

II CONGRESO ESTATAL DE LAS PERSONAS MAYORES

Propuesta de Ponencia 2

**EL COMPROMISO DE LA SOCIEDAD
RESPECTO A LAS PERSONAS MAYORES**

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
---------------------------	----------

I.- EL COMPROMISO DE LA SOCIEDAD

CON LAS PERSONAS MAYORES EN GENERAL	8
--	----------

1.1.- Las pensiones.....	8
--------------------------	---

1.2.- Prevención y envejecimiento satisfactorio.....	17
--	----

II.- EL COMPROMISO DE LA SOCIEDAD

CON LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES	27
--	-----------

2.1.-La Protección a la dependencia.....	27
--	----

2.2. La coordinación sociosanitaria.....	32
--	----

2.3. El apoyo a las familias cuidadoras	44
---	----

EL COMPROMISO DE LA SOCIEDAD RESPECTO DE LAS PERSONAS MAYORES

INTRODUCCIÓN:

En las últimas décadas y en especial al inicio del siglo XXI el Estado del Bienestar intenta consolidarse en España, en un entorno de transformación y cambios de diversa índole: tecnológicos, económicos, sociales, y familiares, en el marco de la descentralización autonómica y con un desarrollo desigual de la sociedad civil. Los cambios sociales, que se están produciendo a distintos niveles, tienen implicaciones y consecuencias de diversa naturaleza en lo que respecta a la atención y los cuidados a diferentes grupos de población y, en particular, al de las Personas Mayores. En el marco de este Congreso - como es lógico - centraremos la atención en este grupo poblacional.

Las formas de organizar la atención y de proveer los servicios se ven igualmente afectados. Por ello, progresivamente y atendiendo a las diferentes recomendaciones realizadas en los últimos años por los organismos internacionales, desde variadas instancias, se hacen propuestas y se trata de poner en marcha mecanismos para incrementar y mejorar esta atención. Por ejemplo, en nuestro contexto inmediato, la Unión Europea revisa las disposiciones existentes a fin de promover un mayor consenso social, a través diálogo entre los diferentes actores de la sociedad que permita ofrecer soluciones creativas y originales, y sobre todo llegar a un compromiso solidario

que responda mejor a las expectativas de la ciudadanía en general y de grupo de población mayor en particular, sin olvidar el peso específico que tiene dentro de ella el alto índice de población mayor femenina. Otro ejemplo podría ser el impulso que Naciones Unidas han querido dar con la reciente celebración del Año Internacional de las Personas Mayores 1999, a la construcción de una Sociedad para todas las edades. La meta de este objetivo es, en definitiva, alcanzar la consolidación de algunos derechos, en especial aquéllos más directamente relacionados con el bienestar y la calidad de vida de los mayores y también el reconocimiento de su capacidades, de lo que realmente pueden hacer y llegar a ser, situándolas de esta manera en un plano de igualdad con el resto de la ciudadanía, mediante el ejercicio real de sus derecho y el desarrollo de su autoestima y realización personal.

Es justo reconocer que, en este sentido, se ha producido en los últimos años importantes avances. Pero, a pesar de los mismos, existen todavía importantes carencias por cubrir, entre otras las relacionadas con la prevención de la enfermedad y del deterioro psicofísico, la salud y el envejecimiento satisfactorio, la oferta educativa y cultural, la planificación de acciones que fortalezcan una imagen social positiva, las pensiones y otros aspectos económicos, y la atención a las personas mayores en situación de dependencia como objetivo prioritario.

En definitiva, se ha de potenciar una política social con las personas mayores que les permita vivir, envejecer y morir con dignidad.

La presente ponencia intenta enfatizar el compromiso que debe asumir la sociedad y con ella los poderes públicos respecto a las personas mayores en relación con los aspectos que se están esbozando.

Por tanto, un compromiso que ha de partir del reconocimiento de que la vejez es una etapa en la que las personas prosiguen su desarrollo y en la que, por ley de vida, deviene la involución, el deterioro y la dependencia.

En este proceso, - en los primeros años de este proceso - las personas mayores no sólo se mantienen con autonomía y con capacidad de tomar sus propias decisiones, sino que además, una proporción considerable de ellas realiza una importante contribución al bienestar de sus familias, de otras personas cercanas y desarrollan actividades de diferentes tipos, que se traducen en diversas aportaciones al bienestar de la sociedad.

Es importante hacer visible esta realidad de las personas mayores como una parte valiosa de la sociedad, capaces de realizar un esfuerzo de aportación a la marcha de la misma, aún estando a veces, en situación de precisar alguna clase de atención a cuidados.

La consideración de la vejez únicamente como problema es injusta. Se hace preciso crear y mantener una visión positiva de conformidad con sus posibilidades y oportunidades. Dicho de otra manera, es necesario asumir el compromiso de superar los estereotipos negativos, todavía existentes,

sustituyéndolos con urgencia por una imagen positiva de la vejez, la de una etapa para la realización personal y social, como afirmó el Profesor Aranguren.

En un segundo periodo del proceso de envejecimiento, con el desgaste que trae consigo la edad avanzada, viene el no poderse valer por sí mismo, lo que se conoce por situación de dependencia.

La atención a la dependencia es una cuestión vital. Es urgente abordarla de forma amplia, respetando en todo caso los derechos de la persona a elegir su modo de vida, su domicilio, la libre disposición de sus propiedades, entre otras cuestiones todas ellas básicas y fundamentales para el mantenimiento de la dignidad de estas personas dependientes.

Por otra parte, el abordaje de esta atención a la dependencia debe acometer el importante déficit de servicios y la, todavía, deficitaria coordinación de los servicios sociales y sanitarios, así como el impulso de medidas que signifiquen un soporte “real” a las familias cuidadoras y el ofrecimiento de una suficiencia económica para poder mantener la cobertura de los servicios que necesitan, y ello, mediante la promulgación de una ley que la garantice.

En este campo habría que recoger las experiencias de otros países que han puesto en marcha iniciativas y leyes para la atención de las situaciones de mayor fragilidad y vulnerabilidad.

Desarrollar las consideraciones anteriores, profundizando en algunas de ellas, es lo que se propone esta Ponencia, que metodológicamente se estructura en dos apartados:

1º El compromiso de la sociedad con las personas mayores en general.

2º El compromiso de la sociedad con las personas dependientes en particular.

I EL COMPROMISO DE LA SOCIEDAD CON LAS PERSONAS MAYORES EN GENERAL

En aras de ofrecer desde el principio una sistematización breve y esquemática de lo que se va a tratar en esta parte de la ponencia, adelantamos el listado de temas a desarrollar:

1º Las Pensiones

2º Prevención y envejecimiento satisfactorio

3º Integración social de las personas mayores

1º Las Pensiones

Toda persona tiene derecho a la protección social y económica que le depara vida digna y suficiente autonomía y libertad.

Si disponemos de los necesarios recursos para cubrir con suficiencia nuestras esenciales necesidades, podremos vivir con la independencia y dignidad que como personas nos corresponden.

Nuestro sistema público de pensiones, cuya viabilidad se demuestra más clara cada día - a pesar de voces interesadas en lo contrario -, tiene carácter contributivo, de reparto y solidario y, esa solidaridad ha de cumplirse en el grupo humano que por su edad o circunstancia ha dejado de ser laboralmente productivo y no está en condiciones de seguir viviendo de su salario.

Es universalmente reconocido que por debajo del S.M.I. no puede sostenerse la cobertura de todas las primordiales necesidades y, por lo tanto, de un mínimo nivel de dignidad. En consecuencia, no debe haber ninguna pensión por debajo del referido S.M.I., sobre todo para aquéllos que no pueden contar con ningún otro tipo de renta, teniendo en cuenta, sin embargo, que debería negociarse el progresivo incremento de la cuantía del S.M.I. para acercarla a la media europea.

Reconociendo e incluso dando prioridad al derecho de recibir un nivel de prestación en función del esfuerzo contributivo realizado, no podemos negarle a las personas que, por diversas circunstancias no han cotizado, o lo han hecho a un nivel insuficiente, ese derecho a una vida digna que la propia Constitución nos reconoce y otorga.

En el Proyecto de Plan de Acción 2000-2005 se propone el objetivo de “Eleva las cuantías de las Pensiones no Contributivas, como instrumento básico de lucha contra la exclusión social”.

Otra de las situaciones que con urgencia se ha de abordar, es la de las pensiones de viudedad. El actual sistema se ha mostrado totalmente injusto, insolidario y no equitativo. Por ello proponemos elevar la base reguladora para el cálculo de la pensión de viudedad al 70% (actualmente en un 45%), y que desaparezca la incompatibilidad de las pensiones del SOVI con la de viudedad. Consideramos por otra parte irracional atribuir el mismo nivel de pensión a una viuda, que queda en total dependencia de la cuantía de la misma y sin posibilidad de acceder a otros ingresos, que a aquella que disfruta de otras fuentes de rentas. En consecuencia se sugiere la necesidad de corregir estas desigualdades, por el carácter de reparto y solidario de nuestro sistema que se ha

de mostrar también en esta cuestión y otorgar ayuda a quien realmente la precisa. El problema que estamos abordando es de una gran importancia, teniendo en cuenta que en España hay actualmente algo más de dos millones de pensiones de viudedad. De entre ellas, 1.840.000 son mujeres cuya edad media es de 70 años. Únicamente 70.000 son menores de 50 años y unas 320.000 entre 50 y 65 años. Ante esta realidad exigimos el cumplimiento de las promesas electorales de los Partidos Políticos. En relación con este tema es oportuno indicar en este momento que el Consejo Estatal de las Personas Mayores, ante la importancia del asunto que estamos tratando, previamente a las negociaciones del Pacto de Toledo, estableció contactos con los partidos políticos que formarían parte de tales negociaciones, haciéndoles llegar sus reivindicaciones y propuestas. Es una constante del Consejo, como órgano de representación del movimiento asociativo de las personas mayores, participar en todos aquellos foros donde se pueden tomar decisiones que afectan a los derechos e intereses del sector poblacional al que representa. En concreto, y con referencia a la revisión de los Pactos de Toledo, en los mencionados contactos con los intervinientes en los mismos se plantearon los siguientes puntos, considerados fundamentales por el Consejo:

- 1º Que se revise el capítulo de Muerte y Supervivencia de la Ley de la Seguridad Social, considerando que las prestaciones tanto de Orfandad como a Favor de familiares no deben continuar con los porcentajes y límites de edad actualmente establecidos.

- 2º Que se llevase a cabo la efectiva separación de las fuentes de financiación hasta ese momento no cumplida en su totalidad.

- 3º Que la cuantía de la recaudación por cotizaciones sociales se dedicara exclusivamente a las prestaciones de carácter contributivo; es decir, que las pensiones no contributivas y los complementos a mínimos de las contributivas, fueran pagados con cargo a los Presupuestos Generales del Estado y no a los específicos de la Seguridad Social. Con respecto a este mismo asunto de la recaudación de cuotas y considerando que debe existir una correspondencia con la concesión de prestaciones, se pidió un cálculo de las primeras sobre la base de los salarios realmente percibidos.
- 4º Que la constitución de los fondos de reserva de garantía provenientes, sobre todo, de los excedentes de recaudación, sean una realidad, tampoco cumplida hasta ahora.
- 5º Que las bases de cotización recogidas en el punto 3 de las recomendaciones del Pacto de Toledo corresponde a la realidad de los salarios percibidos, aplicando un único tope máximo para todas las categorías laborales.
- 6º Otros puntos para tener en cuenta fueron:
- a) Que en el caso de las pensiones derivadas de Incapacidad Permanente Total, se obtenga el 100% de la base reguladora, una vez se hayan cumplido los 65 años de edad.
 - b) Evaluación de las situaciones de agravamiento de las condiciones de salud que motivaron la concesión de incapacidad permanente total, absoluta o de gran invalidez. Por ejemplo el caso de los inválidos silicóticos.

- c) Valoración de la incapacidad permanente total para su pensión en el 75% desde el primer momento, con independencia de la edad que tenga el interesado el día del reconocimiento de la misma.
- d) Que el pensionista con cónyuge a su cargo revalorice su pensión de manera que siga manteniendo el diferencial que disfruta.
- e) Elevar el tope estipulado para la unidad familiar referido a la suma de las rentas o ingresos anuales de los miembros de dicha unidad económica de convivencia, a un importe de 1.100.000 ptas.
- f) Aproximar la protección de las familias españolas a las de otros países de la Unión Europea. En este aspecto, nuestro país se sitúa ahora entre los últimos de la misma, teniendo en cuenta que España gasta en protección familiar, menos que la media comunitaria europea.
- g) Mayor control en el trámite y cumplimiento, en el reconocimiento y pago de las prestaciones.
- h) Que las prestaciones por Incapacidad Permanente Total vuelvan a ser beneficiarias a la exención del I-R.P.F., como disfrutaban hasta el año 1994.
- i) En otro orden de cosas, se hizo constar la necesidad de incrementar los niveles de la conciencia social de algunos sectores de nuestra sociedad que deja todavía mucho que desear dando lugar a irregularidades y morosidad notables. Como los niveles de economía sumergida. La eficacia de la lucha contra todos estos factores negativos habrá que mejorarla.

- j) Por otra parte no se dejó de considerar la existencia de planes de pensiones propiciados por el sector privado por sistema de capitalización que, no obstante ser un derecho individual de la persona al que no podemos oponernos, sí plantear dudas y riesgos: su coste suele ser mayor que el del sistema público; su eficacia es inferior; y sus riesgos, en conjunto, superiores. Por todo ello se ha de evitar a toda costa que pueda convertirse en una alternativa al sistema público. Su presencia ha de ser siempre de carácter complementario pero nunca supletorio.
- k) Respecto a la revalorización anual que se aprueba por el Gobierno en función del IPC se aportó que dicha revalorización es inferior al deterioro real de las prestaciones. Creemos que los elementos que sirven para determinar dicho IPC distorsionan en alguna medida el IPC que realmente afecta a los pensionistas, ya que algunos de dichos elementos carecen de relevancia o afectan negativamente al poder adquisitivo de las pensiones. Nosotros entendemos que se debe pedir que la revalorización de las pensiones se haga basándose en PIB que nos parece más realista.
- l) Por otro lado también se destacó que desde hace tiempo se vienen publicando noticias en los medios de comunicación, sobre los buenos resultados económicos obtenidos por las empresas; la mejora constante en el problema del paro; el favorable desarrollo de los Presupuestos del Estado y de la Seguridad Social, etc. Carece de sentido pues que los empresarios propugnen una reducción de sus aportaciones a la Seguridad Social, cuando con las cuotas actuales sus resultados económicos son muy favorables.

m) Una vez más se reiteró la llamada a los poderes públicos a reconocer y propiciar una mayor participación de los colectivos sociales en el control y seguimiento de los órganos de la Seguridad Social; una profundización en el acercamiento de la gestión a los interesados y una mayor intervención de éstos en los foros donde se deciden sus intereses.

n) Se indicó también a los representantes de los partidos políticos, que acudirían a la revisión de los Pactos de Toledo, que los contribuyentes a la Hacienda Pública a través de los impuestos, carecen de una protección suficiente. La exención actual en el IRPF, estimamos que es muy reducida y que debería ser ampliada y pasar de la actual que es de 1.250.000 a 2.000.000 de pesetas, además de la exención total para las pensiones de los mayores de 80 años. Con respecto a los impuestos indirectos se hizo la consideración de que en aquellos casos en los que los medios económicos son reducidos y el gasto es imprescindible se debería obtener una desgravación fiscal.

En definitiva, mostramos nuestra total oposición a que las reformas fiscales que se lleven a efecto sea para favorecer a las rentas más altas, como ha ocurrido en la última reforma.

o) Entre las inquietudes y demandas trasladadas a nuestros interlocutores se señaló también como punto muy perjudicial para los pensionistas la penalización del modesto ahorro que pueden tener los mismos para atender a posibles contingencias no cubiertas por la Seguridad Social. Nos referimos a los depósitos bancarios, cuentas y libretas de ahorro que tradicionalmente venían disfrutando de una rentabilidad y que ahora ha desaparecido en su totalidad o en su mayor parte, además de tener que pagar servicios que anteriormente eran gratuitos. Todo ello representa

también una merma en sus posibilidades económicas. Por el contrario, las entidades bancarias que acogen estos depósitos mejoran sus resultados constantemente desde hace unos años.

p) Finalmente nos referimos a las prejubilaciones (jubilaciones anticipadas y forzosas en la mayoría de los casos), un grave problema que se ha de regular y tender a eliminar. El profesor Padraig Flynn, que fue comisario de la Unión Europea, responsable de política social de la Unión, en un amplio informe calificaba las prejubilaciones de “fraude a la sociedad” y añadía: “sólo los empresarios salen beneficiados de esta situación, pues apenas uno de cada tres puestos de trabajo que se destruyen, se recupera y la mayoría de los casos con inferior calidad, y, lo que es más grave, se prescinde de un potencial humano en edad de pleno valor productivo relegándole a una situación de semimarginación. También el Sr. Pimentel en su época de ministro se expresó con contundencia en esta misma línea.

En esta materia la presente ponencia propone:

1º Que se inste a los poderes públicos para que se dicten normas que regulen las prejubilaciones.

2º Que la opción de jubilarse a partir de los 60 años sea general para todos aquellos trabajadores que voluntariamente decidan acogerse a dicha fórmula.

3º Que las empresas, únicas beneficiadas con las prejubilaciones, creen un Fondo de Garantía que soporte las consecuencias de las mismas, así evitar el abuso y el gravamen de éstas en el sistema.

PUNTOS DE DEBATE

- 1- Viabilidad y estado del sistema público. Ventajas y riesgos del sistema privado.
- 2- Pensiones contributivas, no contributivas y separación de cuentas para su financiación Los fondos de garantía, ¿de dónde y para qué?
- 3- Cotización según salario real. Bolsas de fraude. ¿Tope único de cotización?
- 4- Cifra máxima para la tributación del IRPF. ¿Ventajas a los pensionistas mayores de 80 años?
- 5- Revalorización de las pensiones: ¿el PIB?, ¿el SMI?. ¿Lineal o proporcional?
- 6- Pensiones de viudedad. Protección a los casos de necesidad; aumentos lineales; compatibilidad de pensiones...
- 7- Pensiones no contributivas. ¿igualarlas al SMI?
- 8- Jubilaciones. Flexibilidad. Tiempo parcial. Jubilación voluntaria.
- 9- Pactos de Toledo: participación a través del Consejo Estatal de las personas mayores en el transcurso de la discusión.

2°.- Prevención y envejecimiento satisfactorio.

Como es sabido, la OMS define la salud como “un estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social y no como una ausencia de enfermedad”. Esta definición tiene una gran importancia, puesto que incide en un aspecto tan relevante como es la valoración de las circunstancias personales, sociales y culturales, junto con la valoración de las eventuales alteraciones físicas y mentales.

Este enfoque multidimensional de la salud nos parece el mejor modo de referirnos al envejecimiento satisfactorio, objeto de este apartado de la Ponencia, que desarrollaremos en tres puntos:

- Prevención del deterioro físico y psíquico y promoción la salud.
- Incremento de la oferta educativa y cultural
- Integración social de las personas mayores.

Haremos un breve comentario a cada uno de estos puntos.

2.1.- Prevención del deterioro físico y psíquico y promoción de la salud.

En este primer punto, centramos la atención en el aspecto sanitario de la definición anterior y, muy concretamente, en la salud.

La salud es la principal preocupación de las personas mayores tal como lo confirma el estudio IMSERSO-CIS del año 1998.

En el informe 2000 sobre las personas mayores en España, publicado por el IMSERSO a finales del pasado año, se afirma que apenas el 40% de la población mayor de 65 años manifiesta tener un estado de salud bueno o muy bueno, frente al casi el 20% que lo declara malo o muy malo; el resto lo considera aceptable.

Del libro Geriatria XXI, publicado por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, tomamos algunos datos considerados de interés a este respecto.

- . El 60% de las personas mayores hacen **vida sedentaria**.
- . El **imsonio** es otro problema importante. Se estima que un 40% de las personas mayores padecen claros trastornos del sueño.
- . El **consumo de tabaco** constituye uno de los principales riesgos para la salud y es también la principal causa de morbimortalidad prematura.

En este aspecto hay que reconocer que el consumo de tabaco entre las personas mayores de 65 años muestra una tendencia a la baja, ya sea por decisión propia o facultativa. La tasa de tabaquismo ha pasado del 46% al 25% entre los años 1978 y 1993, siendo en la actualidad inferior al 15%.

En cualquier caso, insistimos, el tabaco es un importante factor de riesgo cardiovascular a tener muy en cuenta en el objetivo de la prevención y promoción de la salud y, además, es cancerígeno.

- . La ingestión de **alcohol** incrementa de forma mantenida la presión arterial, lo que transforma a este hecho en otro facto de riesgo. Los datos recogidos en estudios recientes permiten observar también un modesto descenso de los

consumidores de alcohol entre las personas mayores, colocando el índice de consumidores en torno al 40%.

- . Una referencia al **deterioro cognitivo**. Aunque este término no significa necesariamente demencia, centramos la atención en ésta ya que se trata del paradigma del deterioro cognitivo en la persona mayor, con consecuencias clínicas, asistenciales y sociales de hondo calado.

Actualmente la prevalencia de demencia en nuestro país supera el 10% por encima de los 65 años, cifra ilustrativa a efectos de planificación de servicios.

- . No podemos dejar de mencionar el tema **vacunaciones**.

El programa de vacunaciones es una de las principales actividades preventivas a desarrollar, básicamente por los equipos de atención primaria de salud.

La vacunación antigripal es en la práctica la que alcanza mayor utilización entre la población mayor. A pesar de su importancia, según datos citados en la publicación Geriatria XXI, aproximadamente un 50% de la población mayor no se vacuna contra la gripe.

- . Tendríamos que hacer referencia a otros aspectos, tales como **consumo de fármacos, ejercicio físico, etc.**, pero consideramos que, con lo expuesto, es suficiente para poder plantear con fundamento en la realidad, como dirían los filósofos, una programación de medidas orientadas a la prevención y al logro de un envejecimiento saludable.

Nos permitimos en esta línea recoger algunas de las medidas comprendidas en el proyecto de Plan de Acción para las personas mayores, 2000-2005, aún cuando todavía no esté aprobado:

1ª. - Impulsar desde los Equipos de Atención Primaria de Salud, en coordinación con los servicios sociales de base:

Medidas de promoción de hábitos saludables: Nutrición, sueño, campañas contra tabaco y alcohol, vacunaciones (gripe etc.), y otros.

- . Medidas de prevención de accidentes, sobre todo en el hogar, del uso y abuso de medicamentos, etc.

2ª - Realizar la valoración funcional de todas las personas mayores de 75 años por los Equipos de Valoración Primaria.

3ª.- Garantizar la formación de los profesionales de Atención Primaria de Salud en la valoración funcional y manejo de cuidados en los síndromes geriátricos más frecuentes.

4ª.- Desarrollar en los hospitales de la red pública protocolos de coordinación con Atención primaria; para que, una vez producida el alta hospitalaria, se realice una adecuada derivación de los mayores que garantice la continuidad de cuidados.

5ª.- Proceder a la protocolización de las patologías con mayor prevalencia en personas mayores para asegurar un tratamiento adecuado y una asistencia multidisciplinar.

6ª.- Potenciar la formación de los profesionales de la Atención Especializada en las estrategias y metodologías necesarias para procurar una mejor atención y cuidados a los mayores hospitalizados.

Son propuestas muy concretas para ir conformando el compromiso de la sociedad con las personas mayores en general.

2.2.- Incremento de la oferta educativa y cultural.

Desde el enfoque multidimensional, que se ha dado a la salud, no es posible dejar de hacer una seria referencia a la educación de la persona mayor.

Inspirándonos en la doctrina de André Lemieux, al respecto, nos adelantamos a decir que esta educación de la persona mayor es constitutiva o parte integrante de su situación óptima de bienestar, porque se trata aquí de “ayudar a la persona mayor a comprenderse, a comprender lo que vive y hacia donde va, a comprender esta nueva fase de su desarrollo y cómo, lejos de ser nada más que un preámbulo de cara a la muerte, la vejez aparece como la fase decisiva de su desarrollo personal y puede convertirse en el período más feliz de su vida. Con esta educación también debe pretenderse que la persona mayor pueda encontrarse consigo misma. Esta educación debe ayudar a comprender a toda costa la evolución del mundo que tiene alrededor.

En definitiva, debe ayudar a comprometerse dando un nuevo sentido y nuevas dimensiones a su vida. La edad se convertirá así en fuente de riqueza.”

Ante esta magnífica cita de Lemieux, cabe afirmar que la persona mayor no puede quedarse en un elemento pasivo de la sociedad, sino dinamizador de la misma, enriquecedor, y en definitiva, integrador, con la aportación de una experiencia que, unida a la información - formación -, que pueda recibir en las aulas permanentes y abiertas coadyuva a su transformación.

Hoy en día, la educación de los mayores es una preocupación mundial. Gracias a ello éstos tienen mejor salud, son más autónomos, más instruidos, más libres, están más prestos a ocupar el sitio que les corresponde, negándose a todo tipo de marginación.

En España, la oferta educativa y cultural está en pleno auge desde hace ya varios años. De ellas se están sirviendo miles de personas mayores.

Mención especial merecen los Programas Universitarios con una gran variedad y riqueza de contenidos.

No es necesario insistir demasiado en la conveniencia de fomentar el incremento de esta oferta educativa después de las consideraciones hechas. Pero, al igual que se hizo en el punto anterior, en orden a seguir configurando el compromiso de la sociedad con las personas mayores en general recogemos aquí algunas propuesta de medidas tomadas igualmente del Proyecto de Plan de Acción con las personas mayores del IMSERSO.

1ª.- Promover un enfoque renovado y positivo de la jubilación, como fase de la vida llena de posibilidades de realización personal y social.

- 2^a.- Promover programas televisivos y radiofónicos, en el ámbito estatal, autonómico y local, con protagonismo de personas mayores que transmitan el mensaje de considerar la vejez como una oportunidad vital y social.
- 3^a.- Facilitar el acceso a cursos de formación primaria, media y superior a las personas mayores interesadas, sin olvidar en esta oferta educativa y cultural al sector de población mayor que vive en el medio rural, preparando en este caso, a los profesionales que han de ocuparse de la tarea educativa en los métodos y técnicas más adecuados.
- 4^a.- Potenciar el Programa de Universidades para Mayores hasta el punto que cada universidad pueda y deba tener aneja una universidad de esta naturaleza; así mismo fomentar la puesta en común de criterios, experiencias y esfuerzos, con el fin de diferenciar las opciones, de tal modo que los mayores puedan elegir con más libertad la que mejor se adapte a sus necesidades.

2.3. - Integración social de las personas mayores.

Terminamos estas consideraciones sobre requisitos considerados necesarios para un envejecimiento saludable con una breve reflexión sobre el importante punto de la integración social de las personas mayores.

Cuando una persona, cualquiera, se siente tenida en cuenta, consultada, parte integrante de la familia o del grupo social al que pertenece, crece su autoestima y con ello experimenta satisfacción. Lo contrario, la exclusión, la

marginalidad social, el verse aislado, el sentirse solitario y considerado como inútil social, conduce a la tristeza y a la depresión.

Hasta hace poco las personas mayores han venido experimentando marginación social, caracterizada por una subparticipación aguda en la sociedad. Como si la jubilación fuese dar un paso hacia ninguna parte. O lo que es lo mismo, como si el jubilado fuese un inútil social al no ser productivo en el sentido económico de la palabra.

Mucho se ha venido avanzando en el camino de la integración. La propia oferta educativa y cultural que acabamos de comentar ha contribuido mucho a ello. El movimiento asociativo, la creación y funcionamiento del Consejo Estatal de las Personas Mayores y de los Consejos Autonómicos son, igualmente, estupendos ejemplos de logros alcanzados en el proceso de la integración. Así mismo el desarrollo de los servicios sociales, especialmente los comunitarios, está contribuyendo muy particularmente a facilitar la permanencia de la persona mayor en su medio, propiciando la integración social.

Sin embargo, en el rigor y sinceridad de la reflexión que estamos haciendo al respecto, nos atrevemos a plantear un pensamiento expresado por un sociólogo de principios del siglo XX, comentado con profundidad por otro sociólogo de nuestros días, Demetrio Casado, en su obra “Por una Acción Social y Cultural Alternativa”.

El sociólogo alemán, Simmell, a comienzos de siglo escribió sobre “la marginación por las obras”. Se puede fabricar marginación, dijo. Apreció que el pobre no se constituye como tal por la falta de recursos, sino por el hecho de ser socorrido. Y se comenta por el citado sociólogo de nuestros días: “La penuria

material que afecta a determinados individuos y colectivos es un hecho objetivo, pero lo que da a esos sujetos una u otra entidad social deriva de la conciencia que de su situación se forma la sociedad y de la conducta que adopta. Sentado esto, resulta fácil intuir la importancia de la intervención de la sociedad bajo forma de acción social y cultural en la reducción o ampliación del fenómeno de la marginalidad. Concluye el Sr. Casado con unas palabras de hondo calado a los efectos de esta ponencia. Dice: “El desarrollo de programas y servicios privativos para las personas mayores (residencias, Clubes, etc.) satisface una demanda constatable de nuestros mayores que desean protección frente a la invasión y al olvido creciente de los no viejos, pero el precio de esa protección es una marginalidad social reforzada”.

Estamos ante una denuncia digna de toda consideración que ha de llevarnos al establecimiento de un principio, tal vez innovador y atrevido en el marco de la política social y del compromiso de la sociedad con las personas mayores: **“En la acción social y cultural debe evitarse una especialización excesiva para soslayar el refuerzo de la marginación”**.

A la luz de este principio y de todas las consideraciones anteriores cabe formular muchas recomendaciones a la sociedad y a las administraciones públicas. Señalamos algunas:

1ª.- Convivencialidad versus institucionalización. Es decir, tanta convivencia con la familia y en el medio social como sea posible, y sólo la institucionalización necesaria. Los centros residenciales han marginado en el inmediato pasado a muchas personas que han podido dar mucho juego en la sociedad, a causa de un desenfoco asistencialista. Apostamos por la

política de dejar las residencias para aquellas personas en situación de dependencia grave o muy grave que las necesitan.

2^a.- Los hogares del pensionista deben continuar el proceso ya iniciado de abrirse a la zona donde están ubicados, al barrio o pueblo, dejando de propiciar la figura del gueto. No deben formar los mayores un mundo aparte solo para ellos.

3^a.- Deben excluirse de la literatura jurídica y técnica, pública o privada sobre materias relacionadas con las personas mayores, todos aquellos términos que evocan circunstancias negativas: “Protección”, “Tercera Edad”. “Asilo”, ..

II EL COMPROMISO DE LA SOCIEDAD CON LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

La segunda parte de esta ponencia tiene una especial importancia: El problema de la dependencia.

Lo abordaremos, planteando puntos de mucha trascendencia como:

- Protección a la dependencia.
- La necesidad y urgencia de hacer efectiva la coordinación sociosanitaria.
- El apoyo a las familias cuidadoras.

2.1. - La protección a la dependencia

El Consejo de Europa define como personas dependientes a quienes, por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria. En esta situación se encuentran más de un millón de personas en nuestro país y afecta además a los familiares implicados en su cuidado.

La falta de recursos para estas personas es evidente y creciente. Un ejemplo simple podrá ilustrar con claridad nuestro argumento. Si a una persona se le detecta un cáncer o un grave problema cardíaco, a partir de ese momento recibirá de la sanidad pública todas las atenciones necesarias a su caso (tratamientos, terapias, internamiento, etc.), con independencia de cuál pueda ser

su situación económica y familiar. Pero si ese problema lo genera un proceso de Alzheimer u otro degenerativo mental, su cobertura por los servicios sociales quedará supeditada a las escasas posibilidades que éstos ofrecen, o habrá que acudir a la compra de servicios privados, dependiendo, ahora sí, de la situación económica y familiar del paciente. Esta alarmante discriminación ha de resolverse lo antes posible, sobre todo, teniendo en cuenta la gran importancia que está tomando el cada día más grave y extendido problema del Alzheimer y otras enfermedades degenerativas que aumentan constantemente debido al gran impacto del envejecimiento de la población y el aumento del volumen de personas muy mayores.

2.1.1. Algunos avances en España a favor de la protección de la dependencia

España ha hecho efectivo el derecho universal a las pensiones contributivas y a la sanidad. La Constitución reconoce también el derecho a los servicios sociales, pero su desarrollo no ha sido nunca objeto de una ley orgánica y las diferentes Comunidades Autónomas lo han legislado con distintos criterios que han generado, como consecuencia, disparidad en el acceso a los servicios y en el tipo de los ofrecidos, así como la inexistencia práctica del derecho universal individual pretendidamente reconocido.

Es cierto que el Plan Gerontológico Estatal puesto en marcha en 1992 preveía recursos y metas a cumplir al año 2000; pero pese a los logros alcanzados, son muchos los déficits existentes.

2.1.2. Propuesta de elaboración de una Ley de protección a la dependencia

Nuestra propuesta (totalmente coincidente con el “Informe” del Defensor del Pueblo publicado el año pasado) es la de que se presente al Parlamento, lo antes posible, un proyecto de Ley de Protección Social de las Situaciones de Dependencia.

Cabe afirmar que en España falta un texto legal, que cree la figura de dependencia, tal y como otros países de nuestro entorno europeo lo vienen haciendo.

Este Proyecto podría adoptar distintas formas o enfoques. Somos conscientes o conocedores de los varios diseños que se han manejado en varios países de la Unión Europea los últimos tiempos. Nosotros apostamos por un proyecto que debería ir en el sentido de la necesaria inclusión de la dependencia en la Seguridad Social, y de su carácter universal e individual.

Por lo que respecta al mencionado Proyecto de Ley también pensamos que el mismo debe tener como ámbito a toda la población dependiente, sin requisitos de edad para no repetir el error en el que se cayó con el sistema de invalidez de la Seguridad Social, que protege muy bien la gran invalidez e incluso prevé la ayuda a terceras personas cuidadoras, pero que, sin embargo, no contempla la grave dependencia contraída después de la jubilación.

Será necesario que la Ley parta de un concepto de dependencia; establezca los diversos niveles de la misma mediante un sistema único de valoración de la dependencia para todas las Comunidades Autónomas en la que deben intervenir equipos multidisciplinares formados por médicos, psicólogos,

ATS, trabajadores sociales, etc.; e instituya los derechos y obligaciones de la persona dependiente y de sus cuidadores, muy concretamente el derecho a percibir una prestación económica de conformidad con el nivel de dependencia.

Partiendo del hecho que hemos apuntado de incluir esta Ley en el Sistema de Seguridad Social, la financiación de su aplicación descansaría sobre las cotizaciones al Sistema en la forma y cuantía que se regulase.

Finalmente, nos permitimos pedir que dada la gravedad del problema existente, hasta tanto este derecho no sea efectivo y los servicios no estén garantizados por la Ley, se pongan en práctica las medidas de Atención a la Dependencia, incluidas en el proyecto del Plan de Acción 2000-2005.

PUNTOS DE DEBATE

- 1.- ¿Qué sería más efectivo para la protección a la dependencia: una ley para todo el Estado Español o la unificación de criterios de las distintas Autonomías?
- 2.- ¿Qué grado de implicación podría tener el sector privado en el proyecto del seguro de protección a la dependencia, a semejanza de otros países?
- 3.- Mientras tanto no se adquiriera el derecho legal a una prestación para proteger la situación de dependencia, ¿qué mecanismos se han de aplicar a la grave situación actual?
- 4.- ¿Los Pactos de Toledo deberían ser el foro más adecuado para el debate de las propuestas aquí mencionadas? y ¿qué grado de implicación podemos reclamar?

2.2. - La coordinación sociosanitaria

No es posible tratar el tema de la dependencia, sin abordar el de la coordinación sociosanitaria.

La atención a las personas mayores, especialmente las dependientes, se sitúa en muchos casos en un terreno intermedio entre la atención social y la atención sanitaria. La existencia de estas dos redes, la sanitaria, universal y de amplia cobertura, y la social, de hecho no universal y con bajísima cobertura, ocasiona muchas dificultades a las personas que necesitan de la atención de ambos sistemas. Por ello, pedimos la coordinación entre las redes social y sanitaria, para poder dar al usuario en cada momento el servicio que le sea preciso.

De la coordinación socio-sanitaria se ha escrito y se ha debatido mucho en la última década, sobre todo, a partir de que el Plan Gerontológico Estatal de 1992 la estableciera como uno de sus objetivos a conseguir.

Desde entonces se han hecho diversos e importantes intentos por encontrar una fórmula adecuada para lograrla. Estos intentos han partido tanto de la Administración General del Estado como de casi todas, por no decir todas, las CC.AA.

En el marco del desarrollo del Plan Gerontológico, la Subdirección Gral. de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró el documento “Bases para la Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores”, en el que se propone un modelo de atención sanitaria a

este grupo de población y se contempla un sistema de coordinación con los servicios sociales. Dichas bases se sintetizan en lo siguiente:

- El sistema de atención debe ser **integral**, atendiendo a la diversidad de necesidades, **interdisciplinar**, promoviendo la participación de los diferentes profesionales, y **rehabilitador**, tanto respecto a objetivos curativos, como paliativos o de rehabilitación, incluyendo los del propio paciente.

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

No entramos a citar las iniciativas de las CC.AA. que han sido muchas, habiendo sido pionera Cataluña con su Programa “Vida a los años”, sin dejar de citar a Castilla y León, Galicia, País Vasco, Comunidad Valenciana, C.A. de Madrid, Canarias, Andalucía, La Rioja y otras más.

No obstante todos estos esfuerzos e iniciativas, la coordinación sociosanitaria sigue siendo una asignatura pendiente.

Una vez más, en este II Congreso Estatal de las Personas Mayores, a través de esta Ponencia, se insta a las Administraciones Públicas a buscar soluciones a los problemas que pudieran existir.

Se trata de ofrecer un modelo de atención integral a las personas mayores dependientes, en el ámbito de su área sociosanitaria, mediante el desarrollo de un sistema progresivo de cuidados comunitarios que

favorezcan la permanencia de estas personas en su entorno habitual, evite la innecesaria institucionalización y hospitalización de las mismas y facilite el alta hospitalaria, en su caso, una vez superado el proceso agudo de su enfermedad, garantizándoles la continuidad en el plan de cuidados prescrito.

Indudablemente, este modelo implica un conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para poder ofrecer la mencionada respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas dependientes.

En resumen, la coordinación sociosanitaria se acerca a lo que podría llamarse metodología de la intervención, intentando optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos con vistas a la acción conjunta.

Con independencia de la dificultad que pueda entrañar la referida metodología de la intervención, no podemos dejar de mencionar y denunciar la escasez de recursos. ¿Cómo derivar a la persona dependiente hacia los recursos que necesita sociales y sanitarios si no los hay? ¿Cómo garantizar la continuidad en el plan de cuidados prescrito, si no se encuentran en el medio comunitario los servicios precisos?.

La Constitución española reconoce el derecho social de toda persona a ser atendida pero, a pesar de ello, España tiene grandes déficits en este campo y especialmente en lo que se refiere a las necesidades de atención a las personas mayores en relación con la atención Socio-sanitaria. Debe quedar clara, igualmente la gran distancia que separa España de las medias Europeas y que a

pesar de que en números totales la inversión en este campo ha aumentado, si tomamos como punto de referencia el PIB (producto interior bruto) vemos claramente que la inversión, en cuanto a resultados finales, ha disminuido sustancialmente. Si en el año 90 la diferencia con la UE era de 5 puntos, el año 97 era de 6'7 puntos (España 22, UE 28'7).

Los servicios sociosanitarios deberían cubrir la atención de las diversas necesidades que plantean las personas mayores dependientes en uno u otro grado, debiéndose estructurar con el criterio de mantener a la persona mayor en su entorno habitual, siempre que sea posible.

En consecuencia con todo lo anterior, se propone el incremento y cualificación de los recursos sociales y sanitarios.

2.2.1. Los servicios sociales

Por lo que respecta a los servicios sociales ponemos la atención en los siguientes:

Servicios de atención integral domiciliaria: son los servicios prestados a las personas mayores en su propio domicilio, en sus diversas modalidades: atención personal, atención sociosanitaria, apoyo económico y humano, comidas a domicilio, lavandería, limpieza, los servicios de teleasistencia y los servicios de acondicionamiento de la vivienda. Si consideramos solamente la ayuda social a domicilio, ésta cubre en la actualidad la demanda de unas 112.000 personas, lo que representa el 1,82 % de la población de 65 años. El Plan Gerontológico estatal se había propuesto alcanzar el 8% en el año 2000. El servicio de

teleasistencia, por su parte, está alcanzando en los últimos tiempos un notable desarrollo, calculándose en unos 50.000 los terminales de esta red.

Los servicios comunitarios de tipo alternativo a la institucionalización: son los diferentes servicios y equipamientos que prestan una atención complementaria o alternativa a la que se pueda ofrecer a la persona mayor en su propio domicilio, y que constituyen opciones distintas al internamiento. Esta oferta se concreta en los pisos tutelados, pequeñas unidades de convivencia y en los centros de día. Los déficits en este campo son igualmente alarmantes. Por lo que atañe a plazas de estancias diurnas, se cubre hoy en día el 0'073% (unas 5.000 personas). Los datos de pisos tutelados son prácticamente inexistentes debido al poco desarrollo que tiene en el país este tipo de servicio.

Los centros residenciales: Pese al importante incremento de plazas residenciales alcanzado en los últimos años, sigue existiendo déficit. La ratio actual es del 3,03% (198.000 usuarios). El Plan Gerontológico había establecido que para el año 2000 la ratio debería ser del 3,5%. Se hace constar que de las residencias existentes, un 60% corresponden al sector privado y el 40% al sector público. Asimismo, interesa destacar que el número de plazas residenciales destinadas a personas dependientes es bastante deficitario, siendo muy difícil indicar su número. En este aspecto queremos manifestar, una vez más, la propuesta de la desaparición de las residencias para válidos mediante la transformación de estos equipamientos en centros asistidos y especializados, con capacidad para prestar una atención de tipo sociosanitario. Al menos esta propuesta debería cumplirse definitivamente en el sector público

2.2.2. - Red sanitaria

Abordamos seguidamente el campo de los Servicios Sanitarios:

2.2.2.1. Necesidad de una red articulada de Servicios.

Se deberá garantizar una red articulada de servicios sanitarios que cubran las necesidades de atención de las personas mayores, particularmente de las dependientes.

Ello supone una ordenación de dichos servicios tanto en la Atención Primaria de Salud, como en la atención hospitalaria.

Debe planificarse una asistencia que reconozca las diferencias de las personas mayores y ofrezca un sistema de cuidados de salud adaptados a dichas diferencias en la atención primaria, en la especializada y en la hospitalaria.

En esta planificación se debería insistir en la concienciación de los diferentes especialistas acerca de la importancia de considerar a las personas mayores de una manera integral y de contemplar en cada caso la necesidad de coordinación con los profesionales de los distintos niveles de cuidados (atención primaria y atención hospitalaria) así como con los profesionales de los servicios sociales.

Nos referimos seguidamente a las estructuras sanitarias, siguiendo en todo ello las orientaciones marcadas por una publicación del INSALUD, de 1995, con el título “Bases para la ordenación de Servicios de Atención Sanitaria a las personas mayores

1º.- Atención primaria de salud

La atención primaria es la puerta de entrada al Sistema de Salud.

En este nivel se debería contemplar:

- La detección precoz y valoración de las situaciones de riesgo y de enfermedad de las personas mayores.
- La aplicación de acciones de prevención adaptadas a los problemas específicos del envejecimiento de cada uno de los pacientes, como dijimos en la primera parte de esta Ponencia.
- El desarrollo de programas de atención domiciliaria de enfermería, proporcionando los cuidados necesarios para mantener el mayor grado posible de autonomía personal así como la orientación al paciente y a su familia.
- También debería potenciarse la interconsulta entre los Centros de Salud y los servicios hospitalarios. Los profesionales de la Atención Primaria de Salud pueden obtener de esta manera el apoyo de los servicios de geriatría que favorecerá la organización de la asistencia, la derivación del paciente a los servicios más idóneos y la continuidad de los cuidados.
- Finalmente, también debería propiciarse la participación de los profesionales de la Atención Primaria de Salud en Comisión Sociosanitaria locales o de distrito, en las que representantes de las diferentes Areas Asistenciales planteen y resuelvan los problemas de

las personas mayores que no pueden ser resueltas por los mecanismos habituales. En algunas experiencias llevadas a cabo en el inmediato pasado para desarrollar la coordinación sociosanitaria, las Comisiones Sociosanitarias de Area tuvieron un papel muy significativo. Estas Comisiones se configuraron como el **órgano interinstitucional de valoración de casos, asignación de recursos, planificación y seguimiento de los programas de atención establecidos a cada persona mayor en su ámbito territorial, contando con los recursos disponibles.**

2º.- Los servicios hospitalarios

El objetivo general en este nivel es prestar a las personas mayores, en sus diferentes situaciones de enfermedad, una atención integral limitando el período de hospitalización a lo estrictamente necesario.

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

- **Funcionalmente**, en el establecimiento de unos criterios de atención a las personas mayores y la orientación de las mismas por parte de un equipo multidisciplinar, que desarrolle –entre otras- funciones de valoración y gestión de los casos geriátricos dentro del hospital, indicación de los cuidados y servicios más adecuados para el paciente geriátrico y coordinación intra y extra hospitalaria para la derivación de los pacientes hacia los recursos idóneos, una vez dada el alta hospitalaria.

- **Estructuralmente**, en una nueva ordenación de servicios, poniendo en funcionamiento unidades específicas:
 - Hospital de Día geriátrico.
 - Unidades de hospitalización de agudos.
 - Unidades de convalecencia.
 - Unidades de cuidados paliativos.

- **Organizativamente**, en la conexión y coordinación entre la atención primaria y el hospital.

Este es en resumen el esquema de ordenación de servicios hospitalarios propuesto, en su día, por el INSALUD y que nosotros defendemos en esta Ponencia.

Para una mejor comprensión de lo que se ha apuntado, nos parece conveniente desarrollar algunos conceptos:

- **El Hospital de Día:** Constituye en este esquema un recurso dedicado a la atención rehabilitadora y de soporte de pacientes para facilitar su permanencia en la Comunidad. Las actividades del Hospital de Día están dirigidas a lograr la rehabilitación y la integración de la persona mayor en su medio. No obstante se requiere la elaboración de criterios explícitos y consensuados con todos los profesionales y estamentos implicados.

- **Las Unidades de Convalecencia,** pueden estar justificadas en determinados casos, si bien ha de ser evaluada la necesidad de este

recurso, así como definida la dotación de recursos humanos y su gestión en términos de actividad y coste.

-

El objetivo es lograr la recuperación funcional de la persona mayor tras procesos agudos que requieran su hospitalización.

- **Las Unidades de Agudos**, se pondrán en funcionamiento dependiendo del desarrollo del resto de estructuras del modelo sanitario en la zona, y de la existencia de camas disponibles (podrán destinarse 12-15 camas, según el tamaño del hospital) que permitan una mejor atención de pacientes geriátricos que precisen internamiento en esta Unidad.

2.2.2.2. - La necesaria formación de los profesionales

Imposible terminar el abordaje de la necesaria red articulada de servicios sanitarios sin dedicar una rápida consideración a la igualmente necesaria formación de los profesionales.

Como se ha expuesto ya, en otro momento de esta Ponencia, la formación de los profesionales de la sanidad tiene una importancia estratégica en el desarrollo de los servicios que acabamos de plantear, para acomodarlos a las nuevas demandas y nuevos enfoques de la atención a las personas mayores. De esta formación va a derivar su adecuada actuación.

Por ello, insistimos en la necesidad de incluir la enseñanza de la geriatría durante el proceso de formación en las facultades de medicina y escuelas de enfermería; en la necesidad de propiciar el incremento del número de médicos geriatras; y, finalmente, en la necesidad de establecer programas de formación

continuada que permitan la actualización de conocimientos y métodos de trabajo al personal médico y paramédico.

PUNTOS DE DEBATE

- 1- Cómo resolver los problemas de coordinación entre los organismos implicados en la creación de equipamientos sociosanitarios.
- 2- Cómo fijar por parte de los organismos competentes los compromisos de realización de plazos concretos, tanto para el desarrollo de las redes de servicios social y sanitaria, como para lograr la coordinación entre ambas.
- 3- Cómo conseguir una mayor participación y protagonismo de las Personas Mayores en la planificación y realización de los programas dirigidos a ellos.
- 4- Cómo se puede favorecer el incremento de la información para conocer las necesidades reales de la población mayor.
- 5- Cómo las organizaciones de mayores pueden y deben comprometerse en los proyectos y servicios de atención a su colectivo y a la propia sociedad

2.3. El apoyo de las Familias Cuidadoras

Uno de los valores sociales importantes, que las familias, tanto del mundo rural como urbano, han venido aportando a la sociedad, ha sido el cuidado atento y abnegado de sus propios miembros, tanto niños como mujeres y mayores. Todas las edades de las personas han tenido cobijo en la familia tradicional tanto patriarcal como matriarcal en momentos decisivos, con frecuencia, con ocasión de enfermedades cortas o de larga duración. Esta acción social familiar significaba que alguna persona debía sacrificarse en bien del grupo: solterías rurales y urbanas, presencia de la mujer en este tipo de actividad renunciando, frecuentemente, a un trabajo remunerado fuera de la familia etc. La familia actualmente evoluciona o cambia a través de significativas e importantes transformaciones; las mujeres han iniciado en las diferentes culturas, tanto occidentales como orientales, (en unas con más dificultades que en otras), el camino hacia la emancipación tanto social como familiar, trabajando fuera de casa y ocupando responsabilidades importantes en el entramado de la sociedad actual. Estudios sociológicos y estadísticas recientes ponen de relieve cómo el apoyo informal en el medio familiar está perdiendo fuerza y presencia, de manera más significativa en el sector urbano que en el rural. Esta situación nueva de la familia ha obligado a redefinir o resituar al varón en la propia familia y en la sociedad. Hoy en día existen muchos trabajos en la familia que son comunes tanto al hombre como a la mujer y la responsabilidad de la unidad familiar teóricamente se comporta de tal forma que, en algunas comunidades humanas, las diferencias son únicamente genéticas. Y, por otra parte, las personas que cuidan en la actualidad de las personas mayores dependientes, necesitan y reclaman el apoyo institucional y profesional urgente para cumplir su objetivo.

Si valoramos como factor positivo de nuestra sociedad el hecho de que las personas mayores, cada vez más, como elemento significativo de calidad de vida, quieren permanecer el mayor tiempo posible en el hogar, en su medio familiar, hemos de hacernos eco de esa demanda de apoyo. La figura de la familia cuidadora tiene un relieve extraordinario. Pero las familias cuidadoras de sus mayores, en muchos casos dependientes, lo hacen muchas veces con el consiguiente sacrificio de algún miembro de la unidad familiar en el plano social, económico y profesional, y sustituyen y encubren con frecuencia las carencias y obligaciones de la propia sociedad civil y de sus administraciones públicas que deberían responsabilizarse de las personas dependientes. Por tanto, en apoyo a las familias cuidadoras, esta Ponencia hace las siguientes propuestas:

- La responsabilidad de la Administración Pública hacia las personas dependientes se ha de incrementar, adquiriendo el compromiso de que las familias obtengan todo el apoyo social, psicológico, profesional, fiscal y económico necesarios para poder desarrollar su propia responsabilidad en el cuidado de los familiares dependientes atendidos en el hogar.
- Los poderes públicos deberán estudiar y, en su caso, legislar sobre la carencia de cotización de la persona cuidadora durante el período dedicado a la atención de las personas dependientes, de tal forma que no se cree el vacío en su cotización económica de cara a su futura pensión contributiva. Asimismo deberá estudiarse la posibilidad de que el servicio o atención hacia las personas mayores sea recogido en el estatuto del trabajador y reconocido por la sociedad de cara a la etapa de la jubilación. El reconocimiento por parte de las Administraciones Públicas del ejercicio de este servicio social a las personas con diferentes grados de dependencia debe reflejarse en una nueva legislación de contenido social.

Tal contenido debería contemplar lo siguiente:

- 1- Se requiere la necesidad de disponer de “tiempo” (propuesta de horarios y convenios de jornadas que hagan compatible los tiempos de prestación de cuidados y los laborales), y de mejorar las ayudas existentes para las personas que trabajan y a la vez deben cuidar a una o varias personas de su familia.
- 2.-La necesidad imperante de ofrecer apoyo real y ayuda de servicios complementarios de carácter técnico a las familias cuidadoras que les permitan atender con calidad a la persona dependiente a la que cuidan.
- 3.- Estas familias deben recibir por derecho y no como concesión gratuita de la Administración Pública, los beneficios o ayudas necesarias económicas complementarias y las consiguientes deducciones fiscales.

Habrà de tenerse en cuenta en apoyo de esta propuesta que diversos organismos y estudios recientes ponen especial énfasis en el tratamiento y especial atención que se debe prestar a las familias cuidadoras como una solución de equilibrio social y de bajos costes económicos. Los beneficios sociales que generan estas familias cuidadoras a la sociedad y a las personas dependientes, difícilmente se pueden suplantar por otras estructuras imaginativas de mayor equilibrio y garantía. Por este motivo, el reconocimiento, apoyo y dotación de cualquier tipo de prestaciones públicas debería ser incuestionable y urgente.

- 4.- Se deberán establecer medidas que ayuden a prevenir o paliar el impacto negativo psicológico sobre la salud que puedan aparecer en las personas cuidadoras.
- 5.- Se potenciará la creación y puesta en marcha de grupos interdisciplinares de procedencia pública, para el apoyo, formación y asesoramiento de la familia o persona cuidadora.
- 6.- Dado que, normalmente, cuando hablamos de familias cuidadoras, nos referimos a la mujer, que es en la mayoría de los casos la que cuida de las personas dependientes de la familia y que, como consecuencia de esto, posteriormente se encuentra desatendida social y económicamente, se deben buscar, encontrar y diseñar fórmulas que subsanen estas deficiencias estructurales que crean auténticas bolsas de pobreza y marginación.
- 7.- La familia y la sociedad deben asumir el compromiso, de dar soporte y servicios, hacia sus propios miembros como responsabilidad social de solidaridad y equidad en todas las fases de la vida.

PUNTOS DE DEBATE

- 1- Exigencias y derechos que deben reclamar las familias cuidadoras a las administraciones públicas.
- 2- La escasa existencia de medidas de apoyo en la actualidad al sector informal y el advenimiento de la dependencia como nueva necesidad social, ¿qué criterios de participación ciudadana pueden suplir las carencias venideras, tanto en los consejos estatales, autonómicos y locales de las personas mayores?.
3. ¿Qué normativas deben incorporarse a la legislación actual para que la persona cuidadora o familia pueda reivindicar sus derechos sociales a las diferentes administraciones públicas?.
4. ¿Qué compromiso debe adquirir la familia de primer grado además de lo que expresa la ley en el cuidado y atención del enfermo?.
5. ¿Qué papel debe jugar el voluntariado social en el apoyo a los grupos multidisciplinarios en atención a la persona necesitada?.