sincera con otro tipo de personal (como puede ser el de limpieza). Por lo tanto en estas reuniones se puede incluir y escuchar la valoración de otro tipo de personal como una de las más importantes y sus valoraciones, dependiendo del tipo de Centro que estemos hablando, podrán ser más o menos útiles. En lugares donde se acompañan los procesos de muerte son clave para el buen desarrollo de la dignificación de la vida y de la muerte ya que las tasas de desconocimiento de información son demasiado elevadas.

Según nuestros datos, la mayoría de los pacientes desconocen su pronóstico al ingresar en una Unidad de Cuidados Paliativos, el 71% y al alta se calcula que es el 57%. Más aun, existe un 9% de familiares que no conoció nunca el pronóstico de su paciente. Como se puede observar

se da la conspiración del silencio en un número importante de pacientes, por lo que es necesario trabajar en estos procesos.

La composición y los temas que se abordan en las reuniones interdisciplinarias son indicadores de humanización.

Sin dejar de lado indicadores de consenso, como la formación, que armoniza los valores procedentes del conocimiento científico-técnico especializado y los valores del conocimiento global y humanístico de la persona. Se presupone que un buen profesional conoce a fondo sus deberes, procesos y obligaciones, sin embargo en la formación posterior y/o continuada de la propia institución de trabajo se pueden seguir promoviendo estos valores.

En el Centro San Camilo hemos podido comprobar que la actitud empática se aprende. Según nuestros estudios, los alumnos de enfermería en formación, antes de comenzar un curso de habilidades relacionales tienen una actitud empática cuantificada en un 9% de las ocasiones, mientras que al acabar el curso lo hicieron en el 43% de las ocasiones. En alumnos de medicina el avance fue del 6 % al 68%.

Tener la posibilidad de una formación propia de la casa con participación de personal externo que amplíe, sugiera y haga analizar puntos de vista diferentes y refresque el aire de la casa es indicador de humanización.

También la existencia de servicios como el Servicio de Fisioterapia con rehabilitación, animación sociocultural, estimulación cognitiva, por ejemplo en centros donde no se intenta mejorar la salud sino cuidarla, favorece el mantenimiento de las capacidades que aún se tie-

nen, haciendo sentir a los usuarios que mientras vivan estarán atendidos.

O la profesionalización de servicios como el Servicio de Atención Espiritual, a día de hoy se puede encontrar accesible en algunas instituciones. Por ejemplo, la labor del antiguo párroco que iba a domicilio a confesar u ofrecer la unción desde hace años se viene integrando profesionalmente en algunos Servicios de Atención Espiritual. Y lo que antes eran y constituían rituales religiosos ahora se encuentran en los centros como procedimientos normalizados para alivio y procesamiento vivencial de aquellos que lo deseen.

En los estudios realizados en el Centro San Camilo los datos indicaban que la atención espiritual ayudaba al 88% de los usuarios a sentirse esperanzado, al 83% confortado, al 79,1% a encontrar significado y al 73,4% a comprender el sentido. Además, el 95,2% de los usuarios valoró la atención espiritual como necesaria en la enfermedad, lo mismo que el 100% de los profesionales sanitarios (siendo el 20% de ellos no creyente).

La existencia de Servicios de Seguimiento para los familiares, el envío de cartas de condolencia, las llamadas para interesarse por las vivencias genera mucho reconocimiento y por tanto agradecimiento.

Incluso la existencia de un Servicio de Peluquería integrado en la propia residencia, donde los usuarios fácilmente puedan descansar un rato, sentirse cuidados y salir con una mejor autopercepción que favorecerá sus intercambios sociales.

La profesionalización de servicios encargados

del apoyo psico-socio-espiritual de usuarios y familiares es indicador de humanización.

La cultura también se construye en la existencia de un Comité de Ética Asistencial, y de Investigación, que funcionen, instruyan, asesoren, aconsejen y hagan valer la atención centrada en la persona con plenos derechos aunque no pueda reclamarlos. O en la existencia de criterios de gestión transparentes, que controlen el gasto asumiendo el reto de la calidad, en el Departamento de Atención al Usuario para la correcta canalización de las demandas que puedan surgir, en el buen uso del Consentimiento Informado...

Estudiando el conocimiento y opinión que tenían los asistentes a unas Jornadas de Alzheimer sobre el Testamento Vital o Voluntades Anticipadas, pudimos cuantificar que el 30% de ellos desconocían su existencia pero que una vez conocida prácticamente el 100% de los participantes se manifestaban a favor del documento con amplia intención de formalizarlo. Se observó una evolución en el interés. Para incrementar la formalización entendemos que es necesario el trabajo hacia la creación de espacios para la reflexión sobre el testamento vital.

La existencia de una Comisión de Humanización a diferentes niveles, (hospital, centro de salud, área sanitaria, incluso autonómico), que pueda continuamente ir valorando y asesorando sobre los modos de actuar profesionales es indicador de humanización.

También, cómo no, en la promoción de la participación activa del paciente y su familia. Contar con ellos para al menos, las horas de las comidas, u otros ratos más distendidos. Que el familiar se integre con el personal asistencial y

viceversa en el día a día. Son todos ellos medios que posibilitan que se dé un mayor grado de asistencia humanizada.

Este tipo de prácticas hablan de consideración de la persona en sentido holístico, con todas sus dimensiones y los usuarios los perciben y agradecen en las encuestas de satisfacción.

Es así como se genera la cultura de la atención centrada en la persona, de estar atento a los deseos, necesidades y peticiones de las personas necesitadas. Es así como se pueden respetar las religiones, las creencias, los valores y las diferentes culturas. Es así como podemos obtener un tratamiento personalizado, trabajando la integralidad en todos los procesos. Es la cultura generada empapando a los diagnósticos, los tratamientos, los servicios, los profesionales...

Y construir humanización en la relación, colectividad, cultura en muchas ocasiones se plasma en amplios párrafos de agradecimiento escritos por los familiares o por los propios usuarios al terminar la estancia en el centro.

8. CONSTRUIR HOGAR, HUMANIZACIÓN DE LOS AMBIENTES, LAS ESTRUCTURAS, LA ORGANIZACIÓN.

También se trata de cuidar los ambientes. Son indicadores de humanización la calidad en las estructuras, su señalización, la actualización de los equipos, la revisión periódica de los programas, la existencia de habitaciones individuales, de luz natural y de baños adaptados.

Son indicadores también la existencia de salas comunes, donde se encuentre un sofá para descansar, un espacio para tomar un refrigerio,

un microondas y una mesita, incluso sala de ordenadores para que los familiares que acompañan durante largos tiempos puedan estar, sentarse, comer, realizar algunas gestiones, y en su caso dormir cómodamente. Si el cuidador se siente cómodo en su vida en el centro (o residencia por ejemplo) el dependiente se siente menos carga.

De la misma forma lo son la existencia de estructuras facilitadoras de autonomía como las tomas de oxígeno en diferentes ubicaciones del edificio y/o mochilas de oxígeno para quien quiera dar un paseo favoreciendo una más sana autopercepción, relaciones, e independencia que a su vez evitan por ejemplo, sintomatología depresiva.

A la vez y en paralelo, la existencia de personal en todos los turnos o la existencia de lugares como la capilla para mayor intimidad a nivel personal. Todo ello fomenta capacidad de control y autonomía del paciente.

La ubicación geográfica es importante, si es posible en un entorno natural, pero obviamente ha de contemplar la facilidad en los transportes y accesos al centro. En esta línea, intentar facilitar la conexión con espacios abiertos, tipo jardines o solárium donde poder disfrutar de la naturaleza y darle sentido, esperar como algo grandioso el hecho de ver sol cada mañana.

9. CONSTRUIR DIGNIDAD, CUIDADOS Y OCIO.

Humanizar habla de hacer digna una realidad humana, por precaria que sea. Los valores dignos nunca son precarios, porque se pueden vivir en la precariedad, ésta no los hace desaparecer.

Así, actividades dignificantes serán, al menos, todas aquellas que se realizan por el solo hecho de disfrutar. Por ejemplo, la existencia de un espacio donde profesionales y/o usuarios atienden y cuidan un huerto, porque lo disfrutaban sanamente. O la existencia de un grupo de música conformado también por los ancianos y/o cuidadores que lo desean.

Puede ser también reparar en pequeños detalles que no perturban la convivencia, sino que la hacen más agradable, como ampliar y consensuar las decisiones sobre la decoración, en las habitaciones por supuesto pero también en los espacios compartidos, donde se permita poner unas fotos, unas cortinas diferentes o cualquier elemento decorativo que una persona tendría en su propio salón.

Reparar en detalles y en actividades personalizadas, dignificantes es humanizador.

Contar en el centro con un equipo de voluntarios que se encargue específicamente del cuidado emocional del residente es un cuidado dignificante. Personas que donan su tiempo a personas, personas que disfrutaban intercambiando experiencias y ratos pausados. Personas que aprenden los unos de los otros.

Voluntarios comprometidos y formados para favorecer el desarrollo de los posibles duelos que se van generando a causa de los cambios, fallecimientos u otros acontecimientos vitales estresantes es un lujo y es gratuito. En un estudio realizado en el Centro San Camilo, el 96% de los voluntarios que atendían duelos manifestaban haber sufrido su propia experiencia de pérdida. Esto claramente habla del profundo significado que este espacio constituye para los voluntarios, concretándose en un modo de

estar en el que se genera una experiencia de enriquecimiento mutuo.

Solamente se ha de ir impregnando a las personas de una cultura de solidaridad, de apoyo, de colaboración, de compartir.

Puede constituirse un equipo de Animación Sociocultural en una residencia, que se encarguen de celebrar las festividades patronales y culturales más importantes para los que allí residen, fomentando la identificación personal... El día de Galicia, San Isidro. Donde se comparte cómo son las fiestas de mi pueblo y del tuyo. Se puede celebrar también el día de la familia, e invitar a los familiares en un espacio abierto donde relacionarse y compartir.

Puede ser la realización de talleres y mercadillos. Los llamados grupos autoterapéuticos (guiados por voluntarios y/o profesionales), en los que los residentes realizan manualidades, venden los productos generados y destinan los ingresos a colaborar con, por ejemplo, países en desarrollo. Se trata de una actividad que comienza por ser un rato de distracción y acaba por hacerles sentirse útiles siendo ellos los que ayudan a otros. Les ayuda a salir de sus sentimientos de inutilidad y carga, dándoles la oportunidad de ser ellos también ayudadores.

Generar espacios específicos para el usuario donde autorrealizarse, sentirse autónomos y con capacidad de ayuda, darles significado a sus actividades, crecer a través de ellas, es claro indicador de humanización.

10. CONSTRUIR MÁS ALLÁ, NORMALIZACIÓN DE VIDA.

Podríamos decir que humanizar es caro o costoso, que para humanizar hay que tener recursos, pero no, como estamos viendo en estas líneas no es exclusivamente en los recursos económicos donde hay que poner el acento, aunque claramente ayudan. Como hemos visto se puede humanizar en la precariedad. Porque el ser humano es capaz de vivir dignamente en los mejores y en los peores momentos.

Tampoco hay ningún misterio que descubrir para humanizar. Quizás ese misterio se encuentra dentro de nosotros mismos. Se trata de encontrar la propia humanidad para poder gestionar humanamente los recursos, poner empeño en buscarlos y poner empeño en repartirlos de manera creativa.

Entonces, para humanizar solo hay que ser humano. Parece una obviedad, pero claramente no lo es. Tanto de evidente como es a nivel teórico, es de difícil ejecución en su nivel más práctico. Cuando las exigencias a nuestro alrededor se acumulan es difícil autogestionarse. Si no combinamos la frustración con ciertas dosis de tolerancia, si no fomentamos nuestra capacidad de sostener las dificultades, acabaremos en la desconexión más absoluta. Y la desconexión de nosotros mismos nos hace desconectar de nuestra esencia, de nuestro ser humano.

Por el contrario una percepción y valoración positiva de nuestras vidas, en nuestra cotidianidad, en nuestros trabajos, la propia humanización, retroalimenta el sentirse bien, el ánimo, el querer seguir siendo buena persona, seguir siendo un buen profesional en cuanto a las formas y en cuanto a los contenidos. Ir a

por todas y favorecer a las personas que nos rodean, ayudar, ser generoso, altruista. Confiar.

Y esto es aplicable para los profesionales para los usuarios y para sus familias. Este confiar es constatable en algunas iniciativas de algún Centro. En el Centro San Camilo existe una Asociación Club de Ancianos en la que los ancianos, se asocian y gestionan, ellos deciden elementos de su vida en comunidad. Ya no son un grupo de personas llevados por los gestores del centro, sino que al revés, los gestores del centro se dejan llevar en determinadas áreas.

Esta Asociación está formada por cuatro residentes de cada planta que han sido elegidos democráticamente y que a partir de ese momento serán delegados y portavoces del resto de residentes de las plantas.

Se reúnen una vez al mes con profesionales de la residencia, jefe de recursos humanos, animador sociocultural y terapeutas para negociar. Se eligen comisiones y cada comisión rinde cuentas de su trabajo cada mes. En cada comisión hay un delegado responsable que a su vez invita a otros a colaborar con él en la tarea, lo que fomenta la participación de otros residentes en las actividades.

La Comisión de Bienvenida recibe a los nuevos ingresos, los acoge y muestra su nuevo hogar, los presenta al resto de residentes. La Comisión de Menús se reúne todos los meses con el cocinero y el administrador para elaborar los menús, la Comisión de Biblioteca se encarga de préstamos de libros, recibe donaciones, distribuye la prensa y mantiene la biblioteca. La Comisión de Exposiciones busca proyectos a realizar y se encargan de todo lo relativo al taller de trabajo manual, exposición, y venta,

encargos, visitas, etc. La Comisión Recreativo-Cultural programa y evalúa los actos lúdicos, culturales, las excursiones.

Después de cada reunión se exponen en los tablones de anuncios los temas tratados y las soluciones adoptadas. Una vez al año tienen asamblea general como marcan los estatutos, para que cada comisión informe y de cuentas al resto.

Se trata de cómo se consideran a las personas que allí conviven, no son solo un grupo de personas a las que se les están agotando sus capacidades sino que también son un grupo de personas con capacidades que pueden seguir siendo puestas en funcionamiento.

Es indicador de humanización la existencia de cargos de responsabilidad entre los propios residentes.

Como hemos ido viendo a lo largo de estas líneas, hay muchas formas de concretar en humanización las actividades de un centro, actividades que recogen lo necesario y lo más allá de lo necesario.

Una última que nos gustaría destacar es también la realización de investigaciones desarrolladas en paralelo a lo asistencial y a partir de lo asistencial. Ejemplos son las que hemos ido detallando, la creación de herramientas para evaluar el sentido que las personas pueden dar al sufrimiento propio o ajeno, para conocer las actitudes de personal o de usuario hacia las sujeciones que se utilizan en el centro. Dedicar también recursos a valorar y crear una herramienta que cuantifique las habilidades relacionales, en concreto la capacidad empática de los estudiantes en formación, etc.

Realizar estudios para conocer la opinión de los trabajadores y de los usuarios sobre la espiritualidad y la atención espiritual que se ofrece. Indagar en la motivación del voluntariado, estudiar el perfil de las personas a las que se les complica el duelo para intentar identificar factores de protección y de riesgo. Estudiar problemas concretos que se pueden presentar en la propia casa como la posible conspiración del silencio o realizar estudios para la mejora de los procesos.

Todo esto para tratar de avanzar en el conocimiento y tratar de aterrizar todas esas dimensiones que no son tan tangibles en herramientas de trabajo accesibles y funcionales que puedan orientar a los profesionales en su quehacer diario.

Indicadores de humanización son todas las formas de promover y difundir que la teoría se concrete en la práctica y de poner en palabras los procesos que se están dando.

11. BIBLIOGRAFÍA.

AUTORES VARIOS. Manual Básico para Gerocultores y Auxiliares Geriátricos. Editorial Caritas, 2003.

AUTORES VARIOS. Manual de Humanización de los Gerocultores y Auxiliares Geriátricos. Editorial Caritas, 2007.

BALINT Michael. El médico, su paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1966.

BERMEJO José Carlos, CARABIAS Rosa, DÍAZ-ALBO Ezequiel, MUÑOZ Cristina, VILLACIEROS Marta. "Derivaciones al servicio de urgencias

del hospital en una población de ancianos residentes. Estudio retrospectivo sobre sus causas y adecuación". Gerokomos 2010; 21 (3): 114-117.

BERMEJO José Carlos, CARABIAS Rosa, VILLACIEROS Marta, BELDA Rosa. "Efecto de un curso relacional sobre la elección de respuesta espontánea e identificación de respuesta empática en alumnos de medicina". Medicina Paliativa 2010; 17(5): 262- 268.

BERMEJO José Carlos, CARABIAS Rosa, VILLACIEROS Marta, LORITE Carmen. "Humanización de la Atención Sanitaria. Importancia y significado en una muestra de población de la Comunidad de Madrid". Ética de los Cuidados 2011; jul-dic 4(8).

BERMEJO José Carlos, CARABIAS Rosa, VILLACIEROS Marta. "Efecto de un curso de relación de ayuda sobre la elección de respuesta espontánea e identificación de respuesta empática en alumnos de enfermería". Gerokomos 2012; 23(1):216-221.

BERMEJO José Carlos, LOZANO Bernardino, VILLACIEROS Marta, GIL Milagros. "Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios". Medicina Paliativa 2012. [Http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.05.004](http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2012.05.004).

BERMEJO José Carlos, VILLACIEROS Marta, CARABIAS Rosa, SÁNCHEZ Ezaquiel, DÍAZ-ALBO Belén. "Conspiración silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas". Medicina Paliativa. Vol 20, (2), 49-59.

BERMEJO José Carlos, CARABIAS Rosa, VILLACIEROS Marta, BELDA Rosa. "Testamento vital, conocimiento y opinión que sobre él tiene una población de asistentes a unas jornadas de Alzheimer". Gerokomos. Vol.23 nº4-2012.

BERMEJO José Carlos, MAGAÑA Marisa, VILLACIEROS Marta, CARABIAS Rosa, SERRANO Inés. "Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado". Revista de psicoterapia, 2012, 88, 85-95.

BERMEJO José Carlos, LOZANO Bernardino, VILLACIEROS Marta, CARABIAS Rosa. "Opinión de los profesionales de cuidados paliativos sobre la atención espiritual". Ética de los Cuidados. 2012 jul-dic; 5(10). Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n10/et8040.php>> Consultado el 19 de Febrero de 2013.

BERMEJO José Carlos, LOZANO Bernardino, VILLACIEROS Marta, CARABIAS Rosa "Desarrollo y validación de una escala sobre el sentido del sufrimiento, Escala Humanizar". Anales del Sistema Sanitario Navarro, 36(1), 35-45.

BERMEJO José Carlos, VILLACIEROS Marta, CARABIAS Rosa, LOZANO Bernardino. "Niveles y motivos de satisfacción o insatisfacción en los familiares de los fallecidos en una unidad de cuidados paliativos". Gerokomos. 2013. En prensa

BERMEJO José Carlos, VILLACIEROS Marta, CARABIAS Rosa. "Experimento de aprendizaje sobre cuestiones éticas relacionadas con la enfermedad de Alzheimer a partir de una mesa de diálogo interactivo". Gerokomos, 2012. En prensa.

BERMEJO José Carlos, Editor. Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería. Madrid: San Pablo; 1997.

BERMEJO José Carlos. Introducción al counselling (relación de ayuda). Santander: Sal Terrae; 2011.

BERMEJO José Carlos. La escucha que sana. Diálogo en el sufrimiento. Madrid: San Pablo, 2002.

BERMEJO José Carlos. Qué es humanizar la salud. Madrid: San Pablo, 2005.

BRUSCO Ángel y PINTOR S. Tras las huellas del Cristo Medico. Manual de teología pastoral sanitaria. Sal Terrae, Santander, 2001.

BRUSCO Ángel. Humanización de la asistencia al enfermo. Santander: Sal Terrae; 1999.

FRANKL Victor. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Editorial Herder. 1991.

GADOW S. Nurse and patient: the caring relationship. In Caring, Curing, Coping (Bishop A.H. & Scudder J.R., eds), Alabama:University of Alabama Press, 1985.

GAFO, Javier. 10 palabras clave en bioética. Estella: Verbo Divino, 1994.

GARCÍA A. "Presupuestos éticos de una economía humanizante". Corintios XIII 53 (1990) 146-147.

INSALUD. Plan de Humanización de la asistencia hospitalaria. Madrid, 1984.

JOVELL Albert. "Medicina basada en la evidencia y evaluación: ética y humanización", V Jornadas de Humanización de la Salud, Sitges, 2000, basado en Medicina basada en la afectividad, Medicina Clínica 1999, 113-173.

MAGAÑA Marisa, VILLACIEROS Marta, BERMEJO José Carlos, CARABIAS Rosa. "Experimento breve para medir el cambio emocional en grupo de duelo". Revista de Psicoterapia, 2012; 61-68.

NÚÑEZ OLARTE, José María. Información al paciente en situación terminal: diferencias entre las publicaciones anglosajonas y la experiencia diaria en España. Medicina paliativa. 2012.

PARASURAMAN A., ZIETHAML V.A. y Berry L. SERVQUAL: A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, Vol.64 (Spring), 1985. pp.12-40.

PRONZATO Alessandro. Todo corazón para los enfermos, Camilo de Lellis. Santander: Sal Terrae, 2000.

ROCAMORA Antonio. Un enfermo en la familia. Claves para la Intervención psicológica. San Pablo; Madrid, 2000.

RUIZ-BENÍTEZ M.A., y COCA M.C. "El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales". Psicooncología, vol. 5, nº1, 2008. pp. 53-69.

VILLACIEROS Marta, MAGAÑA Marisa, BERMEJO José Carlos, CARABIAS Rosa, SERRANO Inés. "Estudio del perfil de una población de personas en duelo complicado que acuden a un centro de escucha de duelo". Medicina Paliativa. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medi-pa.2012.05.007>.

DOCUMENTOS DE INTERÉS RELACIONADOS CON LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Sumario

- PLANES DE PREVENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA.
- GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA ABORDAR LOS PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DE LA SALUD DEL MAYOR.
- MANUAL DE BUENA PRÁCTICA EN CUIDADOS A LAS PERSONAS MAYORES.
- LAS PERSONAS MAYORES QUE VIENEN. AUTONOMÍA, SOLIDARIDAD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.

PLANES DE PREVENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA.

El BOE del 16 de mayo del 2013 publicaba la Resolución de 23 de abril de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad por la que se daba difusión al **Acuerdo de 16 de enero de 2013 del Consejo Territorial sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal**, que a continuación se transcribe.

Primero. Aprobación de los criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal.

La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, recoge:

En el artículo 21, que la Prevención de las situaciones de dependencia «Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos». Con este fin, el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en adelante Consejo Territorial, acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de

las situaciones de Dependencia que elaboren las comunidades autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.

En el artículo 15, el Catálogo de Servicios, que comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia.

Y la Resolución de 3 de agosto de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo sobre determinación del contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal dirigidos a las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I.

En la administración pública, los ámbitos competentes y directamente implicados en materia de Prevención de las Situaciones de Dependencia son Sanidad y Servicios Sociales, que deben establecer entre ellos mecanismos de coordinación eficaces, que regulen y arbitren las relaciones entre estos dos ámbitos.

La legislación general en esta materia, además de en la mencionada Ley 39/2006, de 14 de diciembre, se recoge en:

- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que recoge en su artículo 18, punto 5, que las Administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones: «Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas».

- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que en su artículo 7.1 establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Y en su artículo 14, punto 1, define «La prestación de atención sociosanitaria como el conjunto de cuidados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social».

- El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que en su artículo 2, punto 1, define la «Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias». Y establece, en su artículo 5, punto 3.a) que para ser incluidos como parte de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, las técnicas, tecnologías o procedimientos deberán reunir entre otros los requisitos de «Contribuir de forma eficaz a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades, a la conservación o mejora de la esperanza de vida, al autovalimiento o a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento».

La Cartera de Servicios Comunes de Salud Pú-

blica incluye entre otros, en el anexo I, apartado 3, la «Promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las deficiencias» y concretamente en el punto 3.3, «Programas transversales de protección de riesgos para la salud, de prevención de enfermedades, deficiencias y lesiones, y de educación y promoción de la salud, dirigidos a las diferentes etapas de la vida y a la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, lesiones y accidentes», y en el punto 3.4, «Programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a grupos de población con necesidades especiales y orientados a eliminar o reducir desigualdades en salud».

En el anexo II «La Cartera de Servicios comunes de Atención Primaria», recoge también en el apartado 3, «Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria», y en el apartado 6, «Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos».

- El Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, que establece en su artículo 5 de «La Intensidad del Servicio de Prevención de las Situaciones de Dependencia», que:

1. Las personas en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos, recibirán servicios de prevención con el objeto de prevenir el agravamiento de su grado y nivel de dependencia, incluyendo esta atención en los programas de teleasistencia, de ayuda a domicilio, de los centros de día y de atención residencial.

2. Los Planes de Prevención para prevenir la aparición de las situaciones de dependencia y su agravamiento, elaborados por las correspondientes comunidades autónomas o Administración que, en su caso, tenga la competencia, determinarán las intensidades de los servicios de prevención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en su correspondiente ámbito territorial.

En base al mandato de la Ley 39/2006, el Consejo Territorial en su reunión del día 16 de enero de 2013, acuerda los criterios comunes, recomendaciones y condiciones mínimas que en materia de Prevención de las Situaciones de Dependencia deben reunir los Planes Autonómicos, especificando en los anexos I y II los Principios y Líneas Generales de los mismos, debiendo las respectivas administraciones en su ámbito competencial, desarrollarlos y, en su caso, ampliarlos y mejorarlos.

1. Finalidad y objeto de los planes de prevención de las situaciones de dependencia.

Tal como recoge el artículo 21 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, la prevención de las situaciones de dependencia «Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos».

Las previsiones recogidas en este artículo constituyen una importante oportunidad de promover la coordinación y cooperación interadministrativa, para garantizar una atención integral e integrada y para el desarrollo de la calidad de los servicios especializados en la atención a estas personas.

El objeto de los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia, es disminuir la prevalencia e incidencia de deficiencias y discapacidades que puedan dar lugar a situaciones de dependencia, así como mejorar y mantener la calidad de vida de las personas en situación de dependencia o con riesgo de padecerla.

2. Población a proteger.

La población destinataria de los planes será toda aquella en la que pueda existir riesgo de sufrir la aparición o el agravamiento de una situación de dependencia, así como los cuidadores o las cuidadoras no profesionales de ésta, prestando atención no solo a la condición de salud sino también a los diferentes factores ambientales que condicionan su funcionamiento.

El desarrollo posterior de estos planes autonómicos se orientará tanto a la ciudadanía en general como a los colectivos de población más vulnerables y a las personas que se encuentran en situación de dependencia.

Los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia procurarán implementar una visión general basada en las necesidades de apoyos y no en criterios de edad o de colectivos, para superar las barreras, las limitaciones derivadas de la edad, etc., en los requisitos que se establezcan en las políticas, programas, servicios y recursos derivados de dichos planes.

3. Objetivos generales.

Se han determinado como objetivos generales para los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia:

- Fomentar la promoción de la autonomía y la prevención de la dependencia garantizando la igualdad de oportunidades en todo el territorio nacional.
- Contribuir a aumentar la esperanza de vida libre de dependencia de la ciudadanía, a promover estilos de vida saludables entre la población general que fomenten la autonomía y a promocionar hábitos saludables y de autocuidado entre las personas con dependencia para mejorar su salud y funcionalidad.
- Impulsar medidas de prevención de la dependencia en la población general y facilitar el acceso de las personas en situación de dependencia a las medidas preventivas actualmente accesibles a la población autónoma con sus mismos perfiles de riesgo.
- Reducir el impacto de la dependencia sobre la calidad de vida de quienes la padecen y quienes ejercen su cuidado.
- Garantizar que, tanto las personas en situación de dependencia como cuidadoras, puedan beneficiarse de actividades preventivas de calidad, basada en la mejor evidencia científica disponible.
- Promover la sensibilización y la formación en todos los colectivos profesionales implicados en la promoción de la autonomía y en la prevención de la dependencia.
- Impulsar la investigación orientada a la acción en torno a la prevención de la situación de dependencia.
- Promover el trabajo intersectorial y la participación de la ciudadanía, especialmente de los colectivos afectados, en el desarrollo de

cada una de las áreas de intervención que se contemplan.

4. Principios.

Los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia, deberían tener en cuenta los siguientes principios que se enuncian a continuación y que se desarrollan en el anexo I:

- Universalidad.
- Atención personalizada, integral y continua.
- Transversalidad.
- Igualdad y equidad con perspectiva de género.
- Calidad.
- Participación ciudadana.
- Cooperación y Coordinación.
- Interdisciplinariedad.
- Proximidad.
- Responsabilización.
- Sostenibilidad.

5. Planes autonómicos de prevención de las situaciones de dependencia.

Las comunidades autónomas, o Administración que en su caso tenga la competencia, articularán las fórmulas para que, en el desarrollo de sus Planes Autonómicos, incluyan los criterios comunes, recomendaciones y líneas generales de actuación establecidos en este acuerdo como anexo II.

Asimismo se creará una Comisión Técnica Interadministrativa en cada una de ellas, con el fin de que, en el plazo de doce meses desde la aprobación de este acuerdo, se realice la elaboración del Plan.

Posteriormente, con una periodicidad de cuatro años, esta Comisión Técnica Interadministrativa,

realizará el seguimiento, la adecuada evaluación del impacto social y la coordinación del mismo, con el fin de reajustar y/o profundizar, en las políticas públicas de atención a las personas en las que pueda existir riesgo de sufrir la aparición o el agravamiento de una situación de dependencia, a las que van dirigidos estos Planes.

6. Publicidad de los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia.

El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establece en el presente acuerdo que, con una frecuencia al menos bienal, se realizarán intercambios de experiencias, innovaciones y buenas prácticas referentes a la Prevención de las Situaciones de Dependencia, entre comunidades autónomas y el Consejo.

Este documento podrá ser consultado íntegramente en el Boletín citado al inicio con sus dos Anexos: Uno con los principios que deben tener en cuenta los Planes y otro donde se establecen las líneas de actuación y los objetivos específicos que las desarrollan.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA ABORDAR LOS PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DE LA SALUD DEL MAYOR.

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) ha presentado durante su 55º Congreso, celebrado del 12 al 14 de junio en el Palacio de Congresos de Valencia, diez guías de práctica clínica, dirigidas a la población y al profesional.

1. Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. Dirigido a cuidadores

profesionales y familiares de personas mayores dependientes.

2. Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes.

Uno de los vacíos que la Ley de Dependencia aún no ha cubierto es la formación de los cuidadores familiares, sobre los que recae la atención de los dependientes.

3. Manual terapéutico en Geriátrica. Esta guía proporciona información útil y estructurada por grandes áreas de la medicina geriátrica, de acuerdo con las principales enfermedades y situaciones de comorbilidad.

4. Guía de buena práctica clínica en dolor oncológico en el anciano. Analiza los aspectos relacionados con la edad, el cáncer y el dolor. Sus páginas recogen información sobre las diferentes características de los analgésicos, la valoración clínica del dolor de tipo oncológico y el manejo del dolor crónico, entre otros temas.

5. Enfermedad neumocócica y su prevención. La incidencia de la enfermedad neumocócica invasiva aumenta con la edad y contribuye a la morbilidad y mortalidad de los ancianos. La vacuna antineumocócica ha demostrado su eficacia y seguridad en la prevención.

6. Guía de buena práctica clínica en Geriátrica. Nutrición en el anciano. La importancia de la desnutrición en los mayores viene dada por su elevada prevalencia y, sobre todo, por las múltiples complicaciones que desarrolla, siendo la responsable de numerosos procesos infecciosos, de la aparición de úlceras por presión, de la pérdida de capacidad funcional, de un mayor número de ingresos hospitalarios, con estancias medias más prolongadas, y de unas

mayores tasas de mortalidad.

7. Factores de riesgo nutricional en los mayores institucionalizados. Se analiza la alta prevalencia de malnutrición en las personas mayores ingresadas en residencias y hospitales, ya que constituyen un colectivo de alto riesgo, puesto que la edad media es superior a los 80 años. Se analizan los factores de riesgo como la edad, modelo y comportamiento alimentario, cambios fisiológicos del envejecimiento, patologías asociadas a la malnutrición y fármacos e interacciones alimentarias. También se incluyen recomendaciones prácticas de hábitos saludables de alimentación y nutrición.

8. Intolerancia a la lactosa, una patología emergente. Esta guía presenta los problemas de intolerancia a la lactosa, los métodos de diagnóstico y el manejo de la patología. Pero, además, presenta el estudio Inlactor sobre las características clínicas de los pacientes con intolerancia a la lactosa entre la población anciana institucionalizada.

9. Hidratación y salud en los mayores. En esta publicación se analiza la relación que el agua puede tener con ciertas patologías de alta incidencia y prevalencia en las personas mayores. Situaciones como hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal o litiasis, tienen una alta representación y son origen de necesidades de salud importantes.

10. Manual de uso fácil para mayores. ¿Cómo utilizar los nuevos teléfonos móviles? La SEGG y la Fundación Vodafone han elaborado esta guía útil para que los mayores aprendan y utilicen los móviles con soltura y puedan sacar provecho al enorme número de aplicaciones que están a disposición de los mayores y que

mejoran su calidad de vida en cuanto a comunicación y sociabilidad.

MANUAL DE BUENA PRÁCTICA EN CUIDADOS A LAS PERSONAS MAYORES.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) ha presentado este Manual el día 1 de octubre, con motivo del Día Internacional de las Personas Mayores.

Tanto el cuidador profesional como el familiar precisa de información y formación para poder desarrollar con éxito la tarea diaria de dar a la persona dependiente los mejores cuidados y atenciones.

La obra explica a los cuidadores cuál es el trato más adecuado que precisan los mayores dependientes, tanto desde el punto de vista físico al psíquico, pasando por los aspectos económicos, sociales, éticos y legales.

El manual está dividido en cuatro secciones principales:

- Geriatria y Gerontología. Este primer apartado aborda los aspectos sociodemográficos y otros datos sobre el envejecimiento fisiológico y patológico, así como la importancia de una correcta valoración geriátrica.
- Perfil y competencias del cuidador. En esta sección se analizan las necesidades básicas de una persona en su día a día y se evalúan las competencias del cuidador a través del análisis de las responsabilidades y habilidades.
- Aspectos prácticos del cuidado de las personas mayores dependientes. Este es el apartado más extenso del manual y está dedicado

a los grandes síndromes geriátricos (definición, manejo, prevención y cuidados básicos). También aborda el derecho al buen trato, la sexualidad, la socialización, el hogar adaptado y el apoyo a la dependencia en el mundo rural.

- Recursos de apoyo. Deontología. El manual termina con el apartado de recursos jurídicos para los cuidadores y aspectos éticos y deontológicos en las personas mayores.

LAS PERSONAS MAYORES QUE VIENEN. AUTONOMÍA, SOLIDARIDAD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.

Fundación Pilares. Autores:

Gregorio Rodríguez Cabrero, catedrático de Sociología y experto en Políticas Sociales Europeas, ha recibido diversos premios y distinciones a lo largo de su dilatada trayectoria.

Pilar Rodríguez Rodríguez, presidenta de la Fundación Pilares para la autonomía personal, vicepresidenta de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, ex consejera de Bienestar Social de Asturias y ex directora general del IMSERSO.

Penélope Castejón Villarejo, directora técnica de la Fundación Pilares, socióloga, especialista en investigación social aplicada y experta en gestión y planificación de recursos gerontológicos.

Esta publicación contiene los principales resultados de una investigación que la Fundación Pilares para la Autonomía Personal ha desarrollado con el apoyo de la Obra Social La Caixa, en la que se anticipa el potencial de participa-

ción social de quienes compondrán la población mayor española los próximos años.

La base del estudio es una encuesta representativa del grupo de población con edades entre los 50 y 69 en España que está formado por más de diez millones de personas situadas en la franja de edad que comprende los últimos años de vida laboral y los primeros después de la jubilación o del abandono de la actividad.

Entre los resultados encontrados en el estudio, los autores han destacado que:

- **La jubilación se percibe de manera distinta según la relación con la actividad laboral:** para más del 60% de las personas ocupadas y las jubiladas significa una oportunidad de “dedicar el tiempo a lo que se quiere”. Pero esta visión positiva es mucho menos frecuente entre quienes se encuentran en situación de desempleo (34%); la precariedad de su situación y cómo ésta pueda afectar a su jubilación seguramente motiva que el 44% piense que será una etapa difícil.
- En cuanto a su opinión sobre **hasta qué edad se debería trabajar**, más de la mitad manifiestan acuerdo en que hay que seguir haciéndolo más allá de los 65 años. Pero este porcentaje disminuye cuando la pregunta se refiere a su propia situación.
- **El 63% de la población estudiada (más de 6.500.000 de personas) están contribuyendo de manera muy relevante al apoyo familiar: cuidan a sus nietos mientras los padres trabajan, atienden a personas en situación de dependencia y ayudan económicamente a otros familiares, sobre todo a hijos mayores de 25 años.**

- En cuanto a las **actividades de ocio, el grupalismo que ha sido tradicional en las personas mayores está dando paso a una mayor autonomía en la elección** de los intereses individuales. De ahí que más de la mitad de la población estudiada manifieste desinterés por las actividades que se ofrecen y prefieran autogestionar su tiempo libre. No obstante, el **60% tendría interés en participar en programas de ocio y cultura junto a personas que compartan sus mismas inquietudes y el 77% desearía hacerlo con personas de todas las edades.**

- Casi la mitad se interesaría por recibir algún tipo de formación que les ayude a organizar su actividad y su tiempo durante la etapa de la jubilación o para iniciarse en tareas de voluntariado y participación social. En este sentido, **más de tres cuartas partes de la población encuestada valora positivamente que hubiera formación específica antes de jubilarse para preparar la nueva etapa y vivirla de la manera más plena.**

- Los **centros sociales, hogares, clubs, casals** han jugado un rol central como espacio de encuentro y organización de actividades para las personas mayores. Sin embargo, **estos centros están perdiendo parte de su atractivo:** entre las personas que están en la franja de 60 a 69 años apenas un 16% informa acudir a ellos; existe otro segmento (34,7%) que no asiste pero quizá lo haga más adelante y, finalmente, **un amplio grupo (45%) afirma que no asiste ahora ni lo hará en el futuro.** Como propuestas de mejora, el 37% de las personas de 50 a 69 opinan que sería conveniente abrir estos centros a todas las edades, mientras el 21% proponen que al menos la edad de acceso descienda a 50 años (en am-

bos casos el porcentaje de mujeres es mayor).

- Más de la mitad de la población colabora o pertenece a ONGs y otras organizaciones, pero **solo un 10% participa en actividades de voluntariado. No obstante, hay otro 32% que no participa pero “le gustaría hacerlo”,** si bien este deseo expresado de participación solidaria **no encuentra suficiente refrendo en la práctica real** de actividades, lo que debe alertar sobre la búsqueda de fórmulas capaces de activar ese potencial.

- El tipo de **voluntariado preferido contiene claramente la idea de legado:** transmitir la propia experiencia laboral o de otros quehaceres y conocimientos a los jóvenes, apoyar su promoción profesional o emprendimiento empresarial o comprometerse en el desarrollo de valores a las nuevas generaciones. La **experiencia es el aspecto mejor valorado de la edad aunque esta percepción es menor entre los más mayores del grupo, quizá a medida que se comprueba que esta experiencia no es aprovechada por la sociedad.**

El estudio incluye un conjunto de **recomendaciones** para reorientar las políticas y actuaciones dirigidas a las personas mayores en el ámbito de la participación social.

- **Mejorar la calidad del empleo y la formación para evitar las salidas anticipadas del mercado de trabajo,** desarrollando también políticas de empleo-jubilación que establezcan la posibilidad de **compatibilizar pensión y salario.**

- Incorporar criterios de flexibilidad que permitan a las personas **complementar el trabajo con períodos de retiro voluntario**

para la crianza, los cuidados familiares o los estudios, mitigando así los efectos negativos que, en especial a las mujeres, reporta la dedicación a los cuidados.

- Que los poderes públicos retornen hacia una **mayor inversión en medidas y recursos de apoyo a las familias** (escuelas infantiles, servicios para las personas en situación de dependencia), que producen muchos puestos de trabajo, **y se trabaje por resolver el intolerable nivel de desempleo existente**, únicas vías para aliviar el peso excesivo que recae en las familias en general y en estas generaciones en particular.

- Que las empresas y la propia Administración incorporen una **oferta formativa sistemática a sus trabajadores que les prepare para planificar y orientar la vida en la etapa que sigue a la jubilación**.

- Apostar por fórmulas que innoven y diversifiquen los contenidos de los **centros sociales para mayores, abrirlos a todas las edades y aprovechar estas infraestructuras para promover desde ellas programas intergeneracionales y de participación comunitaria**.

- Desarrollar **campañas informativas sobre las distintas modalidades de voluntariado que se ofrecen (no solo las de tipo benéfico asistencial)**, así como las entidades que las realizan y formas de acceder a las mismas.

- Apoyar proyectos de **participación social y de voluntariado que se ajusten a los conocimientos, experiencia y preferencias de las personas**.

- Fomentar que las **asociaciones desarrollen iniciativas de participación cívica que logren mayor impacto social** y que se relacionen directamente con la sociedad civil **sin estar condicionadas por la obtención de recursos públicos**.

- Dar más apoyo desde las instituciones a **aquellas organizaciones que promuevan el desarrollo del potencial participativo de la población de estos grupos de edad**.

OTRAS ACTIVIDADES CIENTÍFICAS DE LA FUNDACIÓN CASER

Sumario

- ESTUDIO SOBRE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA.
- CICLO DE CONFERENCIAS FUNDACIÓN CASER 2013.

ESTUDIO SOBRE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA.

Estudio de la Fundación CASER.

La Fundación Caser para la Dependencia puso en marcha en 2008 la primera edición de un estudio sobre la situación de las ayudas a la Dependencia en España.

Esta es la cuarta publicación de este estudio que, con carácter anual, analiza en profundidad, por una parte, la situación de la población dependiente (distribución de la dependencia y los servicios gestionados) y, por otra, la percepción y grado de conocimiento de la población en general y con respecto a la Ley de Dependencia.

Los gráficos con los resultados pueden verse en la Web de la Fundación www.fundacioncaser.org.

Algunos de los resultados:

Sobre deficiencias de las personas con dependencia. Más del 40% de los dependientes mayores de 65 años lo son por limitaciones psíquicas, psicológicas y mentales.

Según las conclusiones extraídas del estudio sobre la percepción de la dependencia 2012, al contrario de lo que pueda parecer, la diferencia entre las personas dependientes mayores de 65 años que aducen motivos físicos frente a las que lo hacen de tipo psíquico, psicológico o mental no es tan grande, reduciéndose la distancia a medida que avanza la edad. Además, estos últimos recurren con mayor intensidad a los servicios relacionados con la dependencia, como son el ingreso en residencias, los centros de día o la ayuda domiciliaria.

Una de las cuestiones más importantes para las personas a medida que avanzan los años es si será capaz de valerse por misma en su vida diaria o incluso qué sucederá con ella si sufre un accidente, sea de tráfico o de cualquier otro tipo.

Pero, ¿qué hace que una persona sea dependiente y otra no? Entre los motivos más aducidos por personas dependientes mayores de 65 años destacan, como es lógico, la propia edad para el 79,6% de los encuestados. Aun así, y al contrario de lo que pudiera pensarse en un primer momento, no hay una gran diferencia entre las enfermedades físicas y las limitaciones psíquicas, ya que las primeras son aducidas por el 48,1% de los españoles y las segundas por el 43,9%, siendo únicamente un 6,4% los accidentes el motivo para no lograr realizar sus actividades diarias y gozar de autonomía plena. Por tanto, destaca que más de un 20% de los encuestados mayores de 65 años (20,4%) muestre causas percibidas como no relacionadas con la edad entre los motivos de su dependencia.

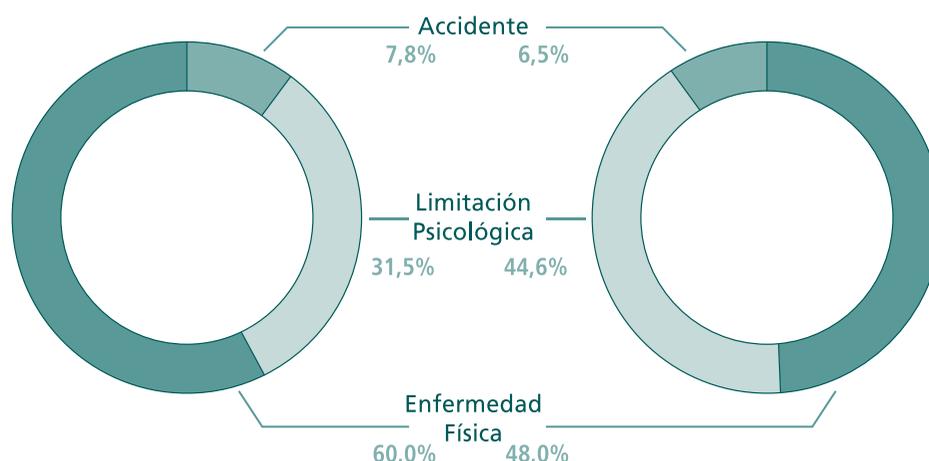
Esta caída se debe al importante incremento que sufren las limitaciones psicológicas, que pasan de ser un motivo aducido por el 31,5% de los españoles dependientes de 55 a 64 años al 44,6% que supone para los mayores de 65 años. Por su parte, los accidentes sufren un ligero descenso, pasando del 7,8% al 6,5%.

Por tanto, destaca que más de un 20% de los encuestados mayores de 65 años (20,4%) muestre causas percibidas como no relacionadas con la edad entre los motivos de su dependencia.

Porcentajes de Presencia de Enfermedades y Accidentes. Comparación entre mayores de 65 años y entre 55 y 64.

Dependientes de 55 a 64 años

Dependientes de más de 65 años



Fuente: Estudio Caser Dependencia 2012.
Muestra: 5.000 Encuestas.

Obviando el motivo de la propia ancianidad, observaremos la evolución entre el target de personas dependientes entre 55 y 64 años y aquellas que tienen una edad superior a los 65 años. La primera conclusión, al contrario de lo que pudiera pensarse en un primer momento, es que las enfermedades físicas pierden gran peso, pasando de suponer el 60% para los dependientes de entre 55 y 64 años al 48% para los mayores de 65 años, lo que supone un descenso de 12 puntos porcentuales.

Es decir, a medida que avanza la edad los problemas físicos van dejando paso a aquellas limitaciones psíquicas o psicológicas que impiden a las personas ser autónomas y desarrollar por sí misma sus actividades necesarias para realizar su vida.

Sobre la tipología de los servicios recibidos.

Pero, ¿cuáles son los servicios más utilizados por las personas dependientes mayores de 65

años? El más usado por los españoles es la ayuda a domicilio, recibido actualmente por un 41,6% de los encuestados. Le siguen teleasistencia con un 21% y residencias, con un 18,5%. Por encima del 10% se sitúan los centros de día (10,6%), mientras que hospitales y centros de noche son disfrutados por un 3,5% y un 0,8 % de los entrevistados respectivamente.

Si atendemos a la segmentación de los servicios que reciben los dependientes mayores de 65 años en función del origen de la dependencia se observan comportamientos dispares.

El ingreso en la residencia de mayores de 65 años es mucho más frecuente en personas dependientes con limitación psíquica (26,4%), notablemente por encima de los que señalan motivos de accidentes (19,7%) y casi trece puntos porcentuales por encima de los españoles con enfermedades físicas (13,6%), como puede apreciarse en el siguiente gráfico.

En centros de día se vive una situación muy similar a la anterior, ya que recurren a este tipo de asistencia un 15,7% de los que presentan limitaciones psicológicas, más de cinco puntos porcentuales por encima de la media (10,6%). Un 10,3% de los que tienen enfermedades físicas hace uso de este servicio, junto al 7,6% de los españoles que ha sufrido algún accidente.

Donde se aprecia un comportamiento distinto es en la ayuda domiciliaria, servicio mayoritariamente utilizado por las personas dependientes mayores de 65 con enfermedades físicas (43,1%). En esta prestación, los españoles que tienen alguna limitación psíquica disfrutan de este servicio en un 39,9% de los casos, ligeramente por debajo de la media (41,6%), como muestra el gráfico posterior.

En conclusión, podríamos decir que las limitaciones de orden mental, psíquico o psicológico, que intuitivamente sabemos que se asocia a la edad, muestran porcentajes muy altos en los

españoles dependientes mayores de 65 años, a muy poca distancia de las limitaciones físicas.

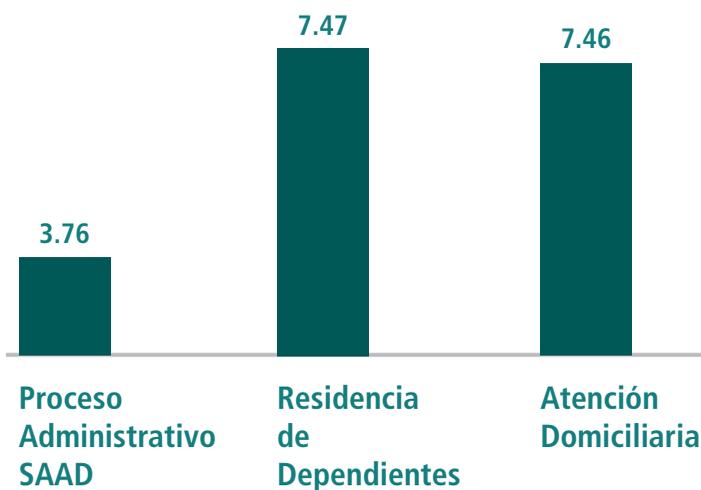
Además, la dependencia de mayores de 65 causada por motivos psicológicos o mentales, genera una alta propensión al consumo de servicios para la dependencia, muy por encima de las causas físicas.

Sobre Residencias.

Las residencias para personas dependientes reciben una valoración de sus familiares de 7,47 puntos sobre 10, una valoración muy parecida a la que recibe la Atención

Domiciliaria, (servicio que obtiene la máxima aceptación de las familias con dependientes) y muy por encima de nota media que en general se otorga al SAAD durante el proceso de concesión de las ayudas para la dependencia, situado en 3,76 puntos sobre 10.

**Índices de Satisfacción.
Relacionados con la Dependencia.**



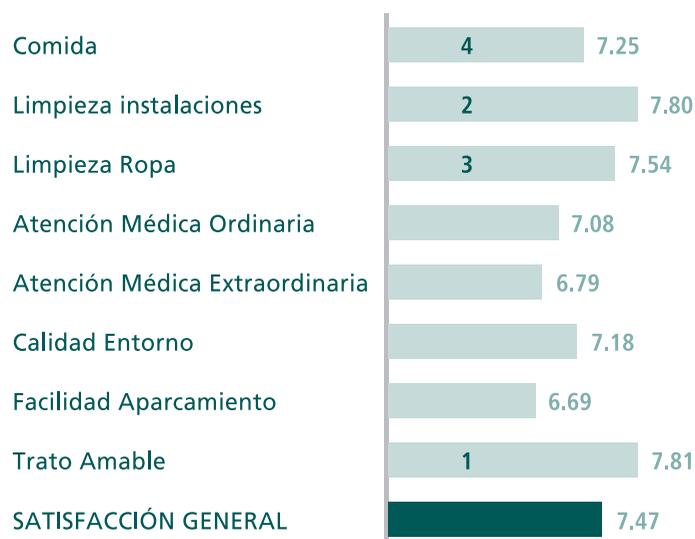
Fuente: Fundación Caser para la Dependencia 2012.
Muestra: 5.000 entrevistas a familias españolas.

Resulta por tanto evidente que, en general, las familias con dependientes ingresados en residencias, tienen en alta estima el servicio que reciben, que en buena parte de los casos es un servicio público o subvencionado por la Administración, valoración que sin embargo convive con una intensa crítica al proceso de concesión de estas ayudas, generalmente considerado como excesivamente largo y complejo. Este estudio ha profundizado en los distintos aspectos que los familiares valoran de las residencias de dependientes, habiéndose detectado por medio de la realización de un FocusGroup, hasta ocho aspectos distintos con los que se puede medir la calidad de un centro de estas características: (alimentación, limpieza de instalaciones, limpieza de ropa, atención médica ordinaria, atención médica en noches y fines de semana, calidad del entorno, facilidad de aparcamiento y trato amable).

El estudio además ha permitido conocer cuáles son los aspectos que más valoran los familiares. Como puede verse en el gráfico adjunto, es importante destacar cómo los familiares de personas dependientes ingresadas en residencias, consideran como el principal factor de calidad del “trato amable” de los profesionales del centro, seguido por los aspectos de limpieza (tanto de instalaciones como de la ropa del dependiente) situándose en tercer lugar la calidad y cantidad de la comida que se sirve. Este mismo gráfico muestra cómo los aspectos considerados como más importantes, obtienen el general puntuaciones considerablemente superiores a la media, destacando los 7,81 puntos sobre 10 que se atribuye al “trato amable”.

Valoración de los Familiares de las Residencias.

De los distintos “Aspectos” de calidad que distinguen y su importancia.

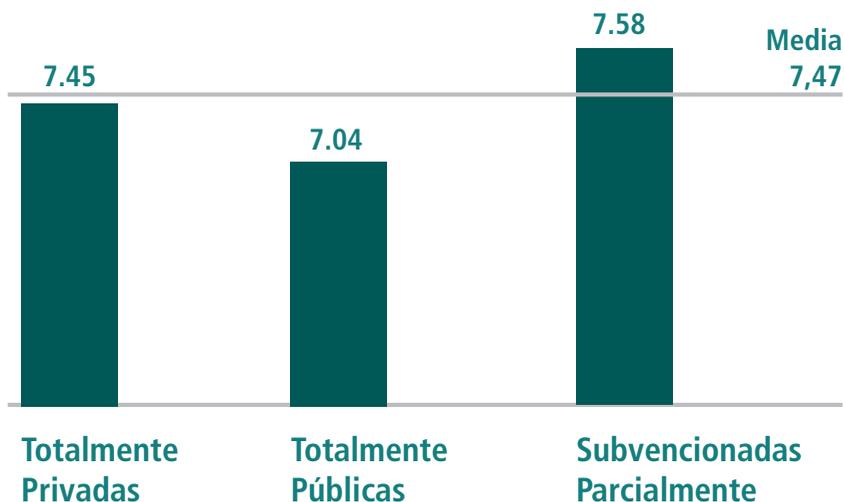


Fuente: Fundación Caser para la Dependencia 2012.
Muestra: 5.000 entrevistas a familias españolas.

Por otra parte, las notas medias obtenidas por las residencias para familiares dependientes que mayor valoración obtienen son las “residencias subvencionadas” en las que la Ad-

ministración aporta una parte del precio y la familia o el propio dependiente el resto. Estas residencias subvencionadas han tenido una valoración media de 7,58 puntos sobre 10.

Valoración de los Familiares de las Residencias.
En función del modo en que se pagan.



Fuente: Fundación Caser para la Dependencia 2012.
Muestra: 5.000 entrevistas a familias españolas.

Resulta curioso observar, cómo las Residencias totalmente privadas se sitúan ligeramente por debajo de la media, con 7,45 puntos sobre 10, claramente por encima de las residencias públicas (con financiación 100% procedente de las distintas Administraciones), que obtienen una valoración de 7,04 puntos sobre 10.

Es interesante constatar, cómo las mejores valoraciones no se dan en los servicios 100% gratuitos para el dependiente y sus familias. Esto induce a realizar un razonamiento de “sentido común” y es que aquellos servicios que se reciben, por los que no se aporta una cuantía sensible, acaban no siendo tan valorados como aquellos “que cuestan algo”.

CICLO DE CONFERENCIAS FUNDACIÓN CASER 2013.

En este segundo ciclo de Conferencias, la Fundación da continuidad al proyecto puesto en marcha en 2012, con el objetivo de sensibilizar en materia de dependencia y promoción de la autonomía personal en España y que se materializa mediante la organización de ciclos de conferencias anuales en la Real Academia de Medicina de Madrid.

La primera de las conferencias corrió a cargo del doctor e investigador norteamericano, **Norman Relkin y trató sobre “los nuevos avances para tratar de detener el Alzheimer”.**

Después de muchos intentos fallidos, se han producido algunos avances en la cura del Alzheimer. El Doctor Relkin ha liderado uno de los últimos descubrimientos. En la conferencia presentó estos hallazgos.

El tratamiento, la inmunoglobulina intravenosa (IGIV), se ha utilizado extensamente para tratar otras afecciones, pero hasta ahora no se había aplicado contra el Alzheimer. El Dr. Presentó los resultados que sugieren que la IGIV puede paralizar la progresión de esta enfermedad, durante al menos 3 años.

Con posterioridad a la Conferencia de Madrid, el día 16 de junio el WeillCornell a través del Doctor Relkin presentó los resultados actualizados del ensayo de fase 3 de la IgIV para la enfermedad de Alzheimer en la Conferencia de la Asociación Internacional de Alzheimer (CIAC) en Boston, Massachusetts. Aunque los resultados primarios del estudio fueron negativos, las observaciones del subgrupo análisis incluyen que sí puede haber una reducción dependiente de la dosis de beta amiloide en la sangre y el cerebro de los pacientes de Alzheimer tratados con IGIV que tienen el genotipo ApoE4.

Para mayor información consultar la página web del WeillCornell Medical College http://weill.cornell.edu/news/releases/wcmc/wcmc_2013/07_16a_13.shtml.

La segunda conferencia fue impartida por el prestigioso doctor e investigador norteamericano, **Andrew Schwartz, Profesor de Neurobiología de la Universidad de Minnesota sobre el control y manejo de un brazo robótico sólo con los pensamientos a personas con parálisis, gracias a la implantación de electrodos en el cerebro.**

El Dr. Andrew Schwartz explicó esta revolucionaria técnica que consiste en la implantación de dos microelectrodos en la corteza motora del cerebro que se conectan a un brazo robótico con una mano y dedos artificiales. El paciente logra mover el brazo tan sólo con su pensamiento.

En el transcurso de la conferencia, el Doctor mostró la aplicación de esta técnica en una mujer de 52 años y tetrapléjica que había perdido la capacidad para mover sus brazos y piernas hacía más de 10 años debido a una enfermedad degenerativa, denominada degeneración espino cerebral. Con esta técnica la paciente ha logrado controlar y manejar una mano robótica sólo con sus pensamientos.

Tras tres meses de entrenamiento, la mujer pudo realizar determinadas acciones para coger cosas y sus movimientos se volvieron más rápidos y eficientes. Llegando incluso a comer por sí misma o jugar al famoso "piedra, papel o tijera".

La innovadora técnica hace que el uso del brazo robótico sea más intuitivo para los pacientes, ya que en lugar de tener que pensar dónde mover el brazo, el paciente simplemente tiene que concentrarse en la meta que quiere alcanzar.

Entre los siguientes retos que el Dr. Schwartz se plantea alcanzar con esta técnica figuran: la "retroalimentación del sentido del tacto al paciente", lo cual se espera conseguir en los próximos cuatro meses; y lograr "motivar los músculos del paciente, de manera que pueda usar su propio brazo en vez del brazo robótico."



Para la Dependencia

FUNDACIÓN CASER PARA LA DEPENDENCIA

Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid

Tel.: 91 214 65 69

email: fcaser@fundacioncaser.org

web: www.fundacioncaser.es