

Plan de mayores

de la Comunidad de Madrid

JOSÉ MARÍA ALONSO SECO

DIRECTOR GENERAL DEL MAYOR - CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES.

COMUNIDAD DE MADRID.

La atención a la dependencia es el gran reto que tiene planteado esta sociedad. En términos del Consejo de Europa en su Recomendación n.º (98) 9, adoptada por el Comité de Ministros de 18 de septiembre de 1998, define la dependencia como:

"Estado en que se encuentran las personas que por razón de su falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de ayuda y / o asistencia importante para la realización de las actividades de la vida diaria".

Estas actividades de la vida diaria se dividen fundamentalmente en dos grandes grupos:

- **Actividades de la vida diaria (AVD)** que hacen referencia a los cuidados personales o de funcionamiento básico. Se trata de aquellas habilidades básicas necesaria para llevar una vida autónoma en el domicilio (levantarse, asearse, vestirse, control de esfínteres, etc.)
- **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)** se asocian a la capacidad de decisión de una persona sobre su vida y a la relación y desenvolvimiento en su medio social (tareas domésticas: cocinar, limpiar, lavar; de movilidad: utilizar medios de transporte y relación: realizar gestiones, etc.)

Existen distintos colectivos de personas con dependencia que abarcan todas las edades, aunque clarísimamente afecta mayoritariamente al colectivo de personas mayores con necesidades de apoyo, a los enfermos mentales crónicos y a los enfermos terminales.

Esto conlleva la necesidad de la puesta en marcha de distintas medidas de atención destinadas a paliar, en la medida de lo posible, los cuidados requeridos por las personas en situación de dependencia. Estas respuestas pueden ser formales y / o informales:

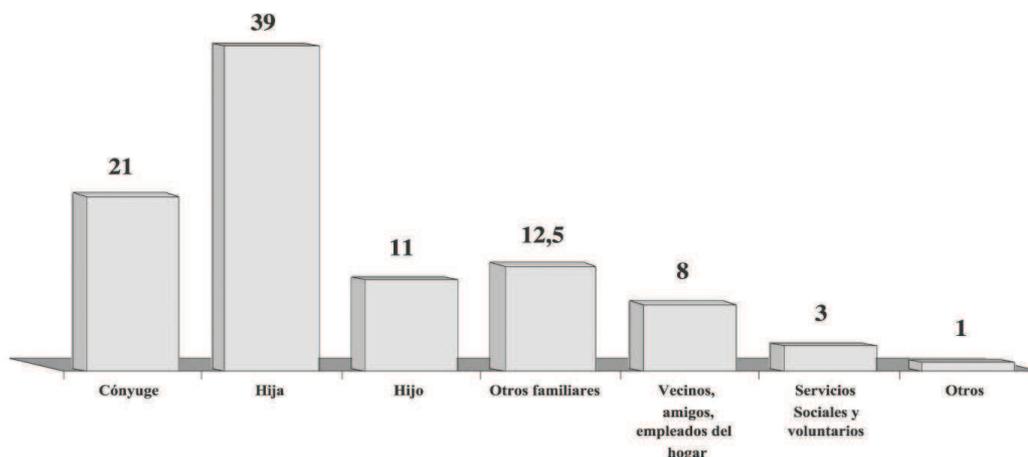
a) Un apoyo formal implica la existencia de un conjunto de recursos y prestaciones integrados (ámbito sanitario y ámbito social) destinados a la rehabilitación o cuidado de la persona con dependencia.

b) Un apoyo informal hace referencia a aquellas personas que prestan su ayuda de manera gratuita a las personas con dependencia. Hablamos, principalmente, de la familia y la sociedad civil.

La familia hoy por hoy sigue siendo la principal referencia a la hora de llevar a cabo los cuidados requeridos por las personas en situación de dependencia, siendo fundamentalmente las mujeres las que soportan mayoritariamente las cargas y las responsabilidades que trae consigo satisfacer las necesidades más básicas de estas personas.

Estos cuidadores como ya he dicho son fundamentalmente mujeres, generalmente hijas o nueras de la persona dependiente, con una media de edad de 55 años y generalmente sin ocupación laboral remunerada y que además comparte la labor con otras ocupaciones familiares como cuidar de los hijos y de la casa.

Persona principal en el cuidado de los mayores. España 1998



Fuente: CIS, Soledad, estudio 2.279, marzo 1998, p20a.

Las personas mayores en España. Informe 2.000.

IMSERSO

Desde las administraciones públicas y en concreto desde la Comunidad de Madrid, somos conscientes de la necesidad de trabajar intensamente en el desarrollo de programas, recursos y servicios destinados a satisfacer las necesidades de atención de los ciudadanos y ciudadanas que directa o indirectamente están afectadas por la situación de dependencia.

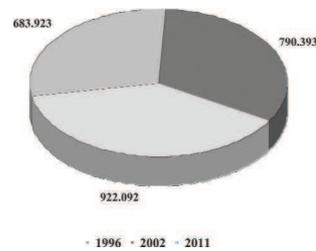
■ ■ ■ Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid

Para atender a las personas en situación de dependencia desde la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y en concreto desde la Dirección General del Mayor se ha puesto en marcha el Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid, que fue aprobado por la Asamblea de Madrid en julio de 1998.

Este Plan marcó un hito en los servicios sociales, planteándose una metodología, unos objetivos y unos mecanismos de seguimiento y evaluación que garantizan, al menos durante su periodo de vigencia (1996 - 2006), la idoneidad de este Plan.

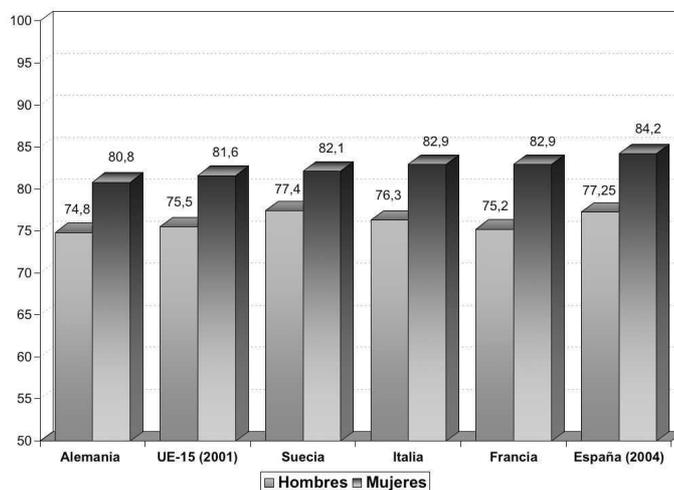
En la Comunidad de Madrid existe una realidad que se plasma en los datos que a continuación voy a ir exponiendo.

Es un hecho que estamos inmersos en un proceso de envejecimiento de la población como se pone de manifiesto en el gráfico anexo.



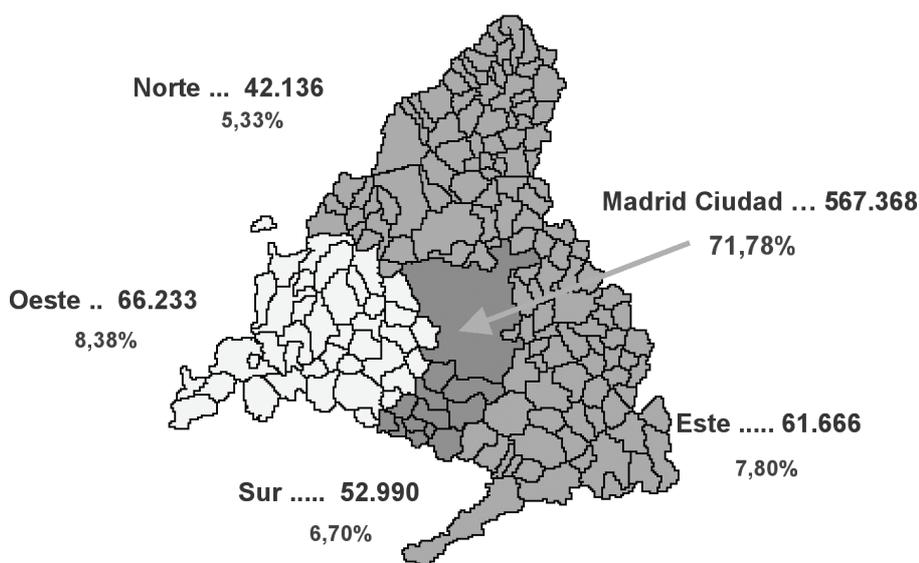
Se ha pasado de las 683.923 personas mayores del año 1996, lo que representaba el 13,6 % de la población a los 790.393 personas mayores de 2002, lo que representa un 14,3% y este proceso previsible, continuará creciendo, si nos atenemos a las proyecciones, hasta llegar a las 922.092 personas mayores en 2011, llegando al 15 %.

Hay que tener en cuenta que la Esperanza de Vida en España a aumentado considerablemente, siendo en 2004 de 77,25 años para los hombres y el 84,2 para las mujeres, ocupando un lugar destacado sobre el resto de los países miembros de la Unión Europea..

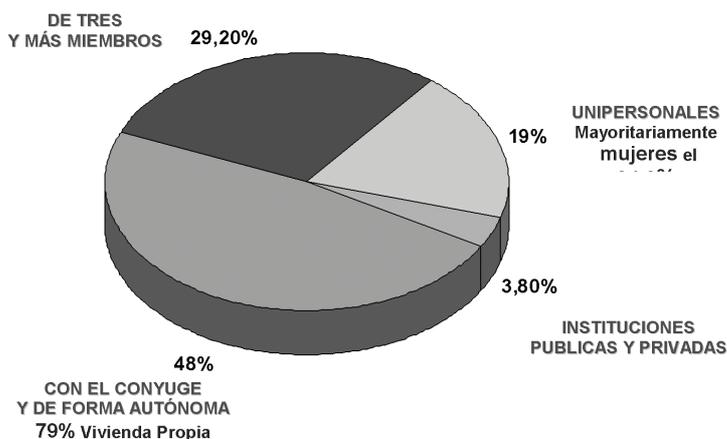


Centros de día y dependencia. MODELOS Y PERSPECTIVAS EN LAS GRANDES CIUDADES

Como Comunidad Autónoma uniprovincial, la población en general se encuentra dispersa por todo el territorio, pero mayoritariamente concentrada en el municipio de Madrid. En el caso de las personas mayores, el 71,78% de la población se encuentra ubicada en Madrid capital.



Las personas mayores en la Comunidad de Madrid en cuanto a su forma de convivencia, participan de las características propias de los países mediterráneos, donde la familia sigue siendo un baluarte muy importante como responsable de los cuidados a las personas dependientes, de hecho el 29,20% de las personas mayores viven con sus familias y otro 48% vive con su pareja.



Todos estos datos, nos dan una información importantísima de la situación de las personas mayores en la Comunidad de Madrid, así como de sus necesidades y situa-

ción y que constituyen el punto de partida imprescindible para determinar la evolución necesaria de puesta en marcha de los programas y recursos necesarios para atender a la población de personas mayores de nuestra Comunidad.

El Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid, constituye en sí mismo una novedad, al dotar, por primera vez, a la Comunidad de Madrid de un instrumento de planificación, que vertebra, en torno a objetivos, estrategias y programas, las políticas de bienestar para el colectivo de personas mayores y que se organizan a partir de tres grandes líneas de actuación:

1. Mantenimiento del mayor en su entorno familiar y comunitario.
2. Alojamiento alternativo y atención especializada.
3. Desarrollo personal y participación social.

En lo que respecta al tema que hoy se debate, centros de día y dependencia, modelos y perspectivas en las grandes ciudades, se desarrolla dentro de la primera línea estratégica, Mantenimiento de la persona mayor en su entorno familiar y comunitario.

Todas las encuestas que se realizan a las personas mayores nos dicen lo mismo respecto de este tema, los mayores quieren permanecer el máximo tiempo posible en su entorno familiar y comunitario. Para ello es imprescindible que existan los medios e infraestructuras suficientes para, en la medida de lo posible, conseguir este objetivo.

La Comunidad de Madrid ha realizado un gran esfuerzo, tanto a nivel presupuestario como de creación de nuevos recursos, consciente de que en la prevención se encuentra la mejor de las herramientas para trabajar con la dependencia y por otra parte siendo consecuentes con las familias cuidadoras apoyando su acción mediante la creación de recursos y programas específicos.

Un ejemplo de todo ello son las cifras referidas al año 2004, que aparecen expuestas en el cuadro siguiente:

PROGRAMAS	
Ayuda a domicilio	37.414 usuarios
Teleasistencia	51.289 usuarios
Programa de vacaciones para familiares que cuidan a personas mayores dependientes	1.874 usuarios
Estancias temporales en residencias	2.844 usuarios
Ayudas económicas a familias cuidadoras de mayores dependientes	1.384 ayudas
Programas de Cuidar al Cuidador	15 talleres
Talleres de psicoestimulación	14 talleres
Centros de Día	2.319 plazas

Los Centros de Día ocupan un lugar privilegiado en el conjunto de programas y medidas encaminadas al mantenimiento de la persona mayor en su entorno familiar y comunitario. Es un recurso que apoya este objetivo desde dos vertientes, desde la vertiente de apoyo al cuidador informal y desde el apoyo a la toma de medidas, fundamentalmente de rehabilitación encaminadas a la recuperación de la autonomía personal del mayor.

El perfil del usuario de este tipo de recursos es:

- Persona mayor que presenta desde una dependencia baja y deterioro cognitivo severo, hasta una dependencia alta sin deterioro cognitivo. Sin trastornos de conducta o con conducta medianamente alterada.
- Asociado todo ello a las siguientes condiciones sociofamiliares:
 - Unidad de convivencia estable.
 - Con buenas o aceptables relaciones.
 - Atención insuficiente durante el día.
 - Vivienda con condiciones buenas o aceptables de habitabilidad, accesibilidad y comunicación con el entorno.

A través de este recurso, se atiende a la persona mayor durante el día (de 8 a 19 horas), de lunes a viernes en un centro especializado donde se le facilitan cuidados personales, manutención, asistencia médica, rehabilitación, actividades físicas, de ocio y tiempo libre y además transporte, lo le convierte en un recurso zonificado.

Las condiciones para acceder al servicio son las siguientes:

- Acreditar la residencia en la Comunidad de Madrid durante los dos últimos años
- Tener 60 años cumplidos.
- No padecer ninguna enfermedad infecto-contagiosa, ni cualquier otra que requiera atención hospitalaria permanente.
- Necesitar asistencia para poder realizar las actividades de la vida diaria y precisar, por sus circunstancias sociales o familiares, este servicio.

El medio a través de cual informarse para solicitar este servicio, es:

- En los Centros de Servicios Sociales Municipales.
- Teléfono de información al Mayor: 900 10 10 11.
 - Programa "Gestiona tu mismo" por internet.

Como síntesis conclusiva diría lo siguiente: en la Comunidad de Madrid, a través

de la Dirección General del Mayor se ha prestado una especial atención a las personas mayores en situación de dependencia que están siendo cuidadas por sus familias, para lo cual se han creado distintos programas como servicios y ayudas económicas, con el fin de que las personas mayores dependientes estén bien atendidas por profesionales especializados y, a la vez, se concilie la vida personal y profesional de los cuidadores, mujeres en su mayor parte. Esta finalidad tienen los Centros de Día.

Seguiremos creando recursos con un fin muy concreto: que en el futuro puedan hacerse verdaderamente efectivos los derechos de las personas mayores, para lo cual es necesario la implantación de una red de servicios públicos y programas complementarios. Creo que en este sentido la Comunidad de Madrid -e incluyo también aquí las distintas acciones que se realizan en el Ayuntamiento de Madrid- se encuentra a la cabeza de las Comunidades Autónomas.

Centros de día

en el ayuntamiento de Madrid “Calidad y Cercanía”

D. FLORENCIO MARTÍN TEJEDOR
AYUNTAMIENTO DE MADRID
DIRECTOR GENERAL DE MAYORES
ÁREA DE GOBIERNO DE EMPLEO Y SERVICIOS A LA CIUDADANÍA

Antecedentes

La primera referencia que hemos encontrado sobre Centros de Día en el Ayuntamiento de Madrid tal y como las concebimos en la actualidad, data de 1984. Este año los servicios sociales municipales utilizan plazas de la iniciativa social para atender a personas mayores que presentan necesidades diferentes a las que atendía el servicio de ayuda a domicilio y las cubiertas por los centros municipales de mayores.

Se necesitaba dar una respuesta integral de carácter sociosanitario a aquellas personas mayores que tenían dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.

La entidad SAGECO - ONG vinculada a Cruz Roja - es la primera (que nosotros sepamos) en sensibilizarse a esa nueva necesidad de las personas mayores y en dar una respuesta especializada y eficaz, abriendo su primer Centro de Día.

No obstante podemos considerar al Ayuntamiento de Madrid como un pionero y existe un precedente a tener en cuenta, el centro de Día de Moratalaz, que abrió sus puertas en 1983. Cuando en 1986 la entonces Área de Salud y Servicios Sociales organiza el Simposium sobre Centros de Día (el 1º) está intentando dar forma y contenido a unos nuevos servicios que la sociedad demanda de alguna manera, y a la que el Ayuntamiento intenta dar respuesta.

En aquel primer Simposium los conceptos como "tiempo libre para el ocio y el esparcimiento.."; el "ejercicio y el deporte..." ; se mezclan con "la promoción de la salud..." y con "técnicas de rehabilitación".

En aquellos momentos el Ayuntamiento de Madrid entiende que la labor de los Centros de Día - para personas mayores - resulta fundamental, ya que favorece la participación activa de este colectivo en su comunidad".

Esta mezcla de conceptos: lo rehabilitador, el esparcimiento, lo comunitario es, a mi juicio, expresión de lo novedoso.

Está naciendo algo nuevo, a lo que se llama Centro de día, que tiene que ser diferente a un centro de mayores, a un centro de salud, a un Centro geriátrico de día, a un hospital de día, a un centro comunitario, ..., pero que no son los "Centros de Día" como lo entendemos ahora.

"Un Centro de Día, es una forma asistencial encuadrada en los denominados "cuidados en la comunidad" dentro del amplio marco de los servicios sociales - decía el profesor Guillén en aquellas Jornadas primeras - y continuaba: "Debe contar con servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Enfermería y Asistencia Social que van a trabajar, dentro y fuera del mismo, colaborando con los recursos ya existentes, con el objetivo de mantener integrados en la comunidad, con la máxima capacidad de autosuficiencia, a su población anciana".

"No es un Club u Hogar del Pensionista, tampoco es un nivel médico - asistencial.

La portada del libro que recoge las comunicaciones refleja en gran medida la mezcla de conceptos del momento.

Hay que esperar 6 años aún, al año 1992, para que vea la luz el primer centro de día municipal semejante a los actuales, construido por el Ayuntamiento de Madrid en la C/ Azor (Distrito Latina)

En 1986 la población española mayor de 65 años representaba el 12 % del total y la esperanza de vida estaba situada a los 75 años.

Hoy, 18 años después, la población española mayor de 65 años representa el 17,03 % y en el caso de la ciudad de Madrid se eleva el porcentaje hasta el 18,93 %.

La esperanza de vida al nacer era, en 1998, de 74,2 años para los hombres y de 81,4 años para las mujeres (según un estudio sobre esperanza de vida y salud en la Unión Europea). Para el 2050, según Eurostat, la esperanza de vida para los hombres será de 79,7 años y para las mujeres de 85,1 años.

Cabría destacar, finalmente, un elemento sustancial de aquella original etapa y es que el impulso, la definición y conceptualización de los Centros de Día viene de la mano de personal sanitario - especialmente médicos geriatras- con sensibilidad e interés en practicar una "medicina social" o medicina en y para la comunidad, habiendo poca presencia de los profesionales del campo de lo social.

■ ■ ■ Centros de día en el ayuntamiento de Madrid “Calidad y Cercanía”

Eso explica que en aquellos primeros pasos de los 80, el Ayuntamiento de Madrid contara con un Centro Municipal Geriátrico y con el llamado Centro de Día de Moratalaz (ambos adscritos al Área de Salud y con un elevado perfil sanitario).

¿Como ha sido la evolución? ¿Qué podemos decir de ese cambio de ayer a hoy?

Evolución de 1984 a 2004

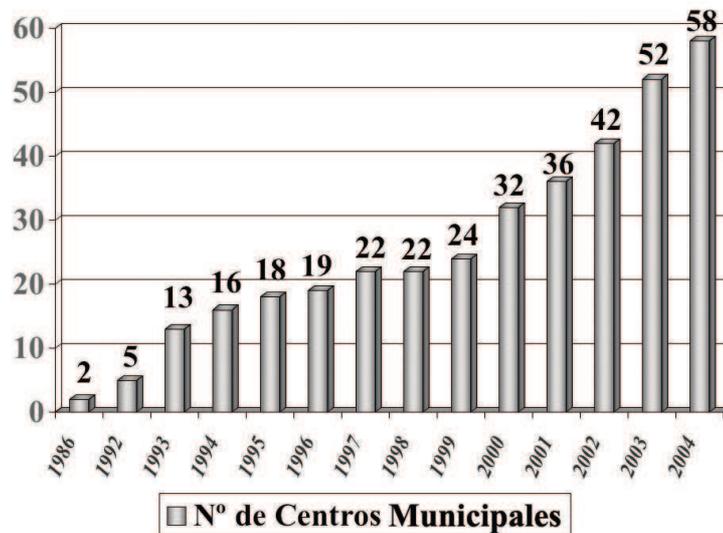
Districtos

Tras los primeros Centros de Día reseñados se van abriendo otros nuevos según el cuadro siguiente:

AÑO		PRIVADOS
1991	sin referencias	
1992	2	3
1993	10	3
1994	12	4
1995	14	4
1996	15	4
1997	18	4
1998	18	4
1999	17	7
2000	18	14
2001	20	16
2002	22	20
2003	32	20
2004	32	26

La evolución por años ha sido la siguiente:

Gráfica

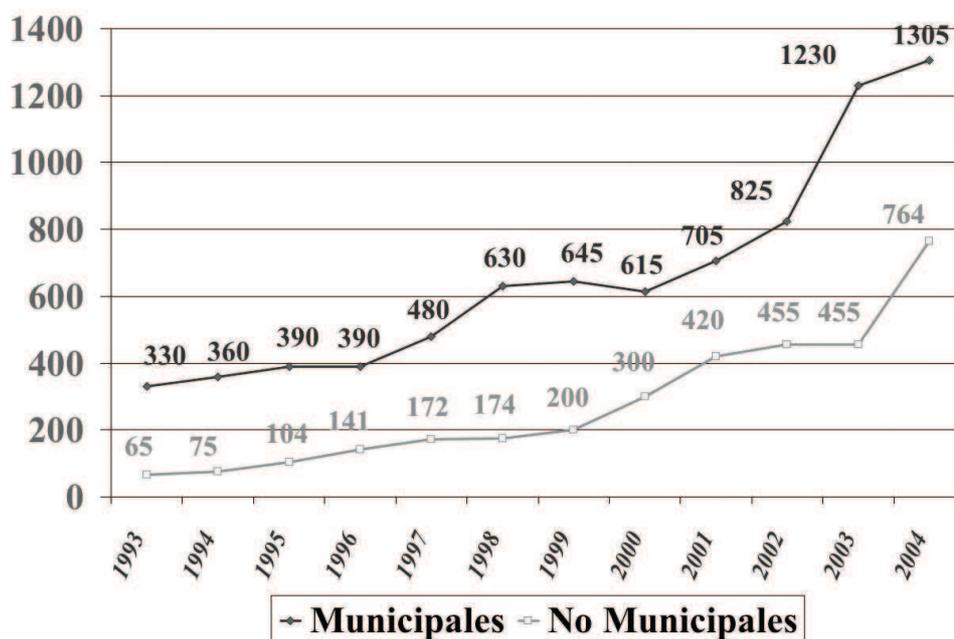


Centros de día y dependencia. MODELOS Y PERSPECTIVAS EN LAS GRANDES CIUDADES

Si nos referimos a las plazas existentes, hasta el año 1993 los datos son imprecisos y poco fiables. A partir de este año observamos lo siguiente:

AÑO	MUNICIPALES	PRIVADOS
1993	330	65
1994	360	75
1995	390	104
1996	390	141
1997	480	172
1998	630	174
1999	645	200
2000	615	300
2001	705	420
2002	825	455
2003	1230	455
2004	1305	764

Gráfica



Y en cuanto a la tipología de las plazas observamos que las de titularidad municipal son plazas indistintas hasta 2002, en tanto que las plazas que se utilizan de la iniciativa privada se diferencia entre físicos y Alzheimer desde el año 1995.

Centros de día en el ayuntamiento de Madrid “Calidad y Cercanía”

La evolución del nº de plazas por año es :

AÑOS	POR TIPOLOGÍA				Total por años
	Plazas de titularidad pública		Plazas de titularidad privada		
	F	EA	F	EA	
1995	390		69	35	494
1996	390		76	65	531
1997	480		111	61	652
1998	630		97	77	804
1999	645		80	120	845
2000	615		110	190	915
2001	705		120	300	1.125
2002	785	40	120	335	1.280
2003	1.150	80	120	335	1.685
2004	1.160	145	130	634	2.069

En cuanto a la titularidad de las plazas disponibles por tipología, a lo largo de estos años observamos lo siguiente:

AÑOS	PLAZAS EN CENTROS DE DIA PARA PERSONAS MAYORES CON DETERIORO		
	Físico	Cognitivo y Enfermos de Alzheimer	Total por años
1995	459	35	494
1996	466	65	531
1997	591	61	652
1998	727	77	804
1999	685	160	845
2000	685	230	915
2001	785	340	1.125
2002	905	375	1.280
2003	1.270	415	1.685
2004	1.290	779	2.069

Situación actual:

Estos datos conducen a la situación actual que podemos observar desde dos perspectivas:

A.- Perspectiva descriptiva:

A finales de 2004 en que nos hallamos, el Ayuntamiento de Madrid dispone de Centros de Día Municipales en los siguientes distritos y con las plazas siguientes:

DISTRITO	N ° PLAZAS	FÍSICOS	ENFERMOS ALZHEIMER
Centro	75	75	0
Arganzuela	45	45	0
Retiro	45	45	0
Salamanca	30	30	0
Chamartín	0	0	0
Tetuán	45	45	0
Chamberí	45	45	0
Fuencarral	120	120	0
Moncloa	85	45	40
Latina	75	75	0
Carabanchel	75	75	0
Usera	60	60	0
Puente Vallecas	105	105	0
Moratalaz	130	65	65
Ciudad Lineal	130	90	40
Hortaleza	75	75	0
Villaverde	0	0	0
Villa Vallecas	30	30	0
Vicálvaro	30	30	0
San Blas	75	75	0
Barajas	30	30	0
TOTAL	1.305	1.160	145

Centros de día en el ayuntamiento de Madrid “Calidad y Cercanía”

Los centros privados en los que el Ayuntamiento de Madrid utiliza plazas para cubrir la demanda existente son los siguientes:

Distrito	CENTROS PRIVADOS
Centro	<i>EDAD DORADA</i>
	<i>QUAVITAE</i>
Arganzuela	<i>SANIVIDA</i>
	<i>DE LA MANO</i>
Retiro	<i>QUAVITAE</i>
Salamanca	<i>C.M. PSICOGERIATRICO</i>
	<i>MARIA WOLF</i>
Chamartín	<i>MARIA WOLF</i>
	<i>QUAVITAE</i>
Tetuan	<i>CRUZ ROJA</i>
	<i>SAGECO</i>
Chamberí	<i>CASA LAS FLORES</i>
Moncloa	<i>TORREBLANCA</i>
	<i>DE LA MANO</i>
Latina	<i>CENTRO MADRID, S.L.</i>
	<i>QUECIOS</i>
Carabanchel	<i>VIRGEN DE LA LUZ</i>
	<i>NUESTROS ABUELOS, S.L.</i>
	<i>ROSALEDA</i>
	<i>PROADE</i>
Usera	<i>VALLELUZ</i>
	<i>ASISPA</i>
Moratalaz	<i>FLORENCIA</i>
C. Lineal	<i>ARCOSIRIS</i>
Villaverde	<i>GARBOSOL</i>

Centros de día y dependencia. MODELOS Y PERSPECTIVAS EN LAS GRANDES CIUDADES

Y en cuanto al nº y la tipología de las plazas que el Ayuntamiento de Madrid utiliza en Centros de día privados se observa lo siguiente:

DISTRITO	Nº PLAZAS	FÍSICOS	ENFERMOS ALZHEIMER
Centro	45	0	45
Arganzuela	50	0	50
Retiro	25	0	25
Salamanca	74	0	74
Chamartín	65	0	65
Tetuán	90	50	40
Chamberí	20	20	0
Fuencarral	0	0	0
Moncloa	80	10	70
Latina	65	0	65
Carabanchel	80	50	30
Usera	25	0	25
Puente Vallecas	0	0	0
Moratalaz	40	0	40
Ciudad Lineal	60	0	60
Hortaleza	0	0	0
Villaverde	45	0	45
Villa Vallecas	0	0	0
Vicálvaro	0	0	0
San Blas	0	0	0
Barajas	0	0	0
TOTAL	764	130	634

■ ■ ■ Centros de día en el ayuntamiento de Madrid “Calidad y Cercanía”

En conclusión hoy día el Ayuntamiento de Madrid dispone de 2069 plazas pública en Centro de Día (sea en Centros de titularidad municipal o privada) distribuidos del modo siguiente:

DISTRITO	Nº PLAZAS TOTALES
Centro	120
Arganzuela	95
Retiro	70
Salamanca	104
Chamartín	65
Tetuán	135
Chamberí	65
Fuencarral	120
Moncloa	165
Latina	140
Carabanchel	155
Usera	85
Puente Vallecas	105
Moratalaz	170
Ciudad Lineal	190
Hortaleza	75
Villaverde	45
Villa Vallecas	30
Vicálvaro	30
San Blas	75
Barajas	30
TOTAL	2.069

Y en su conjunto disponemos de:

Plazas en Centros de Día Municipales		Plazas en Centros de Día Privados	
F	EA	F	EA
1.160 (56,07%)	145 (7%)	130 (6,29%)	634 (30,64%)
1.305		764	
2.069			

b) Perspectiva analítico-crítica.

A la vista de lo descrito debemos hacer un análisis crítico de la situación actual si queremos mejorar.

¿Qué nos encontramos? ¿Qué nos llama la atención de lo visto?

1°.- Un desigual reparto de la oferta de plazas en Centro de Día por el territorio. En tanto que algunos distritos disponen, en conjunto, y sin diferenciar si las plazas son de titularidad pública o privada y ni siquiera si son para físicos o para enfermos de Alzheimer, de 65 plazas para una población de 35.500 mayores de más de 65 años, - como es el caso de Chamberí -, otros, como Moncloa, disponen de 165 plazas para una población mayor de 65 años de 21.850.

Esto tiene una consecuencia inmediata y es la desigualdad de oportunidades o facilidades que tienen las personas mayores de unos y otros distritos de la capital a la hora de acceder a una plaza en un Centro de Día.

2°.- Existe un desigual reparto de la tipología de los Centros de Día según su titularidad. En tanto que el 89 % de las plazas de titularidad municipal son para físicos, en los centros privados sólo se utiliza un 17 % de plazas para físicos.

Y viceversa el 11% de las plazas de titularidad municipal son para enfermos de Alzheimer, en tanto que en los Centros privados se utiliza el 83 % de plazas.

¿A qué se debe este desigual reparto? ¿Es que la demanda de plazas para fisi-

■ ■ ■ Centros de día en el ayuntamiento de Madrid “Calidad y Cercanía”

cos es anterior a la de enfermos de Alzheimer? ¿por qué el Ayuntamiento de Madrid sólo genera plazas para físicos? ¿los familiares de enfermos de Alzheimer acuden a los Centros de Día privados y sólo posteriormente reclaman la ayuda de los servicios sociales municipales?.

Este es un elemento para reflexionar.

3º.- Carencia de un plan de desarrollo de Centros de Día a medio y largo plazo.

Vista la evolución observamos que en el periodo 1992 á 1996 se crean los primeros 15 centros de día municipales. Se produce un estancamiento entre el 96 y el 2000 con la creación de sólo 3 centros y vuelve a repuntar entre 2000 y 2004 en que se crean otros 14 centros más arrojando la cifra actual de 32 centros de día municipales.

Y por lo que respecta a las plazas de iniciativa privada entre el año 1992 y el 96 se utilizan 141 plazas. Se alcanza la cifra de 300 plazas en el año 2000 y al finalizar el presente ejercicio tendremos una ocupación de 764 plazas en centros de día privados.

En su conjunto, la evolución de plazas , sean de titularidad municipal o privada, ha sido la siguiente:

Años 92 – 96	531 plazas
Años 96 –2000	915 plazas
Años 2000- 04	2069 plazas

Se deduciría de esta observación que el incremento de plazas en centros de día ha sido exponencial desde el principio, aunque, como veíamos anteriormente con algunos altibajos.

¿A qué responde la creación de plazas? ¿A la presión de la demanda? ¿A la actitud de incorporar nuevos recursos, servicios y centros por algunos responsables distritales, en tanto que otros no perciben esas necesidades?

Tenemos aquí otro elemento para la reflexión que puede ayudarnos a comprender este pasado reciente.

Podríamos afirmar, aun a riesgo de equivocarnos, que la cultura de los Centros de Día no existe. Se empieza a crear en la actualidad en la medida que la oferta de servicios se extiende por todas las ciudades, distritos y barrios.

Si esto fuera así, la oferta privada no podría encontrar todavía un terreno abonado para desarrollarse autónomamente, por lo que necesitaría de la colaboración de la Administración Pública. Y viceversa, a la Administración Pública no le resulta fácil responder con eficacia y rapidez a una creciente demanda de servicios que, por su naturaleza, afecta a sectores vulnerables.

Esto nos debe llevar a reflexionar sobre otro aspecto: ¿En el futuro seguirá siendo así?, o por el contrario, una vez creada la cultura de los Centros de Día ¿aparecerá suficiente demanda no asumible por la oferta pública que dará lugar a una mayor actividad privada de Centros de Día compatible y complementaria con la oferta pública?

4º.- Múltiples interrogantes y algunas certezas.

Los Centros de Día tal y como han ido evolucionando en el Municipio de Madrid constituyen equipamientos de valía para los familiares que cuidan a personas mayores dependientes.

Un estudio sobre la bibliografía existente que está realizando el profesor Rodríguez Cabrero pone de manifiesto la utilidad de los Centros de Día para los familiares. Y aunque los resultados no son concluyentes, sobre todo por razones metodológicas, parece evidenciarse que proporcionan efectos positivos tanto para los cuidadores, como para los usuarios desde el momento mismo de su utilización.

Pero junto a estas certezas pongamos a la luz los interrogantes.

PRIMERO

En el Ayuntamiento de Madrid hemos optado por diferenciar los centros dedicados a personas con deterioro físico de los que tienen deterioro cognitivo, tipo Alzheimer y otras demencias. Nos parece positivo, pero otros prefieren atender en el mismo espacio a ambos tipos de personas.

SEGUNDO

Nos preocupan los contenidos de algunos programas que se llevan a cabo en los Centros de Día. Son programas intercambiables que no estamos seguros si discriminan entre los diferentes usuarios a los que van destinados.

TERCERO

Tanto los profesionales destinados a la atención en los centros de día como su

número constituye otro elemento a tener en cuenta. La carga de trabajo tendrá que ver con el modelo que elijamos, con los objetivos que nos propongamos, con el gasto que destinemos.

CUARTO

Parece evidente y necesario que debe existir fluidez de entrada y salida a los centros de día en función de la especificidad de cada centro y del grado de deterioro que presentan los usuarios. La evaluación continuada del estado de autonomía debe seguirse de la posibilidad de atender a esa persona en el lugar más adecuado; si no la evaluación se hace inoperante.

QUINTO

Nos preocupa obtener la mayor efectividad posible de estos equipamientos, en términos de mejoría para los usuarios y de apoyo para las familias. Esto nos interroga sobre la organización de los centros, sus ritmos de actividad, los contenidos, el perfil de los usuarios, la valoración más adecuada, ... así como sobre la imagen que debemos proyectar a la sociedad de los mismos.

RESUMIENDO

Los centros de día del Ayuntamiento de Madrid tienen un carácter sociosanitario, rehabilitador y mantenedor de las funciones que a una persona mayor le permiten vivir con la mayor autonomía posible.

Se enmarcan dentro de la filosofía del "continuo de cuidados" como complemento - sustituto, a veces, de la ayuda a domicilio.

Es un equipamiento social, donde los usuarios son acogidos, valorados y atendidos desde la óptica y la metodología del trabajo social. El trabajador social es el que determina el ingreso en el centro de día.

Gozan de un componente sanitario de baja intensidad para detectar posibles patologías médico-comportamentales que contraindican el recurso (infecciones, trastornos de personalidad y fases agudas de enfermedad orgánica)

Los usuarios son atendidos en centros separados según su deterioro: físico o cognitivo.

El coste del servicio recibido se hace mediante co-pago. El usuario aporta una cantidad que está en función de si utiliza o no transporte adaptado, del tipo de dete-

rioro, del número de días que acude al centro y de los ingresos mensuales que tenga. El mínimo a pagar en todo caso son 4 euros / día aprox. (precio de la comida). El máximo es de 550 euros en físicos y 660 euros en cognitivos.

Gestión externalizada.

La gestión de los Centros de Día de titularidad municipal se encuentra externalizada, es lo que llamamos gestión indirecta: son profesionales de empresas y entidades adjudicatarias del servicio, y no personal municipal, los que llevan a cabo las distintas tareas que la atención sociosanitaria comprende. Ello no es óbice para que la administración desarrolle una adecuada labor de diseño, seguimiento e inspección del modelo de atención que se dispensa.

Estamos evaluando actualmente el sistema de control de calidad de dicha atención, así como el propio sistema de inspección de este servicio, con el objetivo último (siempre respetando los modos de hacer propios de cada entidad), de garantizar una forma de gestión que asegure estándares de calidad homogéneos en los 32 Centros de Día Municipales, independientemente de quién los gestione.

El Ayuntamiento de Madrid, convencido de la eficacia de este tipo de centros, como soporte a la familia y mantenedores de los mayores en su propio entorno, en su casa, está apostando por duplicar en número de centros en el presente mandato electoral hasta alcanzar las 4.000 plazas. Este crecimiento procurará un reequilibrio territorial y dará mayor importancia a los centros destinados a cuidar a enfermos de Alzheimer, por entender que tanto ellos como sus familiares deben soportar mayor carga. En síntesis, por tanto, nuestro modelo es sociosanitario, rehabilitador, que ocupa un lugar intermedio en el continuo de cuidados, favoreciendo la permanencia del mayor en su casa y su familia. Se trata de un equipamiento de servicios sociales de proximidad, en el que diferenciamos la atención dispensada a los usuarios según el perfil que presentan.

Estas son las líneas básicas de nuestro modelo que están en continuo desarrollo.

Servicios de atención diurna a personas con dependencia en Cataluña



D. JOAN CARLES ROVIRA
RESPONSABLE ÁREA DE FORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
FUNDACIÓN INSTITUTO CATALÁN DEL ENVEJECIMIENTO.

¿CÓMO SON LAS PERSONAS MAYORES EN NUESTRO PAÍS?

El término "Personas Mayores" agrupa personas que se encuentran en una amplia variedad de situaciones, distintas entre sí, tanto por el hecho de que cada individuo es diferente a otro, como porque el mismo individuo presenta a lo largo de su ciclo vital necesidades temporales distintas. Así, al plantearnos el diseño de los servicios deberemos tener en cuenta esta heterogeneidad.

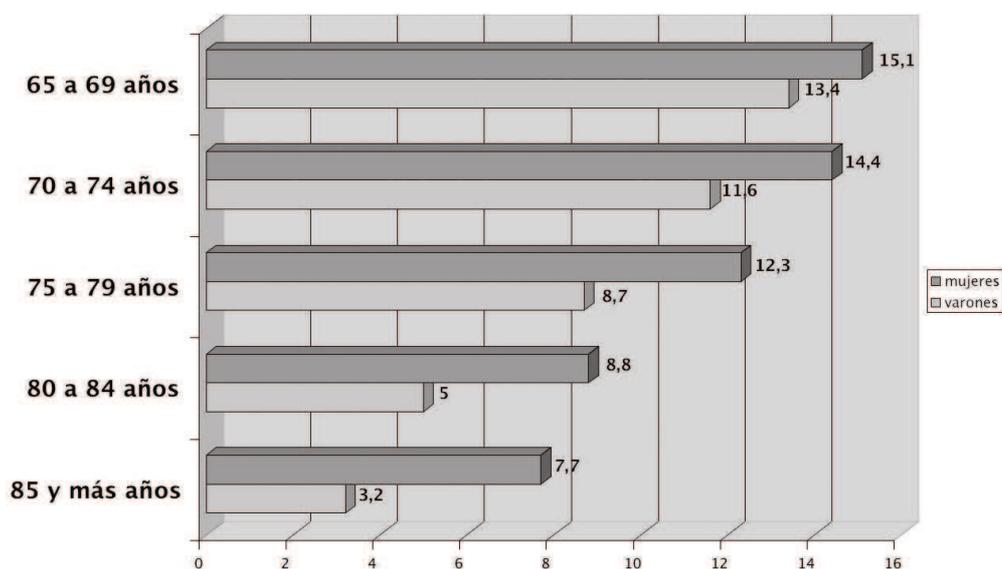
Vamos en primer lugar a analizar las Características de las personas mayores en nuestro país, pero entrando con más detalle en la situación que se da en Cataluña.

Las Personas Mayores constituyen el 17.2% de la población de Cataluña, con una cifra cercana a 1150000 personas, siendo la Comunidad Autónoma con mayor número de personas mayores, aunque otras Comunidades tienen en términos relativos cifras mayores; este es el caso de Castilla León (22.9%), Asturias (22.1%) o Galicia (21.3%).

Es interesante analizar el conjunto de personas de > 65 años y observar su evolución. Vemos como el colectivo de personas de 75 y más años, aumenta más rápidamente que el comprendido entre los 65-74 años. Así, en el caso de Cataluña, existen 523697 personas de 75 o más años.

Otro hecho significativo es que la Esperanza de Vida de las mujeres es claramente más alta que la de los varones, sobre todo en edades más avanzadas. Solamente el 8.2% de los varones tiene más de 80 años, mientras que el 16.2 % de las mujeres se encuentra en este intervalo.

Gráfico 1. Personas mayores por grupos de edad y sexo. Cataluña 2003



Institut Català de l'Envel·liment. Anuario del Envejecimiento. Cataluña 2004
Patroc. Agrupació Mútua. Edit. Glosa. 76 pág.

Si analizamos por otro lado donde viven estas personas, nos encontramos que las mayores tasas de envejecimiento se encuentran en los municipios más grandes y en los más pequeños, tanto en Cataluña como en el resto del Estado.

En Barcelona, único municipio de > 500000 hab., se concentra el 30% de las personas mayores en Cataluña. Existe también un 30% entre los municipios de < 20000 hab.

Tabla 1. Personas mayores por dimensión municipal de residencia. Cataluña 2003

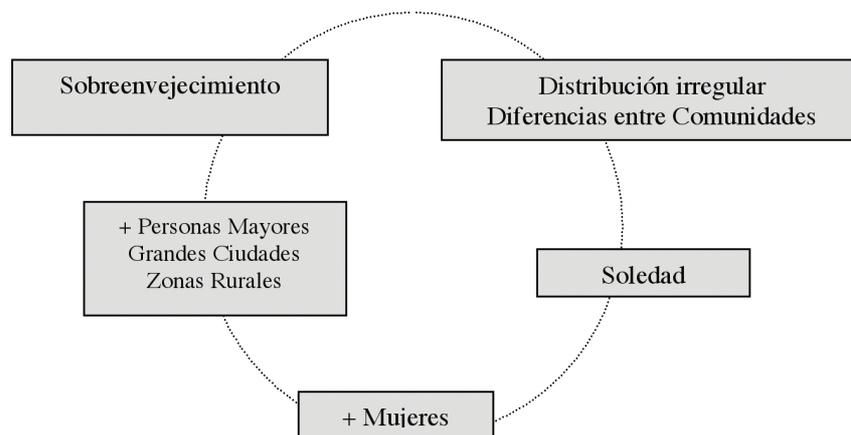
Dimensión municipio	Personas mayores	%	núm. Municipios
>500000 hab.	336.241	30%	1
100001-500000 hab.	210.307	18%	8
50001-100000 hab.	128.882	11%	14
20001-50000 hab.	125.510	11%	30
<20000 hab.	348.831	30%	893
	1.149.771		

Institut Català de l'Envel·liment. Anuario del Envejecimiento. Cataluña 2004
Patroc. Agrupació Mútua. Edit. Glosa. 76 pág.

La Soledad es otro factor de gran relevancia, y que muchas veces condiciona el recurso que se pueda ofrecer. Cataluña es una de las Comunidades donde la proporción de personas mayores que viven solas o en hogares de 2 adultos resulta más elevada con el 65,5%. Castilla La Mancha (68,9%), la Comunidad Valenciana (68,2%), Extremadura (67,3%) y la Rioja (67,1%) superan aún esta cifra.

El índice de soledad en las grandes ciudades es especialmente significativo sobre todo a medida que aumenta la edad. En la ciudad de Barcelona el Índice de Soledad para personas de 75 y más años es del 30,6% (año 2000) con un 38,8% para las mujeres y un 14,4% para los varones.

Gráfico 2. Características de la población de Personas mayores



Elaboración propia

La Esperanza de Vida (EV) ha aumentado de manera notable en los últimos años, siendo actualmente de las más altas del mundo. En la Ciudad de Barcelona la EV es de 76,2 años varones y 83 años mujeres.

En Cataluña, a los 65 años, se sitúa en 21,07 años para las mujeres y en 17,16 años para los varones.

Sin embargo, una situación asociada a este fenómeno, no tan favorable, es que buena parte de los años ganados, lo serán en situación de Dependencia para las Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Para aproximarnos a la Prevalencia de Dependencia hemos utilizado los trabajos de Manton (USA) que distribuye a las personas mayores con discapacidad en las AVD en 5 categorías como se muestra en la tabla 1, según el número de actividades en que

presentan discapacidad. Consideramos 6 Actividades Básicas (*levantarse-acostarse-permanecer de pie o sentado, controlar las necesidades y utilizar solo el servicio, comer y beber, vestirse, desvestirse y arreglarse, asearse solo, desplazarse dentro del hogar*) y 5 Actividades Instrumentales (*deambular sin medio de transporte, cuidarse de las compras y del control de suministros y servicios, cuidarse de las comidas, cuidarse de la limpieza y el planchado de ropa, cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa*)

Ello supone que le 22,6% de las personas mayores que viven en su domicilio presentan algún tipo de dependencia, así como el 54,1% de personas en Centros residenciales.

Esta valoración permite, además, comparar los datos de prevalencia de la Dependencia entre España y EEUU como se muestra en la tabla 2, mostrando que la proporción de residentes asistidos (mayor dependencia) tiene un menor peso relativo en España que en EEUU, aunque la prevalencia de discapacidad de las AVD resulta mayor en España que en EEUU.

Tabla 2. Distribución de población mayor con discapacidad en las AVD en EEUU y en España. 1999

Situación funcional	% de mayores	
	España	EEUU
Discapacidad leve Sólo AIVD	7,5%	3,2%
Discapacidad leve-moderada 1-2 ABVD	8,6%	6,0%
Discapacidad moderada 3-4 ABVD	2,9%	3,5%
Discapacidad severa 5-6 ABVD	2,9%	2,9%
Institucionalizados-Residentes asistidos	1,6%	4,2%
Total	23,5%	19,8%

Fuente: Fundació Institut Català de l'Envel·liment: "Estudio del Modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España" 2004. Instituto Edad & Vida. Madrid 2004

Por otro lado, si hacemos una estimación de la tasa de Discapacidad en las AVD por Comunidad Autónoma, vemos que existen diferencias entre las Comunidades.

La prevalencia más elevada se encuentra en Murcia y Andalucía, con un 30,7% y un 30,5%, respectivamente. La Rioja, con un 16,2%, dispone de la prevalencia con valores más bajos. Las diferencias en la prevalencia se encuentran también en aquellas situaciones que asimilamos como de mayor severidad de la dependencia, las de discapacidad en 5-6 ABVD. Así la prevalencia de la discapacidad en 5-6 ABVD es del 1,3% en Madrid y del 4,7% en Andalucía.

Tabla 3. Mayores con discapacidad en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) en el entorno domiciliario. Por Comunidades Autónomas

Comunidades Autónomas	Tasa de discapacidad por 100 habitantes de 65 y más años			
	En alguna de las 11 AVD		En 5-6 ABVD	
	Tasa estimada	Margen de error	Tasa estimada	Margen de error
Andalucía	**30,5%	1,2%	**4,7%	0,5%
Aragón	**17,7%	1,8%	2,7%	0,7%
Asturias (Principado de)	*19,7%	2,3%	3,1%	1,0%
Islas Baleares	*19,3%	2,8%	1,9%	1,0%
Canarias	**19,5%	2,2%	**4,7%	1,2%
Cantabria	23,5%	2,9%	3,2%	1,2%
Castilla-La Mancha	**24,8%	1,6%	2,9%	0,6%
Castilla y León	22,4%	1,1%	2,8%	0,5%
Cataluña	22,0%	1,3%	2,7%	0,5%
Comunidad Valenciana	21,6%	1,6%	2,6%	0,6%
Extremadura	*25,5%	2,4%	**4,3%	1,1%
Galicia	**27,6%	1,4%	**3,7%	0,6%
Madrid (Comunidad de)	**15,6%	1,6%	**1,3%	0,5%
Murcia (Región de)	**30,7%	2,8%	4,0%	1,2%
Navarra (Comunidad Foral de)	**21,0%	3,0%	3,7%	1,4%
País Vasco	16,2%	1,7%	**1,8%	0,6%
Rioja (La)	**13,6%	2,9%	2,2%	1,2%
Ceuta y Melilla	**24,6%	4,2%	4,1%	2,0%
ESPAÑA	22,6%	0,4%	3,0%	0,2%

Fundació Institut Català de l'Envel·liment: Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España. Instituto Edad & Vida. Madrid 2004

Las causas de esta dependencia hay que buscarlas sin duda en las enfermedades crónicas, muchas de las cuales son actualmente "tratables".

Así, en los mayores con discapacidad en las AVD, encontramos que el 53% padecen enfermedad crónica, mientras que entre los que no presentan discapacidad en las AVD, únicamente el 4% la padecen.

Entre las enfermedades crónicas diagnosticadas, la que cuenta con una mayor prevalencia entre la población con discapacidad para las AVD, corresponde a la artritis, con una tasa del 29,9%, y que incide más en mujeres. A una cierta distancia de esta enfermedad se encuentran la cardiopatía isquémica (10,3%), los accidentes cerebro vasculares (8,3%), y la demencia/Alzheimer (8,7%). Por último, destaca la prevalencia de otro grupo de tres enfermedades que está formado por la distrofia muscular (4,6%), E.Parkinson (4,3%) y la enfermedad mental (3,3%).

La generación de dependencia se inicia habitualmente en el adulto sano con un deterioro progresivo a causa de algún proceso patológico que conduce a una limitación funcional, entrando así en el terreno de la fragilidad, que abona la posible instauración de discapacidad y puede llevarnos finalmente a la Dependencia.

A partir de aquí, la mayor parte de actuaciones estarán orientadas a cubrir las necesidades derivadas de la Dependencia, pero sin olvidar en ningún caso que debemos tratar de forma adecuada las enfermedades subyacentes, y prevenir al mismo tiempo la generación de más dependencia, con una visión "integral" de la persona, en que cabe velar también por sus relaciones y soporte sociales, los aspectos económicos, etc...

Los Servicios destinados a las Personas mayores.

Los Servicios de Atención Diurna

El diseño de servicios destinados a las personas mayores, y especialmente a aquellos más frágiles, debe pensarse como un continuum entre diferentes dispositivos asistenciales, para cubrir las necesidades cambiantes de la persona mayor.

El colectivo de las personas mayores, no es homogéneo. Las necesidades de un mismo individuo son variables en el tiempo y ello viene determinado por su situación funcional, su estado psíquico, la existencia o no de soporte social adecuado...

Esta necesidad de Atención Integral, y a menudo interdisciplinaria, debe reflejarse en el diseño de los Servicios destinados a la Atención de los Mayores.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud dice en su artículo 14 cuando se refiere a la Prestación de atención Socio sanitaria que "la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes".

Entre los diferentes dispositivos asistenciales, los **Servicios de Atención Diurna** pueden ser, durante un largo periodo, un recurso de gran interés que permitirá mantener a la persona mayor en su entorno habitual.

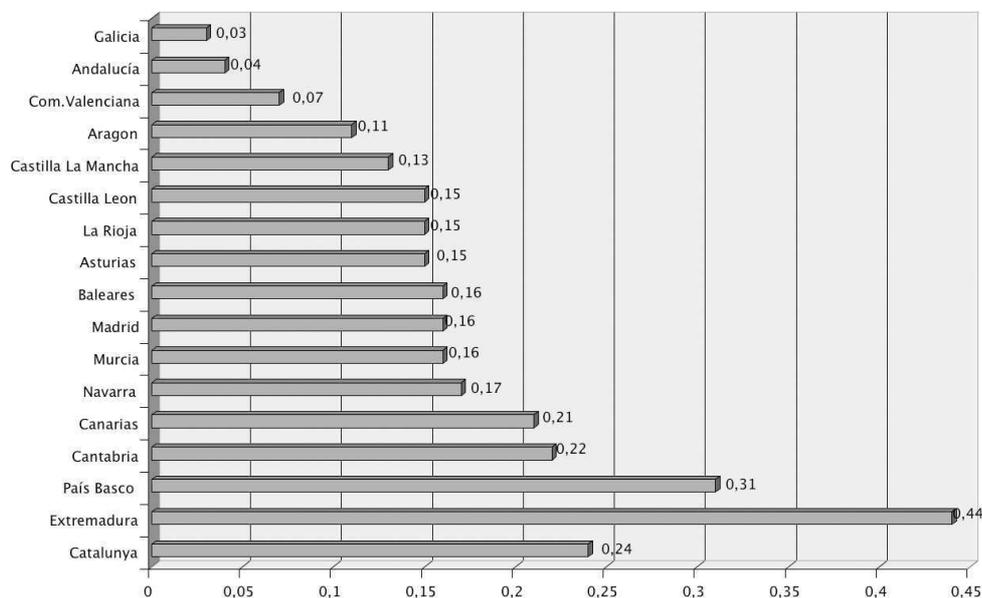
■ ■ ■ Servicios de atención diurna a personas con dependencia en Cataluña.

Existen diversos dispositivos de atención diurna (*centros de día Psiquiátricos, Oncológicos, para Enfermedad de Alzheimer, para Esclerosis múltiple..*). Bien es cierto que cuando hablamos de Centro de día, lo asociamos a un Centro para Mayores que da soporte a la Personas que necesitan organización, supervisión y asistencia en las AVD y son complementarios de la atención en el entorno familiar.

Los Centros deben ofrecer múltiples servicios (soporte personal y social, manutención, atención AVD, actividades ocio, readaptación funcional, fisioterapia, recuperación hábitos autonomía, etc...) y se encuentran bajo la regulación de las distintas administraciones autonómicas.

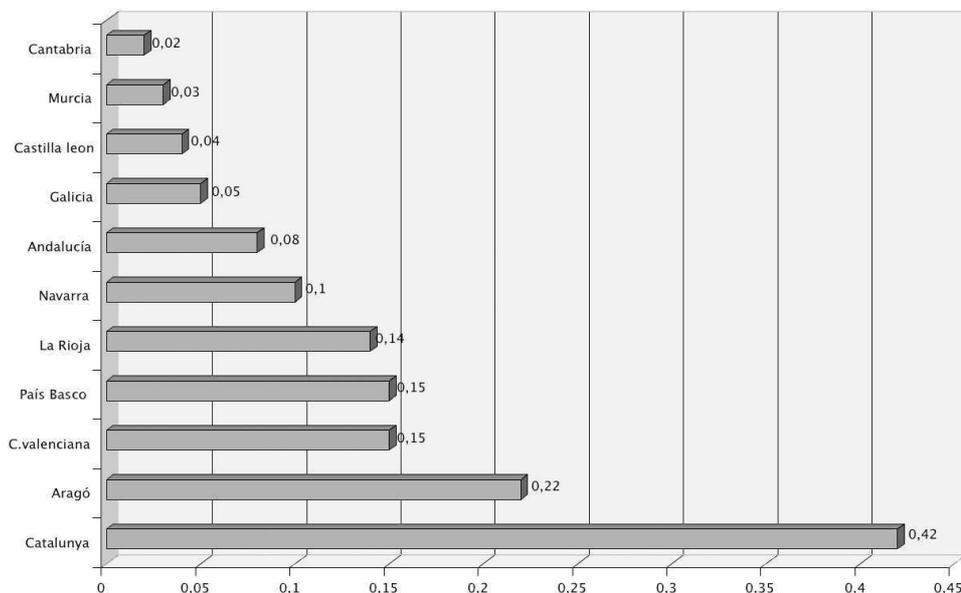
La titularidad de los centros puede ser pública o privada y aquí existen diferencias significativas entre Comunidades.

Gráfico 3. Índice de cobertura de las plazas de acceso público de los centros de día por Comunidades Autónomas



Fuente: Observatorio Personas Mayores Imsero 2003
Institut Català de l'Envel·liment. Anuario del Envejecimiento. Cataluña 2004
Patroc. Agrupació Mútua. Edit. Glosa. 76 pág.

Gráfico 4. Índice de cobertura de las plazas de acceso privado de los centros de día por Comunidades Autónomas



Fuente: Observatorio Personas Mayores Imsero 2003
Institut Català de l'Envel·liment. Anuario del Envejecimiento. Cataluña 2004
Patroc. Agrupació Mútua. Edit. Glosa. 76 pág.

El grado de cobertura en el territorio, en el caso de Cataluña, viene marcado por la dotación en la ciudad de Barcelona, situándose en una cobertura de 0,83 para el año 2003.

En el año 2002 el Índice de Cobertura por el sector público era de 0,27% y de 0,49% por el sector privado.

La Ciudad de Barcelona dispone concretamente de 2040 plazas de centro de Día en el año 2003, ofrecidas a través de 115 establecimientos.

Existen también en Cataluña, los llamados Hospitales de Día Socio Sanitarios con un planteamiento más rehabilitador y que disponen de una red homogénea en todo el territorio de Cataluña, vinculados en su mayoría a los llamados Centros Socio Sanitarios (que son en realidad Hospitales de Media y Larga Estancia).

Durante el año 2002 se atendieron en estos dispositivos 5190 pacientes, de los que un 61% eran mujeres y un 39% varones. El 41% de los mismos tenía entre 75-84 años, y la estancia media de los dados de alta fue de unos 50 días.

■ ■ ■ Servicios de atención diurna a personas con dependencia en Cataluña.

La procedencia de los pacientes era fundamentalmente des de la atención primaria, así como la mayoría de altas retornaban al domicilio.

Entre los diagnósticos más habituales se encuentran sin duda las demencias, así como enfermedades cerebro vasculares y neurodegenerativas.

Tabla 4. Diagnósticos más prevalentes en los Hospitales de Día Socio sanitarios. Cataluña 2002

8 "Trs.mentales(290-319)"	26,4%
23 "E.cerebrovasculares(430-438)"	13,6%
10 "E.Parkinson/degn. SNC(330-337)"	13,2%
11 "Escler.mlt./desmielin.SNC(340-341)"	7,9%
46 "Artropatías/trs. relacionados(710-719)"	6,6%
52 "Síntomas mal definidos (780-799)"	4,8%
2 "Neoplasias(140-239)"	4,1%
56 "Fx. femur(820-821)"	3,3%
30 "EPOC/afecc. relac.(490-496)"	1,6%
47 "Dorsopatias(720-724)"	1,6%
48 "Reumatis. Excl. espalda(725-729)"	1,5%
22 "Otras formas e.cardíaca (420-429)"	1,3%
4 "Diabetes/alt.endocrinas(250-259)"	1,2%

Fuente: CatSalut. CMBDSS 2002. n= 4745. Elaboración propia

El Futuro. La innovación

Cualquier propuesta de atención a las personas mayores debe ser pensada y elaborada a la medida de sus necesidades.

Des de este punto de vista, el diseño de los servicios debería hacerse en base a un Modelo de Atención Integral dirigido a las personas y no necesariamente en base a los esquemas tradicionales.

Convendría romper estructuras excesivamente compartimentadas en aras a disponer de modelos de atención adaptables a la situación cambiante de la persona mayor.

Todo ello pasa por proyectos de Coordinación e Integración tanto de Profesionales como de Instituciones, para lo cual se necesita un cambio cultural y organizativo que requerirá tiempo y esfuerzo, pero para el que no deben regatearse esfuerzos.

Aunque muchas de estas experiencias se inician en la coordinación de niveles sanitarios existe también la necesidad, al tratarse de personas mayores, de entrar también en el terreno social, y así dar una respuesta global adecuada.

El concepto de Atención integrada o "Integrated care" , podemos encontrarlo con diversos nombre según los países. Algunos de ello pueden ser: "seamless care", "transmural care", "case management", "care management", "networking", que aunque expresan matices diferenciadores, nos hablan de conceptos similares.

Existen experiencias tangibles que apuntan buenos resultados tanto a nivel internacional como nacional.

La experiencia PACE (All-inclusive care for the Elderly), tuvo origen en el barrio Chinatown de San Francisco, en los Estados Unidos.

Consiste en un Sistema de atención integrada que ofrece atención global, con servicios de agudos y de larga duración, coordinados y en buena parte organizados en torno a un Centro de día de salud, que ofrece además, servicios sociales y de respiro. Atiende personas de >55 a. que viven en la Comunidad y reúnen criterios de elegibilidad para ser admitidos en una nursing home.

Cada centro tiene una población en torno a unas 300 personas siendo la media mensual de asistencia de 10 días .

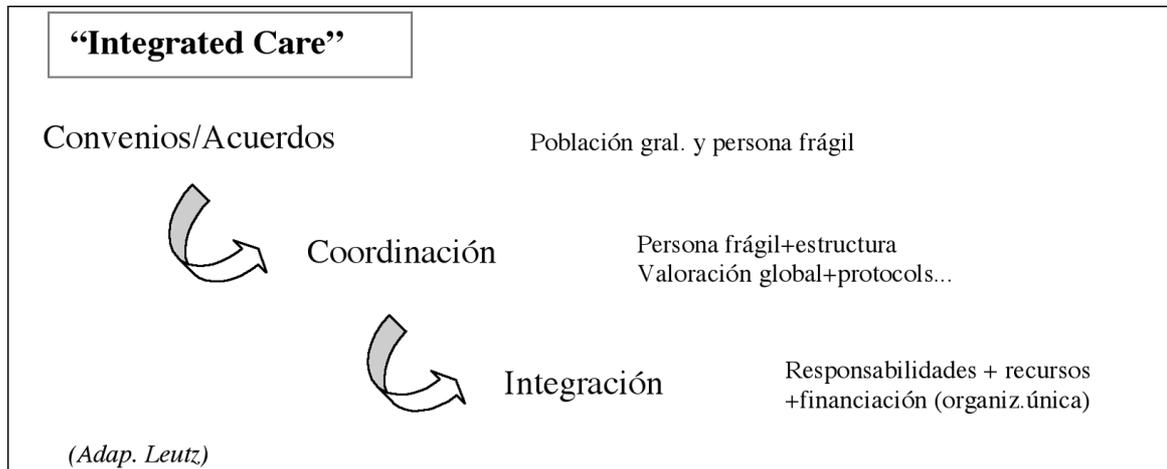
Funciona como una unidad de atención ambulatoria que dispone de atención primaria, atención médica especializada, rehabilitación, soporte psicosocial, y se basa en un equipo multidisciplinar (médico, enfermera, trabajador social, fisioterapeuta, nutricionista, trabajadores familiares...) + algunos tipos de atención especializada ORL, Oftalmología, Odontología, Podología, Logopedia.

El proyecto SIPA (Sistema Integrado para la atención de personas mayores con Pérdida de Autonomía) en Canadá es responsable de la prestación de Servicios sociales y de Salud, Agudos y de Larga duración, Comunitarios e Institucionales, focalizando su atención en las personas mayores frágiles.

Intervienen en los "equipos SIPA" , a parte de los responsables del proyecto, "gestores de casos" (que son enfermeras o trabajadoras sociales), enfermeras, fisioterapeutas, ergoterapeutas, trabajadores sociales, farmacéutico, trabajadores familiares,

medico generalista equipo SIPA, médicos generalistas.

Gráfico 5. Niveles de Integración



Elaboración propia

La Integración de servicios sociales y de salud se realiza mediante la gestión de casos, el trabajo de un equipo multidisciplinario y la aplicación de protocolos de cuidados y de servicios basados en la evidencia científica y adaptados a las población.

En nuestro País existen algunas experiencias de Coordinación e incluso proyectos que tienden a la Integración, fundamentalmente por lo que se refiere a los diferentes recursos sanitarios; queda en cambio mucho por hacer en relación a la Coordinación de los Recursos Sanitarios con los recursos Sociales.

Este debería sin embargo ser el camino a seguir para dar a nuestros Mayores la atención Integral de calidad que merecen.

4- Bibliografía:

- "Anuario del envejecimiento Cataluña 2004". Fundación Instituto Catalàn de Envejecimiento -UAB. Patr. Agrupación Mútua. Edit.Glosa. Barcelona 2004 76 Pág.
- "Estudio del Modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España" 2004. Fundación Instituto Catalàn de Envejecimiento- UAB: . Instituto Edad & Vida 2004
- Observatorio de las Personas Mayores. Imsero

Centros de día y dependencia. MODELOS Y PERSPECTIVAS EN LAS GRANDES CIUDADES

- La Atención Socio sanitaria en España. Recomend.Defensor Pueblo. Madrid 2000
- Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
- Kodner DL; Kyriacou K. 2000. Fully integrated Care for frail elderly: Two American models. International Journal of Integrated Care, vol 1, 2000
- Manton,KG;Xiliang Gu. 2001. "Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999". Center for demographic Studies
- <http://www.catsalut.net> . CMBDSS. CatSalut 2002
- <http://www.ine.es>
- <http://www.idescat.es>
- Kai Leichsenring. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. International Journal of Integrated Care. Vol. 4 September 2004

Centros de día ■■■

y otras experiencias Municipales

D^a BEATRIZ SERRANO RUIZ
DIRECTORA CENTRO DE DÍA "EL PARDO"
AYUNTAMIENTO DE MADRID

Clece pertenece al grupo de empresas ACS que este último concurso municipal ha hecho su primera incursión para la gestión en este caso de tres Centros de Día Municipales de El Pardo, que actualmente dirijo, y los Centros de Teresa de Calcuta y Villa de Vallecas. No ocurre así en otras provincias de España en las que hace ya algunos años Clece dirige y gestiona tanto Centros de Día como otros servicios de atención al mayor, alguna de estas localidades son Ponferrada, Burgos, Valencia, Zamora, Salamanca o Ávila.

A continuación les voy a presentar el trabajo que realizan alguno de mis compañeros en Ávila, Valencia o la Coruña para que puedan confirmar el trabajo que se desarrolla en los Centros de Día en otras provincias.

Comienzo por el Centros de Día de Arniches, en la provincia de Valencia. Este es un Centro de Día gerontológico que pertenece a la Consejería de Bienestar, depende del Ayuntamiento de Valencia y la gestión integral del mismo la desarrolla desde el año 2003 Clece.

Este Centro de Día está dividido en dos áreas de trabajo vienen diferenciadas por el grado dependencia de los usuarios. Dispone de 55 plazas, 35 dedicadas al Centro de Día de Mayores y 20 a la Sala de Estimulación o Sala de Dependencia.

En el Centro de Día los usuarios atendidos son ancianos mayores de 60 años que tienen una dependencia física o psíquica leve, carencias socio-familiares y que precisan cuidados de enfermería y rehabilitación.

En la Sala de estimulación o Sala de Dependencia los usuarios beneficiarios son personas que sufren demencias leves o moderadas o trastornos significativos del comportamiento.

Los servicios con los que cuentan los ancianos atendidos en este Centro son los siguientes:

Centros de día y dependencia. MODELOS Y PERSPECTIVAS EN LAS GRANDES CIUDADES

- Servicio de transporte adaptado, que incluye el traslado de los beneficiarios de sus domicilios al Centro y de este al domicilio.
- Atención social
- Atención médica y de enfermería
- Valoración geriátrica del equipo multidisciplinar
- Fisioterapia-rehabilitación
- Terapia Ocupacional
- Atención psicológica
- Actividades formativas, socioculturales y recreativas
- Apoyo y orientación a los familiares de los usuarios
- Comedor
- Baños y ducha geriátricas
- Servicio de podología y peluquería
- Servicio de asesoría jurídica

Para la puesta en marcha y el desarrollo de estos servicios el Centro cuenta con estos profesionales:

- En el Área administrativa:

- 1 directora
- 1 auxiliar administrativo
- 1 subalterno

- En al área de servicios:

- 2 conductores
- 1 auxiliar de mantenimiento
- 1 auxiliar de cocina
- 2 auxiliares de acompañamiento

- En el área asistencial:

- 1 médico
- 1 diplomado universitario en enfermería
- 1 psicólogo
- 1 fisioterapeuta
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 podólogo
- 7 auxiliares de clínica
- 1 abogada

■ ■ ■ Centros de día y otras experiencias Municipales

Junto con la actividad que se desarrollan en el Centro de Día y la Sala de dependencia, el Centro de Día de Arniches cuenta además con otros Servicios Comunitarios que pretenden proporcionar unos recursos básicos a aquellas personas mayores de 60 años que por sus características físicas, psicológicas o sociales no pueden disponer de ellos fomentando de esta forma su independencia y reforzando sus hábitos higiénicos, sanitarios y nutricionales.

Todos estos servicios tienen precios públicos y la oferta es la siguiente:

- Comedor social
- Ducha geriátricas
- Servicio de podología
- Servicio de fisioterapia-rehabilitación
- Servicio de lavandería

Dispone así mismo de actividades comunitarias que son llevadas a cabo dentro de las instalaciones del Centro de Día y desarrolladas en horarios diferentes para no interferir en el día a día del Centro.

Entre estas actividades están al menos dos cursos de cocina al año para personas mayores, enseñándoles a cocinar con alimentos adecuados para mantener un buen estado nutricional.

También proporcionan la gestión, promoción y ejecución de Cursos de formación y orientación a este colectivo de mayores con objeto de ofrecerles información sobre las características y consecuencias que puede acarrear la vejez.

Los familiares de los ancianos pueden también tomar parte en estas jornadas informativas para intentar que resuelvan de una forma práctica y participativa aquellos problemas o dudas que tienen a menudo los cuidadores de los ancianos.

En otra provincia diferente, dentro del territorio nacional, concretamente en Ávila, Clece dispone de la gestión de dos Centros de Día, el Centro de Día de Arenas de San Pedro, sito en esta misma localidad y el Centro de Día Ávila 1, en la capital.

Ambos Centros dependen de la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, dentro de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Los dos cuentan con 15 plazas de estancia diurna para, mayores de 60 años con dependencia física, psíquica y social.

En estos dos Centros, también cuentan con unos servicios similares a los del Centro de Día de Arniches, como son el transporte adaptado para recoger a los usuarios en sus domicilios y llevarlos de nuevo a estos una vez terminada la jornada.

Disponen así mismo de atención social, sanitaria y asistencial.

Quizás lo más significativo en estos Centros de Día de Ávila es que el director o coordinador del equipo de trabajo, la metodología de trabajo que se emplea y el que realiza las funciones de interlocutor de la empresa y entre esta y la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León es el Terapeuta Ocupacional.

Los servicios que se desarrollan en estos Centros de Día de Ávila están encaminados a fomentar la participación de los usuarios dentro de un grupo de personas con que comparten necesidades afines, potenciar su integración social y controlar su estado físico y psíquico.

Para ello cuentan con un equipo de profesionales formado por:

- 1 médico que acude 1 hora/diaria
- 1 diplomado universitario en enfermería
- 1 Terapeuta Ocupacional a fi jornada
- 1 Fisioterapeuta 5 horas/semana
- 2 auxiliares de clínica - 1 a jornada completa
- $\frac{1}{2}$ jornada

Estos equipos multidisciplinares realizan valoraciones de todos y cada uno de los usuarios de los Centros de Día, seguimientos y evaluación de los tratamientos que cada uno dentro de su competencia profesional desarrolla.

En la metodología de trabajo que estos equipos profesionales practican se incluye un soporte documental, al que denominan "**Expediente individual de usuario**", en el que se recoge toda la información interprofesional de cada uno de los servicios, objetivos y resultados de la intervención con cada uno de los usuarios atendidos.

Hasta este punto mi exposición se ha centrado en los programas que se implantan en los Centros de Día, los profesionales que trabajan en estos y el perfil de usuario que participa en ellos. Ahora me gustaría mencionar otro tipo de servicio que se puede ofrecer a las personas mayores con menor de dependencia que los usuarios de los Centro de Día pero con la misma relevancia en cuanto al bienestar del anciano se refiere.

Este otro tipo de servicio son los denominados Centro de Mayores, Hogares o

■ ■ ■ Centros de día y otras experiencias Municipales

Clubes de ancianos. Concretamente en el Concello de Narón, ayuntamiento limítrofe de El Ferrol en la Coruña, Clece gestiona un Centro de Mayores. Los usuarios que acuden a este, son personas con edad igual o superior a 65 años y excepcionalmente a partir de los 60 años.

La mayoría de estos mayores se encuentran una situación personal y social que los hace susceptibles de necesitar estos Centros.

No es necesario por el tipo de programa y actividades que en estos se desarrollan que los usuarios pasan la mayor parte de la jornada allí.

Los programas que estos Centros de Mayores llevan a cabo están basados en la Animación Sociocultural de manera que fomenten la comunicación interpersonal y la participación de los mayores en las diferentes actividades para evitar su pasividad.

También a lo largo del año forman grupos de mayores que demandan más necesidad en algunos aspectos de su situación personal, social o familiar.

Para el desarrollo de las actividades de este grupo más especial cuentan con un equipo de profesionales muy variado en cuanto a disciplinas en las que trabajan se refiere. Entre ellos se implanta un sistema de trabajo que se divide en dos fases, la fase de iniciación y la fase de evaluación.

En la primera, ponen en marcha un estudio de las necesidades de los mayores y la sensibilización de estos para que tomen conciencia de la realidad que les rodea y se movilicen con el fin de trasformarla en su beneficio. Así mismo les facilitan la adquisición de instrumentos para su expresión, planificación de las situaciones que se le pueden presentar y le enseñan a trabajar en grupo.

A continuación le sigue la fase de evaluación, en la que los profesionales implicados devuelven al grupo la información adquirida en la primera fase, recogen las iniciativas de los participantes y les proporcionan los elementos necesarios para elaborar las respuestas a sus demandas y llevar a término sus actividades.

Junto a este grupo con el que se trabaja más directamente sobre una necesidad especial, se ponen en marcha otros tantos para poder realizar otras actividades ya más acorde con la Animación Sociocultural.

En estos grupos participan todos los ancianos del Concello de Narón que están interesados. Dichas actividades se dividen en varios grupos:

- Las actividades físicas se reparten en sesiones de yoga para mantener una buena salud psicofísica que llevan a cabo durante 18 horas/semana, en días alternos y bajo la supervisión de un monitor de yoga.

Disponen también de tratamientos de fisioterapia para la recuperación o el mantenimiento físico que se realiza en días alternos durante tres al día y el responsable que lo lleva a cabo es el fisioterapeuta.

- Las actividades creativas se realizan para el mantenimiento de la destreza manual y visual y se ponen en marcha a través de talleres ocupacionales con una duración variable, el responsable en este caso de fomentar la creatividad de mayores es el Terapeuta Ocupacional.

Otro de los talleres que se ofrece a los ancianos es el museo etnográfico que tiene por objetivo estimular la memoria de los participantes recordando utensilios de trabajo o domésticos antiguos y el uso que se les daba. Este taller se imparte tres días en semana y el responsable es el educador social, profesional que también promueve las actividades culturales y lúdicas.

- Las actividades culturales fomentan la actividad intelectual y la comunicación de los ancianos, además de ofrecerles un espacio donde poder adquirir e intercambiar conocimientos a través de charlas coloquio de temas que les resultan de interés.
- Las actividades lúdicas principalmente organizan excursiones para poder visitar lugares de interés para los mayores o incluso acuden a exposiciones de pintura, escultura o de cualquier otro tema que les resulta atractivo a los ancianos.

Así mismo organizan bailes y fiestas en días señalados como por ejemplo en Carnaval, Navidad, etc...

Los objetivos que persiguen con todos estos talleres y actividades en el Centro de Mayores del Concello de Narón son mejorar la calidad de vida de estos ancianos, potenciar su desarrollo personal, elevar su autoestima, facilitar su acceso a recursos que les rodean y fomentar la convivencia en sus relaciones interpersonales.

Con esta exposición he querido presentarles diferentes metodologías de trabajo, otro tipo de programas, actividades y formas de trabajar y colaborar entre los profesionales que pueden componer un equipo para la atención del mayor en otras provincias de España.

Es posible que las actividades que nuestros compañeros desarrollan sean distintas, innovadoras o incluso semejantes a las que en Madrid utilizamos los que trabajamos en este campo, pero sin duda el objetivo esencial que tanto ellos como nosotros queremos lograr es el mismo: EL RESPETO Y EL BIENESTAR A NUESTROS MAYORES.

Concepto de socialización

e integración social en la vejez

D. JOSE MANUEL FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
CATEDRÁTICO SOCIOLOGÍA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

La socialización es uno de los principales procesos sociales. En la interacción con los demás se va configurando la personalidad humana a lo largo del ciclo de vida al mismo tiempo que se reproduce dinámicamente la sociedad. La exposición que voy a hacer consta de dos partes: En la primera analizaré algunas de las aportaciones más relevantes de las ciencias sociales para comprender la relación entre persona y sociedad. En la segunda expondré algunas de aportaciones de diferentes paradigmas sociológicos con importantes implicaciones prácticas para el proceso de socialización en la vejez.

1.- Diferentes definiciones para un mismo fenómeno social

Desde una perspectiva funcionalista estructural Talcott Parsons, en su influyente obra *El Sistema social*, define la socialización del modo siguiente: "La adquisición de las orientaciones precisas para funcionar satisfactoriamente en un rol, es un proceso de aprendizaje, pero no se trata de un aprendizaje en general, sino de una forma particular de aprendizaje. A este proceso lo llamaremos proceso de *socialización*, y al proceso motivacional por virtud del cual se produce, visto con arreglo a su significación funcional con respecto al sistema de interacción, *mecanismos de socialización*" (Parsons, 1976: 197)

En términos menos abstractos, pero dentro del mismo marco teórico desarrollado por Parsons, Guy Rocher define así la socialización: "Proceso por cuyo medio la persona humana aprende e interioriza, en el transcurso de su vida, los elementos socio-culturales de su medio ambiente, los integra en la estructura de su personalidad, bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir" (Rocher 1985: 133-134).

Una definición más flexible, tras la cual puede apreciarse un marco teórico diferente, es la que nos ofrece Anthony Giddens, quien se refiere a la socialización en los siguientes términos: "Proceso por medio del cual los niños desarrollan una conciencia de las normas y valores sociales y adquieren un sentido definido del yo. Aunque Los

procesos de socialización son de particular importancia durante la infancia, en cierta medida continúan a lo largo de toda la vida. Ningún ser humano es inmune a las reacciones de los que le rodean, quienes influyen y modifican su comportamiento en todas las fases del ciclo vital"(Giddens, 2002: 59)

Hay varios aspectos en los que coinciden básicamente las tres definiciones anteriores: 1) la socialización es un proceso dinámico de interacción con el entorno social y cultural; 2) la experiencia social es la base sobre la que construimos nuestra personalidad, lo que formulado en términos negativos implica que al margen de la sociedad no podemos desarrollarnos como seres humanos o que una interacción insuficiente con el entorno humano al principio de la vida puede generar dificultades insalvables para el futuro desarrollo personal; 3) aunque el proceso de socialización es especialmente intenso durante la infancia es un proceso que dura toda la vida. 4) hay unos agentes que desempeñan un rol específico en el proceso de socialización.

2.-Socialización y desarrollo de la personalidad

El hecho de que el entorno influye en la construcción de la subjetividad parece algo fácil de admitir, la dificultad y las diferencias surgen a la hora de comprender los mecanismos y el alcance de esta influencia. Las explicaciones de la interacción del individuo con el entorno varían mucho, ya que son muy diferentes los modos de entender el significado de sujeto humano, la naturaleza de lo social o los procesos de producción y reproducción de ambos. Entre las aportaciones más relevantes a la clarificación de la relación entre socialización y desarrollo de la personalidad se hallan las siguientes:

1) Teoría *psicoanalítica* de *Sigmund Freud*.- De acuerdo con esta visión la personalidad humana es el resultado de la interacción dinámica del *id*, el *ego* y el *superego*. En el *id* radican dos pulsiones opuestas, *eros* y *thanatos*, que operan fundamentalmente al nivel del inconsciente y generan grandes tensiones internas que necesitan ser controladas de algún modo. El ser humano nace con unas pulsiones, afectivas y sexuales, que la sociedad considera egoístas y no tolera. Para evitar la frustración que puede suponer esa oposición social a los deseos inconscientes del *id*, el niño se ve obligado a aprender el principio de la realidad. Es así como se va configurando el *ego*, punto de equilibrio entre la búsqueda del placer y las exigencias de la sociedad. Guiado por el principio de la realidad, el *ego* madura a medida que nos se da cuenta que de que no puede conseguir satisfacer todos sus deseos. El surgimiento de la personalidad culmina, de acuerdo con Freud, con el desarrollo del *superego* mediante la interiorización a nivel consciente de las normas y valores que definen los límites de la conducta moral. En torno a los tres o cuatro años, los niños comienzan a comprender cosas que van más allá de lo que produce placer o dolor físico y comienzan a entender el significado de lo que es moralmente bueno o malo. El entre el *id* y el *superego* hay un conflicto per-

manente, pero en una persona equilibrada estas fuerzas opuestas están controladas por el ego. Los conflictos que no se resuelven durante la infancia pueden dar lugar a desórdenes psíquicos posteriores. A través del *superego* la cultura controla o "reprime" las pulsiones inconscientes. Esta represión es inevitable, en opinión de Freud, ya que toda sociedad debe conseguir que sus miembros no actúen teniendo en cuenta sólo sus propios deseos y necesidades. Con frecuencia, las necesidades contradictorias del individuo y la sociedad se resuelve mediante la *sublimación*, origen de la cultura. Para Freud, la socialización es un proceso largo y complejo, lleno de dificultades y luchas internas. Se trata, en síntesis, de aprender a controlar los deseos e impulsos inmediatos para adaptarse a las exigencias de la sociedad.

2) *Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget*. - Mientras que Freud concebía el desarrollo de la personalidad en términos de una lucha incesante entre los instintos biológicos y las exigencias de la sociedad, Piaget, en su teoría de las cuatro etapas de desarrollo cognitivo (sensomotriz, preoperativa, operativa concreta, operativa formal), lo veía como un proceso constructivo y creativo. La contribución de Piaget al estudio de la socialización se basa en su idea de que este es un proceso predecible, en el que intervienen simultáneamente del desarrollo puramente biológico del individuo y las experiencias sociales que va acumulando

3) *Teoría del desarrollo del razonamiento moral de Lawrence Kohlberg*. Inspirándose en las investigaciones de Piaget, Kohlberg sostiene que el sentido de la moralidad se desarrolla secuencialmente en varias etapas: a) *Etapas preconvencional*. Corresponde básicamente a la etapa preoperacional de Piaget y en ella los niños evalúan el entorno en términos de placer o dolor, consideran "bueno" todo lo que sirve para satisfacer sus deseos, o lo que les hace sentirse bien. b) *Etapas convencional*. Corresponde a la etapa operativa formal de Piaget y se inicia en la adolescencia, cuando los jóvenes empiezan a dejar de lado las actitudes puramente egoístas, a tener en cuenta las intenciones y resultado de las acciones, y a definir lo que es "bueno" o "malo" de acuerdo con las normas culturales. c) *Etapas posconvencional*. Se llega a ella cuando los individuos comienzan a poner entre paréntesis las normas y valores culturales y a emitir sus propios juicios morales sobre la base de unos principios éticos abstractos. En esta fase los individuos ya son capaces de reflexionar sobre el significado valores como la libertad, la justicia o la igualdad y están en condiciones de criticar razonadamente las normas y convenciones de su propia sociedad.

4) *Teoría del desarrollo moral diferencial de Carol Gilligan*. Inconforme con los resultados de su antiguo colaborador Kohlberg, Gilligan ha investigado las diferencias de género en el desarrollo del razonamiento moral, llegando a la conclusión de que los niños y las niñas desarrollan modelos de pensamiento distintos a la hora de enjuiciar moralmente los comportamientos. Mientras que los niños desarrollan una *perspectiva de justicia* basada en la aplicación de principios abstractos que sirven para delimitar lo

justo e injusto, las niñas desarrollan una *perspectiva más centrada en las necesidades y responsabilidades*, que tiene más en cuenta las lealtades y relaciones personales. Según Gilligan, los criterios basados en la aplicación ciega e impersonal de las normas morales son los criterios dominantes en la esfera laboral, en la que las mujeres han ocupado tradicionalmente posiciones subordinadas. Por el contrario, la lealtad y responsabilidades hacia otras personas han sido más importantes para las mujeres, que tradicionalmente han realizado el papel de esposas o madres. En opinión de Gilligan, estas diferencias de género en el desarrollo de la personalidad se deben, sobre todo, a la influencia del entorno social y cultural.

5) *Teoría del "self" de George Herbert Mead*. El fundador del interaccionismo simbólico emplea el concepto de *self*, central de su pensamiento, para referirse a una dimensión de la personalidad, compuesta por la conciencia y la imagen que de sí mismo que tiene el sujeto. El *self* no es algo puramente biológico, nace con la experiencia social y no puede existir al margen de la sociedad. Mead definía la experiencia social como el intercambio simbólico mediante el lenguaje y los gestos, algo característico de la especie humana. Para entender las intenciones que hay detrás de las acciones de otra persona, el individuo tiene que imaginar la situación desde la perspectiva de esa otra persona. Es nuestra capacidad de crear y usar símbolos lo que nos permite imaginarnos en la situación de otra persona y vernos a nosotros mismos a través de otras personas, anticipando así su reacción a las lo que vamos a hacer o decir. Como decía Charles Horton Cooley, contemporáneo de Mead, los demás son como el espejo en el que uno se mira y a través del se forma una imagen de sí mismo. Las personas se ven a sí mismas a través de los demás. Lo que los demás piensan de uno acaba siendo como una profecía que se cumple a sí misma.

El *self* consta de dos componentes dialécticamente relacionados entre sí, el yo y el mí (I and me). Por un lado el *self* es "yo", sujeto, punto de partida de la acción, capacidad de actuar espontáneamente y por iniciativa propia. Por otro lado, el *self* es también "mí", objeto, imagen de sí mismo como resultado de la interiorización de la imagen que los otros tienen de uno mismo.

La interacción social es un diálogo continuo entre el yo y el mí. El yo emprende la acción, pero no de forma aleatoria, sino teniendo en cuenta y anticipándose a la reacción de otras personas. El yo es la parte más imprevisible y fuente de originalidad del *self*, mientras que el *mi* sería su aspecto más socializado.

Desarrollamos nuestro *self* aprendiendo a ponernos en lugar de otras personas. Los niños interactúan con otras personas imitándolas, comienzan a familiarizarse con el mundo de los símbolos a través de los juegos de imitación, representando papeles de las personas que son importantes en sus vidas, los *otros significativos*. Progresivamente los niños aprenden juegos más complejos, juegos de equipo, que exigen

tener en cuenta las posiciones y anticipar las reacciones de los demás jugadores, asumir el papel de todos los que están interactuando en esa situación concreta. En esta etapa el sujeto ya es capaz de verse a sí mismo desde la perspectiva de muchas personas conocidas o desconocidas, y en más de una situación. En otros términos, en esta última fase comenzamos a reconocer e incorporar a nuestro *self* las normas y valores que son válidos para el resto de las personas de nuestra sociedad. Mead acuñó el término *otro generalizado* para referirse a las normas y valores culturales interiorizados que nos sirven para evaluarnos a nosotros mismos.

El proceso de socialización continúa, según Mead, durante toda la trayectoria de vida, en la medida en que los individuos van desenvolviéndose socialmente, acumulando nuevas experiencias y reformulando la imagen que tienen de sí mismos. El *self* puede reestructurarse, por ejemplo, tras una ruptura matrimonial, a consecuencia de una enfermedad seria, o debido un cambio en la posición económica. Dado que nunca respondemos a estos cambios de modo irreflexivo, siempre podemos tener cierto control sobre ellos y sobre la imagen que tenemos de nosotros mismos. La capacidad de interactuar con nosotros mismos y de objetivarnos nos permite evaluar nuestras acciones y orientar nuestros actos.

3.-Concepto de socialización y paradigmas sociológicos

El concepto de socialización ocupa un lugar central en la teoría sociológica y como hemos visto remite al tema general de la producción de la subjetividad. La misma etimología del término socialización parece expresar una tesis: la de la primacía de la sociedad sobre el individuo. Este aparece como un resultado de la sociedad. La socialización, al menos en sus formulaciones más clásicas, supone implícitamente que lo social es primordial y el sujeto es derivado. Un individuo se socializa cuando adquiere una lengua, una serie de normas y valores que van configurando su personalidad. En otros términos, el individuo construye una subjetividad, una conciencia práctica y una capacidad de reflexionar sobre sí mismo en la medida en que mantiene relaciones con el medio ambiente natural y social en el que vive.

3.1.-El modelo clásico

Augusto Comte, Emilio Durkheim y el funcionalismo estructural concebían la socialización como un proceso de moldeamiento del individuo a fin de estimular sus tendencias más altruista e inhibir los impulsos naturales al egoísmo. Según este esquema la socialización es un proceso que va de lo social a lo individual configurando así progresivamente una subjetividad. La sociedad, concebida como una entidad que existe fuera y por encima de los individuos es lo que los moldea y produce como tales. La subjetividad viene a ser la incorporación progresiva y más o menos completa o exitosa del lenguaje, las normas y los valores de una sociedad.

En este modo parcial de ver las cosas hay una constatación fácilmente aceptable. Cuando nace un individuo se encuentra con un mundo hecho, fruto del esfuerzo de muchas generaciones, cosas materiales como ciudades, medios de transporte, tecnologías u obras de arte y cosas simbólicas como lenguaje, tradiciones, identidades leyes y normas no escritas. No parece difícil aceptar, algo que tanto enfatizó E. Durkheim, que todos somos en parte el producto de la sociedad como entidad que en cierto modo nos trasciende. Pero más allá de esta constatación también se puede afirmar, y así lo han hecho importantes corrientes sociológicas, que el individuo y su subjetividad no son pura interiorización de la exterioridad. El realismo objetivista es, desde otras perspectivas, una visión unilateral de la compleja relación entre individuo y sociedad. Lo mismo podría decirse de su contrario, el subjetivismo idealista más esquemático que niega el peso de los hechos sociales y reivindica un sujeto esencial, liberado de toda necesidad y constructor libre de sí mismo y de la sociedad.

Las tesis de Durkheim fueron adoptadas por Parsons, quien creyó encontrar en la socialización una solución al clásico problema del orden social. Los individuos satisfacen los requisitos del sistema social en la medida en que interiorizan las normas sociales y las convierten en orientaciones de valor (preferencias, gustos, inclinaciones, etc). Aunque esta conceptualización de la socialización llegó a ser compartida por muchos sociólogos, difiere de la de que ya encontramos en algunos clásicos como G. Simmel o G. H. Mead y ha ido perdiendo vigencia en la teoría sociológica contemporánea, al menos en sus versiones más sofisticadas y complejas.

Las rápidas transformaciones de las sociedades postindustriales vienen a complicar este modelo clásico de la socialización. Los desarrollos más relevantes de la teoría sociológica contemporánea nos invitan a abandonar toda concepción ingenua de las agencias y procesos de socialización. Por otra parte, los profundos cambios en las relaciones e instituciones sociales hacen cada vez más compleja y difícil la construcción de subjetividades

3.2.-Otros modos de entender el proceso de socialización

La sociología convencional de la socialización parte de tres supuestos teóricos básicos. El primero postula la separación entre individuo y sociedad. El segundo afirma la prioridad lógica de la sociedad sobre el individuo. Por último se concibe a la sociedad como una totalidad integrada. Las concepciones contemporáneas de la socialización parten de una crítica a estos tres postulados.

Estos postulados fueron cuestionados desde el período clásico de la sociología por algunos de sus principales representantes, como G. Simmel y G.H. Mead. Más recientemente, Norbert Elias, en su obra *La sociedad de los individuos*, enfatizó que la socialización debe entenderse como un proceso bidireccional: el agente social es al

mismo tiempo una construcción y el constructor de la sociedad. Así, entre los padres y los hijos existe un equilibrio de poder a favor de los primeros, pero los niños no son agentes completamente pasivos ya que, como sostiene N. Elias, también en este caso se presenta una reciprocidad de las oportunidades de poder. No solo los padres ejercen un poder sobre los hijos sino que normalmente los niños, incluso los recién nacidos, también ejercen un poder sobre los padres, cumplen una función para ellos, representan el cumplimiento de determinados deseos y necesidades (Elias 1998).

La contraposición individuo *versus* sociedad es uno de los principales dualismos teóricos que, como ha señalado Pierre Bourdieu, atraviesan toda la historia de las ciencias sociales. Por lo que se refiere al tema que nos concierne nos hallamos, en un extremo con algunos estructuralistas que enfatizan hasta tal punto el determinismo de las estructuras sociales que la idea misma de sujeto queda aniquilada, como se refleja en la siguiente frase lapidaria: "el hombre ha muerto, sólo existen las estructuras". Aunque no se puede afirmar que el modelo clásico de socialización llegue a ese extremo, algunos de sus representantes, como Talcott Parsons, enfatizan tanto el movimiento que va de lo social a lo objetivado (normas, valores, instituciones, sistemas materiales y simbólicos) a lo social interiorizado que nos ofrecen una imagen del sujeto como un agente supersocializado y una explicación de los conflictos entre el individuo y la sociedad como el resultado de una socialización defectuosa, incompleta o inadecuada. En el lado opuesto, encontramos las posiciones idealistas que convierten al sujeto en un agente racional, constructor consciente y libre de la sociedad, como ocurre con algunas versiones de la teoría de la decisión racional.

La imagen del sujeto supersocializado que se desprende, por ejemplo, de la teoría parsoniana del sistema social, la sustituyen algunos actualmente por la idea contraria del individuo subsocializado. La sociedad de la que hablaba por lo general la sociología clásica era una sociedad nacional-estatal. La erosión de este "nacionalismo epistémico" en el contexto actual de globalización ha llevado a algunos teóricos postmodernos a hablar de "el declive de la idea de sociedad" e incluso de "la muerte de lo social" (Dubet y Martuccelli 1998). Esta conceptualización supone el desmoronamiento de otros principios que estructuraban la visión de los sociólogos: trabajo industrial e integración social, progreso y modernidad, Estado y soberanía, centro y actores dominantes. La vieja idea de un sujeto disciplinado por la familia, la iglesia, la escuela y el trabajo están siendo reemplazada por la de un sujeto anómico, desinstitucionalizado, fuente y explicación de todos los desórdenes. En un contexto social tan cambiante como el actual, los que siguen actuando de acuerdo con un *habitus* producto de otras circunstancias correrían el riesgo de padecer *histéresis*, como le sucedió en el mundo de la ficción literaria a Don Quijote de la Mancha, mientras que obtendrían éxito quienes logren desarrollar un sistema de predisposiciones o un *habitus* adecuado para decidir en la incertidumbre, para cambiar permanentemente de preferencias manteniendo al mismo tiempo una identidad básica. El resultado más frecuente de esta situa-

ción sería un individuo escindido, lleno de contradicciones, sin un sistema ontológico bien establecido, lo que se manifestaría en desestructuración y desestabilización de la familia, la fragilidad de la escuela, el excesivo impacto de los medios de comunicación de masas.

El discurso postmoderno del individuo sin sociedad no deja de ser un reduccionismo que reproduce, pero en sentido contrario, el del individuo supersocializado. Ambas visiones simplificadoras difícilmente pueden ayudarnos a comprender mejor la complejidad de cualquier fenómeno social contemporáneo. No puede confundirse la transformación de instituciones tan importantes como la familia o la escuela, con su desaparición. La cuestión básica es cuáles son las condiciones sociales y concretas que producen individuos autónomos y la mismo tiempo integrados en una totalidad que de alguna manera los trasciende.

Uno de los esfuerzos teóricos recientes más consistentes para superar esos dualismos es la teoría de la práctica de Pierre Bourdieu, para quien la socialización es un proceso ininterrumpido de formación de un *habitus* como sistema cognitivo, evaluativo y de acción, generador, a modo de la gramática universal de la que habla Chomsky, de prácticas espontáneas adecuadas al contexto en el que se produce (Bourdieu, 1991; Fernández 2003).

La socialización tiene para Bourdieu una dimensión corporal, se produce en un contexto simbólicamente estructurado. El *habitus* es al mismo tiempo *hexis*, (entendida como manera duradera de hablar, caminar o expresarse corporalmente) y *ethos*, es decir, maneras de ser o de hacer objetivamente sistemáticas. El aprendizaje se realiza también mediante el cuerpo, en el que se inscriben no sólo predisposiciones sino también valores. A través del cuerpo se puede manifestar respeto, sumisión, humildad, seguridad o soberbia, dominación, seguridad, orgullo. La socialización diferencial de género también tiene su expresión en los cuerpos del hombre y de la mujer.

4.-La socialización, un proceso que dura toda la vida

La socialización pone en contacto a las diferentes generaciones. El nacimiento de un niño altera las vidas de aquellos que son responsables de su crianza, los cuales, a su vez experimentan un nuevo aprendizaje, La paternidad y la maternidad ligan normalmente las actividades de los adultos a las de los niños para el resto de las vidas de unos y otros. Las personas mayores siguen siendo padres cuando se convierten en abuelos y de este modo forjan una serie de relaciones que conectan a las diferentes generaciones entre sí. La socialización es, pues, un proceso que dura toda la vida y en el cual el comportamiento humano se ve constantemente configurado por las interacciones sociales. Permite que los individuos desarrollen su personalidad y sus potencialidades, así como el aprendizaje y la realización de ajustes

Aunque el proceso de socialización es especialmente intenso durante la infancia, período donde se produce lo que suele llamar socialización primaria, no termina ahí, sino que dura toda la vida. En la primera infancia es cuando el ser humano tienen más cosas que aprender y más facilidad para aprender. La sociedad moderna tiende a prolongar cada vez más, otro período de intensa socialización como es la adolescencia. Pero la creciente complejidad de la sociedad postindustrial plantea también a los adultos nuevos y mayores dilemas en el ámbito laboral, profesional, familiar, cultural, etc. En una sociedad en la que los ancianos han perdido, al menos parcialmente, el status y las funciones de las que gozaban en las sociedades tradicionales, se convierte en una necesidad el arte de saber envejecer, y esto tiene también mucho que ver con el aprender a morir: cada sociedad tiene sus modelos, en coherencia con sus valores culturales de lo que es "tener una buena muerte".

5.- El proceso de socialización durante la vejez

5.1.- La vejez como construcción social

La vejez no es sólo un fenómeno natural sino también una construcción social. La frontera entre la edad madura y la llamada tercera edad es una cuestión de definición social. El criterio demográfico prevaleciente en la actualidad por el que se incluye en la tercera edad a todas las personas de 65 años o más, cualquiera que sea su actividad profesional o su estado de salud, no deja de ser algo relativamente arbitrario, relacionado con el hecho de que en las sociedades industriales, esa suele ser la edad en la que las personas que desempeñan alguna actividad profesional, tienen derecho a una pensión.

En lugar de la edad habitual de jubilación como criterio general para establecer el inicio de la tercera edad, podrían fijarse otras medidas estándar comparativas, como la conocida correlación entre el aumento de la edad y la incidencia de la incapacidad y de la enfermedad. En este caso, la edad de 75 años, e incluso la de 80 años, parecería más apropiada, ya que es a partir de esa fecha cuando la incapacidad y la enfermedad se correlacionan de modo más claro con la edad cronológica. Esta constatación es lo que ha llevado a la difusión actual de términos como "los viejos más viejos", en contraposición a "los viejos jóvenes", o "cuarta edad". Sin embargo, también habría que tomar con precaución el criterio de los niveles de incapacidad o de mala salud para establecer límites dentro de la vejez. Aunque la incidencia de necesidades que surgen de esas causas se eleva drásticamente a partir de los 75 años, es sólo una minoría de gente en este grupo de edad la que tiene tal grado de incapacidad o enfermedad que requiera ayuda en cualquier momento. Además pueden hacerse más divisiones, como las personas mayores de 80 o de 90 años, edad en la que pueden identificarse otros factores relacionados con el paso del tiempo, como la incapacidad, la circunstancia de vivir solos o las ratio de género derivadas de las tasas diferenciales de mortalidad de hombres y mujeres.

El hecho de que la vejez sea una construcción social no significa que la frontera que marca su definición no tenga consecuencias reales. Debido al establecimiento de una línea de demarcación entre la edad adulta y la jubilación en las sociedades industriales avanzadas, cierto porcentaje de población mayor se enfrenta a experiencias de pobreza, mala vivienda, aislamiento social, etc. Como sugieren numerosos estudios, gran parte de las personas mayores experimentan esas necesidades precisamente por haber cruzado la frontera que las sociedades urbano-industriales han establecido para delimitar la tercera edad (Kehl y Fernández 2001: 134).

5.2.-Evolución de las imágenes de la vejez

La evolución de las imágenes de la vejez y del significado de ser viejo constituyen dos temas de investigación y debate muy interesantes en la sociología de la vejez. La construcción social de la vejez no se produce en un vacío social sino dentro de un contexto histórico, económico, político y social.

La apariencia física juega un rol fundamental en la construcción social de las categorías de edad. Muchas de las imágenes que empleamos para describir a los ancianos son estereotipos negativos que resultan perjudiciales para nuestra relación con ellos, representan una forma de estigmatización simbólica presente en la vida cotidiana que da un significado negativo a la experiencia de envejecer. En nuestra cultura moderna las imágenes corporales de juventud están positivamente cargadas de connotaciones de belleza, energía, gracia, fortaleza moral y optimismo, mientras que las imágenes de vejez tienen connotaciones negativas de fealdad, inactividad, degeneración y fracaso moral. Estas polaridades simbólicas no son definitivas ni fijas, sino que cambian históricamente en la medida en que los grupos luchan por definir y reconstruir las imágenes que les resultan más ventajosas.

Los estereotipos sobre la vejez simplifican algo que es complejo y con frecuencia confuso, tanto para los estudiosos del envejecimiento como para los actores sociales en la interacción cotidiana. La tensión permanente entre las categorías sociales basadas en generalizaciones sobre el envejecimiento y las diversas experiencias reales de lo que significa envejecer es una preocupación creciente de quienes tratan con ancianos. Algunos escritores consideran conveniente describir el proceso de envejecimiento como una careta o disfraz que oculta la auténtica personalidad humana. La trágica creencia de que la juventud se desvanece y la belleza es fugaz, expresada de modo innarrable en numerosas obras de arte como la *Madonna* de los palafreneros de Caravaggio o algunos de los caprichos de Goya , aunque tampoco faltan reivindicaciones de la particular belleza y atractivo de cuerpo envejecido, como la colección de fotografías de desnudos de ancianos de James Cotie o la dignidad y nobleza que evocan algunos cuadros de Rembrandt, no es un simple reflejo de la inevitable realidad del proceso de envejecimiento, sino que está enraizada en una ecuación simbólica entre juventud, belleza y bondad tan característica de nuestra cultura occidental.

El proceso de envejecimiento se representa con frecuencia como una máscara, queriendo expresar así la distancia que muchos descubren entre la experiencia personal del envejecimiento y el estereotipo de la vejez. La imagen de un disfraz involuntariamente asumido en la medida en que envejecemos nos lleva al corazón de la construcción social del envejecimiento, resultado de un equilibrio tenso de poder entre el individuo y la sociedad. Describir el proceso de envejecimiento como una máscara que oculta el auténtico *self* no es lo mismo que decir que la gente intenta ocultar su edad. El ideal en el tratamiento contemporáneo de los más ancianos consiste en identificar o redescubrir la persona individual que se percibe como parcial o totalmente oculta debajo de la apariencia del cambio físico producido por el paso del tiempo.

Las imágenes públicas y privadas del envejecimiento confluyen patéticamente en el terror a la senilidad. En la imaginería prevaleciente, la vejez entendida como senilidad no es tanto una máscara o disfraz como una "jaula de hierro". El *self* llega a sentirse atrapado en un cuerpo que ya no puede expresar físicamente su verdadera identidad. La persona senil ha perdido la capacidad de expresar su propia identidad o, como diría Goffman, de manejar las impresiones de los demás en su presentación en la vida cotidiana.

Esta temerosa imagen de la senilidad como el resultado final del proceso de envejecimiento, refleja un terror a cualquier declive progresivo de la habilidad para controlar el cuerpo, a través del cual expresamos nuestra relación de interdependencia con los demás. La obligación social de ocultar las fragilidades asociadas con el envejecimiento sugiere que la senilidad es ella misma una construcción social. Cualquier intervención social que mine la habilidad para expresar un *self* independiente, contribuye a que la persona afectada vaya interiorizando progresivamente la imagen pública de "senil" y adaptándose a las expectativas sociales correspondientes.

Sin embargo, las imágenes de la vejez no tienen una forma o unos significados fijos, más bien cambian a lo largo del tiempo y a través de las culturas. Algunas investigaciones sociales han puesto de manifiesto la contribución que los inmigrantes de diferentes procedencias étnicas al enriquecimiento de las imágenes de la vejez en las sociedades postindustriales y multiculturales. La identidad étnica, el sentimiento de pertenecer a una tradición cultural particular, puede funcionar como un recurso protector cuando los individuos envejecen, contribuyendo así a un envejecimiento no traumático.

La imagen romántica de la vejez en un tiempo pasado en el que los viejos eran venerados por sus habilidades y sabiduría parece no tener mucho fundamento histórico. Con la disminución de los recursos de la fuerza física, del dinero y de la influencia social el proceso de envejecimiento dejaba a muchos de los pocos que llegaban a viejos, totalmente dependientes de la buena voluntad y de la caridad de la familia o de

los vecinos. A pesar de las imágenes de ancianos autoritarios y respetados, la estigmatización de la vejez parece que era en la práctica, un rasgo familiar de la vida cotidiana en algunas sociedades preindustriales. Las imágenes de un envejecimiento dorado que nos ofrece Cicerón en su obra *De Senectute* probablemente se inspiraron en las vidas de ancianos excepcionalmente privilegiados. Los cambios faciales y corporales que proporcionan una apariencia envejecida puede que nunca hayan sido venerados en sí mismos. Lo que hacía venerables a los mayores en algunas sociedades preindustriales eran más bien factores como el poder, la riqueza o valores culturales.

Antes de la modernización del ciclo de la vida se consideraba viejos, prescindiendo de la edad cronológica, a quienes llegaban a ser dependientes y carentes de poder: el trabajador lleno de achaques o la mujer desgastada por sucesivos embarazos podían ser considerados viejos a los cuarenta años. Detrás de la falta de estima por las personas viejas, frágiles y dependientes, los rasgos más destacados de las imágenes de la vejez que han documentado los historiadores, puede detectarse una ambivalencia hacia el envejecimiento y la muerte.

Entre los cambios culturales y socioeconómicos que hicieron posible el surgimiento de las actuales imágenes del envejecimiento, Featherstone y Hepworth (1993) destacan los siguientes:

- 1) Los avances de la medicina, que nos han hecho más conscientes de nuestros cuerpos, de los efectos del paso del tiempo y de la relación entre el estado interno de nuestros cuerpos y nuestra apariencia externa.
- 2) El aumento espectacular de la esperanza de vida, que hace hoy mucho más probable que muramos de enfermedades asociadas con la vejez, lo que ha conducido a un aumento de la demanda de tratamientos médicos para las "enfermedades de la edad" y a un entusiasmo popular, por técnicas de prolongación de la vida activa y de rejuvenecimiento.
- 3) El impacto del consumismo, generador de una imagen del consumidor como una persona con energía juvenil para continuar consumiendo a lo largo de la vida.
- 4) La expansión de los medios de comunicación de masas, que reproducen, estereotipan y divulgan imágenes con mayor rapidez y a una audiencia más amplia que nunca antes.
- 5) La influencia del feminismo, que está cambiando las actitudes hacia la masculinidad, la feminidad y la conciencia del cuerpo.

- 6) El multiculturalismo de las sociedades complejas, que con su diversidad de identidades étnicas, cada una de ellas con su imagen peculiar del envejecimiento, aporta una variedad de recursos culturales que cuestionan el estereotipo occidental dominante de la vejez como retirada y declive inevitable.

5.3.-Perspectivas sociológicas sobre la socialización en la vejez

La socialización para la última etapa de la vida varía mucho entre los diferentes tipos de sociedad, lo mismo que ocurre en las etapas de infancia, adolescencia y adultez que la preceden. En las sociedades agrarias tradicionales los viejos solían gozar de cierto prestigio e influencia social, el ritmo de cambio era muy lento o casi imperceptible por lo que la sabiduría y conocimientos acumulados a lo largo de la vida eran muy apreciados. Además, los ancianos solían conservar el control sobre la tierra y la mayoría de los recursos económicos.

La teoría sociológica nos ofrece una pluralidad de paradigmas que han servido de marco de referencia para formular diferentes teorías de alcance medio sobre la vejez en general o sobre algunos aspectos más concretos, como la socialización en esta fase del ciclo de la vida.

5.3.1.- ¿Retirada o mantenimiento de una actividad incesante?

El funcionalismo estructural ha inspirado dos teorías específicas sobre el envejecimiento: la teoría del desenganche, que enfatiza el retiro paulatino de la gente mayor de ciertos roles como algo necesario para que la sociedad pueda continuar funcionando, y la teoría de la actividad, que enfatiza por el contrario la necesidad de mantener activa a la gente mayor para integrarla en la sociedad contribuyendo así a su mejor funcionamiento.

La **teoría del desenganche** fue expuesta inicialmente por Cumming y Henry en su obra conjunta *Growing Old*, donde sostienen que "el desenganche es un proceso inevitable en el que muchas de las relaciones entre una persona y otros miembros de la sociedad resultan difíciles y la calidad de las que permanecen es alterada" (Cumming y Henry, 1991: 211). A medida que los individuos envejecen, tanto ellos como la sociedad se preparan anticipadamente para la última retirada, causada por enfermedades incapacitantes o la muerte. Esta teoría establece que el proceso de "desenganche" progresivo es el método por el que sociedad prepara a sus miembros para que la llegada de lo inevitable no perturbe su funcionamiento ordenado. Dentro de ese proceso se asigna un papel muy importante a la jubilación, interpretada como un mecanismo que facilita la retirada del individuo de la vida social, y se establece una diferencia de género en el sentido que la jubilación no resultaría problemática para la mujer ya que el trabajo asalariado, no desempeña un rol tan importante en la configuración de

la identidad femenina. Este último supuesto fue desmentido en una encuesta realizada por Parker en el Reino Unido, según la cual el 35 por ciento de las mujeres trabajadoras próximas a retirarse mostraron temor a encontrarse con dificultades, especialmente económica, frente a al 25 por ciento de hombres en situación similar (Parker 1982).

A la teoría del desenganche se la han hecho tres tipos de críticas: 1) El supuesto implícito de que el desenganche es deseable puede inducir a una política de indiferencia hacia la gente mayor; 2) El desenganche no es inevitable y la falta de compromiso en la vejez refleja más bien el patrón de interacción social que algunas personas han seguido durante toda su vida; 3) Es una combinación concreta de valores culturales y estructura económica lo que puede generar una situación favorable al retraining social de una gran proporción de gente mayor (Kehl-Fernández , 2001: 146).

Aunque inspirada en el mismo paradigma funcionalista, la **teoría de la actividad**, adopta una perspectiva muy diferente de la anterior al explicar el proceso de envejecimiento. Havighurst, uno de sus primeros defensores, argumentaba que para conseguir un envejecimiento sin traumas es necesario seguir manteniendo en la vejez los patrones de actividad y los valores típicos de la edad madura. La felicidad en la vejez se consigue negando de alguna manera su llegada, conservando la actividad y los valores de la fase anterior del ciclo de la vida, o reemplazándolos por otros nuevos cuando resulta imposible conservarlos, manteniendo así la satisfacción de vivir (Havighurst, 1963).

Esta teoría ha sido criticada sobre todo de idealista. No parece muy realista esperar que la gran mayoría de los ancianos puedan mantener un nivel de actividad similar al de la vida adulta, aunque sólo sea por las limitaciones que imponen los cambios biológicos. Pero las limitaciones biológicas no son las únicas, y muchas veces tampoco las más importantes. La teoría de la actividad parece no tener suficientemente en cuenta que las estructuras económicas, políticas y sociales le impiden al trabajador viejo mantener una de las actividades más importantes de la edad madura como es el empleo productivo.

La perspectiva funcionalista estructural también ha sido empleada para explicar algunos problemas más específicos como la demencia senil. Por ejemplo, A. Hollinshead y F.Redlich , en un estudio empírico realizado en 1958 mostraron que el grado de incidencia y el tipo de enfermedad mental variaban en función de la posición en la estructura social de clase. Más recientemente J. Bond ha empleado este tipo de análisis en un estudio de la preponderancia de la demencia y otras enfermedades psiquiátricas entre la gente mayor (Bond, 1987).

5.3.2.- ¿Cómo potenciar el self en la ancianidad

El *interaccionismo simbólico* es probable el paradigma sociológico que ha inspirado algunas de las teorías más fecundas sobre el proceso de socialización en la ancianidad como la teoría del etiquetado o la teoría de la subcultura de la vejez.

Elaborada inicialmente para explicar la desviación social, la *teoría del etiquetado* fue aplicada por algunos investigadores sociales como P. Laslett al análisis de la vejez como fenómeno social. Aunque pueda parecer excesivo aplicar en este caso el concepto de desviación social, definida en sentido amplio como alejamiento de la norma, la vejez aparece frecuentemente como una situación "desviada" en una sociedad que celebra la juventud y que aún no se ha generado una cultura adecuada al actual proceso de rápido envejecimiento de la población (Laslett, 1989). Una de las etiquetas adscritas con frecuencia a las personas ancianas es la de dependientes. La imagen de los viejos que llegan a ser como niños, dependientes de los adultos sanos, y que pierden facultades mentales es un estereotipo muy difundido en las sociedades industriales. Y portar esta etiqueta es el símbolo de una "desviación", la de alguien que no goza ya de un lugar en la corriente principal de la sociedad y cuyo comportamiento es "anormal". Los que comparten este estatus sufren diversas humillaciones y castigos que, según la teoría del etiquetado, contribuyen a reforzar su "desviación". Ser excluido del reconocimiento social y carecer de un rol en las relaciones sociales resulta hiriente y perjudicial, aún más, conlleva una serie de actitudes, sanciones y prohibiciones que deshumanizan, reducen la autoestima y general depresión. Esta discriminación estructural por razón de la edad, con consecuencias tan perjudiciales especialmente para los más ancianos, parece permanecer inalterable a pesar de los informes cada vez más numerosos de abuso y discriminación (Scruton, 1990).

El hecho de que el estereotipo sea más o menos falso no impide que tenga efectos reales. La existencia de diferencias entre los ancianos y los que se hallan en fases previas del ciclo vital son bien conocidas, pero suelen exagerarse. Es la asociación, muchas veces desinformada o simplemente errónea, entre envejecimiento y declive lo que proporciona un fundamento al tratamiento estereotipado. La tendencia a "infantilizar" al anciano dependiente está bien documentada. Como han mostrado las investigaciones de D. Willcoks (1987) y M. J. Miranda (1986), el traslado del anciano del propio hogar a una residencia puede minar rápidamente o remover completamente los apoyos sociales y territoriales que los ancianos utilizan con frecuencia para mantener una identidad independiente. El medio institucional constituye un entorno social donde los efectos del envejecimiento sobre la conducta expresiva de una persona se acentúan y se hacen mucho más reflexivos. La debilidad expresiva se hace más evidente y la interacción social resulta más difícil, contribuyendo a ocultar la identidad de una persona que puede estar luchando para comunicar deseos y sentimientos normales. En este sentido nos hallaríamos ante lo que los sociólogos llaman la profecía que se cumple a sí misma (Featherstone y Hepworth, 1993: 314).

La perspectiva interaccionista del etiquetado también se ha aplicado al estudio de la enfermedad de Alzheimer. T. Sheff ha demostrado empíricamente el carácter contingente de las decisiones de los psiquiatras en función de su situación social y personal, a la hora de diferenciar al "enfermo mental" de las personas "normales". En su minuciosa investigación sobre los procedimientos de chequeo psiquiátrico empleados en un estado del medio oeste en Estados Unidos halló que el sentido del diagnóstico dependía más de la posición económica, ideológica o política del psiquiatra que hacía el reconocimiento que a atributos reales del paciente. El historial, la conducta y las respuestas a los tests eran interpretados de modo diferente y predecible según la definición previa que el psiquiatra tuviese de lo que es una persona mentalmente enferma. (Sheff, 1954).

Aunque la teoría del etiquetado tiene muchas inconsistencias como para convertirla en una teoría universal, su aplicación a la vejez y a los procesos de socialización en esta fase de la vida puede resultar muy útil para alertarnos sobre las nefastas consecuencias que pueden derivarse si en lugar de tratar a cada ancianos como persona singular que es, contribuyendo a potenciar la mejor imagen de sí, lo hacemos de modo estereotipado, con etiques que ocultan el auténtico *self*, fomentando el deterioro irreversiblemente su yo social, con el riesgo de que él mismo acabe interiorizando la etiqueta que se le impone y actuando en consonancia con ésta.

El paradigma del interaccionismo simbólico fue adoptado también por A. M. Rose para formular su teoría de la *subcultura de la vejez*. Las subculturas tienden a formarse cuando un grupo de personas que se enfrenta a problemas similares, como los jóvenes o los ancianos, interactúan entre sí significativamente más de lo que lo hacen con otras personas y tratan de hallar respuestas comunes a esos problemas compartidos. En los países industriales avanzados hallamos varios factores que, de acuerdo con Rose (1965), podrían contribuir a desarrollar una subcultura de la vejez, como las jubilaciones anticipadas en gran escala de las últimas décadas, la disminución de contactos familiares relacionada con la disminución los cambios en la estructura de la familia, el surgimiento de "comunidades de jubilados" facilitadas por el rápido aumento de la proporción de mayores de 65 años en el conjunto de la población o la gran expansión de los centros de día. En sentido contrario al desarrollo de un subcultura de la vejez actuarían factores como la solidez de las redes familiares, especialmente en períodos de enfermedad e incapacidad, la prolongación de la edad de jubilación y la resistencia consciente a hacer viejo, además de las divisiones estructurales que han de la tercera edad un grupo socialmente heterogéneo. Sin embargo los profundos cambios en la estructura de la familia, la falta de oportunidades de empleo y a conciencia militantes de unos intereses comunes, como ocurre con los Panteras Grises en Estados Unidos, sugieren que hay un amplio espacio par el desarrollo de una subcultura de la vejez que podría desempeñar un fuerte papel socializador.

5.3.4.- El Envejecimiento: ¿Proceso natural o enfermedad?

La perspectiva etnometodológica, emparentada con la sociología fenomenológica de Alfred Shütz, también ha inspirado en años recientes diversos estudios sobre la vejez, aunque no ha producido teoría específicas. Los supuestos de la etnometodología fueron empleados por Gubrium y Lynott para investigar la enfermedad de Alzheimer. En este tipo de estudios la enfermedad en cuanto tal no constituye el centro del análisis, sino que es empleada como un código para dar significado a los problemas generales relacionados con la edad. Gubrium (1986) muestra cómo los cambios de conducta asociados con la demencia senil (confusión, mala memoria, *lapses* de atención, problemas de habla, etc.) son muy similares a aquellos que se asocian con el envejecimiento normal. Todo el tema se complica, según él, por el deseo de ver ciertos síntomas del envejecimiento como producto de una enfermedad curable. La transformación de las imágenes de decaimiento en imágenes de enfermedad, según esta interpretación, es uno de los cambios simbólicos que se hacen para arrancar el envejecimiento del reino de la naturaleza y situarlo en el ámbito de la medicina. De este modo, los problemas asociados con la vejez dejan de percibirse como inconvenientes específicos de l proceso natural de envejecimiento y pasan a ser considerados como una consecuencia de enfermedades identificables y curables, algo que, en opinión de Gubrium, no es más que un reflejo del temor al envejecimiento en la sociedad contemporánea.

Algunos sociólogos y gerontólogos norteamericanos postmodernos y postestructuralistas abordan de tema de la demencia, de modo similar a los etnometodólogos, como una metáfora de los procesos que están conduciendo a una sociedad cada vez más represiva y sostienen que el interés de los gerontólogos en la explicación del envejecimiento puede estar unido a una estrategia encubierta de control social. La demencia para este enfoque crítico, es una etiqueta que se asigna a quines rechazan la represión simbólica, a quienes no logran una representación concreta de al realidad o no quieren limitarse a ella (Baars 1991; Gubrium y Silverman, 1989).

5.3.5.- Condicionamientos objetivos y diferentes experiencias de la vejez

Otra aproximación que puede ayudar a comprender sociológicamente algunas de aspectos de las socialización en la vejez es el enfoque de la economía política. El foco central de esta perspectiva se halla en la interacción entre la estructura socio-económica y la estructura política y en cómo ambas afectan a la distribución de recursos y bienes sociales. Su aplicación a la gerontología fue realizada por algunos sociólogos que interpretan la vejez en términos de su dimensión tanto material como ideológica (Guillemard, 1992; Walker, 1981; Philipson, 1990; Fennell, 1988). Según estos investigadores para entender los posibles modos de experimentar la vejez hay que tener en cuenta el conjunto de procesos y estructuras que configuran la sociedad industrial. En este contexto, la jubilación constituye una línea muy clara para marcar la frontera que separa a la tercera edad. Esta perspectiva también proporciona una base analítica muy

clara para examinar las divisiones sociales dentro del grupo definido como gente mayor.

Los temas que ha identificado como más relevantes son los de clase social y género, a los que más recientemente han añadido las divisiones raciales, étnicas y culturales, o los patrones diferenciales de consumo de los diferentes grupos de ancianos. Estas dimensiones adicionales representan un refinamiento del enfoque que continúa ocupándose del acceso diferencial de los distintos grupos sociales a los recursos de los que disponen los ancianos, sean económicos, políticos, culturales o sociales.

Los gerontólogos críticos han señalado las limitaciones de esta aproximación, muy centrada en las desigualdades que se derivan de la pobreza y las desventajas socioeconómicas. Pero el hecho de que no abarque todas las dimensiones posibles de lo que supone la experiencia de ser viejo en una sociedad industrial no significa que las cuestiones que aborda no sean fundamentales, ni que el modelo analítico empleado deje de ser altamente clarificador.

6.- A modo de síntesis conclusiva

Aunque el proceso de socialización es especialmente intenso durante la infancia, no termina ahí sino que se prolonga durante toda la vida de una persona. La creciente complejidad de las sociedades urbano-industriales plantea nuevos y mayores dilemas a jóvenes, adultos y ancianos. Por lo que se refiere a estos últimos, la pérdida del status y funciones de las que gozaban en las sociedades tradicionales hace más necesario el arte de saber envejecer para que la prolongación de la esperanza de vida suponga también un enriquecimiento de la vida. Pero esta no es una cuestión meramente individual que dependa sólo de la trayectoria de vida precedente. El contexto social en que se desenvuelve el anciano puede contribuir mucho a que se desarrollen o inhiban sus potencialidades, aunque las facultades para aprender cosas nuevas disminuya progresivamente, los demás continúan siendo el espejo necesario, que puede devolver al anciano la mejor imagen de sí mismo, cuando detrás un rostro envejecido o decrepito saben descubrir la riqueza humana que oculta, o que, por el contrario, puede distorsionarla al evaluar superficial y negativamente la apariencia exterior del anciano en función de valores muy cuestionables, haciendo así más difícil el esfuerzo, con frecuencia titánico, para enfrentar con dignidad la enfermedad, la incapacidad y finalmente la muerte.

La familia, el grupo de ancianos y las instituciones dedicadas a ellos son las agencias de socialización más importantes en el tramo final del ciclo de la vida, los que más y mejor pueden ayudar a enfrentarse a los dilemas de la edad y a prepararse para morir con dignidad.

En primer lugar la familia. La intensidad de las relaciones afectivas, la historia única compartida y la posibilidad que ofrece de proyectarse más allá de la muerte en

el testamento moral transmitido a los seres queridos hacen que esta institución continúe siendo el principal recurso para una experiencia humana plena.

El grupo de pares parece adquirir una importancia creciente en el actual contexto socio-demográfico de aumento de la esperanza de vida y de la proporción cada vez mayor de ancianos en el conjunto de la población. Algunos sociólogos han observado el surgimiento de subculturas de la vejez que pueden contribuir a recuperar la presencia social de los ancianos y a generar respuestas colectivas a sus problemas.

Finalmente, las diferentes instituciones especializadas en el cuidado de ancianos, como refuerzo a las familias o alternativa funcionales cuando éstas no puedan cumplir su función al respecto. En este caso el desafío principal es también actuar de tal modo que cada uno de los ancianos, cualesquiera que sean sus circunstancias y peculiaridades, se sienta reconocido y respetado como persona, vea reflejada en los demás la mejor imagen de sí mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIÈS, Philippe (1983), *El hombre ante la muerte*, Taurus, Madrid.
- BAARS, J. (1991), "The Challenge of Critical Gerontology: the Problem of Social Constitution", *Journal of Aging Studies*, 5.3: 219-243
- BEGER, P., y LUKMANN, Thomas (1974), *La construcción social de la realidad*, Amorroutu, Buenos Aires.
- BOND, J. (1986), "Psychiatric Illness in Later Life: a Study of Prevalence in a Scottish Population", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2: 39-58.
- BOURDIEU, Pierre, *El sentido Práctico*, Taurus, Madrid, 1991.
- DUBET, F., y MARTUCELLI, D. (1998), *Dans quelle société vivons-nous?*, Seuil, París
- CUMMING, E. y HENRY, W.E. (1961), *Growing Old*, Basic Books, Nueva York.
- DURKHEIM, E. (1975), *Educación y sociología*, Península, Barcelona.
- ELIAS, Norbert (1990), *La sociedad degli individui*, Il Mulino, Bolonia.
- ELIAS, Norbert (1991), *La civilización de los padres*, Grupo Editorial Norma. Bogotá.
- FEATHERSTONE, M. y HEPWORTH, M. (1993), "Images of Aging", en J. Bond, *Aging in Society*, Sage, Londres.
- FENELL, G. et al. (1988), *The Sociology of Old Age*, Open University Press, Milton Keynes.
- FERNÁNDEZ, J. M. (2003), "La recuperación del agente en la obra de Pierre Bourdieu", *Cuadernos de Trabajo Social*, 16.

- GIDDENS, A. (2002), *Sociología*, Alianza, Madrid, 2002, p. 59).
- GIDDENS, A. (1990), *Modernidad e identidad del yo*, Península Barcelona.
- GUILLEMARD, A. M. (1992), *Análisis de las políticas de vejez en Europa*, INSERSO, Madrid.
- GUBRIUM, J. F. (1986), *Oldtimers and Alzheimer's: the Descriptive Organization of Senility*, JAI Press Inc., Londres.
- GUBRIUM, J. F. y SILVERMAN, D. (1989), *The Politics of Field Research: Sociology beyond Enlightenment*, Sage, Londres.
- HAVIGHURST, R. J. (1963), "Successful Ageing" en R. H. Williams(ed.), *Process of Aging*, vol. I, Atherton, Nueva York
- KEHL, Susana, y J. M. FERNÁNDEZ (2001), "La construcción social de la vejez", *Cuadernos de Trabajo Social*, 14 :125-161
- LASLETT, P (1989), *A Fresh Map of Life: The Emergency of the Third Age*, Weidenfeld, Londres.
- MIGUEL, Jesús de, "El último deseo", *REIS*, 71-72 109-156.
- MIRANDA LÓPEZ, María Jesús (1985), *Aspectos sociológicos del internamiento de ancianos*, Ilustre Colegio de Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología, Madrid.
- PARKER, S. R. (1982), *Work and Retirement*, George Allen & Unwin, Londres.
- PARSONS, T. (1976), *El sistema social*, Revista de Occidente, Madrid.
- PHILLIPSON, C.(1990), "The Sociology of Retirement", en J. Bond y P Coleman (eds.), *Ageing in Society*, Sage, Londres.
- ROCHER, G. (1985), *Introducción a la Sociología General*, 9 edición, Herder, Barcelona.
- RODRÍGUEZ, Josep (1994), *Envejecimiento y familia*, CIS, Madrid.
- ROSE, A. M. (1965), "The Subculture Theory of Aging: a Framework for Research in Social Gerontology", En A.M. Rose et al. , *Older People and their Social Worlds*, F. A. Davis, Filadelfia.
- SCHEFF, Thomas (1974), "The Labeling Theory of Mental Illness", *American Sociological Review*, 39: 444-452.
- SCRUTTON, S. (1990), "Ageism", en E. McEwa (ed.), *Age: The Unrecognised Discrimination*, Age Concern Publications, Londres.
- SAN ROMÁN, Teresa, *Vejez y cultura*, La Caixa, Barcelona. WALKER, A. (1981), "Toward a Political Economy of Old Age", *Ageing and Society* 1: 73-94.

El centro de día: ■■■

un espacio comunitario

D. FRANCISCO JAVIER POMAR FERNÁNDEZ
JEFE DEPARTAMENTO SERVICIOS A LA CIUDADANÍA
AYUNTAMIENTO DE MADRID
JUNTA MUNICIPAL DE CIUDAD LINEAL

Los profesionales de los Servicios Sociales desde hace años estamos acostumbrados a manejarnos en un socorrido binomio necesidad -recurso; para mi necesario de superar por el de intervención social como elemento de aplicar un recurso a una necesidad, sino que el segundo sea parte de un proceso de intervención profesional en una interacción con el usuario que recibe la prestación.

La puesta en marcha por parte de nuestro Ayuntamiento no hace muchos años con carácter general de los Centros de Día para personas mayores, pues en alguno de nuestros Distritos, como es el caso de Ciudad Lineal, al que represento. Tiene una presencia de más de veinte años con contratos con la iniciativa privada supone, indiscutiblemente, una buena medida para la atención a los mayores.

Es momento, entiendo, de reflexionar sobre qué queremos que cubran estos Centros y que constituye la intención de estas jornadas.

Podríamos definirlos como **equipamientos especializados en la atención integral a las personas mayores** con marcado carácter transdisciplinar y multifactorial (trabajo social, médico, fisioterapia, terapia ocupacional...), curiosamente situadas en los Servicios Sociales Generales o Básicos y por tanto con un sentido universalista y generalista, que sin embargo por la disfunción entre la oferta y la demanda existentes, a pesar del gran esfuerzo presupuestario realizado por parte del Área y en no pocas ocasiones con el apoyo, a pesar de todo, **insuficiente** de algunos Distritos y que lleva a que el acceso sea selectivo, en algunas ocasiones atendiendo a la capacidad socioeconómico del vecino solicitante de este recurso (este factor lamentablemente sitúa al Sistema Público de Servicios Sociales como elemento marginador - segregador de la población frente al educativo o sanitario que obedecen a un modelo **realmente universal**).

Al convocarme para participar en este espacio, necesario, de reflexión; se me hacía un difícil encargo y ello atendiendo a diversos factores:

- Posibilidad de muchos profesionales de entre vosotros de plantear este trabajo

de forma más brillante que quien hoy lo hace.

- Ocupar desde hace tiempo una función gerencial que, tal vez nos aleje sin quererlo de la práctica del día a día.

El tema propuesto para esta intervención, sin embargo, hacía atractivo el reto; consistía en presentar este recurso desde el ámbito comunitario, más allá del elemento prestacional que para el caso concreto del vecino y/o familia que acude a nosotros, comporta el Centro en sí mismo y que sin duda creo cumple en este extremo y me atrevería a decir con parámetros de calidad por cuanto puedo observar en los varios que atienden a los vecinos de nuestro Distrito y con certeza tanto los de titularidad municipal como aquellos de la iniciativa privada con los que concertamos.

El Centro desde la perspectiva solicitada debe de dar o ha dado ya, un giro o al menos un avance en su función dentro del Sistema que nos obliga a reflexionar sobre ello. Este nuevo papel que, entiendo, debe jugar este equipamiento, ya usual en nuestro quehacer diario y que no es otro que constituirse en referente comunitario. Por ello, los profesionales y los responsables de los Servicios Sociales hemos de hacer un esfuerzo profesional e institucional a lo que sin duda los nuevos tiempos nos exigen.

Las razones de este nuevo enfoque son diversas:

- A) El Centro constituye un **lugar de atención integral para las personas mayores**, con servicios médico -sociales que les permite:
 - Mantenerse en el domicilio y por ende en su entorno habitual y /o familiar.
 - Tener atendidas sus necesidades, evitando o al menos retrasando su institucionalización.
- B) Los mayores perciben el Centro como un **lugar de encuentro con sus iguales**, evitando la monotonía y en no pocos casos el aislamiento.
- C) El recurso como tal, constituye para la Comunidad (en este caso para las diferentes Administraciones) un **ahorro en el coste** de atención frente al gasto más elevado que conllevaría su ingreso en las Residencias, en ocasiones en cama hospitalaria de crónicos.
- D) Son un **yacimiento de empleo** importante como el conjunto de servicios y recursos para mayores dependientes.
- E) **Apoyan y sirven de respiro a los cuidadores** de los mayores.

F) **Permiten a los familiares** (culturalmente a la mujer) en edad laboral **permanecer en el trabajo**, viendo atendido a su familiar.

Más no hemos de conformarnos con esto, para ello proponemos desde esta comunicación una serie de retos algunos ya iniciados por algunos de nosotros y otros por "venir":

- 1- Entender el recurso **como parte de un proceso de intervención social**, por ende, posibilitar alta por cumplimiento de objetivos y no sólo por fallecimiento o institucionalización.
- 2- Situarlos en **espacios compartidos con otros servicios** o recursos (Centro de mayores...);evitando así los guetos o el aislar a los usuarios.
- 3- Abrir los Centros a la **actuación y participación de los voluntarios** en tareas como la animación, acompañamiento, gestiones...
- 4- Favorecer la realización de **actividades intergeneracionales** que permitan un mutuo conocimiento de las distintas generaciones, buscando eliminar de esta forma los estereotipos.
- 5- **Crear pequeños centros** o situar este recurso en los llamados "Centros de Mayores" en los barrios, lo que permitiría incluso evitar largos traslados.
- 6- Abrir los Centros los **fines de semana y estudiar horarios flexibles para favorecer "sistemas de respiro familiar"**.
- 7- Como en el resto de prestaciones sociales del Sistema buscar la **universalidad** de este recurso dentro de los Centros de Gestión Pública más allá de la discriminación en función del poder adquisitivo.
- 8- Buscar formas de **control comunitario** en la gestión del recurso.
- 9- Establecer **jornadas de puertas abiertas** que posibiliten el conocimiento del recurso por parte de la población y de esta forma aumente la demanda y se conozca realmente la existente.
- 10- **Establecer coordinación con otros Sistemas de protección**, en especial el de Salud para hacer una correcta atención interinstitucional y reducir costes.
- 11- Introducir **nuevas actividades** en los centros, aumentando la diversificación de estas.

- 12- **Fomentar desde los Departamentos la relación con los mayores y sus familiares evitando la delegación de estas funciones en el Director/a de la Entidad privada**, que entiendo debería pasar a denominarse coordinador, pues, entiendo no puede ni debe suplantar la responsabilidad pública en la gestión del recurso máxime cuando el usuario acude a un servicio público a formular su demanda. Esta situación, a la que sin duda en algunos casos y atendiendo a sobrecargas de tareas o carencia de técnicos municipales se han visto abocados algunos, lleva a que las evaluaciones y controles de calidad realizados a estas empresas sean indirectamente una investigación no pedida a nuestras instalaciones y a la calidad de un servicio público.
- 13- Establecer la figura (a través de sus funciones) del **Trabajador Social municipal** (podría ser responsable del Programa y/o Jefe de Sección de Programas) como **responsable del Recurso** de forma clara especialmente en el diseño de intervención social y en la relación con los familiares de los beneficiarios.

De todo ello puede desprenderse el interés por convertir y potenciar los **Centros de Día como referentes comunitarios** en la atención a nuestros mayores más allá de una mera consideración de recurso; sería algo especializado pero integrado y abierto al entorno y no un gueto sólo para los mayores.

Al principio de esta comunicación señalaba la importancia de la **intervención social o profesional** más allá de la mera dispensación de un recurso por necesario que este sea, y es que en este caso como en todos los demás hemos de insistir, al menos los trabajadores sociales, en reclamar esa intervención necesaria; esta importancia considero que es anteponer la práctica del Trabajo Social que en este caso se desarrolla en el ámbito de los Servicios Sociales y en el que hemos de aportar ese matiz de globalidad y acción interpersonal a desarrollar por nuestros profesionales.

Ello comporta que no debemos conformarnos con realizar una derivación y olvidarnos del caso sino que el Departamento, Distritalmente, debe seguir interviniendo con ese cliente, elemento ya señalado como un reto de futuro.

Este concepto de referencia comunitaria del Centro, comporta finalmente, a mi entender tres elementos más:

1. - **El Centro debe estar abierto a la Comunidad: utilizar recursos de la Comunidad**, dejar que las personas no usuarias accedan al Centro: realizar actividades ocasionales conjuntas; servir el primero de campo de prácticas a futuros profesionales de las distintas disciplinas presentes en el desarrollo de los servicios realizados en el Centro (médico, trabajador social fisioterapeuta ...).

■ ■ ■ El centro de día: un espacio comunitario

2. - Favorecer un **trabajo en RED** con otros servicios e instituciones incluyendo, tal vez la iniciativa privada (Centro de Salud, Equipo de Salud Mental, Asociaciones cívicas, Centros Culturales...)

3.- Fruto de lo anterior es la **coordinación y cofinanciación**, al menos en el ámbito municipal de este recurso en especial a lo que a la concejalía responsable de salud.

4. - Posibilidad de **partenariado extramunicipal** que disminuya los gastos públicos y de esta forma pueda ampliarse la oferta; este modelo conllevaría, tal vez, participación en la gestión de aquellas entidades participantes en su financiación.

Este modelo, lo entendemos favorable en una sociedad en la que cada vez más hay que implicar a todos los sectores en el desarrollo de los Servicios Sociales, en lo que técnicamente se denomina la Sociedad del Bienestar.

Centros de día

e inserción sociolaboral

D. TOMÁS HERNÁNDEZ CHAVES
DIRECTOR DE INSERCIÓN LABORAL
FUNDACIÓN TOMILLO

Este tema tiene como objetivo principal mostrar la importancia que tienen los Centros de Día como instrumentos de creación de empleo que incluye a personas que se encuentran en situación de inserción sociolaboral debido a que tienen dificultades para acceder al mundo laboral.

La intervención está dividida en tres apartados principales:

1. Presentación y experiencia de la Fundación Tomillo en servicios a mayores e inserción sociolaboral.
2. Los Centros de Día y su relación con los Nuevos Yacimientos de Empleo.
3. El Centro de Día y sus posibilidades en la inserción sociolaboral.

1. BREVE PRESENTACIÓN DE LA FUNDACIÓN TOMILLO

1.1. Carácter y objetivos

La Fundación Tomillo se constituyó en 1984 para prestar un servicio útil a la sociedad bajo un espíritu solidario. Es una entidad privada sin ánimo de lucro e independiente que surge de una iniciativa privada de carácter altruista.

La Fundación Tomillo promueve la inserción escolar, laboral y social de personas y colectivos en riesgo de exclusión o de entornos socialmente desfavorecidos. Para ello trabaja en los campos de la educación, la formación y la creación de empleo. También cuenta con un Centro de Estudios Económicos y un Centro Abierto o de actividades culturales.

Actualmente el conjunto formado por la Fundación Tomillo y por sus empresas y entidades de inserción laboral y de economía social proporciona empleo a 1.000 personas aproximadamente.

Tomillo está inspirada por el principio de que cada persona debe tener unas bases de educación, trabajo y condiciones de vida que favorezcan el desarrollo de sus cualidades.

1.2. Principales actividades

La Fundación Tomillo interviene en situaciones de exclusión real o potencial a través de tres líneas troncales de actividad que desarrolla, junto con un elevado número de programas y proyectos complementarios, principalmente en la Comunidad de Madrid.

- **La prevención del fracaso escolar.** Para contribuir a paliar este problema social de primera magnitud, origen de la mayor parte de las situaciones de exclusión social, Tomillo trabaja con niños y adolescentes con necesidad de refuerzo escolar y atención especializada para mantenerlos en la escuela, reforzando este trabajo con actuaciones con sus familias y con el profesorado. Actualmente Tomillo interviene con más de 3.000 niños, adolescentes y sus familias e imparte cursos a 1.100 profesores.
- **La Formación y los servicios de empleo.** Tomillo ofrece itinerarios de formación adaptados a las aptitudes personales de sus alumnos, dirigidos a mejorar su cualificación profesional, y facilita el acceso al empleo de otros colectivos en situación de riesgo. Durante este año se van a impartir alrededor de 80 cursos en 35 especialidades dirigidos a 1.100 alumnos.
- **La creación de empleo.** Tomillo ha promovido a lo largo de los años unas iniciativas de economía social de las que continúan su actividad, bajo su supervisión y control, las dedicadas a servicios de ayuda a domicilio y gestión de centros de Día a mayores, servicios de jardinería y medio ambiente y servicios de limpieza de edificio y locales. Actualmente las entidades de economía social de Tomillo emplean a un total de 546 trabajadores.

En paralelo con estas actividades, que ocupan y representan a la mayor parte de su personal y presupuesto, la Fundación lleva a cabo dos iniciativas adicionales de interés social:

- Investigación y análisis económico y social. **Particularmente en especialidades de macroeconomía, modelización, economía aplicada, estudios sociales y laborales, etc.**
- Cursos y conferencias de interés general. A través de un Centro Abierto, con el fin de ampliar el campo vital de la comunidad. Sus temas promueven valores éticos, solidarios y ecológicos para impulsar la vida diaria y desarrollar nuevos conocimientos y experiencias.

1.3. Experiencia en servicios a mayores e inserción sociolaboral

A través de una de sus entidades de economía social, la Asociación Tomillo Villaverde, se ejecutan servicios de ayuda a domicilio a mayores desde 1991 en Móstoles, desde 1997 en Leganés y desde el pasado 01 de mayo en el Distrito de Villaverde. Además se gestionan dos Centros de Día en el Distrito de Usera.

Actualmente trabajan en estos servicios 395 personas de las cuales un 99% son mujeres. La mitad de este personal proviene de la subrogación y la mayoría del personal restante se ha incorporado a través de diferentes itinerarios de inserción sociolaboral que tiene la Fundación Tomillo. Dentro de estos itinerarios la mayor parte de estas personas provienen de los diferentes proyectos de Casa de Oficios y Talleres de Empleo en la especialidad de ayuda a domicilio a mayores que la Fundación Tomillo promueve desde 1.992. En los últimos años la tasa media de inserción laboral de estos proyectos viene siendo de un 75% aproximadamente.

Las personas que participan en estos proyectos formativos pertenecen a los siguientes colectivos con especiales dificultades de inserción laboral:

- Mujeres.
- Desempleadas inscritas con más de doce meses de antelación en las Oficinas de Empleo.
- Personas con discapacidad.
- Inmigrantes regularizados perceptores de la Renta Mínima de Inserción, personas con problemas de drogadicción o alcoholismo que se encuentran en proceso de rehabilitación, exreclusos y reclusos en tercer grado, minorías étnicas en riesgo de exclusión social y personas víctimas de la violencia de género.
- También forman parte del personal, mujeres provenientes de los siguientes programas que ejecuta la Fundación Tomillo desde su área de formación y servicios para el empleo citado anteriormente:
 - Acciones de orientación y asesoramiento para el empleo.
 - Cursos de formación para la inserción sociolaboral:
 - Garantía social.
 - Formación ocupacional FIP.

- Formación profesional reglada.
- Intermediación laboral.
- Programas de inserción para colectivos específicos de desempleados.
- Otros proyectos:
 - Apoyo, asesoramiento y colaboración con ONGs.
 - Proyecto "Inmigración..., Gueto o Esperanza.
 - Programas europeos.
- LOS CENTROS DE DÍA Y SU RELACIÓN CON LOS NUEVOS YACIMIENTOS DE EMPLEO: "NUEVAS NECESIDADES SOCIALES, NUEVOS EMPLEOS".

2.1. Ámbitos de actuación:

Teniendo en cuenta que los NYE constituyen una importante propuesta para combatir el desempleo a través de la creación de empleo que satisfaga, amplíe y mejore la calidad de vida ciudadana. Podemos considerar que los Centros de Día a mayores son un ejemplo claro en el que se cumple la definición principal de los NYE "Nuevas necesidades sociales, nuevos empleos".

Dentro de la clasificación de ámbitos de actuación de los NYE, los Centros de Día están relacionados con los siguientes ámbitos:

a) Servicios personales a mayores:

Debido al proceso de envejecimiento de nuestra sociedad, la prolongación de las expectativas de vida de los mayores, las altas tasas de mayores de 65 años sobre la población total, la proporción creciente que suponen las personas mayores de 80 años respecto al conjunto de personas mayores y el fuerte incremento de las situaciones de dependencia y fragilidad (envejecimiento del envejecimiento), hacen que la prestación de servicios sociales a las personas mayores sea un ejemplo concreto de un sector que tiene un importantísimo potencial de crecimiento con un uso intensivo del empleo.

La demanda potencial de los servicios que se ofrecen desde los Centros de Día en España ha crecido considerablemente en los últimos años como consecuencia de una serie de cambios sociales que están teniendo un notable impacto en este ámbito. Personas mayores que necesitan atención integral: sociosanitaria, preventiva y rehabilitadora, demandan de modo creciente atención especial en estos centros. La deman-

da de estos servicios puede dividirse en dos grandes grupos: uno primero formado por las personas que no pueden asumir todas sus necesidades debido a dificultades físicas, económicas o familiares; y el segundo compuesto por las personas que pueden beneficiarse de una ayuda exterior para realizar tareas que actualmente son autoproducidas en su ámbito doméstico pero con cierto grado de insatisfacción.

b) Ayuda a los jóvenes y otros colectivos en dificultades de inserción:

El aumento del desempleo ha ido acompañado, especialmente en España, de una creciente concentración del mismo en ciertos grupos de población - jóvenes y mayores de 45 años, mujeres, personas con discapacidad e inmigrantes- que se califican como "colectivos con especiales dificultades de acceso a la ocupación".

Estos colectivos, precisamente por los obstáculos para acceder a un empleo, prolongan sus episodios de desempleo, de manera que un porcentaje significativo se convierte en desempleo de larga duración (más de un año buscando trabajo) o de muy larga duración (más de dos años).

Dado que la permanencia en el desempleo actúa también como un factor negativo en el acceso a la ocupación, ambos aspectos (colectivo y permanencia en el desempleo) se refuerzan en un círculo perverso, dibujado por pérdida de empleabilidad y desempleo. Los distintos programas aplicados en toda Europa mostraron pronto la complejidad que entraña frenar esa dinámica y, más aún, la de transformar el círculo perverso en otro virtuoso de ocupación y mejora de la empleabilidad. Por ello, en la Estrategia Europea para el Empleo se adopta una estrategia preventiva, cuyo principal objetivo es evitar la entrada del trabajador en el desempleo de larga duración.

2.2. Principales obstáculos:

Los principales obstáculos o problemas con que se encuentran las experiencias comprendidas en estos ámbitos son las siguientes:

a) Servicios personales a mayores:

- Excesiva dependencia de las administraciones públicas especialmente para la financiación de este tipo de servicio que de otra forma encuentran dificultades para encontrar una demanda solvente.
- Por parte de los usuarios demandantes se puede observar aún una cierta desconfianza, debido al carácter novedoso de los Centros de Día.
- El coste económico de la incorporación de nuevas tecnologías en la gestión y ejecución de los servicios resultan para algunas iniciativas empresariales, sobre todos Pymes, muy costoso.

b) Jóvenes y otros colectivos:

En ocasiones la falta de financiación estable; existen dificultades para compatibilizar financiaciones; la falta de financiación a la hora de sufragar unos gastos que no pueden cubrir en muchos casos los colectivos a los que se dirige su atención.

Existe una dificultad reconocida de conseguir una formación de calidad y de adecuar la oferta formativa a los requerimientos y necesidades profesionales.

Existen barreras sociales que dificultan la empleabilidad de estos colectivos: dificultades de trabajar con colectivos que sufren el desempleo, falta de concienciación de la sociedad al recibir productos de colectivos sociales en riesgo de exclusión, etc. ; falta de reconocimiento profesional definitivo por la sociedad; falta de apertura de las empresas a innovaciones aportadas en los sectores de actividad.

Las iniciativas empresariales que acogen a estos colectivos señalan la dificultad de darse a conocer y llegar a las personas que forman estos colectivos - sobre todo a los inmigrantes -.

2.3. Principales instrumentos para su desarrollo:

Las principales medidas (instrumentos) que hay que tomar para neutralizar los obstáculos anteriormente citados en estos dos ámbitos son:

- Instrumentos financieros.
- Ahorro de proximidad.
- Medidas fiscales:
 - Reducción o exención de cotizaciones sociales.
 - Beneficios fiscales ligados a inversiones.
 - Tratamiento fiscal similar entre la inversión material e inmaterial.
 - Subvenciones.
- Medidas en el marco de las políticas de empleo.
- Medidas en el marco jurídico.
- Medidas en el marco administrativo.
- Medidas en el campo de la formación.

2. EL CENTRO DE DÍA Y LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL

3.1. Colectivos de demandantes:

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, podemos considerar que los Centros de Día prestan nuevos servicios que suponen creación de empleo y en consecuencia demandan puestos de trabajo dirigidos a personas que pueden pertenecer a colectivos que se encuentran en situación de dificultad para acceder a un puesto de trabajo debido a que están en proceso de inserción sociolaboral.

Teniendo en cuenta la larga experiencia de la Fundación Tomillo en acciones de formación y orientación dirigidas a colectivos desfavorecidos, principalmente a jóvenes de barrios periféricos de Madrid, los colectivos sociales que son objeto de intervención para conseguir una inserción sociolaboral que les permitiese obtener un empleo son los siguientes:

- En primer lugar se encuentran todas aquellas personas que teniendo una formación adecuada, aunque requiera un ajuste profesional, y poseyendo experiencia laboral se encuentran en una situación de desempleo coyuntural o de cambio. También aquí podemos situar a jóvenes que han terminado estudios profesionales o carrera universitaria de alta inserción laboral y quieren acceder al primer empleo.
- El segundo grupo poblacional serían aquellos grupos de personas que manifiestan una inestabilidad laboral como consecuencia de los cambios en el mercado o en la economía. Nos estamos refiriendo tanto a jóvenes con formación profesional o estudios universitarios de difícil inserción, como a personas que han adquirido una profesión a través de la experiencia pero que las fluctuaciones del mercado les ha llevado a una situación de desempleo.
- Existe un tercer grupo de población que incluye personas que se encuentran en una situación de fragilidad laboral. En este grupo podemos incluir a jóvenes que abandonaron el sistema educativo, jóvenes en riesgo social, retorno de emigrantes mayores, mujeres solas con personas a su cargo, minusválidas, inmigrantes en situación legal transitoria, personas con ausencias prolongadas del mercado de trabajo, etc...
- Hay un cuarto grupo de población compuesta por personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad social, donde podemos situar a quienes tienen dificultades severas para acceder a un puesto de trabajo como jóvenes, mujeres y personas mayores de 40 años, población excluida y enfermos crónicos.

- Por último existe un quinto grupo con todas aquellas personas que se encuentran en situación de exclusión social como transeúntes, inmigración ilegal, colectivos poblacionales de zonas suburbanas, que no solamente tienen dificultades severas para acceder a un puesto de trabajo sino que carecen de los más elementales hábitos para el empleo así como de las condiciones vitales que permitan una integración únicamente por la vía laboral.

3.2. Colectivos de demandantes (Perfiles de empleabilidad):

A continuación se relaciona de forma resumida y generalizada la tipología de perfiles profesionales que suelen aparecer en las personas que están en proceso de integración sociolaboral:

a) Empleabilidad media y alta:

- Personas con hábitos laborales muy avanzados.
- Personas que han participado en programas de tutoría, seguimiento, intervención, etc en materia de inserción sociolaboral.
- Personas que se encuentren en una fase del itinerario laboral medianamente avanzada.
- Personas con necesidad evidente de recuperación de hábitos laborales y con ciertas habilidades sociales de cara a la búsqueda de empleo.
- Personas que participan activamente en diferentes programas de búsqueda de empleo.

b) Empleabilidad media y baja:

- Personas en el punto de partida dentro de su itinerario laboral básico.
- Personas sin objetivos específicos en cuanto a la selección de empleos.
- Demanda explícita en la necesidad de búsqueda de empleo.
- Ausencias frecuentes sin justificar en su programa de inserción.
- Personas con elevadas resistencias al cambio de su situación.
- Exigencias elevadas respecto a puestos de trabajo y expectativas poco cercanas a su situación personal, psicológica y social.
- Demanda explícita de búsqueda de empleo, pero con baja motivación para llevar a cabo los primeros pasos de movilización.
- Necesidad de incorporación de hábitos laborales perdidos, ya que en su mayoría son parados de larga duración.
- Baja resistencia a la frustración.

c) Difícil empleabilidad:

- Personas con deterioro físico, social, psicológico y personal muy elevado.
- Necesidad explícita de búsqueda de empleo, pero con demasiadas necesidades básicas paralelas (como la vivienda) a cubrir, que les impiden centrarse y priorizar objetivos en su situación personal.
- Personas en las que su imagen es un hándicap en la búsqueda de empleo, por el elevado deterioro y escasas habilidades sociales de cara a entrevistas de selección.
- Baja resistencia a la frustración.
- Escasa motivación para la movilización.
- Necesidad de búsqueda de empleo no tan explícita.
- Demasiadas necesidades paralelas a cubrir, es decir, dificultad en la priorización de necesidades.
- Escasos recursos personales y habilidades sociales en general, no solo de cara al empleo.
- Deterioro personal, psicológico, social muy grave y sobre todo físicamente.

3.3. Iniciativas empresariales que contemplan la inserción sociolaboral (El tercer sector):

a) Empresas de economía social.

Estas empresas ofrecen una gestión democrática y base participativa y una reinterpretación del concepto del ánimo de lucro. Son empresas que viven en la economía de mercado. Pero son diferentes ya que no centran su éxito únicamente en el aspecto económico (sin perjuicio de que hayan de ser competitivas en el mercado) sino que se les juzga también a tenor de la función social que desarrollan.

b) Empresas de inserción.

Las Empresas de Inserción son empresas creadas para la inserción sociolaboral de personas con grandes dificultades de empleabilidad. Son empresas que contratan legalmente a todos sus trabajadores y que dedican una parte importante de sus puestos de trabajo a personas inempleables por otras empresas. El objetivo es que estas personas se puedan formar y adaptar a un puesto de trabajo normalizado. Pasan, pues, por un proceso de aprendizaje en un trabajo real ya que estas empresas son entidades mercantiles que venden en el mercado sus servicios o productos. No se trata de simulación de empresas, sino de un entorno real para el aprendizaje. Posteriormente, en la mayor parte de los casos, los trabajadores en inserción se contratarán en empresas normales y sus puestos de trabajo serán ocupados por nuevos trabajadores en inserción.

c) Entidades con fines sociales y sin ánimo de lucro: asociaciones y fundaciones.

Actualmente y debido a la crisis del Estado de Bienestar en pro de vertiente libe-

ralizadora de la economía, tiene consecuencias en el ámbito de los servicios sociales ya que después de una larga evolución, actualmente la tendencia es a subcontratar los servicios sociales a entidades o empresas privadas con o sin ánimo de lucro. Y es aquí donde las asociaciones y fundaciones tienen un papel muy importante, dado que a través de la gestión concertada se contrata la gestión del servicio en numerosas ocasiones, a estas entidades. Se puede definir como una nueva forma de intervención de las Administraciones Públicas en los servicios sociales que ofrece muchas oportunidades a las organizaciones privadas. En este sentido hay que destacar la preferencia que el sector público manifiesta al contratar a entidades denominado Tercer Sector que gozan de ventajas fiscales frente a las iniciativas lucrativas.

Finalmente comentar que la concurrencia de estas entidades a licitaciones públicas va adquiriendo cierta consistencia legal ya que por ejemplo, en la Disposición adicional octava del Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de Junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, contempla la preferencia de las organizaciones no lucrativas para la adjudicación de contratos relativos a prestaciones de carácter social o asistencial.

3. CONCLUSIONES.

- 1ª Los Centros de Día suponen un potencial de creación de empleo, el que se incluyen personas con diferentes perfiles profesionales en el que se pueden incluir personas que se encuentran en situación de inserción sociolaboral.
- 2º Debido a su carácter social, los Centros de Día son propicios para la contratación de su gestión con iniciativas empresariales de Economía Social, Empresas de Inserción y asociaciones y fundaciones con fines sociales y sin ánimo de lucro.
- 3ª Tener en cuenta la importancia de los Centros de Día como lugar de encuentro e interrelación de personas de diferente edad, sexo, cualificación profesional, etc.
- 4ª Se puede interpretar como un ejemplo de experiencia de Desarrollo Local en un entorno urbano, ya que en muchos casos tanto los usuarios como el personal viven en el mismo barrio, distrito, etc., y en consecuencia se puede considerar como un factor de crecimiento socioeconómico de la zona.

Bibliografía

- Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid (2004): **Huecos de mercado y necesidades formativas para las personas atendidas en el centro de orientación sociolaboral de la Agencia Antidroga**. B.O.C.M.
- Caballol, J.M. (2002): **De la Exclusión al Empleo**. Asociación Rais, Madrid.
- Centro de Estudios Económicos de la Fundación Tomillo(2001): **Nuevos Yacimientos de Empleo en Madrid**. Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Centro de Estudios Económicos de la Fundación Tomillo (1996): **El Empleo en España y Europa, un análisis comparado por sectores**. Fundación Argentaria-Visor Distribuciones, Madrid.
- Centro de Estudios Económicos de la Fundación Tomillo (2000): **Empleo y trabajo voluntario en las ONG de acción social**. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Fundación Tomillo.
- Centro Integral de Formación y Empleo de Fundación Tomillo (2003): **Orientación Sociolaboral basada en Itinerarios**. Fundación Tomillo.
- Consejería de Trabajo y Promoción de Empleo del Principado de Asturias y Universidad de Oviedo (1996): **Aspectos Jurídico y Económico de las empresas de economía social**.
- Equipo Promocions (1996): **El empleo de los inempleables**. Ed. Popular, Madrid.
- Federación Española de Entidades de Empresas de Inserción (2003): **Identificación y diagnóstico integral de las empresas de inserción en España**. Editorial Popular, Madrid.
- Fundación Tomillo y Lorenzo Cachón (1998): **Nuevos Yacimientos de Empleo en España**. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- José María Alonso Seco y Bernardo Gonzalo González (1997): **La Asistencia Social y los Servicios Sociales en España**. BOE.
- López-Aranguren, Luis María (2002): **Las Empresas de Inserción: Un Marco de Aprendizaje para la Inserción Sociolaboral**. Colección Estudios. Consejo Económico y Social. Madrid.
- López Aranguren, Luis María (1997): **La inserción por lo económico: Experiencias de inserción laboral en la economía social**, Cáritas Españolas, Madrid.

Necesidades

de los mayores españoles

D. LUIS ÁLVAREZ RODRÍGUEZ
PRESIDENTE GRUPO MAYORES DE TELEFÓNICA
VICEPRESIDENTE DE CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES DE MAYORES(CEOMA)

A los mayores siempre nos agrada la oportunidad de exponer nuestras ideas, nuestros sentimientos y nuestras propuestas sobre los temas que nos afectan en la sociedad.

Antes de pasar a hablar de las necesidades de los mayores, presentaré en dos palabras las asociaciones que represento.

En cuanto a la Asociación Grupo de Mayores de Telefónica, integrada en CEOMA, reúne a 16.200 asociados en toda España. Tienen representación en todas las provincias mediante Grupos Provinciales. Está abierta a todos quienes han desarrollado su vida laboral en Telefónica o tienen vinculación con ellos. Sus fines son actividades lúdicas y culturales y proyectos sociales que redunden en beneficios y atención a los más mayores o con algún tipo de carencia física, psíquica o emocional. Publicamos una revista trimestral AL HABLA que nos une con sus contenidos y fotografías y tenemos la página web *grupomayorestelefonica.org*.

CEOMA es la Confederación Española de Organizaciones de Mayores. Reúne, y por tanto representa, a un total de 1.318 asociaciones, bien directamente o a través de federaciones, lo que nos lleva a un conjunto de cerca del millón de mayores. Su compromiso es ser portavoz de los mayores en la sociedad, en defensa de sus derechos y en la aportación de acciones y propuestas positivas. Divulga mediante circulares los temas en que actúa en concreto, edita un Boletín trimestral y tiene una página web *ceoma.org*.

Y pasando a nuestro tema de hoy, se me ocurre que la idea de “necesidad” va automáticamente ligada al concepto de “para qué”. Es decir qué problema se nos resuelve. Por ejemplo, si en un determinado momento necesitamos una medicina es para recuperar la salud; si necesitamos alimento es para saciar nuestro apetito, recuperar fuerzas. Necesitamos compañía porque nos pesa la soledad.

En resumen, sentimos una necesidad porque nos falta algo.

O dicho de otra forma: tenemos necesidades porque tenemos carencias.

Pero ¿por qué llegamos a tener carencias?

En ocasiones es por presiones o situaciones de nuestro entorno, del sitio y las condiciones en que vivimos, la temperatura, el clima, las exigencias de la sociedad...

Tanto el entorno como las actuaciones de otras personas sobre nosotros, son agentes externos que nos pueden quitar cosas o influir en la forma de disfrutar de otras, generando carencias.

Nuestra propia evolución personal puede también originar carencias. Nuestras condiciones físicas, la vista, el oído, alguna enfermedad...

Pero hay otro origen de carencias más preocupante. Las carencias más importantes y sentidas se dan cuando alguno de estos agentes provoca la privación de algún derecho.

Pero no caigamos en el tópico de que “es natural” que nos vayan apareciendo achaques con las consecuentes carencias por el simple avance de la edad.

El envejecimiento no es un problema, es una victoria conseguir vivir más años.

De hecho hay muchas de las necesidades que se suscitan en los mayores que, por desgracia, aparecen también en los más jóvenes; no son problema de la edad, aunque se presenten en mayor número de casos.

Contra el envejecimiento no se puede luchar, es el paso de los años. Contra lo que sí se puede y debe luchar es contra la degradación de nuestras facultades que puede acompañar a ese envejecimiento.

Es decir hay que luchar por la Calidad de Vida. Mantener la dignidad de la persona y de su forma de vida.

Y hablando ya de derechos, hagamos algún comentario genérico.

Los mayores tenemos los mismos derechos que cualquier ciudadano: a participar en la vida política y pública, a ser cuidados sanitariamente, a merecer la atención de servicios públicos, privados y financieros, a las nuevas tecnologías...

Sin discriminación de ningún tipo.

Y si hemos dicho que la falta de respeto a algunos de nuestros derechos puede

■ ■ ■ Necesidades de los mayores españoles

ocasionarnos carencias, equivale a decir que podemos tener necesidades, precisamente por no haberse respetado alguno de los derechos.

De ahí que el luchar por nuestros derechos es luchar por nuestra calidad de vida.

Un breve repaso a algunos artículos de la Constitución nos hacen ver derechos que pueden no ser respetados y estarán incidiendo directamente en nuestras necesidades y nuestra calidad de vida.

El artículo 9, en su punto 2 dice: *“Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”*.

El artículo 14 dice: *“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”*.

El artículo 41 expone: *“Los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”*.

En el 43 : 1. *Se compromete el derecho a la protección de la salud. 2 Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3 Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte.*

Artículo 49. *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadanos”*.

Artículo 50: *“Los poderes públicos garantizarán mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda y ocio”*.

Finalmente, el artículo 51 dice: *“Los poderes públicos promoverán la información*

de los consumidores y usuarios, fomentarán sus organizaciones y oirán a éstas en las cuestiones que puedan afectar a aquellos, en los términos que la ley establezca”.

La situación extrema de las carencias nos puede llevar a lo que llamamos Dependencia.

Los Mayores hablamos de los problemas de la dependencia en nuestro caso, en nuestra edad, en nuestras condiciones y situaciones. Pero no quiere decir que no sepamos y compartamos la preocupación y el interés por los temas de dependencia en otras edades y casos. Es la modestia de no querer saber de todo; de lo nuestro sí.

Si nos fijamos en la lista anterior, veremos que la dependencia es la situación en la que aparecen las carencias por no estar atendidos los casos que cubren y amparan esos derechos.

Por eso, los mayores hemos optado por no lamentarnos y proponer con la intención de colaborar en la solución, algo que sirva de base para una Ley que restituya esos derechos que no atendidos llevan a carencias que se traducen en dependencia.

Este documento es la conclusión del VI Congreso de Organizaciones de Mayores que se celebró en octubre del pasado año en Valladolid.

Hay muchas personas en situación de dependencia y no sólo mayores. El tema afecta a las condiciones físicas, psíquicas, del entorno familiar, de sus condiciones de vida en sus casas, de su alimentación, de su movilidad, en fin, un mundo complejísimo.

Y es admirable cómo hay personas en esa situación que no les convence hablar de “protección a la dependencia”; que prefieren hablar de “ayuda a la independencia”. Que marca su deseo, su necesidad, su derecho a vivir en condiciones de la máxima independencia posible.

Por la complejidad del tema, simplemente vamos a mencionar algunas consideraciones que nos ha parecido fundamental estén presentes y sean tenidas en cuenta en la futura y esperamos que próxima Ley.

- La dependencia es una situación a la que nadie sabemos si algún día llegaremos. Por consiguiente, individualmente, debemos ser previsores y tomar medidas para estar protegidos si llegamos a ser dependientes. Tiene su financiación, por esto, carácter de “seguro”, que deberá despertar la conciencia de participación económica de los ciudadanos.
- Es urgente la implantación del sistema. Después de un cierto tiempo de vida del

sistema (sea cualquiera que sea el método de financiación) existirá un fondo con que hacer frente a las dependencias que surjan. El problema mayor es el de implantación, en que habrá que dotar de un fondo inicial, con el que atender las dependencias ya existentes. Cuanto más se demore la implantación, mayores serán los compromisos iniciales.

- La financiación debe asegurar la sostenibilidad del sistema. Por consiguiente, dentro del criterio de urgencia en el nacimiento, debe ser ponderado, con punto de partida razonable, pero con compromisos de desarrollo en su crecimiento, de prestaciones y de personas atendidas.
- Proponemos una ley estatal de derecho subjetivo; nadie podrá quedar sin la atención debida. Las prestaciones a las que se tenga derecho se podrán exigir a través de los cauces legales que garanticen su efectividad.
- Es un tema en el que debe estar presente la solidaridad intergeneracional. La financiación debe tener este sentido; todos debemos contribuir y desear (como en cualquier tipo de seguro) que al final no precisemos de las prestaciones que se han establecido gracias a nuestro esfuerzo y aportación.
- La ley considera a las personas aplicando principios de universalidad, igualdad, equidad y solidaridad. El cauce de los ingresos debe tener presentes estos principios.
- Para que los ciudadanos tengan conciencia clara de su participación en la financiación del sistema, ésta debe tener carácter “finalista”. Este matiz puede ser atendido tanto por contribuciones a la Seguridad Social, como por impuestos vía IRPF.
- Para que cubra a todos, debe tener carácter “universal”. En cambio este matiz tiene limitaciones en la Seguridad Social.
- El sistema de financiación debe cubrir también el aspecto “igualdad”, desde su criterio estatal. Las Comunidades participarán en la aplicación de los modelos por su cercanía a quienes recibirán las prestaciones, pero sin olvidar la igualdad que marca el sistema.
- En el sistema se distinguirán tres tipos de prestaciones:
 - *Básicas.*- Responderán a unos requisitos de dependencia establecidos y a un grado de dependencia determinado y deberán ser gratuitas, por tanto financiadas totalmente por el sistema. Aunque la prestación podrá ser facilitada directamente por instituciones públicas o privadas concertadas, que cumplan condi-

ciones prefijadas.

- *Complementarias.*- Por no ser las esenciales para soportar la dependencia podrán ser de copago. La Comunidad Autónoma y el usuario harán frente al pago. Por tanto la financiación será parcial y compartida.
- *De alojamiento y manutención.*- A cargo de la persona dependiente. Cuando no disponga de medios económicos suficientes serán los familiares, obligados legalmente. Finalmente la responsabilidad última caería en la Administración Autonómica o Local.
- Indudablemente cuanto más rico sea el sistema más serán las prestaciones que será posible facilitar a cargo del sistema, pero se trata de tener un sistema, al menos mínimo, financiado plenamente y que sea capaz de atender las dependencias graves también plenamente.
- En el documento se expone donde facilitar esas prestaciones de que hemos hablado. En el domicilio, en centros de día o en residencias. El mayor es quien debe hacer la elección; el sistema debe aportar los recursos.
- Se propone la preparación de un Plan estratégico Estatal de Atención a la Dependencia, que concrete el Catálogo de prestaciones y servicios básicos, que irá ampliándose en sucesivos planes cuatrienales.
- El conjunto de instalaciones y entidades prestadoras de servicios constituirá una Red de responsabilidad pública; aunque se podrán hacer concesiones de gestión privada y concertar planes y servicios. La eficaz administración de la protección a la dependencia aconseja una estrecha cooperación entre la iniciativa pública y la privada.
- En ese sentido, los usuarios podrán suscribir seguros con entidades, mutualidades y aseguradoras privadas acreditadas para la cobertura de las prestaciones complementarias y de alojamiento y manutención.
- Las cantidades invertidas para cubrir dichas contingencias por los ciudadanos previsores deberán gozar de desgravaciones fiscales estatales y autonómicas.

Los criterios de atención que se exponen en el documento tienen una incidencia grave en los costes y, por tanto, en las posibilidades de financiación y en el ritmo de implantación del sistema. Un esquema muy resumido de estos criterios es:

- Atención a la persona dependiente en su domicilio.

■ ■ ■ Necesidades de los mayores españoles

- Cuidadores familiares con las ayudas económicas, fiscales, etc que permitan realizar su labor sin problemas familiares.
- Cuidadores profesionales que aportan las ayudas que procedan a la persona dependiente en su domicilio
- Cuando no puede ser en el domicilio, en el entorno más próximo. Núcleos de atención de Barriada, Centros de Día.
- Paso final a Residencias, en los casos de atención final a la dependencia.

Quiero recordar la presencia en esta ley del concepto de “Prevención”. Las acciones que en este sentido se aborden permitirán, si no hacer desaparecer la dependencia, sí disminuir el número de afectados y retardar la aparición de la misma. Y esta primera inversión en prevención representará un ahorro a la hora de valorar los recursos precisos para la dependencia.

En el documento, para la **valoración de la dependencia** y las decisiones de atención, se habla de distintos métodos de valoración. Creemos que disponer de un método único generalizado permitirá mejores resultados para las homologaciones. Quizás sea el momento de aproximar la Clasificación Internacional para el Funcionamiento, la salud y la discapacidad (CIF), pasando de la discapacidad a la dependencia.

La valoración integral permitirá disponer de Planes de Actuación personales para la atención y el seguimiento de la evolución de la persona.

Finalmente, por su incidencia en la valoración económica global del sistema, se debe valorar la **creación de puestos de trabajo** que la gama de prestaciones y servicios y la forma de hacerlos llegar a las personas dependientes puede representar. La existencia de determinados servicios prestados en el domicilio de la persona afectada incidirán en los costes y en la necesidad de financiación, pero las consecuencias económicas vendrán matizadas por los puestos de trabajo que esa actuación cree.

Y ¿qué papel juegan las asociaciones respecto a los mayores en este tema? Simplificando, dos aspectos. El primero el que representa la preparación del repetido documento, elaborado con la participación de mayores de distintas asociaciones, respaldados por expertos sobre los diferentes matices del tema. El segundo tiene sentido práctico. A veces es difícil o complejo que las soluciones existentes sean conocidas en todos sus aspectos y posibilidades por las personas. Las Asociaciones de Mayores tienen la responsabilidad de conocer el sistema, su financiación, sus servicios y prestaciones, cómo acceder a ellas... y ayudar a sus asociados a relacionarse con el sistema con la mayor eficacia. Esta actuación permitirá estar al tanto de la evolución, de

la calidad de las atenciones y, por consiguiente, de las modificaciones que sea preciso gestionar.

Permítanme un comentario de lenguaje. Indudablemente la forma de hablar de las cosas y situaciones influye en las personas que reciben los mensajes. Hablamos de servicios sanitarios y de servicios sociales, o sociosanitarios. Si habláramos en forma más general de "salud", todas las acciones irían encaminadas a cuidar, a mejorar la salud, entendiendo por tal no la simple carencia de enfermedad sino nuestro estado global.

Las Asociaciones de Mayores deseamos dejar constancia de nuestro espíritu de trabajo y colaboración en este, como en otros muchos temas, no solo por lo que pudiera parecer egoísmo de nuestro interés, sino por lo que representa de aportación a la mejora de la sociedad en su camino hacia una sociedad para todos. Los mayores en nuestros planteamientos y propuestas sabemos que habrá cosas que no consigamos para nosotros, sino para las generaciones que nos sigan. Pero eso forma parte de nuestro papel y nuestra satisfacción. Muchas gracias.

El envejecimiento de la población Española sigue aumentando de forma progresi-

Envejecimiento y Dependencia



cartera de servicios

D. JUAN MANUEL MARTÍNEZ GÓMEZ
DIRECTOR NACIONAL DE EULEN SERVICIOS SANITARIOS, S.A.

va. Ello es debido a dos motivos fundamentales, la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. El índice de natalidad, aunque es verdad que ha aumentado en los últimos años, sigue encontrándose entre los más bajos de Europa, 1,23 hijos por mujer. Es de esperar que España tome medidas como otros países europeos, que hagan que nuestra natalidad aumente y se acerque, a los 2,1 hijos necesarios por mujer, para renovar las generaciones.

Por otro lado, hablábamos de la esperanza de vida y en este sentido, también tenemos que decir, que España se encuentra entre los países con una esperanza de vida media al nacer más alta de Europa, 78,9 años, correspondiendo 82,9 a las mujeres y 75,6 a los hombres. También es verdad, que según los últimos estudios que se están realizando al respecto, es muy posible que esta esperanza de vida media suba para el año 2030 a 83 años.

La mejora de la sanidad, de las condiciones de vida y la caída de los índices de natalidad, hace que según el estudio realizado por Naciones Unidas, "Population Aging 2002", por la Unión Europea (25 países), en el ya mencionado año 2030, prevea, la existencia de 110 millones de personas por encima de los 65 años, y 280 millones en edad laboral, lo que hará que el índice de dependencia aumente.

El último informe publicado por EUROSTAT 2004, dice que cuatro de cada diez europeos entre 55 y 64 años trabaja, existiendo unos objetivos fijados por el Consejo de Europa en Estocolmo en marzo de 2001, de intentar que para el 2010, el 50% de la población entre 55 y 64 años esté empleada.

Esta situación nos tiene que hacer reflexionar sobre la influencia que las prejubilaciones y su impacto en la empresa y en el sistema de pensiones puede tener, ya que la tasa de actividad de los mayores de 55 años, es cada vez más pequeña, produciendo en nuestro sistema de protección social, un creciente desequilibrio entre contribuyentes y beneficiarios, peligrando de esa manera su financiación.

Otro factor importante en el envejecimiento de la población española, es el enve-

jecimiento del envejecimiento, que consiste en el gran aumento de los mayores de 75 años, que ya representan, según datos de la revisión del padrón 2002 del Instituto Nacional de Estadística, el 7,56% de la población total y el 44,14% de los mayores de 65 años. Hay que destacar algunas comunidades como Aragón, Asturias, Castilla León y Galicia, con un envejecimiento superior al 21% y otras comunidades como Cataluña y Andalucía, que superan cada una de ellas, más de un millón cien mil personas, los 65 años.

Otro dato importante a considerar, en el envejecimiento de la población Española, es que a partir del año 2013, empiezan a formar parte de este grupo de población, las generaciones que nacieron en el baby boom español, que como sabemos, tuvo lugar diez años después que en Europa, por lo que, aumentará considerablemente los mayores de 65 años.

La dependencia que es definida por el Consejo de Europa, como “estado en que se encuentran las personas que por razones de falta de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante, para realizar las actividades de la vida cotidiana”, puede afectar según diferentes estudios realizados al respecto, a un 26% de la población mayor de 65 años, que en cifras absolutas, rondaría 1.900.000 personas, según datos de la encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del Instituto Nacional de Estadística.

Es importante también decir, que en la dependencia debemos considerar diferentes grados y que lógicamente, estos grados o niveles van a definir nuestra situación de necesidad de ayuda para realizar una, varias o todas las actividades básica o instrumentales de la vida diaria.

Por ello, en este estudio hemos diferenciado tres grados de dependencia: **LEVE, MODERADA Y GRAVE**. Para clasificar estos grados, hemos utilizado cuatro escalas de valoración, que son “Barthel”, “Katz” “Lawton” y “Cruz Roja”. Obviamente, hemos establecido un arco en la aplicación de las mismas, que pueda delimitar esta situación de dependencia. Nuestra propuesta es la siguiente:

DEPENDENCIA LEVE

- Barthel 85-95 puntos
- ECR física 1-2/5
- Katz A, B, C
- Lawton menos del 75% actividades que previamente realizaba
- Limitación para uso escaleras
- Supervisión para la marcha
- Camina solo o con ayuda de instrumentos

- Limitación en desplazamientos largos
- Supervisión en transferencia (cama-silla, silla-silla)
- Incontinencia urinaria ocasional (<1 episodio a la semana)
- Independiente autopulsado en silla de ruedas

DEPENDENCIA MODERADA

- ECR física 3/5
- Barthel 60-80 puntos
- Katz: D,E
- Lawton más del 75% actividades que previamente realizaba
- Ayuda o dependiente en transferencias
- Camina con ayuda de una persona
- Incontinencia urinaria o fecal persistente
- Dependencia en movilidad de miembros superiores
- Autopulsamiento silla de ruedas, con limitación en vestido, aseo

DEPENDENCIA GRAVE

- ECR física: 4-5/5
- Barthel 0-55 puntos
- Katz: F,G
- Camina con ayuda de dos personas o no camina
- No mantiene sedestación
- Vida cama - sillón

La aplicación de estas escalas, en los tres grados de dependencia, nos presenta un escenario que con las correcciones necesarias y valoraciones continuadas pertinentes, podrían darnos el porcentaje siguiente:

• Mayores con Dependencia	26%	> 65 años	1.909.221
• Dependencia Leve	49%		935.518
• Dependencia Moderada	31%		591.859
• Dependencia Grave	20%		381.844

La cartera de servicios que se puede ofrecer en función de la situación de dependencia, se podría clasificar en dos categorías:

- **Servicios preventivos:**
 - Adaptaciones de vivienda
 - Teleasistencia
 - Apartamentos con servicios

• **Servicios asistenciales:**

- Ayuda a domicilio
- Centros de Día
- Residencias

Dentro de la cartera de servicios correspondiente a la ayuda a domicilio, vamos a jugar con dos aspectos, que son el tipo de ayuda y la intensidad de la misma. En lo que respecta al tipo de ayuda, contemplamos la ayuda en el hogar, la ayuda personal y la ayuda de hogar y personal. Además, también vamos a contemplar la ayuda sanitaria de enfermería y de fisioterapia. Respecto a la intensidad, se propone desde un mínimo de 3 horas a la semana a un máximo de 15 horas, en lo que respecta a ayuda social y entre una y dos horas a la semana, para los cuidados de enfermería y fisioterapia.

Otro recurso asistencial importantísimo, objeto de estas jornadas son los Centros de Día, en los que distinguimos dos tipos de centros: los destinados para personas dependientes físicas y demencias leves y otros para demencias tipo Alzheimer. En este sentido, se plantea el acudir al centro desde 3 a 5 días a la semana.

Por último, tenemos el recurso residencial, destinado obviamente, a personas dependientes moderadas y graves, o sea que hablamos de residencias asistidas y/o centros sociosanitarios. El planteamiento hecho en el trabajo para este tipo de recursos, se basa en tres ofertas, estancias temporales, estancias fijas y estancias sociosanitarias. La propuesta de atención de dichos recursos, sería de 3 meses para el caso de estancias temporales, indefinida para estancias fijas y 6 meses en centros sociosanitarios, cuando sea necesaria todavía la recuperación o completar el tratamiento medico-sanitarios de pacientes mayores.

Las bases económicas manejadas en la elaboración de este estudio, se hacen en euros 2004, teniendo en cuenta los convenios colectivos en vigor por los diferentes servicios y el precio del dinero en los recursos con inversión (centros y residencias) según los intereses contemplados por los fondos de inversión inmobiliaria (8%), más un beneficio industrial que cubre los costes de estructura y un pequeño margen de beneficios.

Con estas premisas el planteamiento presupuestario de este estudio se hará en los siguientes supuestos:

- Teleasistencia sin unidad móvil
- Centro de atención con 5.000 usuarios y 20 €/mes
- Ayuda a domicilio

■ ■ ■ Envejecimiento y dependencia carpeta de servicios

• Ayuda hogar	14 €/hora
• Ayuda personal	15 €/hora
• Ayuda de enfermería	21 €/hora
• Ayuda hogar y personal	15 €/hora
• Ayuda fisioterapia	21 €/hora
• Centros de Día (transporte adaptado)	
• Centro de físicos y dependencias leves	36 €/día
• Centro Alzheimer	40 €/día
• Residencias	
• Estancias temporales	69 €/día
• Estancias fijas asistidas	66 €/día
• Plazas sociosanitarias	91 €/día

La cartera de servicios que se ofrece en el presente trabajo, se hace con un criterio, que diferencia los servicios preventivos de los asistenciales, proponiendo un porcentaje a cubrir, según los grados de dependencia y una intensidad según los distintos servicios.

La Dependencia Leve

Afecta a un número aproximado de 935.518 personas mayores de 65 años, que cumplirán los requisitos establecidos anteriormente. Este trabajo propone dar el servicio de teleasistencia al 100% de los dependientes leves, el servicio de ayuda a domicilio, al 10% y Centros de Día a un 2% de dicha población. El presupuesto anual sería de 460.426.188 € y la creación de empleo de 13.199 puestos de trabajo.

La Dependencia Moderada

Afecta a un número aproximado de 591.850 personas mayores de 65 años, que cumplirán los requisitos establecidos anteriormente. Se propone en dicho estudio, dar el servicio de teleasistencia al 70% de los dependientes moderados, el servicio de ayuda a domicilio al 55%, Centros de Día a un 15% y residencias al 30% de dicha población. El presupuesto anual sería de 5.198.281.888 € y la creación de empleo de 198.809 puestos de trabajo. Como se ve, esta propuesta ofrece el 100% de servicios asistenciales a la población mayor de 65 años con dependencia moderada y un 70% de servicios preventivos.

La Dependencia Grave

Afecta a un número aproximado de 381.844 personas mayores de 65 años, que cumplirán los requisitos establecidos anteriormente. Se propone en dicho estudio, dar el servicio de teleasistencia al 20% de los dependientes graves, el servicio de ayuda a

domicilio al 55%, Centros de Día a un 2% y residencias a 43% de dicha población. El presupuesto anual sería de 3.478.611.203 € y la creación de empleo de 125.623 puestos de trabajo. Como se ve, esta propuesta también ofrece el 100% de servicios asistenciales a la población mayor de 65 años con dependencia grave y un 20% de servicios preventivos.

Este planteamiento, permitiría ofrecer una atención total a la dependencia moderada y grave y unos servicios preventivos, facilitados a través de la teleasistencia al 100% de la dependencia leve, al 70% de la dependencia moderada y al 20% de la dependencia grave.

En resumen, el presupuesto que habría que destinar anualmente, se aproximaría a 9.137.319.279 €, que representa aproximadamente el 1,3% del producto interior bruto. El empleo que se generaría sería alrededor de 337.632 jornadas completas, que podrían equivaler a 441.241 puestos de trabajo, teniendo en cuenta, aquellos puestos de trabajo que se podrían ofrecer a media jornada. Por otro lado, esta generación de empleo, haría que entraran en las arcas del Estado, como consecuencia de la misma y en concepto de seguridad social, aproximadamente 1.339,2 millones de euros, en concepto de IVA, 597,8 millones de euros y en aportaciones de los usuarios que recibirían este servicio, alrededor de los 427,5 millones de euros. Si partiéramos de una situación, que todo el empleo generado saliera del desempleo, podría disminuir el presupuesto destinado al mismo, en 1.254,4 millones de euros, con lo que, revertiría a la Administración Central un total de 3.619 millones de euros, como consecuencia de la puesta en marcha de estos servicios. Por ello, el presupuesto destinado a este fin, quedaría reducido al 60,4% del presupuesto inicial, que ascendería a un valor global de 5.518,2 millones de euros, cifra que ronda el 0,9% del PIB.

Para la elaboración de este trabajo, se ha diseñado una hoja de cálculo, donde se han tenido en cuenta, todas las posibles variaciones que quieran plantear, en cuanto a número de personas atendidas, intensidad de los diferentes servicios, inversiones necesarias, perfiles profesionales, convenios colectivos, etc., pudiéndose obtener una respuesta inmediata del presupuesto necesario para hacerlo y de los puestos de trabajo creados en función de la cartera de servicios que se quieran ofrecer.

Mejorando la salud

y la autonomía a lo largo de la vida:

El envejecimiento activo como una realidad

ALAN WALKER
CATEDRÁTICO DE POLÍTICA SOCIAL
UNIVERSIDAD DE SHEFFIELD
GRAN BRETAÑA

INTRODUCCIÓN

Este tema se centra en las políticas que son necesarias para hacer del envejecimiento activo una realidad. En ella se adopta una perspectiva europea, ya que la mayor parte de las cuestiones relacionadas con el envejecimiento de la población, son comunes a todos nuestros países, y porque la Unión Europea (UE) tiene una función clave que desempeñar tanto en el desarrollo de una estrategia para el envejecimiento activo, como en el intercambio de experiencias y conocimientos entre los Estados Miembros. No obstante, para poder aplicar los principios del envejecimiento activo en distintos países de la UE, es necesario primero definirlo y convenir cuales son sus principios centrales. Por ello, en esta presentación se propone tanto una definición de lo que debe entenderse por 'envejecimiento activo' en un contexto europeo, como a continuación, la estrategia con la que podría llevarse a la práctica. También se utiliza la experiencia reciente habida en el Reino Unido para ilustrar el potencial de la cooperación entre la atención sanitaria y la asistencia social. En primer lugar, sin embargo, responderemos a la pregunta de por qué el concepto de envejecimiento activo es esencial para crear un contexto en el que pueda prosperar la atención integrada.

EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y LA ATENCIÓN INTEGRADA

Es bien sabido que Europa está envejeciendo, y que con Japón, tiene la población más envejecida del mundo. Lamentablemente, lo que debería considerarse como un notable logro de la civilización europea, se torna con demasiada frecuencia en una inquietante amenaza. Por ejemplo, se afirma que los sistemas sanitario y social europeos, no serán capaces de soportar la 'carga' del creciente número de ancianos frágiles. Las falsas premisas en las que descansa este argumento son; primero, que hay una conexión simple entre el envejecimiento de la población y el gasto en atención sanitaria y asistencia social, cuando la demografía es un elemento secundario por detrás del uso de la tecnología, el coste de los inputs sanitarios y el uso de las instituciones (Jacobzone, 1999). En segundo lugar, se aduce que más ancianos significa más discapacidad, cuando los datos científicos apuntan en otra dirección. De hecho, lo que

está sucediendo es que aunque la esperanza de vida está aumentando, también lo está haciendo la esperanza de vida sin discapacidad (Manton, et al. 1982). Como Robine (2003) ha mostrado, la caída de la mortalidad entre las personas de edad muy avanzada en las décadas de 1980 y 1990 estuvo acompañada de un aumento en la incidencia de las enfermedades crónicas, aunque dichas afecciones fueron por término medio menos graves, y dieron con menor frecuencia, niveles graves de discapacidad.

Las implicaciones de esta evolución demográfica son enormes, y la refutación de los supuestos negativos en torno al envejecimiento no es la menor de ellas. Esta evolución sugiere una tendencia, que la política social puede apoyar y alentar. En especial, apunta a la posibilidad de prevenir algunas de las afecciones discapacitadoras, que están asociadas a la edad avanzada y que pueden dar lugar a la necesidad de prestar servicios de atención sanitaria y asistencia social. La incidencia de las enfermedades crónicas aumenta con la edad (Deeg , et al, 1998, 2000) y en todos los grupos de edad, son más las mujeres que los varones, las que padecen dichas enfermedades.

Las afecciones que causan mayor impacto en la vida diaria de los ancianos – los llamados 'gigantes de la geriatría' – son las que afectan a la función mental, a la movilidad, la estabilidad, la visión , la audición, y la continencia. Las limitaciones de movilidad son especialmente frecuentes en la vejez. Las causas de morbilidad en la vejez – enfermedades cardiovasculares, derrame cerebral, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, afecciones musculoesqueléticas, afecciones relacionadas con la salud mental, y pérdida de percepción sensorial – no son enfermedades contagiosas. El hecho es sencillamente, que el riesgo de contraer enfermedades no contagiosas aumenta con la edad, y – factores genéticos aparte – se ha constatado, que los factores de riesgo en los adultos – consumo de tabaco, falta de actividad física, dieta inadecuada, etc. – aumentan la probabilidad de contraer dichas enfermedades en la vejez (punto al que volveré más adelante).

Lamentablemente sin embargo, los sistemas de atención sanitaria de Europa y de otros países desarrollados no están orientados en absoluto a la prevención de esas afecciones. Por el contrario, como sostiene Jacobzone (1999), siguen basados en el paradigma pasteuriano de centrar los riesgos en las enfermedades infecciosas, y en un modelo médico curativo. Ello supone, que en relación con la vejez, el énfasis del personal y del gasto, recae en intentar mediante el uso de tecnologías sanitarias, comprar calidad de vida o incluso prolongar la vida, en lugar de intentar prevenir la morbilidad a edades menos avanzadas. Naturalmente, hay cierta actividad preventiva en la sanidad pública, pero solamente supone a una mínima parte, del gasto en medicina curativa. (En Italia, por ejemplo, casi dos tercios de gasto sanitario total se dedican a la atención de pacientes ingresados y a la compra de productos farmacéuticos.) Esto nos recuerda la importancia determinante de la tecnología y la función del I+D. Las inver-

siones en I+D sanitario se centran principalmente, más en buscar tratamientos nuevos (y más costosos), que en la prevención de las afecciones crónicas. Éste es uno de los grandes desafíos que afrontan los sistemas sanitarios en el presente siglo.

En cuanto a los Servicios Sociales, también operan con un paradigma muy estrecho, el cual se centra más en el cuidado y la atención, que en la prevención y la rehabilitación. En efecto, la asistencia social, en la práctica, se preocupa principalmente de la supervivencia del día a día, en lugar de asegurar que los ancianos se integren en la comunidad en la que residen (Harding, 1999). De hecho, pueden crear o intensificar fuertes lazos de dependencia, en lugar de promover la independencia. Por ejemplo, los servicios sociales frecuentemente se caracterizan por aplicar una discriminación por la edad que favorece el trabajo con los niños, en detrimento del trabajo con los mayores. A menudo se opera con un supuesto inherente de dependencia creciente a lo largo de la "carrera" asistencial: atención domiciliaria, Centro de Día, residencia. La institución residencial actúa como símbolo de la dependencia de los ancianos (Townsend, 1986). Hay además, una extendida tendencia; primero, a racionar los recursos de atención social para reservarlos a las personas más gravemente discapacitadas, y en segundo lugar, a sustituir los cuidados familiares (en lugar de apoyarlos). Por último, el modo en que se presta la asistencia suele tender a restar autonomía a quien la recibe: es algo que se hace al anciano, en lugar de con él y sus cuidadores.

En buena medida, la respuesta a este desafío es una política de envejecimiento activo dirigida a prevenir las afecciones crónicas y la discapacidad. Esa política es esencial para hacer posible la atención integrada, porque en la actualidad, los sistemas sanitarios y asistenciales de los Estados Miembros de la UE están dominados por un modelo curativo en el ámbito sanitario, y en un modelo de dependencia en el ámbito social, y en ambos casos, el gasto se dirige principalmente a las instituciones. En este contexto, la atención integrada tiene pocas posibilidades de prosperar. No obstante, si el contexto puede cambiarse por otro que haga hincapié en la prevención y en el mantenimiento de la autonomía y la independencia (dos objetivos muy valorados por los ancianos (Walker 2005)), el margen para una atención integrada será mayor. Es evidente la necesidad de un paquete integrado por asistencia y apoyo, si se pretende conseguir que los ancianos mantengan su independencia. Que incluya a la familia, la comunidad y a los servicios especializados de atención sanitaria y asistencia social. Es igualmente obvio que la estrategia necesaria para lograrlo, ha de extenderse mucho más allá de las políticas y las prácticas de atención sanitaria y la asistencia social. En efecto, el significado del envejecimiento activo, tanto como el de la atención integrada, ha de englobar a todos los recursos que sean pertinentes para el bienestar de los ancianos y la prevención de sus afecciones crónicas. En la práctica, por tanto, ambos han de centrarse en el curso entero de la vida del usuario.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Se ha subrayado el papel esencial una atención integrada para lograr el envejecimiento activo, pero ¿qué significa 'envejecimiento activo'? El concepto es relativamente nuevo en Europa, y sólo se ha generalizado su utilización en los últimos cinco años (en gran medida debido al esfuerzo de la OMS). Su trayectoria en los EE.UU. es mucho más larga, y puede retrotraerse hasta principios de la década de 1960, cuando se sostenía que la clave del 'envejecimiento satisfactorio' ('*successful ageing*') (Pfeiffer, 1974; Rowe y Kahn, 1987) era mantener en la vejez las pautas de actividad y los valores típicos de la edad madura (Havighurst, 1954, 1963; Havighurst y Albrecht, 1953). Dicho de otro modo; el envejecimiento satisfactorio debía lograrse negando el advenimiento de la vejez, sustituyendo las actividades y funciones de la edad madura por otras nuevas, con el fin de mantener la actividad y la satisfacción vital. Esta teoría del envejecimiento se veía en parte, como una respuesta a teoría influyente entonces, "la jubilación" ('*disengagement*'), que veía a la vejez, como un período inevitable de pérdida de funciones y relaciones personales. (Cumming y Henry, 1961).

Los teóricos de la Actividad, reconocían que aquélla era una representación descorazonadora de la vejez (y empíricamente errónea). Pero, y eso es lo importante para el presente debate, el enfoque de los teóricos de la Actividad se consideraba demasiado idealista y basado en pautas norteamericanas. Imponía a las personas que envejecían, la poco realista expectativa de mantener los niveles de actividad que tenían en la edad madura. Se señalaba, que al intentar hacerlo, muchos ancianos debían enfrentarse a limitaciones biológicas, y a lo que tal vez era más importante; que las estructuras económicas, políticas y sociales de la comunidad, en ocasiones, desalentaban e impedían a los ancianos mantener su actividad (el ejemplo más claro era la jubilación (Walker, 1980)). También se criticaba la teoría de la actividad porque hacía generalizaciones sobre el proceso de envejecimiento y homogeneizaba a los ancianos. Con todo, el vínculo empírico entre la actividad y el bienestar en la vejez que fue establecido por esa escuela, permanece vigente en la actualidad.

Del envejecimiento productivo al envejecimiento activo

En la década de 1980, el concepto reapareció en los EE.UU. con el membrete de 'envejecimiento productivo'. Su resurgimiento obedecía a diversos fenómenos socio-políticos. Los investigadores habían empezado a desplazar el foco del estudio del envejecimiento, desde la propia vejez, hacia el proceso de desarrollo humano a lo largo de la vida. Esa atención al curso de la vida, obedecía al hecho de que se había comprendido que la edad cronológica no es un buen predictor de la capacidad física y mental. Un grupo significativo de ciudadanos estadounidenses de edad avanzada, estaba dejando claro que quería algo más que ocio y obligaciones familiares después de la jubilación, y el 'envejecimiento productivo' se convirtió en el grito de batalla de los

defensores de los mayores y de quienes buscaban un enfoque más positivo del envejecimiento (Bass, Caro y Chen, 1993). Estos cambios estaban en estrecha sintonía con la creciente preocupación de los responsables políticos por el coste de las pensiones y la atención sanitaria a una población cada vez más envejecida, y con el firme propósito de prolongar la productividad. Fue así como la cuestión del envejecimiento activo se planteó en la Cumbre del G8, celebrada en Denver en junio de 1997, donde los delegados debatieron modos de eliminar los inconvenientes a la permanencia en el mundo laboral, y la promoción del trabajo a tiempo parcial. Desde entonces, éste ha sido uno de los rasgos característicos de las propuestas de política social de la UE y la OCDE.

La mayor parte de las variantes del concepto de envejecimiento productivo se centran exclusivamente en la producción de bienes y servicios, y por ello tienden a ser instrumentales y a estar basadas en una perspectiva economicista. Por ejemplo, 'productividad' significa 'actividades que producen bienes y servicios, que si no fueran producidos, sería necesario adquirirlos a cambio de dinero' (Morgan, 1986). O de modo más general, 'el envejecimiento productivo es cualquier actividad desarrollada por una persona de edad avanzada que produce bienes o servicios, o que desarrolla la capacidad de producirlos, tanto si dichos bienes o servicios son remunerados como si no lo son' (Bass, Caro y Chen, 1993, p. 6).

Un concepto de 'envejecimiento activo' moderno

En la década de 1990 comenzó a surgir bajo la influencia de la OMS, un nuevo concepto de envejecimiento activo, que como era de esperar, hacía hincapié en la conexión vital entre la actividad, la salud (Butler, Oberlink y Schechter, 1990, p. 201) y la importancia del envejecimiento saludable (OMS, 1994; véase también OMS, 2001a). Dada su vinculación con la salud y el contexto europeo en el que se desarrolló, este enfoque del envejecimiento activo se ha centrado en una gama de actividades más amplia que las normalmente asociadas a la producción y al mercado laboral, y ha puesto de relieve la salud, la participación y la inclusión social de los ancianos como ciudadanos plenos (véase, por ejemplo, Walker 1993, 1994). La idea que subyace a este nuevo enfoque está perfectamente expresada en la siguiente máxima de la OMS: 'Hemos añadido años a la vida, ahora tenemos que añadir vida a los años'. Esta perspectiva sugiere la necesidad de una estrategia general de estilo de vida, para la conservación de la salud física y mental de las personas a medida que envejecen, en lugar de intentar simplemente hacerlos trabajar más tiempo. Así pues, lo esencial del nuevo concepto, del envejecimiento activo, recoge el núcleo de la idea del envejecimiento productivo, pero con un fuerte énfasis en la calidad de la vida y el bienestar mental y físico (Comisión Europea, 1999, Gabinete del Consejo de Ministros del Reino Unido, 2000). La OMS (2001a), por ejemplo, entiende el envejecimiento activo desde el punto de vista de la salud, la independencia y la productividad de los ancianos.

Los principios del envejecimiento activo

En el momento presente, para el envejecimiento activo, no se ha forjado todavía, una estrategia coherente y en ocasiones es sólo una consigna utilizada para englobar todo lo que parece caber en ella. Con demasiada frecuencia está centrada simplemente en el empleo. Con todo, es posible perfilar siete principios clave que deberían enmarcarse en el concepto, si se quiere que éste desempeñe un papel activo, en la unificación de todos los dominios de actuación política, necesarios para responder con éxito a los retos del envejecimiento de la población y hacer posible la atención integrada.

En primer lugar, la 'actividad' debe consistir en todos los quehaceres significativos que contribuyan al bienestar del interesado, de su familia, de la comunidad en la que vive o del conjunto de la sociedad, y no debe estar limitada exclusivamente al empleo o la actividad productiva remunerada. Ello no supone, de ningún modo, menospreciar la importancia del empleo, que sigue siendo el principal método de inclusión, pero es importante reconocer que la actividad es algo más que el trabajo remunerado.

En segundo lugar, el envejecimiento activo ha de englobar a todos los ancianos, incluidos aquellos, que en alguna medida, sean frágiles y dependientes. Ello es así, por el peligro de centrarse sólo en los 'viejos-jóvenes', excluyendo a los 'viejos-viejos', y porque la vinculación entre la actividad y la salud (incluidos los estímulos mentales) sigue estando vigente en la vejez avanzada (OMS, 2001b).

En tercer lugar, debe ser en principio un concepto preventivo. Esto supone involucrar a todos los grupos de edad en el proceso de envejecimiento activo, a lo largo del curso entero de la vida. Ello no significa que haya que dar por perdidas a las generaciones de edad más avanzada, ya que seguirá siendo necesario aplicar medidas correctoras en los años venideros, pero el centro de atención principal debe ser la prevención de la enfermedad, la discapacidad, la dependencia, la pérdida de habilidades, etc.

En cuarto lugar, el mantenimiento de la solidaridad intergeneracional, es un rasgo importante del moderno enfoque del envejecimiento activo. Supone el mantenimiento de la equidad entre las generaciones y también la oportunidad de desarrollar actividades que abarquen varias generaciones. El envejecimiento activo es intergeneracional: tiene que ver con el futuro de todos nosotros, y no sólo con los ancianos. Todos nos jugamos algo en este empeño, porque todos queremos vivir una vida larga y sana.

En quinto lugar, el concepto debe incorporar tanto a derechos como a obligaciones. De ese modo, los derechos a la protección social, la educación a lo largo de toda la vida, etc. pueden ir acompañados de las obligaciones de aprovechar las oportunidades de educación y formación, lo que le dará la oportunidad de permanecer activo con

otras ocupaciones. El envejecimiento activo no debe ser una pobre excusa para cercenar derechos, pero debe poner de relieve las obligaciones que acarrear esos derechos. Por supuesto, existe el riesgo de que la estrategia de envejecimiento activo sea coercitiva, y siempre será difícil para los responsables políticos encontrar el equilibrio justo entre los derechos y las obligaciones.

En sexto lugar, una estrategia de envejecimiento activo debe ser participativa y capacitadora. Dicho de otro modo, tiene que haber una combinación entre una actuación política 'de arriba abajo', que por un lado, posibilite y motive la actividad, y por otro, de oportunidades para que los ciudadanos participen actuando 'de abajo arriba'. Por ejemplo; aportando ideas sobre otras formas de actividad. Esto es especialmente importante en lo que respecta a los ancianos, ya que están en cierta medida, excluidos socialmente. (Scharf, et al, 2004).

En séptimo lugar, el envejecimiento activo tiene que respetar la diversidad nacional y cultural. Por ejemplo, hay diferencias en las formas de participación entre el norte y el sur de Europa, y por ello los juicios de valor sobre qué tipo de actividad es 'la mejor' tenderán a ser problemáticos (Comisión Europea, 2000).

Estos principios sugieren que una estrategia moderna y eficaz para el envejecimiento activo, estará basada en la cooperación entre el ciudadano y la sociedad. En esa cooperación, la función del Estado es capacitar, facilitar y motivar a los ciudadanos, y cuando sea necesario, proporcionar una protección social de alta calidad durante tanto tiempo como sea posible. Para ello serán necesarias estrategias individuales y sociales interrelacionadas, de las que me ocuparé a continuación.

UNA ESTRATEGIA PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Pese al alto perfil político del problema del envejecimiento de la población y el creciente interés por aplicar políticas más activas, la principal respuesta política hasta el momento ha tenido un carácter un tanto pasivo y se ha centrado casi exclusivamente en el mercado laboral, haciendo hincapié en los costes laborales a corto plazo, como por ejemplo, la supresión de las prejubilaciones (Walker, 1999). Aunque hay pruebas claras, de que la política pública puede tener un impacto significativo en los comportamientos sociales. Por ejemplo, en el mercado laboral – sólo una minoría de los países aplican medidas proactivas en este campo. Y aquellos que lo hacen, tienden a centrarse primordialmente en la actividad económica. Ha llegado el momento de una estrategia nueva y concertada en materia de envejecimiento activo que se centre en todo el curso de la vida y abarque una amplia variedad de políticas interrelacionadas.

Esa estrategia debe reflejar los principios establecidos en la sección precedente, y ser completa, preventiva y participativa. Tiene que equilibrar derechos y obligaciones.

Ha de ser, por tanto, una estrategia multidimensional que opere tanto en el nivel individual como en el social, pero de un modo integrado. En lo que respecta a los individuos, tienen la obligación de aprovechar las oportunidades de aprendizaje a lo largo de toda la vida, formación continua, y de promover su salud y bienestar a lo largo del curso de su vida. En cuanto a la sociedad, el desafío político es reconocer el hilo que vincula a todas las áreas de actuación política involucradas: empleo, sanidad, protección social, inclusión social, transporte, educación, etc. Una estrategia de envejecimiento activo requiere que todas ellas 'formen equipo' y se apoyen entre sí. El peligro de que este tipo de estrategia tome un carácter coercitivo (Moody, 1993) puede evitarse si la política asume una función capacitadora y facilitadora, y es sensible a las diferencias de edad, género, raza, cultura y otras. Una estrategia de envejecimiento activo no debe tener edad, lo que significa que debe abarcar la totalidad del curso de la vida. Esto no es negar la realidad del envejecimiento, sino preocuparse de cómo envejecemos todos y no sólo de los que ya lo han hecho.

La visión de una sociedad para todas las edades

La visión que sostiene esta estrategia de envejecimiento activo, es el principio de las Naciones Unidas, la de una sociedad para todas las edades, en la que todos sean valorados y todos tengan la oportunidad de participar y contribuir, sean cuales sean sus edades y sus demás características personales. Para hacerla realidad es necesario, por ejemplo:

- Cambiar la cultura endémica de la discriminación en razón de la edad que impregna el mercado laboral, los sistemas de atención sanitaria y asistencia social, y otras importantes estructuras de la sociedad.
- Eliminar los límites de edad en todos los ámbitos de la vida, de modo que las personas sean juzgadas por su competencia.
- Desarrollar una gestión activa del envejecimiento en el empleo, con el fin de impedir que la edad sea un obstáculo.
- Mantener a los trabajadores de edad avanzada en contacto con el empleo, y permitirles mantener sus habilidades, con el fin de que no se menoscabe su capacidad de trabajar.
- Alentar la flexibilidad en la jubilación, para que desaparezca la división rígida entre el empleo y la jubilación.
- Facilitar la actividad de las comunidades, y el acceso a la participación en la comunidad (por ejemplo, por medio de la figura del voluntariado), con el fin de que se

■ ■ ■ Mejorando la salud y la autonomía a lo largo de la vida

aliente y capacite a los ancianos para participar, y de que sus conocimientos se utilicen en provecho de la comunidad en la que viven.

- Luchar contra la marginación social, especialmente entre los ancianos.
- Promover la sanidad pública preventiva, en todos los aspectos de la vida y en todas las edades, especialmente como fuente de salud física y mental.
- Redistribuir los recursos, trasladándolos de las medicina curativa a las medidas preventivas y de la atención institucional a la atención comunitaria.
- Abordar los llamados 'gigantes de la geriatría' con una combinación de prevención de las enfermedades crónicas y apoyos tecnológicos y sociales para mantener la autonomía y la independencia.
- Aumentar el apoyo social disponible para los ancianos frágiles y vulnerables, de modo que se asegure su calidad de vida y sus familiares no deban soportar una carga excesiva.
- Establecer programas para alentar la actividad y la participación en las residencias y clínicas geriátricas, incluidas actividades para quienes padecen demencia.
- Asegurar que la protección social siga promoviendo la calidad social y no se reduzca a una mera 'red de seguridad' o a prestaciones mínimas.

Es esencial no infravalorar la escala de los cambios que implica esta lista. En un contexto en el que la discriminación en razón de la edad está institucionalizada, en el que la cultura de 'lo joven es bueno, lo viejo es malo' ,domina el mercado laboral, los medios de comunicación, la cultura popular, y todos los demás ámbitos (salvo el familiar), las aportaciones de los ancianos no se valoran en la misma medida que las de los jóvenes, y las cuestiones relacionadas con el envejecimiento son marginales (Bytheway, 1995). Por ello no sólo es difícil crear oportunidades para que esa contribución tenga lugar, sino también lo es el persuadir a los ancianos de que realizarlas merece la pena. Así pues, es una enorme tarea cambiar nuestra cultura de discriminación en razón de la edad para que refleje una nueva realidad demográfica, más equilibrada en cuanto a su distribución por edades. Los propios ancianos no son expectadores ajenos a este proceso. Pueden ser una poderosa fuerza política, pero su aportación es infravalorada por la sociedad (Walker y Naegele, 1999). Ya realizan grandes aportaciones a su familia y a la comunidad en la que viven. Y también es posible que la cultura postmoderna del consumo, rompa las imágenes tradicionales de la edad madura y la edad avanzada (Blaikie, 1999). Una mayor variedad de opciones de estilo de vida y una mejor salud, ofrecen al menos, una identidad menos marcada por la dis-

criminación en razón de la edad, aunque no ajena al fenómeno ineludible del envejecimiento.

LAS IMPLICACIONES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Aunque la esencia de esta estrategia, es la conexión de todos los factores políticos e institucionales, clave que afectan al proceso de envejecimiento a lo largo de la vida – empleo, atención sanitaria y asistencia social, inclusión social, protección social, educación, tecnología, diseño arquitectónico, etc. – Centraré sus implicaciones en los ámbitos de la atención sanitaria y la asistencia social.

De modo muy conciso, la creciente necesidad de atención sanitaria y asistencia social reclama políticas que aumenten la prestación de asistencia y apoyo social (y que continúen reduciendo el peso de las instituciones) para promover el envejecimiento sano y la prevención de afecciones incapacitantes. Dicho de otro modo, hace falta una revolución cultural en los sistemas sanitarios que dé lugar a una reorientación del modelo curativo para transformarlo en un modelo preventivo, y en los sistemas de asistencia social, una reorientación que sustituya el fomento de la dependencia por la promoción de la rehabilitación y la vida independiente. El punto de partida de esa revolución cultural es adoptar un enfoque de prevención de la enfermedad que abarque el curso entero de la vida. En efecto, los orígenes de los factores de riesgo de enfermedad crónica (tales como la diabetes y las enfermedades cardíacas) están en la infancia (o incluso antes), pero vienen condicionados por factores tales como la situación socio-económica, la educación y el empleo. A medida que se envejece, aumenta el riesgo de contraer enfermedades no contagiosas. En la adolescencia y en la vida adulta se incluyen entre los factores de riesgo el consumo de tabaco, la falta de actividad física, o la dieta inadecuada, por lo que todos los factores de riesgo clave pueden ser modificados.. Para ello hace falta una combinación de responsabilidad y personal, y apoyo social-institucional. Ello supone esforzarse personalmente por adoptar estilos de vida sanos, pero en un contexto en el que se cuente con apoyo externo, incluidas políticas y prácticas de atención sanitaria y asistencia social., con el fin, de que por decirlo con palabras de la OMS, "Que la elección sana sea la elección fácil". (OMS, 2002, p. 17).

En una estrategia general para hacer hincapié en la prevención, los sistemas de atención sanitaria y asistencia social deben adoptar un enfoque bifrontal: preventivo y correctivo. Ello supone por un lado, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como el tratamiento de los síntomas del deterioro de los órganos, y por otro lado, la rehabilitación para superar la restricción de la actividad, y así prolongar los años sin discapacidad.

En el plano individual, estas intervenciones pueden ser simultáneas: aumentar la fuerza muscular y dejar de fumar. De nuevo se pone de relieve la importancia de apli-

car el principio de la prevención, a lo largo del curso entero de la vida. En la práctica, tanto en la atención sanitaria como en la asistencia social, la vejez no suele considerarse susceptible de labor preventiva. No es sorprendente, que la discriminación en razón de la edad, que prevalece en las sociedades europeas, esté fundada también en sus sistemas de atención sanitaria y asistencia social y se manifieste en la restricción de las intervenciones dirigidas a los ancianos, el énfasis en los niños y los jóvenes, y la aceptación de la discapacidad como una consecuencia 'inevitable' del envejecimiento. En realidad, los ancianos necesitan tanto la rehabilitación como la promoción de la salud:

Lamentablemente, suele cometerse el error, de no reconocer como segmentos de población que pueden ser objeto de intervenciones preventivas de tipo primario, a las personas con afecciones potencialmente discapacitadoras, pese al hecho de que padecer una afección potencialmente discapacitadora aumenta frecuentemente la necesidad buenas prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Pope y Tarlov, 1991, p.105).

En la práctica, los sistemas sanitarios han de acentuar su énfasis en la prevención primaria (así como en la prevención terciaria), lo que significa trabajar con los segmentos de población sanos (o con las funciones sanas de las personas discapacitadas), con el fin de evitar el advenimiento de patologías y limitar los factores de enfermedad, lesión y discapacidad. Entre las intervenciones se incluyen: promoción de la salud, educación sanitaria, medidas de protección de la salud (seguridad alimentaria, zonas sin humos), y servicios sanitarios preventivos. El potencial de estas intervenciones es enorme, si consideramos que más del 25 por ciento del índice de mortalidad, después de los 30 años es hereditario, mientras que el otro 75 por ciento se debe a factores ambientales, tales como; el consumo de tabaco, las deficiencias nutricionales, y la falta de actividad física.

Además de la prevención primaria, la rehabilitación ha demostrado ser una intervención eficaz, por ejemplo, en el restablecimiento funcional de las personas que han sobrevivido a un derrame cerebral. Los datos indican que la rehabilitación no tiene muchas probabilidades de éxito si el paciente no es evaluado sistemáticamente y todos los trastornos modificables no se tratan simultáneamente. Para ello hacen falta equipos multidisciplinarios y una combinación de servicios de atención sanitaria y asistencia social que coperen conjuntamente en el marco de un mismo proceso de evaluación.

Unidas la prevención y la rehabilitación, tienen el potencial de mejorar la funcionalidad a lo largo de todo el curso de la vida, y de ese modo, reducir el umbral de la discapacidad. Como se ha subrayado antes, la pérdida de la capacidad funcional viene determinada principalmente por factores relacionados con los estilos de vida adultos y

con factores externos y ambientales. Lo esencial es que la tasa de incapacidad, puede modificarse, y que incluso su signo puede invertirse a cualquier edad con una combinación de actuaciones personales y políticas públicas (Kalache y Kickbusch, 1997; OMS, 2002).

Sin embargo, lamentablemente, hay importantes barreras institucionales en la atención sanitaria y la asistencia social que han de romperse para que esos servicios realicen su aportación ayudando a alcanzar esos objetivos en el marco de una estrategia general de envejecimiento activo. En varios países europeos, la especialidad de medicina geriátrica ha sido reconocida hace relativamente poco (por ejemplo, Francia, Alemania, los Países Bajos y España) (Walker y Maltby, 1997). En segundo lugar, existe la endémica discriminación en razón de la edad, a la que se hizo referencia anteriormente. En tercer lugar, hay divisiones en las instituciones, la formación y el estatus social, entre la atención sanitaria y la asistencia social, a las que en el Reino Unido se denomina 'el muro de Berlín'. En cuarto lugar, en la asistencia social, la tendencia común es a operar como un sistema de urgencias, sustituyendo a la atención familiar cuando falla. El resultado suele ser la institucionalización y la dependencia. En quinto lugar, hay importantes intereses creados en el mantenimiento de la situación actual, incluidos intereses profesionales y económicos. Por último, algunos políticos aún no han comprendido la importancia de los beneficios de un enfoque preventivo. De ahí que sea necesaria toda una revolución en las actitudes y los comportamientos para transformar la cultura y las prácticas de los servicios de atención sanitaria y asistencia social en un sistema integrado capaz de promover el envejecimiento activo.

El objetivo de esa transformación debe ser un mayor énfasis de los recursos económicos y el personal en los servicios de atención sanitaria y asistencia social primarios y comunitarios, incluidos los visitantes sanitarios, los trabajadores sociales en el campo de la salud mental (la 'cenicienta' de los servicios en todos los países), el personal de asistencia social multicualificado, y servicios de rehabilitación comunitarios. El personal de asistencia social tiene que reorientarse hacia la prevención y el apoyo a la asistencia familiar, y la función olvidada de la rehabilitación en la institución residencial, necesita ser recuperada urgentemente. En suma, lo que hace falta es un enfoque multidisciplinar, con un único sistema de evaluación, dirigido a mantener la actividad y la independencia. Es indudable que algunos de los ancianos se resistirán a recibir esos servicios, considerándolos un signo de dependencia, de derrota. Pero es esencial tomar medidas para intensificar los contactos después del advenimiento de la discapacidad, por que de no ser así, el impacto de la afección será mayor (comorbilidad).

Este nuevo modelo de atención sanitaria y asistencia social, dirigido al envejecimiento activo, tiene implicaciones de profundo calado para la educación y la formación. En estos ámbitos, el énfasis tiene que trasladarse de los enfoques curativos a los preventivos, de la atención institucional a la comunitaria, del especialista aislado al equi-

po multidisciplinar. A falta de una revolución cultural paralela en las universidades, pueden darse pequeños pasos aumentando el peso de la prevención y la rehabilitación en los planes de estudios y haciendo hincapié en la importancia de considerar el curso entero de la vida. La función y la consideración social de la asistencia social pueden mejorarse ofreciendo titulaciones avanzadas y dando a conocer entre los estudiantes de medicina, la importancia determinante de esos servicios. Todos tenemos que comprender que el envejecimiento de nuestras sociedades implica una transformación de todos los aspectos de la sociedad, incluidos los servicios de atención sanitaria y asistencia social.

ATENCIÓN INTERMEDIA: LO QUE PODEMOS APRENDER DEL REINO UNIDO

En esta última sección quiero dejar a un lado el ideal para considerar la realidad que estamos viviendo en el Reino Unido, sin ánimo de sugerir que éste sea un modelo perfecto (ya que no lo es), pero con la intención de ver si hay algo que podamos aprender de otros países.. Lo que ha hecho la actual administración británica es abordar las dos deficiencias que arrastraba desde hacía largo tiempo en la prestación de servicios a los ancianos: la desatención a este segmento de la población, que ha sido objeto de discriminación en razón de su edad, y la barrera estructural entre los servicios sanitarios y la asistencia social. El punto de partida fue el establecimiento de un deber de cooperación entre los servicios de atención sanitaria y asistencia social. En primer lugar por la Ley de Sanidad de 1999, y a continuación por la creación en 2001 de organizaciones conjuntas llamadas *care trusts*. Sin embargo, dada la enormidad de la barrera estructural entre la atención sanitaria y la asistencia social, y dada la ausencia de grandes incentivos, se han constituido muy pocos *care trusts*. Otra razón – que pone de relieve la barrera estructural – es que los servicios sanitarios son gratuitos, mientras que los servicios de la asistencia domiciliaria, que consisten en cuidados personales, los debe pagar el usuario del usuario. Así pues, por el momento, la prestación local de servicios a los ancianos sigue estando dividida entre la atención sanitaria y la asistencia social.

Se dio un nuevo impulso a la superación de esa barrera, así como a corregir la desatención de los servicios, que reciben los ancianos; con la publicación en 2001 de un programa marco oficial redactado mediante consulta con los ancianos, el *National Service Framework for Older People* (NSF), en el que se establecían ocho criterios que abarcaban tanto la atención sanitaria como los asistencia social, y que habrían de aplicarse antes de abril de 2005:

Criterio 1: Erradicar la discriminación en razón de la edad

Los servicios del NHS se prestarán, con independencia de la edad, sobre la base de la necesidad clínica exclusivamente. Los servicios de asistencia social no utilizarán en sus políticas o listas de requisitos la edad como criterio para restringir el acceso a los servicios disponibles.

Criterio 2: Atención centrada en la persona

El NHS y los servicios de asistencia social tratarán a los ancianos como individuos y los capacitarán para tomar decisiones sobre la atención que van a recibir. Para ello se aplicará el proceso de evaluación único, mecanismos de responsabilización integrados, y una prestación integrada de los servicios, incluidos el equipamiento comunitario y los servicios de contención.

Criterio 3: Atención intermedia

Los ancianos tendrán acceso a una nueva gama de servicios de atención intermedia en su domicilio o en centros de atención designados, con el fin promover su independencia, para lo cual el NHS y los ayuntamientos prestarán mejores servicios, dirigidos a impedir la hospitalización innecesaria. Y servicios de rehabilitación eficaces que permitan acelerar el alta médica y evitar el ingreso prematuro o innecesario, en instituciones residenciales para internos de larga duración.

Criterio 4: Atención hospitalaria general

La atención hospitalaria prestada a los ancianos será la atención especializada adecuada y será administrada por personal que disponga de la cualificación requerida para satisfacer las necesidades del paciente.

Criterio 5: Derrame cerebral

El NHS tomará medidas para prevenir el derrame cerebral, trabajando en colaboración otras instancias cuando sea necesario. Quienes hayan sufrido un derrame cerebral tendrán acceso a servicios de diagnóstico, serán tratados adecuadamente por un servicio especializado en derrames cerebrales, y posteriormente, participarán junto con sus cuidadores en un programa multidisciplinar de prevención secundaria y rehabilitación.

Criterio 6: Caídas

El NHS, trabajando en cooperación con los ayuntamientos, tomará medidas para prevenir las caídas y reducir las consiguientes fracturas u otras lesiones en el segmento de población de edad avanzada. Los ancianos que hayan sufrido una caída recibirán un tratamiento y una rehabilitación eficaces y, con sus cuidadores, serán asesorados por un servicio especializado en caídas para prevenir las caídas en el futuro.

Criterio 7: La salud mental en la edad avanzada

Los ancianos que tengan problemas de salud mental tendrán acceso a servicios de salud mental integrados prestados por el NHS y los ayuntamientos con el fin de asegurar un diagnóstico, tratamiento y apoyo eficaces para ellos y para sus cuidadores.

Criterio 8: Promoción de la salud y la vida activa en la edad avanzada

Se promoverá la salud y el bienestar de los ancianos por medio de un programa de actuación coordinado dirigido por el NHS con el apoyo de los ayuntamientos.

Fuente: DoH, 2001, pp.12-14.

No hay tiempo para entrar en los detalles del programa marco (NSF), pero puede servir para ilustrar un aspecto de la estrategia que ha causado un impacto sustancial en la prestación de los servicios a los ancianos a lo largo de los últimos cinco años: la gestión de la actuación (*performance management*). Este enfoque puede ejemplificarse por medio de los planes de implantación de la atención intermedia del NSF:

El NHS y los ayuntamientos, de acuerdo con las directrices nacionales, deben:

- Acordar un plan de ejecución a tres años para la atención intermedia... con mecanismos para de seguimiento y examen sistemáticos, centrados en:
 - Responder o evitar las situaciones de crisis, incluida una estrategia clara, para prevenir hospitalizaciones de urgencia evitables;
 - Rehabilitación y recuperación, incluido un plan para obtener el alta/rehabilitación tan pronto como sea posible en las hospitalizaciones de urgencia;
 - Evitar el ingreso innecesario o prematuro en centros de atención residencial, asegurando que los ingresos tempranos estén reservados a los usuarios del servicio que presenten mayores riesgos, y que los planes de cuidados identifiquen claramente todo potencial de rehabilitación;
- Asegurar que el plan se ocupe de las necesidades de servicio, organización y formación de personal de los nuevos equipos de atención intermedia.

Fuente: DoH, 2001, p.49.

El plan de implantación de la atención intermedia se ha establecido ambiciosos objetivos para aumentar el nivel de prestación en todo el territorio nacional. Es indudable que este enfoque de gestión de la actuación (*performance management*) ha logrado aumentar la cooperación entre los servicios de atención sanitaria y asistencia social y ha dado lugar a una rápida expansión de la prestación de los servicios: un aumento del 95 por ciento en el número de camas de atención intermedia entre 1999 y 2004, del 143 por ciento en plazas de atención intermedia, y del 151 por ciento en el número de personas que reciben atención intermedia. Este aumento se debe en parte a la asignación de una importante dotación presupuestaria adicional para el desarrollo de los servicios para las personas de edad avanzada (1.400 millones de libras hasta el final 2004). Sin embargo, el principal impulso de esta política de atención intermedia

lo proporciona la intervención en materia de retraso de las altas (o 'bloqueo' de camas). Como consecuencia de esta iniciativa, el número de altas demoradas se ha reducido en más de un 50 por ciento, y el Reino Unido es el único país de la OCDE en el que el indicador no está aumentando. (Es preciso decir que esta transformación ha sido el resultado de la introducción en enero de 2004 de sanciones económicas, principalmente a los departamentos de asistencia social, por no recoger a los pacientes del hospital en los dos días siguientes a la notificación del alta.) Pero este logro se ha comprado, en cierta medida, al precio de la desatención a los aspectos preventivos de la asistencia social: el énfasis ha recaído principalmente en la rehabilitación después de episodios de crisis y en la atención domiciliaria intensiva. También ha aumentado el número de plazas de atención domiciliaria, pero han sido pocos los signos de que se estén desarrollando programas para mantener la salud física y mental de los internos en las residencias. Dada la severidad de las multas impuestas, algunos ancianos han sido alojados en instalaciones inadecuadas. Por su parte, los propios beneficiarios también han planteado dudas sobre la eficacia de la atención intermedia.

Pese a estas críticas, una evaluación provisional permitiría afirmar que el NSF ha logrado aumentar el perfil de los servicios prestados a las personas de edad avanzada y ha empezado a hacer que la discriminación en razón de la edad se considere inaceptable, mientras que el énfasis en la prestación de la atención intermedia ha dado lugar a una intensificación del servicio, una reducción de las hospitalizaciones innecesarias, y una cooperación más estrecha entre los servicios sanitarios y los sociales. Este trabajo conjunto ha dado lugar a una amplia variedad de iniciativas centradas en la rehabilitación. Un ejemplo es el centro de atención intermedia de 52 camas que se inauguró en Sunderland en 2002. El centro cuenta con terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, asistentes de re-capacitación y asistentes de atención domiciliaria. Todos ellos trabajan en estrecha cooperación con un Equipo de Asesoramiento y Trabajo de Campo para la Atención Intermedia, trabajadores sociales, y equipos de enfermería 24/7 y de respuesta rápida que prestan asistencia domiciliaria. Los equipos pueden acceder a plazas de atención intermedia, y también proporcionan asistencia sanitaria y social domiciliaria a los ancianos, y en ocasiones se ha formado al personal de atención domiciliaria en técnicas de re-capacitación. En el centro, la rehabilitación está centrada en la persona, se celebran reuniones diarias sobre salud y bienestar mental, reminiscencia y orientación, y se ayuda a los ancianos para que regresen a su domicilio particular, en lugar de a residencias. El centro es resultado de la cooperación del Departamento de Servicios sociales del Ayuntamiento de Sunderland, el PCT y el Hospital de la ciudad y la fundación local para la salud mental.

CONCLUSIÓN

Se ha puesto de relieve la importancia de mantener la autonomía y la indepen-

dencia a lo largo del curso de la vida. Hay factores demográficos que ayudan a aumentar el número de años sin discapacidad, lo que hace falta ahora es una estrategia de envejecimiento activo que abarque el curso entero de la vida, con el objetivo central de prevenir la enfermedad y la pérdida de funcionalidad. Esa estrategia ha de llevarse a la práctica por medio de una amplia variedad de políticas, instituciones y grupos de profesionales. En los servicios sanitarios y sociales se requiere toda una revolución tanto en las actitudes como en las prácticas para situar la prevención y la rehabilitación en centro de dichos servicios. Ello supone que la política ha de centrarse cada vez más en la vida social y económica en su conjunto – en lo que atañe a la salud pública –, en lugar de las instituciones formales de atención sanitaria y asistencia social. La atención integrada supone la unificación de todos los recursos (las políticas, las instituciones, los profesionales, la sociedad y los familiares) que puedan apoyar el esfuerzo personal de mantenerse sano e independiente.. Una estrategia para el envejecimiento activo es la base imprescindible de esa atención integrada, porque pone de relieve la importancia de la prevención y la rehabilitación. La experiencia habida en el Reino Unido indica que, pese al sesgo causado por el fuerte énfasis en la demora de las altas hospitalarias, es posible establecer servicios integrados que estén centrados en la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Bass, S., Caro, F. and Chen, Y-P (eds) (1993) *Achieving a Productive Aging Society*, Westport, Conn., Auburn House.
- Blaikie, A. (1999) *Ageing and Popular Culture*, Cambridge, OUP
- Butler, R., Oberlink, M. and Schecter, M. (eds) (1990) *The Promise of Productive Aging*, New York, Springer.
- Bytheway, B. (1995) *Ageism*, Buckingham, OUP
- Cabinet Office [Gabinete del Consejo de Ministros británico] (2000) *Winning the Generation Game*, London, The Stationery Office.
- Cumming, E. and Henry, W. (1961) *Growing Old - The Process of Disengagement*, New York, Basic Books.
- Deeg, D.J.H., Beekman, A.T.F., Kriegsman, D.M.W. and Westendorp-de Serrière, M. (eds) (1998) *Autonomy and well-being in the aging population II*, Amsterdam: VU University Press.
- Deeg, D.J.H., Bosscher, R.J., Broese van Groenou, M.I. et al. (2000) *Oudrez worden in Nederland, Tien jaar Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)*, Amsterdam: Thela Thesis.
- DoH (2001) *National Service Framework for Older People*, London, DoH.

- European Commission (1999) *Towards a Europe of All Ages*, Brussels, European Commission.
- European Commission (2000) *Social Report*, Brussels, European Commission, DGV.
 - Havighurst, R. (1954) 'Flexibility and the Social Roles of the Retired', *American Journal of Sociology*, vol.59, pp.309-11.
 - Havighurst, R. (1963) 'Successful ageing' in R. Williams, C. Tibbitts and W. Donahue (eds) *Process of Ageing*, vol.1, New York, Atherton, pp.299-320.
 - Havighurst, R. and Albrecht, R. (1953) *Older People*, London, Longmans.
 - Jacobzone, S. (1999) 'Healthy Ageing and the Challenges of New Technologies' (mimeo).
 - Kalache, A. and Kickbusch, I. (1997) 'A Global Strategy for Healthy Ageing', *World Health*, No.4, July-August, pp.4-5.
 - Manton, K.G., Stallard, E. and Riggan, W. (1982) 'Strategies for Analysing Ecological Health Data: Models of the Biological Risk of Individuals', *Medical Statistics*, vol.2, pp.1863-81.
 - Moody, H. (1993) 'Age, Productivity and Transcendence' in S. Bass et al (eds) pp.27-40.
 - Morgan, J. (1986) 'Unpaid Productive Activity Over the Lifecourse', in Committee on Aging Society (ed) *Productive Roles in an Older Society*, Washington DC, National Academy Press.
 - Pfeiffer, E. (ed.) (1974) *Successful Aging: A Conference Report*, Durham, NC, Duke University.
 - Pope, A.M. y Tarlov, A.R. (eds) (1991) *Disability in America: Towards a National Agenda for Prevention*, Washington, DC, National Academy Press.
 - Robine, J.M. (2003) 'The Relevance of Population Health Indicators', *Journal of Epidemiology Community Health*, vol.57, p.318.
 - Rowe, J y Kahn, R. (1987) 'Human Aging: Usual and Successful', *Science*, 237, pp.143-149.
 - Scharf, T., Phillipson, C. y Smith, A.E. (2004) 'Poverty and Social Exclusion: Growing Older in Deprived Urban Neighbourhoods' in A. Walker and C. Hagan Hennessy, *Growing Older: Quality of Life in Old Age*, Maidenhead: OU Press.
 - Townsend, P (1986) 'Ageism and Social Policy' in C. Phillipson and A. Walker (eds) *Ageing and Social Policy*, Aldershot, Gower.

■ ■ ■ Mejorando la salud y la autonomía a lo largo de la vida

- Walker, A. (1980) 'The Social Creation of Poverty and Dependency in Old Age', *Journal of Social Policy*, vol.9, No.1, pp.49-75.
- Walker, A. (1993) *Age and Attitudes*, Brussels, European Commission, DGV.
- Walker, A. (1994) 'Work and Income in the Third Age - An EU Perspective', *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol.19, No.73, pp.397-407.
- Walker, A. (1999) 'Why the Ageing Workforce Demands an Active Response in Public Policy', Keynote Lecture for International Conference on Active Strategies for an Ageing Workforce, Turku, 12-13 August.
- Walker, A. (2005) (ed.) *Growing Older in Europe*, Maidenhead, Open University Press.
- Walker, A. and Maltby, T. (1997) *Ageing Europe*, Buckingham, Open University Press.
- Walker, A. y Naegele, G. (eds) (1999) *The Politics of Old Age in Europe*, Buckingham, OU Press.
- OMS (1994) *Health for All: Updated Targets*, Copenhagen, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2001a) *Health and Ageing: A Discussion Paper*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2001b) *Active Ageing: From Evidence to Action*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2002) *Active Ageing: A Policy Framework*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

