

Plan Gerontológico de Euskadi (1994)



PLAN GERONTOLOGICO DE EUSKADI (1994)



JUSTIZIA, EKONOMIA, LAN
ETA GIZARTE SEGURANTZA SAILA

DEPARTAMENTO DE JUSTICIA
ECONOMIA, TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 1995

Dirección:

D. Emilio SOLA BALLOJERA y D. Luis SANZO GONZALEZ

Comisión Redactora:

Dña. Raquel CORTAZAR ALONSO

D. Julio DIAZ APRAIZ

D. Joseba ETXABE ARMENDIA

D. Juan FERNANDEZ DE GAMARRA BETOLAZA

Dña. Dorleta GOIBURU MURUAGA

D. José Antonio JIMENO CABALLERO

D. Antonio MARIN LEON

Dña. Elena MARTIN ZURIMENDI

D. Iñaki ORRANTIA MARTINEZ

D. Enrique SACANELL BERRUECO

D. Ramón SAIZARBITORIA ZABALETA

D. Luis SANZO GONZALEZ

D. Emilio SOLA BALLOJERA

D. Germán UGARTE MONTOYA

Colaboradores:

D. José Antonio AGUIRRE ELUSTONDO

Dña. Maite ARIZA PEREZ

Dña. Amaia BAYO REKALDE

Dña. Itziar DE ARALUZE Y LANZAGORTA

D. Faustino LOPEZ DE FORONDA VARGAS

D. Rafael MENDIA GALLARDO

D. Imanol ORMAZA SIMON

1ª Edición:	Septiembre 1995
Tirada:	2.000 ejemplares
0	Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social
Edita:	Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Duque de Wellington, 2 - 01010 Vitoria-Gasteiz
Fotocomposición:	Didot, S.A. Nervión, 3-6.º - 48001 Bilbao
Impresión:	Boan, S.A. Particular de Costa. 2 - 48010 Bilbao
ISBN:	84-457-0614-4
Depósito Legal:	BI-1885-95

INDICE

PRESENTACION	9
INTRODUCCION	11
PRIMERA PARTE: LA ATENCION A LAS NECESIDADES DE LA POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE EUSKADI	17
1. SITUACION Y NECESIDADES DE LA POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS	19
1.1. Características socio-demográficas generales de la población mayor de 65 años	19
1.1.1. Características demográficas	19
1.1.2. Características ocupacionales	21
1.1.3. Características culturales	24
1.2. Integración social de la población anciana	25
1.2.1. Situación relacional	25
1.2.2. Actividades sociales en la tercera edad	27
1.3. Situación socio-económica de la población mayor de 65 años	29
1.3.1. Características de la vivienda	29
1.3.2. Ingresos económicos	31
1.4. Estado de Salud	33
1.4.1. Perfil general en materia de salud	33
1.4.2. Deficiencias, discapacidades y minusvalías	39
2. NECESIDADES ACTUALES Y PERSPECTIVAS DE EVOLUCION	47
2.1. Necesidades actuales de servicios	47
2.1.1. Principales necesidades y demandas detectadas	47
2.1.2. Vías habituales de solución de las necesidades	48
2.1.3. Conocimiento de los servicios	50

2.1.4. Utilización de los servicios	50
2.15. Valoración de los servicios	54
2.2. Evolución previsible de las necesidades	55
3. PROTECCION SOCIAL A LA TERCERA EDAD EN EUSKADI	63
3.1. Servicios residenciales	63
3.2. Ayuda a domicilio	72
3.3. Otros servicios sociales para la tercera edad	76
3.3.1. Centros de día	76
3.3.2. Clubes y hogares de jubilados	77
3.3.3. Otros programas recreativos	78
3.3.4. Programas de acogimiento familiar	79
4. LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL CONTEXTO DE LA PROTECCIÓN GENERAL A LA TERCERA EDAD	81
 SEGUNDA PARTE:	
PROPUESTAS DE ACTUACIÓN	95
1. CARACTERISTICAS DEL MODELO GENERAL DE INTERVENCION EN EL AMBITO DE LA TERCERA EDAD	97
1.1. Objetivos de la intervención pública en el ámbito de la tercera edad .	97
1.2. Principios de actuación de la Administración en la intervención en re- lación a la tercera edad	100
1.2.1. Racionalización y aumento del gasto social para la tercera edad	100
1.2.2. Una nueva aproximación al principio de responsabilidad pública	101
1.2.3. Orientación prioritaria del gasto hacia los colectivos más necesi- tados	102
1.2.4. Financiación	104
1.3. Distribución de competencias y coordinación interinstitucional	105
2. ACTUACIONES EN LA COMUNIDAD	107
2.1. Actuaciones preventivas	108
2.1.1. Programas de información, participación y sensibilización	111
2.1.2. Programas de preparación a la jubilación	113
2.1.3. Programas de potenciación de la acción social solidaria	116
2.1.4. Prevención primaria de la enfermedad y promoción de la salud: «Programas de educación para la salud»	118
2.1.5. Tiempo libre: «Programas de animación socio-cultural»	119
2.2. Actuaciones destinadas a mantener al anciano en la comunidad	121
2.2.1. Recursos sociales para el mantenimiento del anciano en la co- munidad	128
A. Servicio de ayuda a domicilio	128
B. Servicio telefónico de emergencia	132

C. Centros de día	133
D. Estancias temporales en residencias	134
E. Familias de acogida	134
2.2.2. Actuaciones de soporte y apoyo	135
A. Actuaciones en materia de vivienda	135
B. Actuaciones en materia de bienestar económico	137
C. Ayudas técnicas	138
D. Políticas de apoyo a la familia	139
2.3. Equipamientos comunitarios	140
2.3.1. Transformación de los actuales clubes y hogares	144
2.3.2. Comedores sociales	145
2.3.3. Accesibilidad y barreras físicas	146
3. SISTEMAS DE ALOJAMIENTO	149
3.1. Conformidad y consolidación de una red residencial alternativa	153
3.1.1. Viviendas comunitarias	153
3.1.2. Pisos o apartamentos tutelados	154
3.2. Transformación de la actual red residencial	155
4. PRINCIPIOS BASICOS PARA UNA ATENCION SANITARIA A LA TERCERA EDAD	159
- ¿Vida más larga o vida mejor?	159
- Las responsabilidades públicas sectoriales	161
- Servicios sanitarios para la tercera edad	163
- Redistribución de recursos	164
- Continuidad de cuidados	165
- Modalidades asistenciales más próximas al ciudadano	166
- Colaboración en el espacio sociosanitario	166*
- Adecuación de las capacidades de los profesionales	167
5. OTRAS MEDIDAS	169
5.1; Formación	169
5.1.1. Formación de la tercera edad	169
5.1.2. Formación para la tercera edad	170
5.2. Investigación y evaluación	171
5.3. Implementación, evaluación y seguimiento del plan	172

PRESENTACION

La crisis económica generada a mediados de la década de los años 70 introdujo un giro significativo en el escenario demográfico de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Así, después de varias décadas de notable crecimiento vegetativo y migratorio, se verificó un acusado descenso de la fecundidad, natalidad y nupcialidad, con la aparición de saldos migratorios negativos.

Las proyecciones demográficas prevén un incremento sustancial de la proporción de personas mayores de 65 años sobre una población total prácticamente estable, acompañándose de un aumento en términos absolutos del colectivo en cuestión.

Con respecto al pasado reciente, se han producido numerosas transformaciones en la relación entre vejez y sociedad, así como en las políticas sociales que implícita o explícitamente determinan dicha relación, como consecuencia de los importantes cambios económicos y sociales vividos en las dos últimas décadas.

El propio sentido de la jubilación ha cambiado: entendida en otra época como «derecho al retiro», al «descanso bien ganado», empieza ahora a ser considerada como una «compensación por la liberación de un puesto de trabajo», y con ello se modifica también el sentido y contenido del término vejez.

Si hasta fechas recientes la jubilación era un breve período al que se accedía normalmente con las fuerzas agotadas y la salud quebrada, diversos factores (entre los que cabe destacar la crisis económica, por citar uno negativo, y la mejora en las condiciones de salud e higiene, como aspecto positivo) han determinado que las nuevas generaciones de personas que se jubilan estén constituidas por individuos cada vez más jóvenes, en mejores condiciones de salud y, en consecuencia, con mayor esperanza de vida.

De este modo, en un futuro inmediato, junto a su creciente presencia numérica, se elevará su influencia social, resultando así más factible sacarles del vacío existencial al que hoy les conduce una jubilación a la que llegan sin la debida preparación psicológica. Sus niveles de salud y de renta les permitirán el acceso en mayor medida a actividades de ocio y al sector servicios. Asimismo, dispondrán de un mayor bagaje cultural y podrán afrontar nuevos proyectos vitales, gracias a su mayor expectativa de vida.

Esta llamada al optimismo no pretende obviar la existencia de un problema esencial de falta de autonomía en el colectivo de personas mayores, que se manifiesta en tres aspectos fundamentales: económico, funcional o sanitario y social o convivencial.

En este sentido el cambio de escenario indicado tendrá importantes repercusiones en un futuro inmediato, particularmente en lo que respecta a la conformación del mercado de trabajo y a la demanda de servicios y prestaciones, con una creciente presión en términos de demanda sanitaria, de servicios sociales y, con mayor nitidez, en materia de pensiones.

Subvenir a las necesidades sociales del presente no es la única tarea de los poderes públicos, debiendo además adelantarse a las demandas del futuro, que es, por otra parte, la manera más económica y eficaz de afrontar los problemas.

Estos planteamientos justifican la elaboración de políticas, planes y programas que aborden, desde una perspectiva integral, las problemáticas que afectan a las personas de mayor edad, a partir del conocimiento exhaustivo de las mismas.

En base a estas consideraciones y asumiendo sus competencias en materia de planificación de los servicios sociales, el entonces Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco (ahora Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social) elaboró el Plan Gerontológico de Euskadi (1994), documento que es fruto del consenso logrado con los Departamentos de Bienestar Social de las tres Diputaciones Forales, Eudel y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, todos ellos debidamente representados en el equipo de trabajo redactor.

El enfoque de anticipación preside este Plan, que apuesta con firmeza por la idea de que las personas mayores no tengan que abandonar su entorno vital, salvo por razones de salud muy deficitaria. Con tal fin, concede absoluta prioridad al desarrollo de intervenciones comunitarias, tanto de índole preventiva como específicamente dirigidas a mantener al anciano integrado en su entorno de referencia, estableciendo un verdadero «continuum» asistencial.

Sin establecer discriminaciones de ningún tipo, el Plan concede atención prioritaria a la población con necesidades perentorias e intenta desterrar el mito que tradicionalmente asocia ancianidad con problema social.

La iniciativa, que fija la estrategia de las Administraciones públicas vascas en el ámbito de la vejez para un futuro próximo, no será viable sin el ulterior debate y acuerdos políticos que sobre asunción de responsabilidades, coordinación y aportación financiera, se articulen en base a las propuestas contenidas en el Plan.

Esperamos que la presente publicación incentive la concienciación y preocupación tanto de los profesionales que trabajan con este colectivo como del conjunto de nuestra sociedad, acerca de las necesidades, demandas y aspiraciones de las personas mayores.

RAMON JAUREGUI ATONDO
Consejero de Justicia, Economía,
Trabajo y Seguridad Social

INTRODUCCION

El presente documento tiene por objeto presentar el Plan Gerontológico de la Comunidad Autónoma de Euskadi, que plasma los resultados del trabajo realizado por una serie de expertos de las diferentes Administraciones públicas vascas competentes en la materia y las posteriores modificaciones y sanciones introducidas por los representantes políticos de las mencionadas instituciones.

A diferencia de lo que suele ser habitual en este tipo de actuaciones, el Plan Gerontológico no constituye un texto ambicioso ni cerrado.

No es ambicioso porque, a la vista de los grandes retos existentes (limitada cobertura de los principales tipos de servicios sociales para la tercera edad, dificultades de configuración del denominado espacio socio-sanitario, múltiples desajustes en la estructura de los servicios, envejecimiento demográfico acelerado, etc.) y de la indiscutible situación de incertidumbre económica (crisis económica, crisis financiera de las Administraciones, dificultades de configuración de un nuevo orden económico mundial, etc.), resultaría excesivamente atrevido plantear grandes y utópicos objetivos de transformación social y de superación de todas las realidades de desigualdad y precariedad que afectan a las personas mayores de nuestra Comunidad Autónoma.

Por otra parte, no es cerrado y, en este sentido, no ata a los futuros responsables de su puesta en marcha con rigideces en materia de ratios a conseguir, estructuras de financiación específicas o mecanismos de coordinación predefinidos. Su flexibilidad está orientada a reflejar que en una estructura político-administrativa tan compleja y variable como la vasca, no es prudente fijar a priori este tipo de cuestiones que, necesariamente, deben ser objeto de un prolongado y complejo proceso de debate y búsqueda del consenso, ligado a la propia gestión.

El Plan Gerontológico no es, sin embargo, un esfuerzo baldío, que pudiera merecer la descalificación de aquéllos que consideran que un Plan sólo tiene sentido y es digno de merecer tal denominación si contiene asignaciones presupuestarias, estructuras de financiación, mecanismos de aplicación y plazos. Al contrario, es un documento que consigue lo que pretendía realmente, que no es otra cosa que fijar, de forma realista y con un planteamiento de progreso, los objetivos y las líneas estratégicas de actuación en el ámbito de la tercera edad

En primer lugar, el Plan trata de abordar el conjunto de necesidades de la población mayor de 6.5 años, procurando no establecer discriminaciones en función de determinadas características como, por ejemplo, el nivel de discapacidad. En este sentido, trata de configurarse a partir de la cobertura de las necesidades del conjunto del colectivo.

Esto no impide, sin embargo, que el Plan acabe dando prioridad a la cobertura de las necesidades más fundamentales, que no son otras que las de la población que tiene graves problemas de dependencia como consecuencia de situaciones de discapacidad, problemas severos de aislamiento social o una situación socio-económica definida por una gran precariedad. En un contexto de recursos limitados, estas necesidades perentorias son las que exigen, en primer lugar, una respuesta adecuada desde los servicios sociales, la sanidad o la vivienda. No hay duda de que la filosofía implícita en el Plan es contraria a la promoción de programas generalistas que detraigan injusta o innecesariamente recursos precisos para la atención a los más necesitados.

Esta orientación se basa en la priorización de actuaciones pero también en la generalización de las acciones que deban incidir en el conjunto de los mayores, cuando ello sea oportuno, y que si bien no dirigidas específicamente a la tercera edad en solitario, si deben llegar a la totalidad de sus integrantes. Pensamos, desde luego, en un conjunto de actuaciones preventivas de gran interés o en la definición de equipamientos comunitarios y socio-culturales que deben poder llegar a todos los mayores que potencialmente deseen acceder a ellos. En cambio, deben rechazarse aquellas medidas profundamente insolidarias y en el fondo vejatorias, que sitúan a este colectivo como potencial beneficiario de especiales ofertas y políticas de acceso al consumo. En general, estas acciones provocan malestar en otras capas de la sociedad, aumentando la fuerte barrera intergeneracional existente.

Otra cosa bien distinta es que las vías de acceso a los programas destinados a la tercera edad no sean especializadas, sino que, cada vez más, estén integradas en un contexto de acciones y equipamientos generales, pensados para más de un colectivo o incluso para toda la población. Desde luego, es evidente que los problemas de las personas mayores deben abordarse a través de las políticas sectoriales, sean educativas, culturales, urbanísticas, sanitarias, etc. En este campo, los servicios sociales de base deben hacer lo posible por favorecer programas de intervención adaptados a cada situación, en los que puedan integrarse los más ancianos (junto con otros colectivos o con el conjunto de la población) como elementos activos de la comunidad.

Con independencia del contexto de actuación, la perspectiva de una consideración de las necesidades específicas de la tercera edad resulta necesaria, al tratarse de un grupo con problemas y realidades sociales y demográficas asimismo relativamente específicas. Probablemente, sólo así, considerando los problemas de forma global para un colectivo globalmente mal comprendido, será posible intentar realmente superar la situación de subsidiariedad en la que los servicios sociales invaden ámbitos cuya gestión y responsabilidad debería corresponder a otras instancias administrativas.

Por supuesto, la especificidad de la tercera edad debe ser matizada, evitando que se mantenga la ficción de considerarla a la vez internamente monolítica y externamente totalmente diferenciada. Ninguno de estos dos aspectos son ciertos y así deben ser contemplados en el momento de delimitar las actuaciones a desarrollar. A título de ejemplo, es evidente que hay mucho más en común entre una persona de 65 a 74 años en buen estado de salud y una persona de 45 a 64 años, que entre aquélla y la mayor parte de las personas que superan los 75 años.

Como se señalaba con total corrección en el documento para el Plan Gerontológico de Euskadi 1990, la vejez o la ancianidad «es un fenómeno social complejo, cuyos límites y contenidos varían en función de circunstancias históricas y sociales. En realidad, muchas de las características y propiedades que se atribuyen a la vejez no dejan de ser puras construcciones sociales, aunque en ocasiones se les tienda a considerar como algo natural e inherente al proceso biológico de envejecimiento».

Las consideraciones anteriores tienen mayor sentido en el momento actual, debido a que las perspectivas tradicionales sobre la vejez o la jubilación están saltando por los aires como consecuencia de la crisis del mercado de trabajo (con sus consecuencias en términos de prejubilaciones masivas) o de la notable mejora de los niveles de salud, que rompen el mito de una ancianidad necesariamente asociada a enfermedad y discapacidad.

En cualquier caso, si hay un mito que debe ser desterrado es, desde luego, el que asocia ancianidad a problema social, del que se deriva la inevitable consideración del anciano casi exclusivamente como sujeto de necesidades y demandante de servicios especializados. Esta imagen debe ser superada, destacando los rasgos positivos asociados a la actual vejez, con las mayores oportunidades para aprovechar el tiempo libre que implica la jubilación.

De hecho, hoy en día, la tercera edad ya no constituye un grupo claramente perjudicado en relación al resto de la sociedad, ni siquiera en términos económicos en muchos casos, debido a que los principales efectos de la crisis están recayendo sobre todo en los colectivos de edades más jóvenes y en los desempleados. Como se señala en las investigaciones sobre la pobreza en Euskadi, actualmente, el desempleo es un elemento de riesgo de precariedad económica muy superior al que representa la jubilación.

Esto no significa que deba olvidarse que la tercera edad sigue ofreciendo un panorama difícil e insatisfactorio en materias como pensiones, vivienda, salud, etc. Lo que se quiere dejar entrever es, más bien, que ya no es el grupo sumamente desprotegido que fue en periodos no muy lejanos, ni sus protagonistas aquellos personajes totalmente marginados de los procesos sociales habituales tan característicos de épocas pasadas; por otra parte, aunque persistan muchas desigualdades, no puede dejar de reconocerse que los niveles de calidad de vida al alcance de una mayoría de personas mayores en nuestro país deben ser considerados dignos y aceptables, en especial si los referimos a la realidad actual de la mayoría de los habitantes del planeta.

El cambio de la imagen de la vejez en Euskadi debe además insistir en la vertiente social fundamental que ésta hoy desempeña. En palabras de los redac-

tores del Plan Gerontológico 1990, conviene divulgar la imagen real de la vejez, «soporte en muchos casos del grupo familiar, responsable casi siempre de la atención de otros más ancianos y más discapacitados, apoyo imprescindible todavía, en el caso de la mujer fundamentalmente, para que las generaciones jóvenes puedan conciliar el ejercicio de una actividad profesional y la creación de una familia». Esta será la base para que todos, ancianos y no ancianos, recordemos quizá el aspecto fundamental a retener de las oportunidades que hoy nos trae la vejez: la posibilidad de emplear el tiempo libre, la experiencia acumulada, el saber hacer tradicional, al servicio del funcionamiento social y de la solidaridad intergeneracional.

Debe señalarse, para terminar, que la redacción del Plan ha pretendido huir de los discursos tremendistas tan al uso acerca de los efectos del envejecimiento sobre la política social y sobre el déficit público. Nadie pone en duda las dificultades que el envejecimiento introducirá en materia de pensiones, atención sanitaria o servicios sociales. No obstante, se debe contar con la capacidad de generar riqueza que posee nuestra sociedad y la evidencia de la paulatina mejoría de las condiciones de vida de la población anciana, circunstancias que contribuirán a limitar los efectos económicos del envejecimiento y la propensión al consumo asistencial por parte de los mayores.

En todo caso, el problema fundamental de nuestro país no radicará en la mayor o menor intensidad del proceso de envejecimiento sino, en todo caso, en la capacidad de generar riqueza y empleo en cantidades suficientes como para consolidar los cimientos del Estado de Bienestar. Este es el mayor reto, el problema prioritario, no debiéndose obviar, en ningún caso, que el incremento de la proporción de ancianos o de marginados resulta un hecho decisivo, si bien relativamente menos determinante para la configuración de la futura política social.

* * * * *

Tras esta breve introducción general, conviene señalar algunas cuestiones relativas a la estructuración del documento que configura el Plan.

El documento se organiza en dos grandes partes:

- a) En la primera, se realiza una relativamente extensa aproximación a la realidad actual de la tercera edad, considerada tanto desde la perspectiva de la necesidad y de la demanda de servicios y programas como desde la óptica de la oferta realizada por los servicios públicos para dar respuesta a estas necesidades. Fruto de esta aproximación es la delimitación de una serie de problemáticas pendientes de resolución en nuestra Comunidad Autónoma en relación a la tercera edad¹.

¹ Por motivos de homogeneidad en la utilización de los datos, al no disponerse aún de la explotación completa y definitiva de la Encuesta de Salud 92, la fuente básica de información en que se sustenta esta parte, en lo que se refiere a la vertiente de necesidad y demanda, incluso en aspectos relativos a salud y discapacidad, es la Encuesta Tercera Edad 93, del Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco.

- b) En la segunda, se aborda directamente el cuerpo básico del documento del Plan, constituido por la presentación de los objetivos a desarrollar y por las correspondientes propuestas de actuación para tratar de hacerlos efectivos.

Un aspecto de gran importancia a destacar es que, si bien se ha pretendido delimitar un enfoque global en la aproximación a la atención a la tercera edad, el Plan se centra sobre todo en los aspectos relativos a servicios sociales.

Las afirmaciones que se contienen en el documento, en especial las de carácter más general, deben ser valoradas en este contexto específico; esto es, en el contexto de un ámbito aún secundario dentro de la política global de protección social a la tercera edad, que todavía está llamado a crecer en los próximos años, tanto a nivel cuantitativo como en términos de importancia relativa en el conjunto de la política social para la ancianidad.

En relación a determinadas materias como pensiones, vivienda o sanidad, en cualquier caso, la lectura del Plan debe realizarse en paralelo a la correspondiente a la de los propios planes elaborados por las instituciones y departamentos competentes.

Esto no quiere decir que no se aborden estos aspectos en el presente Plan. Al contrario, hay capítulos y apartados específicamente dedicados a la vivienda, las pensiones o la atención sanitaria a la tercera edad. Sin embargo, el tratamiento es sólo general y remite, en todos los casos, a la actuación de carácter básico que en cada ámbito sectorial está ya en marcha o en fase de concreción. Estos apartados se limitan, por tanto, a esbozar las principales líneas estratégicas de actuación para un abordaje correcto de la problemática de la tercera edad desde cada uno de los ámbitos sectoriales mencionados.

PRIMERA PARTE
LA ATENCION A LAS NECESIDADES
DE LA POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS
EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE EUSKADI

1. SITUACION Y NECESIDADES DE LA POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS

1.1. Características socio-demográficas generales de la población mayor de 65 años

De acuerdo con los datos del Censo de Población y Viviendas, 261.327 personas mayores de 65 años residían en 1991 en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Este colectivo representa un 12,44% de la población total.

Destacaremos a continuación las principales características demográficas, ocupacionales y culturales de este colectivo.

1.1.1. Características demográficas

Las principales características demográficas de la población mayor de 65 años son las siguientes:

- a) Una concentración mayoritaria en los tramos de edad más jóvenes:

La mayoría de las personas mayores de 65 años se sitúan en los tramos más jóvenes de la pirámide de edades de la tercera edad. Así, un 59,9% del total tiene entre 65 y 74 años, situándose en un 31,8% las personas que tienen entre 75 y 84 años. Las personas de 85 y más años sólo representan un 8,3% del colectivo total de la tercera edad, lo que equivale apenas a un 1,03% del conjunto de la población de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

- b) Un peso decisivo de la población femenina, creciente en función de la edad:

Las mujeres suponen un 60,2% de la población mayor de 65 años, constituyendo un colectivo poblacional superior en un 51,3% al representado por los hombres mayores de esa edad.

El peso relativo de la mujer aumenta progresivamente con la edad. De esta forma, si la proporción de mujeres es del 54,2% en el grupo de

edades comprendidas entre 65 a 69 años, ésta asciende de forma continuada y progresiva en los grupos de mayor edad hasta situarse en el 76,5% en el caso de las personas de 90 y más años.

En términos relativos, la población femenina mayor de 65 años supone un 14,72% de la población femenina total. Esta proporción baja al 10,07% en el caso de los hombres.

- c) Una gran importancia de la población no casada, igualmente creciente en función de la edad:

Aunque la mayoría de las personas mayores de 65 años están casadas, un 53%, destaca sobremanera la proporción de personas viudas y solteras (33,9 y 12,6%, respectivamente), sumando en cambio únicamente un 0,5% entre la población divorciada y la separada.

El peso relativo de la población no casada y, más concretamente, de la población viuda, no hace sino aumentar en paralelo al aumento de la edad. Así, si las personas casadas suponen un 69,2% del total de 65 a 69 años, no representan sino un 10,1% de las de 90 y más años; por el contrario, las personas viudas pasan de representar un 18,9% a suponer un 73,8%, respectivamente, en los dos grupos de edad extremos señalados.

Un aspecto que debe destacarse, a nivel demográfico, es que conforme aumenta la edad se detecta entre la población mayor de 65 años los efectos de un proceso que va progresivamente perfilando grupos de edad demográficamente muy diferenciados dentro de este colectivo. De este modo, si entre las personas de 65-69 años se constata cierto equilibrio de sexos y un predominio evidente de la población casada, en las personas mayores de 90 años el predominio de la mujer viuda o soltera es evidente, englobando a tres cuartas partes de la población en esas edades.

El paso de la primera a la segunda situación demográfica se produce de forma paulatina en paralelo al incremento de la edad, sin que se observe realmente un corte cualitativo. No obstante, si entre 65 y 74 años predomina el modelo del anciano casado y en las personas de más de 85 años el de la mujer viuda o soltera, entre los 75 y 84 años se constata la progresiva pérdida de nitidez del primer modelo y el inicio del paso al segundo modelo demográfico.

Los datos anteriores tienen una importante implicación, cual es la ausencia de una realidad demográfica homogénea dentro de la tercera edad, apareciendo por el contrario distintas subpoblaciones, fundamentalmente diferenciadas en función de la edad, con perfiles específicos y singulares desde una perspectiva demográfica básica.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS POR SEXO,
EDAD Y ESTADO CIVIL

(Datos absolutos y porcentajes verticales)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 y +	TOTAL
TOTAL	92.654 100	63.984 100	49.968 100	33.129 100	16.048 100	5.544 100	2161.327 100
Solteros/as	10.401 11,2	7.770 12,1	6.732 13,5	4.752 14,3	2.340 14,6	883 15,9	32.878 12,6
Casados/as	64.095 69,2	37.435 58,5	22.808 45,6	10.403 31,4	3.189 19,9	560 10,1	1138.490 53
Viudos/as	17.519 18,9	18.463 28,9	20.242 40,5	17.888 54,0	10.496 65,4	4.094 73,8	88.702 33,9
Divorciados/as	176	80	44	17	2	0	319
Separados/as	463 0,7	236 0,75	142 0,94	69 0,73	21 0,31	7 0,1	938 0,95
Hombres	42.428 45,s	26.287 41,1	18.533 37,1	10.846 32,7	4.583 28,6	1.305 23,s	1103.982 39,s
Solteros	4.146	2.367	1.697	1.014	407	106	9.737
Casados	35.130	20.957	13.665	6.723	2.210	408	79.093
Viudos	2.884	2.819	3.093	3.074	1.956	790	14.616
Divorciados	75	33	21	5	1	0	135
Separados	193	111	57	30	9	1	401
Mujeres	50.226 54,2	37.697 58,9	31.435 62,9	22.283 67,3	11.465 71,4	4.239 76,s	1157.345 60,2
Solteras	6.255	5.403	5.035	3.738	1.933	777	23.141
Casadas	28.965	16.478	9.143	3.680	979	152	59.397
Viudas	14.635	15.644	17.149	14.814	8.540	3.304	74.086
Divorciadas	101	47	23	12	1	0	184
Separadas	270	125	85	39	12	6	537

Fuente: EUSTAT. Censo de Población y Viviendas 1991.

1.1.2. Características ocupacionales

A priori, la principal singularidad de la tercera edad es la práctica ausencia de vinculación del colectivo con el sistema productivo. Tanto los datos de la Encuesta de Población en Relación a la Actividad (P.R.A.), del EUSTAT, como los de la Encuesta de Tercera Edad 93, del Departamento de Trabajo y Seguridad Social de Gobierno Vasco, confirman esta idea, revelando que apenas un 1,4% de los mayores de 65 años puede considerarse ocupado.

Esta singularidad básica no aparece sin embargo, en el momento presente, con la misma nitidez que hace apenas unos años, debiendo ser discutida y matizada

la distinción fundamental entre persona mayor de 65 años desvinculada del proceso productivo y persona menor de 65 años mayoritariamente integrada en el mismo. De hecho, si el peso relativo de la población ocupada en la tercera edad es absolutamente marginal, resulta también claramente minoritario entre las personas de 55 y 64 años (31,0%).

Hay que destacar aquí, sin embargo, diferencias importantes en función del sexo. Cabe reflejar, en este sentido, un cambio cualitativo entre la llegada a la edad de jubilación y la situación anterior entre los hombres ya que, con anterioridad a esa edad, la mayoría está ocupado en alguna actividad laboral; pero incluso en este caso, la actual situación socio-económica tiende a adelantar la salida, más o menos definitiva, del sistema productivo, en casi la mitad de los hombres de 55 a 64 años. En el caso de la mujer, la salida mayoritaria del sistema productivo se adelanta más en el tiempo, observándose nítidamente a partir de los 45 años.

En definitiva, las recientes tendencias económicas están acabando por difuminar la imagen simbólica de los 65 años como edad que marca una rígida frontera entre dos mundos: el del trabajo y el de la jubilación y ancianidad.

PROPORCION DE PERSONAS CON ACTIVIDAD LABORAL

(En %)

Edad	Total	Hombres	Mujeres
45-54 años	56,5	89,7	23,2
55-64 años	31,0	54,5	11,1
65 y más años	13,4	2,4	0,6

Fuente: EUSTAT. P.R.A. IV Trimestre 1992.

A nivel de variables ocupacionales, otro rasgo a destacar, en lo que se refiere a los hombres mayores de 65 años en la actualidad, es que alrededor de un 60%, casi las dos terceras partes, llegaron a la edad de jubilación como obreros industriales.

La mayoría de las mujeres, un 64%, no ha tenido por su parte ninguna experiencia de tipo laboral a lo largo de su vida. Entre las que han tenido algún tipo de experiencia, destaca la gran concentración de la misma en el ámbito «otros servicios» (hostelería y servicio doméstico, sobre todo) y, en menor medida, en la industria.

Los rasgos descritos son importantes, en la medida en que reflejan la herencia de un modelo de sociedad, ya desaparecido, basado en el trabajo industrial de la mayoría de los hombres y en la dedicación de la mayoría de las mujeres al trabajo doméstico o a actividades productivas muy ligadas al mismo (hostelería, servicio doméstico).

En relación a las personas con experiencia laboral con anterioridad al momento de la jubilación, en la Encuesta Tercera Edad 93 se comprueba que, si un 46,6% de las personas mayores de 65 años detecta ciertamente aspectos negativos

relacionados con la jubilación, la gran mayoría, un 82,5%, insiste en los aspectos positivos que ésta conlleva.

Los aspectos negativos no se asocian, además, a una añoranza de tiempos pasados, al menos en lo que se refiere a la cuestión laboral. Así, sólo un 2,4% de las personas mayores de 65 años añora la intensidad de las relaciones sociales asociadas a la vida activa, siendo aún menos importante la proporción de mayores de 65 años que preferirían trabajar (0,9%).

En realidad, los principales aspectos negativos vinculados a la jubilación tienen que ver con la pérdida de recursos económicos y, en menor grado, con el aburrimiento que para algunos supone la disponibilidad de mucho tiempo libre. Sólo para un 11,1% de los ancianos la jubilación representa algo negativo, por constituir una fase de la vida vinculada a las ideas de vejez, soledad, enfermedad o depresión.

Considerando la vertiente positiva de la jubilación, se comprueba que para una mayoría de ancianos la mayor disponibilidad de tiempo libre abre, sobre todo, perspectivas de mayor libertad y oportunidades. La tranquilidad y descanso que trae consigo la jubilación son cuestiones igualmente muy valoradas por los mayores de 65 años.

**EFFECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DE LA JUBILACION PARA LA
POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS**
(Porcentajes verticales)

	Incidencia de la jubilación respecto al total de:	
	Ancianos que opinan	Ancianos que opinan en cada sentido
Destacan aspectos positivos	82,5	100,0
Más tiempo, libertad y oportunidades	54,6	65,3
Tranquilidad, descanso y salud	28,7	34,5
Cobrar sin trabajar	19,6	29,0
Destacan aspectos negativos	46,6	100,0
Problemas asociados a la vejez (soledad, mala salud, minusvaloración)	11,1	23,3
Problemas económicos	19,9	41,8
Menos relaciones sociales	2,4	5,7
Aburrimiento	12,4	26,5
Preferencia por el trabajo	0,9	1,7

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93.
Nota: Se incluye a las personas que han tenido experiencia laboral y que contestan a las preguntas.

En definitiva, no puede decirse que la jubilación entendida como salida de la vida laboral represente, al menos como elemento definitorio y mayoritario, un

tiempo exclusivamente e incluso principalmente problemático. Son de hecho, a juzgar por la percepción de los propios interesados, más los aspectos positivos asociados a ella que los negativos, en especial si dejamos de lado los aspectos estrictamente económicos.

1.1.3. Características culturídes

Un rasgo realmente decisivo de la actual población mayor de 65 años es que nos enfrentamos con un colectivo caracterizado por un peso muy elevado de las personas sin estudios. De acuerdo con los datos de la Encuesta Tercera Edad 93, un 28,9% de las personas mayores de 65 años sólo sabe leer y escribir, y un 21,7% tiene estudios primarios incompletos. En conjunto, un 54,7% de las personas mayores de 65 años carecen de estudios primarios.

Esta realidad de ausencia de acceso a los niveles de instrucción más básicos, entendida como fenómeno mayoritario, es específico de las generaciones hoy pertenecientes a la tercera edad, generalizándose en cambio el acceso a la enseñanza primaria en las personas de 35 a 64 años y a las enseñanzas de nivel secundario y terciario, como hechos mayoritarios, en las generaciones de menos de 35 años.

POBLACION DE 10 Y MAS AÑOS NO ESTUDIANTE SEGUN LOS ESTUDIOS REALIZADOS (Porcentajes verticales)

	<35	35-59	2-60
Sin estudios	096	871	27,0
Estudios primarios	38,2	63,2	62,7
Formación Profesional	26,9	977	3 s
Estudios Secundarios	10,2	11,0	390
BUP y COU	976	0,4	(40
Estudios medios superiores	61	490	22
Estudios superiores	8,4	336	198

Fuente: EUSTAT. Encuesta de condiciones de vida 89.

El retraso educativo constatado en las actuales generaciones de mayores de 65 años tiene incidencia en aspectos clave, relacionados con el analfabetismo funcional. De acuerdo con la Encuesta de Condiciones de Vida 89 (E.C.V.), del EUSTAT, se comprueba que un 15,1% de las personas de más de 60 años no puede leer sin dificultad y que un 17,4% no puede escribir sin dificultad. El corte generacional resulta aquí determinante: los porcentajes anteriores son ya sólo del 2,6 y del 3,9% en el caso de personas de 35 a 59 años.

Los problemas culturales observados en la tercera edad se agudizan en el caso de la mujer. Se detectan así porcentajes de acceso a estudios primarios

completos muy inferiores a los observados entre los hombres (entre 12 y 14 puntos menos, en función de la edad).

1.2. Integración social de la población anciana

La problemática de integración social suele considerarse como una de las fundamentales entre la tercera edad. Consideramos a continuación algunos aspectos relativos a esta cuestión, dando especial importancia a los aspectos relacionales y a las actividades sociales de las personas mayores.

1.2.1. Situación relacional

Los principales indicadores disponibles relativos a los niveles de integración social de las personas mayores de 65 años son los siguientes:

- a) Aunque la edad constituye un factor de riesgo de vivir en solitario, un 83,5% de las personas mayores de 65 años comparte su hogar al menos con otra persona, reduciéndose a un 16,5% la proporción de ancianos que viven solos en su domicilio. Los dos principales modelos de convivencia son: el matrimonio, con o sin hijos solteros, que agrupa a un 46,2% de las personas consideradas, y la viudedad acompañada de hijos solteros o casados, que incluye a un 22,4% de los ancianos.

El factor edad resulta aquí determinante, observándose un peso superior de la convivencia en matrimonio, con o sin hijos solteros, para las personas de 65 a 74 años, aumentando notablemente en cambio a partir de los 75 años tanto la proporción de personas solas como, sobre todo, de personas viudas con hijos, casados o solteros.

ESTRUCTURA DE LA CONVIVENCIA DE LA POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS

	65-74 años	75 años	TOTAL
Solo/a	13,6	20,8	16,5
Matrimonio con o sin hijos solteros	56,7	30,3	46,2
Matrimonio con hijos casados	39,1	39,6	37,3
Viudo/a con hijos	15,1	33,5	22,4
Otros casos	11,5	11,9	11,6

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93.

En general, se comprueba que la convivencia dentro del hogar, cuando se da, es buena en la práctica totalidad de los casos. Apenas un 1,9%

de las personas mayores de 65 años manifiesta a este respecto mantener regulares o malas relaciones.

- b) Un 91,4% de las personas mayores de 65 años no institucionalizadas tiene familiares próximos (padres, hijos, hermanos o similares) no residentes en el mismo hogar. Esta proporción sube al 96,1% en el caso de las personas que viven solas.

Al igual que lo indicado para las relaciones internas a nivel del hogar, en la gran mayoría de los casos, un 95,2%, se observa una buena relación con los familiares no residentes.

- c) La proporción de personas mayores de 65 años que tienen amigos con los que se relacionan en su casa o fuera de ella es igualmente elevada, ascendiendo al 86,7%, cifra incluso algo superior en el caso de matrimonios sin hijos y de personas solas.

- d) La proporción de personas mayores de 65 años que pertenece a algún club o asociación, aun siendo importante, resulta bastante inferior a las cifras barajadas hasta ahora, reduciéndose al 37,3% de las personas mayores de 65 años. De dicho porcentaje, la inmensa mayoría, un 87,2%, pertenece a clubes de jubilados.

Apenas un 5,1% de las personas mayores de 65 años se encuentra inmerso en la vida asociativa general del país, centrándose mayormente en el ámbito religioso y, en mucha menor medida, en el deportivo.

Los indicadores señalados nos muestran, en general, una situación favorable para la integración social de las personas mayores. La información complementaria disponible sobre el grado de apoyo personal con que cuentan (disponibilidad de personas confidentes, ausencia de problemas de soledad, etc.) confirma que las situaciones positivas son dominantes, destacando una proporción de un 84,5% de personas mayores de 65 años que tienen alguien en quien confiar y que no se sienten solas o sólo ocasionalmente. No debe, por tanto, asimilarse mecánicamente, como con frecuencia se hace, tercera edad y aislamiento social o familiar.

No obstante, los datos no dejan de reflejar también una cierta insatisfacción en el colectivo. De hecho, un 23,7% señala algún tipo de problema ocasional de soledad; otro 5,5% tiene a este respecto problemas agudos (a pesar de contar con personas en las que confiar). Finalmente, otro 6% evidencia una situación de profundo aislamiento personal, con vivencia habitual de la soledad y ausencia de personas en las que confiar.

El riesgo de soledad encuentra su correlación más nítida con las variables más específicamente relacionales. En este sentido, los problemas de soledad se asocian claramente a la vivencia en solitario (un 39,9% de las personas que viven solas revela problemas ocasionales de soledad, un 13,9% problemas agudos y un 13,7% una situación de aislamiento personal prácticamente completo) y a la ausencia o insuficiencia de contacto directo con amigos y familiares.

En este punto, los estudios ponen de manifiesto el papel positivo desempeñado por los clubes de jubilados en la lucha contra la soledad en la tercera edad.

1.2.2. Actividades sociales en la tercera edad

Los datos relativos a actividades en la tercera edad revelan la importancia de los grandes medios de comunicación como factor de ocupación pasiva del tiempo libre. Puede decirse que una de las principales vías de utilización del tiempo libre en la tercera edad consiste en ver la televisión y oír la radio. A diario, un 91,3% de las personas consideradas ve la televisión y un 71,9% oye la radio.

La lectura del periódico constituye otra actividad de importancia, pero sólo es practicada diariamente por un 43,3% de las personas mayores de 65 años (64,5% alguna vez a la semana). La lectura diaria de libros y revistas es una afición seguida por el 16,3% de las personas mayores (un 45,8% realiza esta actividad alguna vez a la semana).

A diferencia de lo que sucede con el acceso a los medios de comunicación audiovisual, las diferencias entre hombres y mujeres en relación a la lectura son notables. Así, por ejemplo, un 60,9% de los hombres lee diariamente el periódico frente a un 31,2% de las mujeres. Las diferencias son menores en lo relativo a lectura de revistas y libros, aunque también resulta aquí mayor la proporción de hombres que leen diariamente.

El juego de cartas es otra actividad popular entre la población mayor de 65 años. Un 34,8% la practica al menos semanalmente (45,6% en el caso de los hombres y 27,5% en el de las mujeres).

Con todo, después de la T.V. y la radio, el paseo es la actividad preferida de la población anciana. Un 62,6% pasea diariamente y un 83,2% alguna vez a la semana. En paralelo a la afición al paseo, ir de compras es igualmente una actividad popular en la tercera edad, especialmente entre las mujeres.

Las reuniones con amigos tienen en este contexto una importancia destacada. Un 68,4% de las personas mayores de 65 años (77,4% de los hombres y 62,4% de las mujeres) se reúnen al menos alguna vez a la semana con amigos, proporción que llega al 75,5% en la periodicidad mensual.

Finalmente, la asistencia a actos religiosos congrega semanalmente a un 65,5% de las personas mayores de 65 años, destacando igualmente el hecho de que más de un 10% de los ancianos asiste diariamente a este tipo de actos. En el caso de la mujer, la proporción de asistencia semanal llega al 74,2%.

Si las actividades señaladas con anterioridad constituyen el grueso de las realizadas por las personas mayores, algunas otras actividades pueden ser destacadas por ser efectuadas por una minoría significativa.

Una de estas actividades minoritarias pero significativas hace referencia a un aspecto importante para la política social, concretamente a la asistencia a clubes de jubilados. Sólo un 10,8% de los mayores de 65 años asiste diariamente a ellos (la propensión es más o menos idéntica en función de la edad pero es claramente superior en el caso de los hombres, 14,8% frente a un 8,1% de mujeres). Incluso si se considera esta cuestión a nivel anual, el uso de los clubes de jubilados sigue manteniendo un carácter minoritario, englobando a un 21,7% de los mayores de 65 años.

Aún menor resulta la asistencia diaria a bares, 5,7%, alcanzando el 14% si se toma en cuenta la afluencia semanal. Al cabo del año, un 19,1% de los ancianos acude a algún bar.

Un 28% de las personas mayores de 65 años suele realizar excursiones de un día o de fin de semana, proporción que es algo mayor en los hombres (32,4% frente a 25,1% en mujeres). Mayor incidencia tienen los viajes: un 39,1% realiza algún viaje al cabo del año (43,6% en el caso del hombre y 36% en el de la mujer). Por otra parte, un 17,8% de las personas consideradas va alguna vez al monte al cabo del año.

Otras actividades, a pesar de tener en ciertos casos una notable incidencia en comparación con otros colectivos sociales, tienen una proporción de adeptos más limitada entre la tercera edad. Así ocurre con las actividades manuales y bricolaje (el 10,1% las realiza mensualmente), el trabajo en la huerta (6,7%), la gimnasia de mantenimiento (6,9%) o la caza y la pesca (2,8% de practicantes al cabo del año).

La participación en actividades culturales es igualmente muy limitada. Sólo un 12,1% de los mayores de 65 años va alguna vez al cine y un 10,1% al teatro. La asistencia a charlas en alguna ocasión al cabo del año sólo afecta, por su parte, a un 14,3% de estas personas, una proporción muy similar a los que asisten en ese mismo periodo de tiempo a actividades culturales (14,1%) o a actos asociativos (15,5%).

En general, se observa un mantenimiento de las tendencias manifestadas con anterioridad para los diferentes grupos de edad, dentro de una tónica de menor participación de las personas más ancianas en cualquiera de las actividades señaladas hasta este momento.

En relación al ámbito de desarrollo de las actividades, es importante destacar que aunque un 80,6% de las personas mayores de 65 años sale diariamente de su casa, un 11,2% sólo lo hace alguna vez a la semana, un 3,4% ocasionalmente y un 4% nunca o casi nunca. Podemos observar, por tanto, la tendencia a un cierto aislamiento físico en una parte nada despreciable del colectivo.

La proporción de personas que no salen aumenta con la edad (del 2% en los menores de 75 años al 15,7% en las que superan esa edad) y con el nivel de dependencia (37,7% entre los que tienen dependencia total, 23,5% entre los que reflejan un nivel de dependencia importante, 16,7% entre los que tienen dependencia para las tareas del hogar, 1,8% entre los que tienen independencia parcial y 0,7% entre los totalmente independientes).

Comparando las actividades realizadas por los ancianos con otros grupos de menor edad se observa, en general, que la población de más edad realiza menos actividades de tipo social, deportivo y cultural, descendiendo de forma progresiva la tendencia a realizar este tipo de actividades conforme aumenta la edad. Sólo la participación en actividades religiosas muestra una tendencia significativamente distinta a la señalada, aumentando entre las personas mayores de 65 años.

1.3. Situación socio-económica de la población mayor de 65 años

En realidad, las carencias en materia económica constituyen la principal problemática social de la tercera edad. Estas carencias afectan, sin embargo, probablemente más a las condiciones de la vivienda que a los propios ingresos disponibles.

1.3.1. Características de la vivienda

Régimen de tenencia

El primer aspecto a destacar, en lo que se refiere a la caracterización de la vivienda de la población mayor de 65 años, es el peso específico que tiene entre estas personas el régimen de propiedad. Un 73,9% de las viviendas están siendo usadas en régimen de propiedad directa y otro 16,2% en régimen de propiedad de otros familiares, fundamentalmente de los hijos. Sólo un 7,5% de las viviendas es utilizado por personas mayores en régimen de alquiler.

Equipamiento y servicios de la vivienda

Analizando el equipamiento y los servicios de la vivienda de la población mayor de 65 años de la Comunidad Autónoma de Euskadi, destaca la existencia de una serie de carencias importantes, algunas particularmente graves. Así:

- a) Un 1,3% de los ancianos viven en viviendas que resultan inhabitables, necesitando un cambio de las mismas.
- b) Un 4,1% carece de cuarto de baño completo y un 2,6% de mobiliario completo.
- c) Un 2,9% no tiene un sistema de calefacción.
- d) Un 2,7% carece de lavadora en condiciones.
- e) Un 12% tiene problemas de humedad y un 14% necesidad de reparaciones de importancia en la vivienda.

PROBLEMAS DETECTADOS EN LAS VIVIENDAS DE LA POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS

Problema	9% ancianos afectados
Ausencia de frigorífico	W5
Ausencia de lavadora	2,7
Ausencia de lavavajillas	84,3
Ausencia de cocina con horno	933
Ausencia de mobiliario completo	2,6
Ausencia de instalación de agua	134
Ausencia de cuarto de baño completo	431
Ausencia de sistema de calefacción	2,9
Problemas de humedad	12,0
Necesidad de reparaciones de importancia	14,0
Inhabitabilidad	193

Fuenret Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta de Tercera Edad

Considerando en conjunto este tipo de carencias, se comprueba que un 6,7% de los ancianos tienen problemas muy graves en la vivienda, relacionados con la inhabilitación de la misma, la ausencia de lavadora, de agua caliente, de sistema de calefacción o de cuarto de baño completo.

Otras carencias graves, como la ausencia de frigorífico, de cocina con horno, mobiliario completo, la existencia de problemas de humedad, la necesidad de reparaciones de importancia o la disponibilidad exclusiva de lavabo o retrete, afectan a casi 80.000 ancianos, un 29% del total.

Podemos comprobar, en consecuencia, que las problemáticas relacionadas con los servicios y equipamientos de la vivienda tienen realmente una gran importancia en la tercera edad.

Intimidad personal

A la hora de valorar las formas de convivencia de la población anciana, hay que considerar también aquellos rasgos que condicionan la disponibilidad o no de una cierta y necesaria intimidad. Los principales rasgos a destacar aquí son los siguientes:

- Un 3,8% de las personas mayores de 65 años carece de dormitorio propio.
- Un 2,4% vive con un exceso de ocupantes en la vivienda.
- Más de 6.000 ancianos carecen incluso de un entorno personal consolidado, rotando entre diferentes viviendas a lo largo del año por motivos de necesidad (o conveniencia) de estancia con distintos familiares y/o amigos.

Considerando los tres aspectos planteados, podemos destacar que un 7,6% de las personas mayores de 65 años conviven de forma relativamente precaria con otras personas en su entorno de vivienda, no gozando de la suficiente intimidad personal.

Situación global

En conjunto, las problemáticas de importancia en materia de vivienda afectan a un 35,5% del total de ancianos residentes en nuestra Comunidad Autónoma. Las proporciones aumentan en el caso de las mujeres, tanto menores de 75 años (37,3%) como a partir de esa edad (39,2%), así como en los hombres mayores de 74 años (41,4%). La incidencia es bastante inferior en el caso de hombres menores de 75 años (26,6%).

Sorprende que, ante semejante proporción de ancianos necesitados, un 96,9% considere sin embargo que se encuentra a gusto en su domicilio. Esta contradictoria apreciación tiene sin duda que ver tanto con cierto conformismo social como con la habituación a ciertas condiciones de vida y el lógico apego al domicilio tradicional.

A pesar de este último dato, la realidad subjetiva de los propios ancianos se acerca bastante a las cifras inicialmente aportadas, al comprobar que un 3% de ellos refleja que sus condiciones de vida en la vivienda son más bien poco

dignas y que un 24,2% señala que estas condiciones podrían mejorarse, lo que en conjunto representa un 27,2% de las personas mayores de 65 años de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

1.3.2. Ingresos *económicos*

Fuentes y cuantías de los ingresos

De acuerdo con los datos contenidos en la Encuesta de Tercera Edad 93, al menos un 11,2% de las personas mayores de 65 años carece de ingresos.

Considerando las personas con ingresos, se observa que las principales fuentes para su obtención proceden del sistema de pensiones, dentro del cual resultan dominantes las pensiones de jubilación y, en menor medida, las de viudedad. Las demás pensiones tienen mucha menor incidencia, tanto las de tipo contributivo como, especialmente, las no contributivas, que sólo llegan a un 1% de la tercera edad.

Al margen del sistema de protección social, los ingresos económicos afectan a una parte muy pequeña del colectivo considerado, pudiéndose destacar, no obstante, la alta proporción de personas con rentas de capital (6,3%), así como el 1,4% de personas con ingresos procedentes de alquileres y el 1,1% con ingresos por actividades productivas.

En lo que se refiere a la cuantía de los ingresos, debemos distinguir diferentes situaciones en función de la presencia o no del cónyuge dentro de la unidad de convivencia.

Considerando las situaciones en las que la persona mayor de 65 años vive en unidades no basadas en el matrimonio, se comprueba que la mayoría de los ingresos se sitúan entre 30.000 y 50.000 pesetas (54,7% de los casos). Un 8,1% tiene ingresos inferiores y el 4% carece completamente de ellos. Entre 50.000 y 70.000 se sitúa el 19,1% y por encima de las 70.000 pesetas un 13,6%.

La realidad específica de las personas mayores de 65 años conviviendo en el marco del matrimonio revela, desde una perspectiva de ingresos individuales, la importancia de las personas sin ningún tipo de ingreso (23%). En cambio, la proporción de personas con ingresos superiores a las 70.000 pesetas es muy superior a la que se observa en ancianos sin base matrimonial (27,7%).

Considerando los ingresos a disposición de los cónyuges, computados de forma conjunta, las diferencias se agrandan, apareciendo un 45,6% de personas con ingresos superiores a las 70.000 pesetas y un 29% de personas con ingresos entre 50 y 70.000, desapareciendo, por otra parte, los hogares sin ningún tipo de ingreso.

Los ancianos que conviven en matrimonio configuran un colectivo con un nivel medio de ingresos muy superior al de las personas no casadas.

Niveles de precariedad económica en la tercera edad

Entre los inconvenientes asociados a la jubilación destacaba, tal y como puede recordarse, la faceta relativa a la disminución de la independencia eco-

nómica. Los indicadores disponibles ponen de manifiesto que nos encontramos ante una población con unos recursos relativamente limitados. En este sentido, podemos destacar que:

- a) Sólo un 21,4% de las personas mayores dispone de recursos para ayudar a los demás miembros del hogar.
- b) La capacidad de ahorro declarada se limita a un 19,3% de los mayores de 65 años.
- c) Sólo un 5,2% de las personas de más de 65 años dispone de ingresos suficientes para ayudar a familiares no residentes en el mismo hogar.

En sentido contrario, sin embargo, los flujos económicos interfamiliares tampoco reflejan un gran nivel de recepción de ayudas, lo que parece indicar también una cierta ausencia de necesidades económicas realmente agudas en la mayoría de las personas mayores de 65 años. Así, sólo un 9,8% de estas personas recibe con regularidad dinero para hacer frente a sus necesidades económicas. La aportación, cuando se da, no resulta en general determinante, situándose en la mayoría de los casos por debajo del 50% de los ingresos propios del anciano y de su cónyuge.

La situación de la población mayor de 65 años, desde una perspectiva económica, no se caracteriza tanto por una precariedad extrema como por la realidad de unos recursos limitados que, si no permiten grandes pautas consumistas, tampoco sitúan normalmente a las personas que se benefician de ellos en los límites extremos de la escala de pobreza.

COBERTURA DE LAS NECESIDADES ECONOMICAS POR ESTRUCTURA DE CONVIVENCIA (Porcentajes verticales)

TIPO DE GRUPO DE CONVIVENCIA								
	Total	solo/a	Matrimonio s010	Matrimonio e hijos solteros	Matrimonio e hijos casados	Viudola e hijos solteros	Viudola e hijos casados	otros
TOTAL	271.652	44.771	85.814	39.536	9.021	28.603	32.331	31.576
¿Cómo están cubiertas sus necesidades económicas?								
Muy bien	374	3,8	4,4	2,6	174	133	3,8	3,1
Bien	34,3	27,1	37,0	38,4	34,0	33,4	32,0	35,2
Regular	46,4	47,1	47,0	43,9	58,0	46,5	47,2	42,8
Mal	12,9	18,3	9,8	12,8	534	14,4	12,3	15,5
Muy mal	2,3	3,7	0,5	2,4	12	335	4,1	2,0
NS/NC	098		1,3			130	0,8	1,4

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93.

De este modo, un sector amplio de personas mayores de 65 años, un 46,4%, considera que cubre regularmente sus necesidades económicas propias. Además,

son más las que señalan cubrir bien o muy bien sus necesidades (37,7%) que las que dicen cubrirlas mal o muy mal (15,2%); de ahí también, que sean minoría, un 23,9%, los ancianos que necesitan recurrir a los ahorros para cubrir sus necesidades básicas.

Esta relativamente favorable situación se asocia sin duda con la notable mejora de las cuantías medias de las pensiones en nuestro país durante los últimos veinte años. Con todo, no debe olvidarse la realidad de una evidente precariedad económica en algunos colectivos de ancianos. Cabe señalar al respecto, que un 7,2% de los mismos no utiliza siempre los medios de calefacción a su alcance cuando hace frío, por necesidad de ahorro.

1.4. Estado de salud

Esbozamos a continuación los principales rasgos de la tercera edad en lo que se refiere a la salud, considerando con especial detalle las cuestiones relativas a enfermedades y discapacidades.

1.4.1. *PerjZ general en materia de salud*

Mortalidad:

Uno de los elementos propios de la ancianidad es la llegada de la muerte: un 72,4% de las muertes que se producen en Euskadi afectan a personas mayores de 65 años.

Sin embargo, si la aparición de la muerte es un fenómeno cada vez más común a partir de los 60 años, las diferencias de mortalidad por edad no dejan de ser sustanciales, con diferencias que van de más de 15 a 1 entre los grupos de edad más extremos englobados en el concepto de tercera edad.

En la práctica, se constata que un 72,1% de los fallecimientos observados en este colectivo afecta a personas mayores de 75 años. De hecho, el paso de la edad provoca una autoaceleración de las tasas de mortalidad que, si es palpable en todos los grupos de edad en relación al inmediatamente anterior, muestra mayor incidencia a partir de los 75 años. Así, si la mortalidad es del 21,7 por mil entre 65 y 74 años, llega al 60,3 por mil entre los 75 y los 84 años, y al 173,9 por mil para personas mayores de 85 años.

En el período 1985-1986, la esperanza de vida en nuestra Comunidad Autónoma era 72,36 años para los hombres y 79,66 para las mujeres, de acuerdo con los «Indicadores Demográficos» de Euskadi. Esto refleja la tendencia a una mayor mortalidad masculina, presente a todas las edades, tal y como puede observarse en el cuadro anterior.

Las cifras precedentes eran 70,96 y 78,53 en 1980-81, circunstancia que refleja la evidente mejoría observada en los últimos años en la lucha contra la mortalidad.

TASAS DE MORTALIDAD (por 1.000)

Edad	Masculina	Femenina	Total
1-4	074	033	0,4
5-9	032	033	092
10-14	094	0,2	073
15-19	099	033	036
20-24	177	093	190
25-29	2,5	036	176
30-34	2,3	037	135
35-39	291	0,7	1,4
40-44	2 3	134	2 2
45-49	4,5	196	390
50-54	6 6	LO	493
55-59	10,2	3,7	6 9
60-64	16,4	539	11,0
65-69	26,2	974	17,1
70-74	43,1	18,0	28,3
75-79	6436	34,4	45,6
80-84	114,0	67,0	82,4
85-89	175,0	127,0	141,0
390	303,4	258,3	268,9

Fuente: EUSTAT. Anuario Estadístico 93.

Morbilidad básica:

La ausencia de salud constituye un problema evidente entre la población mayor de 65 años. De acuerdo con los datos de la Encuesta Tercera Edad 93, se comprueba que un 65% de estas personas padece algún tipo de enfermedad que le afecta en la vida diaria.

Analizando las variables de edad y sexo, se constata que el segundo factor resulta determinante, aumentando la proporción de personas con algún tipo de enfermedad tanto entre las mujeres de 65 a 74 años (67,5%) como entre las mayores de 74 años (76,4%), proporciones superiores a las que se observan entre los hombres, con independencia de su edad.

Esta mayor evidencia de enfermedades entre las mujeres, unida al predominio numérico de las mismas en la tercera edad, hace que las enfermedades afecten cuantitativamente mucho más a mujeres mayores de 65 años (un 55,2% del total de personas mayores de 65 años enfermas).

PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES POR SEXO Y EDAD
(Porcentajes verticales)

	SEXO Y EDAD				
	TOTAL	Hombres 65-74	Hombres b-74	Mujeres 65-74	Mujeres > 74
	271.652	72.625	37.897	90.510	70.620
¿Padece alguna enfermedad que le afecte a su vida?					
No	35,0	48,8	36,2	32,5	23,6
sí	65,0	51,2	63,8	67,5	76,4

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93.

Las afecciones de tipo osteomuscular constituyen el tipo de problemática física dominante, incidiendo los problemas reumáticos en un 35,9% de la población mayor de 65 años.

Los problemas cardiovasculares también tienen una presencia notable: un 15,2% de los ancianos padece hipertensión arterial, un 11,6% presenta trastornos cardíacos y un 15% trastornos circulatorios.

Las afecciones respiratorias inciden, por su parte, en un 10,7% de la población mayor de 65 años. La diabetes afecta a un 9,3% de los ancianos. Los problemas digestivos y hepático-renales oscilan, en cada caso, en torno al 8%.

Los problemas sensoriales están igualmente presentes. Así, los problemas de visión y de sordera afectan a un 11,6% y a un 7% de la población anciana, respectivamente.

FRECUENCIA DE LAS DISTINTAS ENFERMEDADES POR SEXO Y EDAD
(en %)

	TOTAL	Hom. 65-74	Hom. >74	Muj. 65-74	Muj. >74
	271.652	72.625	37.897	90.510	70.620
¿De qué tipo es la enfermedad?					
Problemas reumáticos	35,9	20,1	28,6	43,3	46,7
Hipertensión	15,2	9,9	12,1	18,2	18,3
Trastornos del corazón	11,6	10,0	11,8	9,2	16,1
Trastornos respiratorios	10,7	11,2	13,9	8,5	11,0
Trastornos circulatorios	15,0	12,2	11,7	15,0	19,5
Problemas digestivos	8,5	8,5	8,9	7,7	9,3
Problemas de hígado y riñón	7,7	4,9	6,7	9,5	9,1
Diabetes	9,3	10,4	6,0	9,7	9,7
Problemas vista	11,6	7,2	11,1	9,8	18,8
Sordera	7,0	4,7	11,8	4,1	10,6
Otros	12,9	11,2	12,7	14,4	12,9

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93.

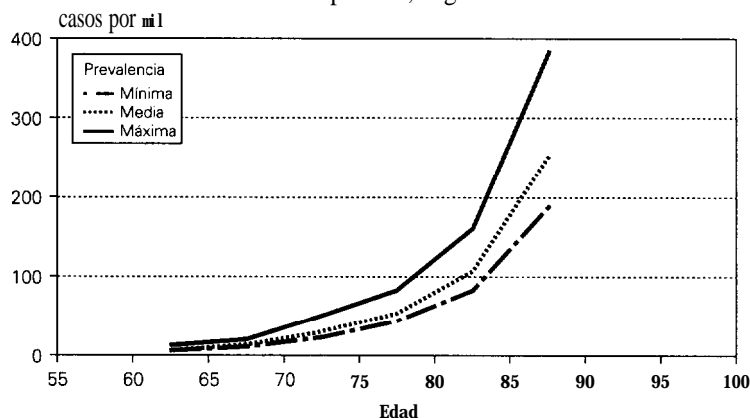
No sólo los problemas físicos y sensoriales tienen incidencia entre las personas de edad avanzada. Lo mismo sucede con los problemas psíquicos.

Como es bien conocido, la demencia senil constituye una problemática de gran importancia en la tercera edad, por sus efectos dramáticos y restrictivos sobre los niveles de autonomía e independencia de las personas afectadas. De hecho, es sin duda la enfermedad que provoca de manera más decisiva, en los últimos años de la vida, la necesidad de una atención especializada, tanto a nivel sanitario como de servicios sociales.

De acuerdo con los datos de la Encuesta de Tercera Edad 93, podemos destacar la notable frecuencia de la demencia senil, que oscila, en función del indicador retenido, entre un 3,1 y un 5,7% de la población anciana total no institucionalizada.

Como es de sobra conocido, el factor edad resulta determinante en la prevalencia de la demencia senil, constatándose un crecimiento espectacular, de carácter exponencial, a partir de los 70-75 años, tal y como puede comprobarse en el Gráfico 1.

GRAFICO 1
Demencia senil en Euskadi
Prevalencia por mil, según la edad



Fuente: Fernández de Gamarra, J. y Padiema, A.
Atención psicogeríátrica en Euskadi hasta el año 2000.

Aunque generalmente implican menor gravedad que los síndromes demenciales, debe destacarse la elevada presencia de trastornos afectivos entre las personas mayores de 65 años. Aplicando un test de medición de la existencia de síntomas de ansiedad, depresión y otros problemas emocionales, tomado de la encuesta OARS, se comprueba que un 20,8% de los ancianos tiene problemas emocionales de importancia (11,4% de carácter moderado y 9,4% de carácter grave o muy grave).

Los trastornos afectivos están condicionados tanto por el factor sexo como por el factor edad. De esta forma, tienden a aumentar con la edad y en el caso de las mujeres, detectándose la mayor constatación de estos problemas entre mujeres de 65 a 74 años (25,1%) y entre mujeres mayores de 74 años (30%). La frecuencia de estos problemas se sitúa muy por debajo en el caso de los hombres, en especial entre los de 65 a 74 años (8,9%), llegando al 18,1% entre los hombres mayores de 74 años.

FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS POR SEXO Y EDAD
(en %)

PROBLEMAS MENTALES	TOTAL	Hom. 65-74	Hom. >74	Muj. 65-74	Muj. >74
TOTAL	223.279	63.444	27.242	79.012	53.581
Ausencia total	40,6	57,2	43,2	35,0	28,0
Ausencia casi total	38,2	33,1	38,7	39,5	42,0
Presencia moderada	11,4	3,8	11,2	14,9	15,2
Presencia grave	7,3	4,1	6,5	7,9	10,8
Presencia muy grave	271	1,0	0,4	2,3	4,0
ns/nc	0,4	0,7		075	

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93.

Nora: Las cifras de población contenidas en el presente cuadro no incluyen a las personas incapacitadas, por diferentes motivos, para responder a la cuestión.

Finalmente, debe resaltarse un rasgo característico de la morbilidad en la tercera edad que tiene tanta o más importancia que la variable frecuencia señalada hasta ahora: la confluencia de pluripatologías. De acuerdo con los datos reflejados en la Encuesta de Salud 92, los ancianos vascos afectados tienen una media de 4,1 problemas de salud (de uno u otro signo), siendo muy superior en el caso de las mujeres (4,3 frente a 3,6 entre los hombres).

Acceso a los servicios sanitarios:

A la vista de la frecuencia de los problemas físicos, sensoriales y psíquicos, y de la relevancia de las pluripatologías, no resulta sorprendente comprobar que la población anciana constituya una gran consumidora de servicios sanitarios. En este sentido, comprobamos que:

- a) Un 58,7% de los ancianos ha recurrido en los últimos tres meses a los servicios de medicina general.
- b) Un 43,3% ha recurrido, en el mismo periodo, a algún médico especialista.
- c) Un 2,1% ha acudido a consulta psiquiátrica en dicho intervalo de tiempo..
- d) Un 5,7% ha acudido, en los últimos seis meses, a un servicio de urgencia. (Según la Encuesta de Salud 92, esta proporción es del 22%, tomando la referencia temporal de un año).

- e) Un 9,1% ha estado ingresado, en el mismo periodo de tiempo, en algún hospital, en un 45,1% de los casos por un tiempo superior a los quince días.

DEMANDA DE ATENCION SANITARIA POR SEXO Y EDAD
(en %)

	TOTAL	tom. 65-74	Hom. >74	lhj. 65-74	Muj. >74
TOTAL	271.652	72.625	37.897	90.510	70.620
Médico General	56,7	51,6	59,1	60,0	56,3
ATS	17,3	12,3	23,5	16,0	20,9
Medicina general	58,7	53,4	62,4	61,3	58,6
Dentista	891	10,5	773	991	4,9
Otorrino	477	2,4	7,6	531	5,2
Oftalmólogo	14,0	13,1	14,6	14,7	13,8
Podólogo	376	078	2,3	571	5,2
Otro especialista	29,0	31,7	24,8	28,3	29,5
Medicina específica	43,3	43,7	39,4	44,6	43,4
Psiquiatra	L 1	W-3	035	397	236
Urgencia	5,7	536	10,2	4,5	530
Hospital	921	10,6	15,6	439	9,2

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93

Inciendiendo en la misma línea, según la Encuesta de Salud 92, un 28% de las personas de más de 65 años ha acudido a la consulta del médico general en los últimos 14 días, proporción que llega al 34% si se toma en consideración a los diferentes médicos especialistas. Esta propensión a la consulta médica resulta altísima y, desde luego, muy superior a la que se da en otros grupos de edad. Así, en el de 45 a 64 años, el más cercano en tendencia a la demanda, las cifras son de 17 y 24%, situándose las cifras medias en 11 y 20%.

Según la misma encuesta, la media anual de consultas al médico por persona y año es de 11,3 entre personas mayores de 65 años, cifra sólo superada por la correspondiente a los menores de 1 año (18,6). En este caso, se sigue una pauta de consumo en 'U', descendiendo la frecuencia de consulta hasta los 15-24 años y subiendo después. El salto básico se observa, no obstante, con anterioridad a la tercera edad, llegando las personas de 45 a 64 años a efectuar una media de 9 consultas por persona y año.

Las hospitalizaciones, en cambio, se relacionan más directamente con la edad, aumentando progresivamente la demanda conforme aumenta ésta. Se pasa así de un 3,5% de hospitalizados/año en los menores de 15 años a un 10% en los mayores de 65 años. Sin embargo, tampoco se observa un corte radical a este respecto asociado a la tercera edad. Así, se pasa gradualmente del 6% entre 25 y 44 años al 8% entre 45 y 64 años, subiendo al 10% en los mayores de 65 años.

Si la incidencia de la hospitalización no refleja una diferencia radical entre la tercera edad y otros colectivos, la duración de la hospitalización sí muestra diferencias sustanciales. El número de días de hospitalización/año es 17,8 en el caso de la población mayor de 65 años, por 11,5 en el caso de los de 45 a 64 años y 9,8 para la población general.

1.4.2. *Deficiencias, discapacidades y minusvalías*

La elevada prevalencia de las deficiencias, discapacidades y minusvalías constituye un hecho contrastado en la tercera edad, asociado inevitablemente a la alta prevalencia de las enfermedades.

Deficiencias de tipo sensorial:

Los problemas de visión resultan particularmente notables en la tercera edad. En este sentido, sin corrección visual, un 36,4% de los ancianos tiene una visión juzgada como regular, un 39,7% una visión que se considera mala o muy mala y un 2,2% una ausencia total o casi total de visión. La incidencia de estos problemas es muy superior en el caso de las personas más ancianas y también en el de las mujeres.

La aplicación de sistemas de corrección visual mejora sustancialmente el problema. Sin embargo, aún así, la visión sigue siendo regular, mala o inexistente para un 12,1% de las personas mayores de 65 años.

La frecuencia de deficiencias auditivas es bastante menor que la correspondiente a las visuales. Con todo, un 16,4% tiene una audición regular sin aparato, un 7,7% una audición mala o muy mala y un 0,4% no oye. Con aparato, estas proporciones bajan sustancialmente, situándose en un 1,2, 0,3 y 0,1%, respectivamente.

Al igual que las deficiencias visuales, las deficiencias auditivas aumentan con la edad. El factor sexo resulta, en cambio, menos determinante, en especial en las personas mayores de 75 años, grupo de edad en que las cifras tienden a homogeneizarse entre hombres y mujeres.

Deficiencias de masticación:

Otro aspecto en el que es posible detectar problemas de importancia en la tercera edad es en la masticación. Sin dentadura postiza, un 23,6% de los ancianos presenta una masticación regular, un 40% mala y un 14,8% muy mala o ausencia total de capacidad para masticar. Las mujeres y las personas de más edad están particularmente afectadas en este caso.

La utilización de dentadura postiza resulta efectiva, descendiendo radicalmente las cifras señaladas con anterioridad. Sólo un 6,1% de los ancianos sigue mostrando una capacidad regular de masticación y un 1,3% una capacidad mala o muy mala con empleo de prótesis.

Incontinencias urinaria y fecal:

Las incontinencias urinaria y fecal constituyen un problema importante para una parte minoritaria, pero no por ello menos llamativa, de la población mayor de 65 años. El problema principal es el de la incontinencia urinaria, que afecta a un 5,7% de las personas mayores de 65 años, revistiendo menor prevalencia la incontinencia fecal, que llega a afectar sin embargo a un 3,8% de los mayores de 65 años. La problemática aumenta con la edad, alcanzando las máximas prevalencias en hombres mayores de 75 años.

Discapacidades de movilidad:

Al menos un 27,9% de los ancianos tiene problemas de movilidad. A este respecto, las diferencias por edad resultan sustanciales, comprobándose que, tanto en hombres como en mujeres, la proporción de personas con problemas sube al 45% en personas mayores de 74 años, situándose en cambio en torno al 20-22% en personas de 65 a 74 años.

La mayoría de las situaciones problemáticas observadas no implican, sin embargo, pérdidas muy graves de movilidad. Así, un 24% de los ancianos puede desplazarse aunque con dificultad (con aparato o con problemas de fatiga) y un 0,4% es autónomo con silla de ruedas. Las situaciones que implican dependencia de otras personas o que impiden totalmente la movilidad afectan a un 3,5% de los ancianos (6,9% entre los mayores de 74 años y 1,3% entre los menores de esa edad).

PROBLEMAS DE MOVILIDAD POR SEXO Y EDAD
(porcentajes verticales)

	TOTAL	Hom. 65-74	Hom. >74	Muj. 65-74	Muj. >74
TOTAL	271.652	72.625	37.897	90.510	70.620
¿Puede caminar?					
Si, sin dificultad	70,1	78,1	55,9	81,1	55,2
Si, con dificultad	24,0	17,1	32,8	16,6	35,9
Si, pero depende de otros	179	172	395	1,1	23
Autónomo con silla de ruedas	0,4	0,7	0,3		03
No puede	1,6	0,1	4,7	0,2	3,4
NS/NC	02		077		033

Fuente; Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta de Tercera Edad 93.

La mayor o menor capacidad de las personas para desplazarse constituye sin embargo una cuestión relativa, que no depende sólo de las propias capacidades del individuo, sino también, y probablemente más, del entorno en el que se mueve. En este sentido, debe destacarse la existencia de grandes barreras para

la movilidad de la población anciana, incluso cuando ésta tiene capacidad teórica para desplazarse con cierta autonomía.

En el caso de las personas que son capaces de desplazarse solas, aunque con dificultad, comprobamos que un 25,9% tiene problemas de distinto signo para moverse en su propio domicilio, un 51,3% para entrar y salir de él, un 54,5% para desplazarse en su entorno y un 65,6% para hacer uso del transporte público. Estas proporciones tienden a generalizarse en el caso de personas que dependen de la ayuda de otros o que son autónomas con silla de ruedas. La única excepción se relaciona, en este último caso, con el uso de la propia vivienda, ya que un 61,5% de las personas en estas condiciones se desplazan por ella sin mayores problemas.

Valorando esta situación, se comprueba que los problemas de movilidad tienen en realidad mayor incidencia de la que podrían indicar las primeras cifras adelantadas. De hecho, se comprueba que un 34,2% de los ancianos tienen al menos molestias o dificultades para desplazarse en algún ámbito de desarrollo de su vida diaria. La proporción es inferior al 20% en personas de 65 a 74 años pero sube al 42,9% en hombres mayores de 74 años y al 59% en mujeres mayores de esa edad.

Los problemas de movilidad que implican graves o infranqueables dificultades afectan, por su parte, al menos a un 6,9% de los ancianos. Las diferencias por edad son aquí especialmente notables ya que si están por debajo del 4% entre personas menores de 75 años, suben al 11,2% en el caso de hombres mayores de 74 años y al 13,5% en el caso de mujeres de esa edad.

La utilización del transporte público es la situación que genera mayores problemas (30,5% de personas con problemas, 6,3% con problemas graves o infranqueables). En la situación opuesta encontramos el desplazamiento dentro de la propia vivienda (11,3% con problemas, 2,5% graves o infranqueables).

Las entradas y salidas de la vivienda y el desplazamiento por el entorno se sitúan en una posición intermedia. Un 22% de las personas ancianas tienen algún tipo de problema al respecto, situándose alrededor de un 4-4,5% las situaciones graves o infranqueables en este contexto. Debe señalarse, que un 18,7% de los ancianos manifiesta necesitar ascensor en el edificio en que está ubicada su vivienda para mejorar su movilidad dentro del mismo. La proporción de personas mayores de 65 años afectada resulta realmente elevada.

En todos los casos, son las mujeres más ancianas las más afectadas por los problemas de movilidad.

**PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON PROBLEMAS DE MOVILIDAD
POR SEXO Y EDAD**
(en %)

	TOTAL	Hom. 65-74	Hom. >74	Muj. 65-74	Muj. >74
TOTAL	271.652	72.625	37.897	90.510	70.620
Problemas en general					
Problemas vivienda	11,3	4,8	16,1	6,2	22,1
Entrar y Salir	22,0	13,1	26,2	12,6	41,1
Entorno urbano	22,0	12,3	28,5	11,5	41,9
Transporte público	30,5	16,7	39,0	18,8	55,2
Algún problema	34,2	20,1	42,9	22,4	59,0
Problemas graves o infranqueables					
Problemas vivienda	2,5	0,7	5,0	0,6	5,3
Entrar y Salir	4,4	2,2	8,2	2,0	7,6
Entorno urbano	4,3	1,9	6,8	1,6	8,1
Transporte público	6,3	3,5	11,2	1,9	12,3
Algún problema	6,9	3,7	11,2	2,7	13,5

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93.

En definitiva, la presencia de barreras es una realidad tanto en la propia casa como, sobre todo, en la entrada y salida de la misma y en la utilización del entorno urbanístico inmediato. Sin embargo, es en el acceso al transporte donde se detectan las mayores limitaciones de la población mayor de 65 años con problemas de movilidad para alcanzar unos niveles adecuados de autonomía.

Discapacidades para el desarrollo de una vida independiente:

La presencia de discapacidades para el desarrollo de una vida independiente es igualmente importante entre la población mayor de 65 años. La problemática de dependencia es elevada en lo que se refiere a algunas actividades relacionadas con el cuidado del propio cuerpo (particularmente cortarse las uñas o, lo que es más importante, bañarse y ducharse) y con ciertas actividades domésticas (preparar la comida, limpiar la casa, lavar y tender la ropa o ir de compras). En estos casos, la prevalencia de los problemas supera el 20% de la población anciana y los problemas graves con frecuencia el 15%, siendo las personas de más edad las más afectadas.

**PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON PROBLEMAS PARA EL
DESARROLLO DE UNA VIDA INDEPENDIENTE. POR SEXO Y EDAD**
(en %)

PROBLEMAS GENERALES	TOTAL	Hom. 65-74	Hom. >74	Muj. 65-74	Muj. >74
TOTAL	271.652	72.625	37.897	90.510	70.620
Actividades Instrumentales					
Ir de compras	23,9	10,9	34,9	13,0	45,2
Preparar comida	18,5	11,3	34,6	12::	31,6
Limpiar la casa	26,7	14,4	38,8		47,1
Lavar la ropa	26,2	14,2	37,8	1412	47,6
Comer	9*1	2 :	13,1	137	12,1
Teléfono			19,5		17,2
Medicamentos	915	4:0	18,4	3+	17,9
Manejar dinero	8,4	3,8	15,4	3:0	16,2
Actividades corporales					
Acostarse-Levantarse	13,2	8::	27,9	8::	23,4
Darse baño o ducha	18,2		32,8		33,8
Lavarse en lavabo	10,6	2 E	19,8	31::	19,3
Cortarse las uñas	39,3		54,6		55,9
Vestirse-Desvestirse	11,6	514	22,3	::4	20,2
Usar retrete	8,1	2,8	17,3		15,9

**PROBLEMAS QUE IMPLICAN UNA FUERTE DEPENDENCIA.
POR SEXO Y EDAD**
(en %)

Actividades Instrumentales					
Ir de compras	15,0	2 2	25,0	3'9	28,4
Preparar comida	12,2		25,9		21,7
Limpiar la casa	16,4	812	29,5	618	30,2
Lavar la ropa	15,3		31 2		27 8
Comer		0';	8'8	z::	4'7
Teléfono	52::	116	1319		1014
Medicamentos			14,8	t ;	11,9
Manejar dinero	2::	2::	13,4	110	11,3
Actividades corporales					
Acostarse-Levantarse	576	:::	13,0	136	11,0
Darse baño o ducha			16,5	178	16,6
Lavarse en lavabo	5'5		11,8	12	11,5
Cortarse las uñas	1913	1 x	32,7	2 ;	33,7
Vestirse-Desvestirse	i ::	2:2	12,0		10,6
Usar retrete		130	10,4	0:9	7,8

Fuente: Dpto. Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93.

Utilización de medios correctores:

Un aspecto a destacar aquí es la importancia de las distorsiones asociadas a una inadecuada utilización o no utilización de aparatos correctores, tanto en lo que se refiere a las deficiencias visuales como auditivas y de masticación. Este es un problema evidente en ciertos sectores de la tercera edad y, probablemente, se extenderá a la utilización de ayudas técnicas y prótesis para facilitar la movilidad y la independencia física.

De esta forma, se comprueba que una serie de personas mayores de 65 años con discapacidades no utilizan prótesis, en algunos casos incluso disponiendo de ellas. Además, no es improbable pensar que aun en las situaciones en que se utiliza la prótesis existan desajustes, atribuibles probablemente a falta de seguimiento y adaptación de la misma.

Los datos disponibles revelan con claridad que no se trata de un problema menor.

Autopercepción general del estado de salud:

Considerando globalmente los aspectos relativos a salud y discapacidades, observamos que un 27,5% de los mayores perciben su estado de salud como regular y un 6% como malo o muy malo. Los hombres menores de 75 años opinan que su estado de salud es malo o regular en un 21,2% de los casos, los hombres de más de 75 años en un 31,7%, las mujeres entre 65 y 74 años en un 34,7% y las de más de 75 años en un 45,2%. Se confirma así la evidencia de una percepción de salud mucho más negativa en las mujeres y, en general, en las personas de más edad.

AUTOPERCEPCION DEL NIVEL DE SALUD. POR SEXO Y EDAD
(Porcentajes verticales)

	TOTAL	Hom. 65-74	Hom. >74	Muj. 65-74	Muj. >74
TOTAL	271.652	72.625	37.897	90.510	70.620
En general, ¿Qué tal se encuentra de salud?					
Muy bien	12,6	17,6	14,7	* 9,6	10,1
Bien	51,1	58,9	46,1	54,7	41,2
Regular	27,5	16,9	25,4	28,9	37,8
Mal	4,3	3,1	4,6	5,2	6,3
Muy mal	1,1	1,7	1,9	0,6	1,1
nshc	2,9	2,3	7,35	1,0	3,5

Fuente: Dpto. Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93.

En cuanto a la autopercepción del grado de validez, en la Encuesta de Tercera Edad 93 se comprueba que un 17% de las personas mayores de 65 años reflejan

una independencia parcial o con dificultades, mostrándose un 10,2% como dependientes de forma total o cuasi total. La edad resulta decisiva, observándose que por debajo de los 75 años las personas con algún tipo de dependencia se sitúan, en el caso de los hombres, en un 12,5%, y en el de las mujeres en un 16,3%. Estas proporciones pasan, en el caso de los mayores de 75 años, a un 39,4 y a un 50,1%, respectivamente.

CAPACIDAD PARA VALERSE POR SI MISMO. POR SEXO Y EDAD
(Porcentajes verticales)

	TOTAL	Hom. 65-74	Hom. >74	Muj. 65-74	Muj. >74
TOTAL	271.652	72.625	37.897	90.510	70.620
¿Diría que puede valerse por sí mismo?					
Sí, totalmente	72,2	87,1	60,5	83,2	49,0
Sí, pero con dificultad	17,0	8,7	20,9	12,5	29,3
Sólo para algunas cosas	5,38	2,8	9,9	3,1	10,4
Prácticamente nada	4,4	1,0	8,6	0,7	10,4
NS/NC	0,5	0,4	0,0	0,5	0,9

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93

Tratando de delimitar un indicador sintético relativo al nivel de salud y de independencia personal, comprobamos que un 45,7% de los ancianos vascos no tiene problema alguno de discapacidad, pudiendo desarrollar una vida totalmente independiente. A este grupo cabría añadir un 28,8% de personas con problemas puntuales que condicionan en ciertos aspectos su independencia, pero que no la ponen prácticamente en entredicho, lo que implica que alrededor de un 74,5% de los ancianos vascos pueden ser considerados como personas total o relativamente independientes, desde un punto de vista de salud y discapacidades.

La proporción de personas independientes aumenta en el grupo de 65-74 años, tanto en hombres como en mujeres (75,5% y 87% respectivamente). Desciende al 57,9% en las mujeres mayores de 74 años y al 54,7% en los hombres mayores de esa edad.

Un 8,5% de las personas ancianas tienen una dependencia notable pero fundamentalmente para el desarrollo de las tareas del hogar. Si la proporción se sitúa alrededor del 4% en el caso de personas menores de 75 años, sube en cambio al 12,9% entre las mujeres mayores de 74 años y al 18,7% en el caso de hombres mayores de 74 años.

Finalmente, un 16,9% de los ancianos vascos presenta una dependencia muy importante o total. Las menos afectadas son las mujeres de 65 a 74 años (8,7%) y los hombres de 65 a 74 años (10,2%), subiendo notablemente las tasas entre las personas de 75 y más años, tanto hombres (26,6%) como mujeres (29,2%).

NIVELES DE DEPENDENCIA OBJETIVA. POR SEXO Y EDAD
(Porcentajes verticales)

	TOTAL	Hom. 65-74	Hom. >74	Muj. 65-74	Muj. >74
TOTAL	271.652	72.625	37.897	90.510	70.620
Necesidad objetiva					
Dependencia total	8,2	5,6	15,3	3,7	12,9
Dependencia importante	8,7	4,6	11,3	5,0	16,3
Dependencia tareas de hogar	8,5	4,2	18,7	4,3	12,9
Independencia parcial	28,8	26,3	23,8	31,1	31,2
Independencia total	45,7	59,2	30,9	55,9	26,7

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93.

Comparando los índices de discapacitación de los diferentes grupos de edad que componen el conjunto de la población vasca, comprobamos en la Encuesta de Salud 92 la notable influencia de la edad. No obstante, los grandes cortes se producen, en un caso, antes de la llegada a la tercera edad (45 y más años), momento en el que hace aparición un fenómeno hasta entonces prácticamente marginal, y en otro, en el momento de acceder a los 85 y más años, en el que la incidencia de la discapacidad se hace prácticamente mayoritaria, en especial entre el grupo más numeroso, el de las mujeres.

PORCENTAJE DE PERSONAS CON INCAPACIDAD PERMANENTE DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL. POR EDAD Y SEXO

	Hombres	Mujeres
0-44 años	170	170
45-64 años	12,0	11,0
65-74 años	18,0	16,0
75-84 años	14,0	15,0
85 y más años	42,0	58,0

Fuente: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Encuesta de Salud 92

2. NECESIDADES ACTUALES Y PERSPECTIVAS DE EVOLUCION

2.1. Necesidades actuales de servicios

A lo largo del capítulo anterior, hemos venido señalando una serie de problemáticas relacionadas con el trabajo, el uso del tiempo libre, la vivienda, la salud o la presencia de discapacidades. A continuación, abordaremos una serie de aspectos relacionados con la demanda de servicios como consecuencia de la existencia de esas problemáticas.

2.1.1. Principales necesidades y demandas detectadas

Preocupándonos por las necesidades más específicamente orientadas al sistema social y sanitario, podemos señalar que, en estos momentos, y pensando en el corto plazo, al menos 23.920 personas precisarían algún tipo de ayuda o servicio para hacer frente a los requerimientos de la vida cotidiana, lo que representa un 8,8% de la población mayor de 65 años.

En relación a las necesidades percibidas por las personas señaladas, podemos destacar una serie de aspectos de interés, principalmente relacionados con la traducción de estas necesidades en términos de demanda:

- a) Las necesidades aumentan con la edad y afectan más a las mujeres (4,8% en hombres de 65 a 74 años, 5,8% en mujeres de esa edad, 10,2% en hombres mayores de 74 años y 12,7% en mujeres mayores de esa edad). Aumentan igualmente, de forma significativa, en el caso de personas que viven solas (14,2%).
- b) La mayor parte de la necesidad de servicios, un 77,7% del total, se orienta hacia la ayuda a domicilio, 18.586 casos. De éstos, un 65,5% de los casos de necesidad son ligeros, afectando a personas con independencia total o casi total, correspondiendo el resto a personas con un fuerte grado de dependencia (6.415 casos).
- c) Un 12% de la necesidad se orienta hacia el sistema residencial (2.862 casos). De esta cifra, 1.190 casos padecen dependencia muy importante

(41,6% del total) y 1.407 reflejan cierto grado de dependencia (49,1% del total). Se comprueba un incremento de la necesidad potencialmente traducida en demanda residencial conforme aumenta el grado de dependencia.

- d) 2.472 personas, un 10,3%, prefieren otras alternativas (centros de día o fórmulas ligeras de alojamiento). Dentro de este grupo, observamos un 27% de personas en situación de fuerte dependencia y un 51,7% en situación de dependencia menor.

2.1.2. Vías habituales de solución de las necesidades

Además de las demandas de atención, es conveniente valorar las vías por las que se atienden en la actualidad las necesidades existentes. En relación a esta cuestión, comprobamos que un 73% de las personas que no se consideran a sí mismas válidas reciben algún tipo de ayuda, cuya fuente fundamental es la propia familia: un 79,9% de los ancianos ayudados reciben su ayuda por vía familiar.

Dentro de la familia, el peso de estas ayudas recae sobre personas diferentes en función del sexo de la persona anciana que recibe la atención. En el caso de los hombres, destaca el papel del cónyuge (31,8% de los casos de ayuda), si bien la ayuda de las hijas resulta mayoritaria (42,1% de los casos, proporción que llegaría al 50,5% en caso de considerar a las nueras). En lo que se refiere a las mujeres, el apoyo de hijas y nueras llega al 53,1%, descendiendo el papel del cónyuge al 8,3%.

La ayuda institucional llega a un 18,4% de los ancianos que reciben algún tipo de ayuda, una cifra considerablemente inferior a la que representa la ayuda familiar directa. La incidencia de la ayuda institucional es muy superior en el caso de personas mayores de 74 años (22,3 frente a 7,9% en personas menores de 75 años).

El servicio doméstico cumple estas funciones asistenciales en un 10,7% de los casos, destacando sobre todo esta vía de intervención en relación a mujeres (12,1 frente a 7,5% entre los hombres) y a personas más jóvenes (13,3 frente a 9,7% en los mayores de 74 años).

La ayuda procedente de vecinos y amigos resulta marginal, llegando apenas a un 1,8% de los ancianos ayudados.

En la gran mayoría de los casos, un 79,2%, la ayuda recibida por los ancianos necesitados es diaria. Un 13,9% la recibe cada dos o tres días y un 1,6% los fines de semana. En otra situación encontramos a un 4,2% de los ancianos necesitados.

La ayuda al anciano supone más de 30 horas de atención semanal en un 43,2% de los casos. Un 12% dedica entre 21 y 30 horas y un 15,9% entre 11 y 20 horas. Un 22,3% dedica menos de 11 horas al anciano necesitado.

La principal orientación de este trabajo de ayuda directa al anciano se relaciona con el mantenimiento de la casa (limpieza de la casa, lavado y planchado) y con la preparación de comidas, aspectos en los que reciben ayuda alrededor

de tres cuartas partes de los ancianos. La compañía personal constituye otro aspecto importante, en el que incide un 76% de las personas ayudantes. La ayuda personal está igualmente presente en la mayoría de los casos, un 53,7%, sucediendo otro tanto con los cuidados de enfermería (44,4%).

**CARACTERISTICAS DE LA AYUDA PRESTADA A ANCIANOS QUE
PERCIBEN ATENCION EN SUS DOMICILIOS**

(Porcentajes verticales)

	TOTAL	Familia	Servicio doméstico	Público	Otros
¿Cada cuánto tiempo le ayuda?					
				47,9	79,4
				40,2	18,2
				11,9	2,4
¿Cuántas horas a la semana?					
Menos de 11	22,3	9,7	35,3	62,6	22,6
Entre 11-20	15,9	14,7	19,2	21,0	
Entre 21-30	12,0	14,3	8,1	49,6	20,3
Más de 30	43,2	53,2	29,9	10,6	54,7
¿Qué labores que realiza?					
Compañía personal	76,0	89,0	36,0	46,0	92,0
Limpieza casa	92,9	95,0	100,0	83,7	88,3
Lavado y Planchado	81,0	87,0	91,3	60,6	49,5
Ayuda personal	53,7	59,8	40,8	47,5	29,4
Cuidado enfermería	44,4	53,5	23,0	30,5	7,5
Preparar comidas	68,8	80,5	48,6	38,0	56,6
Cuidado otras personas	16,4	17,6	16,9	13,1	8,3
Otros	19,3	22,7	16,2	9,0	2,7
¿Desde cuándo lleva recibiendo ayuda?					
Menos de un año	13,6	6,2	30,4	28,5	24,8
Uno o más	81,6	88,5	67,8	68,1	72,7
NS/NC	4,4	5,1	1,9	3,4	2,4

Fuenret Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93

Comparando el contenido de la ayuda en función de quien la otorga, se comprueba con claridad que la ayuda familiar, en especial en comparación con

la ayuda institucional, destaca por su mayor intensidad y diversificación, así como por un mayor componente de tipo afectivo.

2.1.3. Conocimiento de los servicios

El grado de conocimiento que tienen las personas mayores con respecto a los servicios destinados a su atención es sumamente heterogéneo.

En primer lugar, podemos destacar aquellos servicios de los que existe un alto grado de conocimiento. En este grupo cabe citar, de una parte, a determinados servicios clásicos, como son los clubes de jubilados (80,9%), las residencias (76,4%) o la ayuda a domicilio (67,6%), y de otra, a servicios de implantación más reciente pero que han calado profundamente entre la población anciana, como son las vacaciones para la tercera edad (70,2%).

En segundo lugar, podemos citar determinados servicios mayormente novedosos y sólo conocidos por el 20-35% de la población mayor de 65 años: termalismo social (35,4%), centros de día (34%), estancias temporales (30,6%), viviendas comunitarias (28,7%), familias de acogida (27,6%) y apartamentos tutelados (22,4%).

El grado de conocimiento de las ayudas económicas asistenciales y no contributivas a las que puede acceder la tercera edad es igualmente muy bajo. Así, sólo un 26,9% de los ancianos conoce las pensiones no contributivas y un 27,7% las ayudas de emergencia social.

Las personas menores de 75 años tienen siempre un mayor conocimiento de los servicios. El factor sexo es igualmente importante aunque tiende a actuar en sentidos contradictorios: si los servicios clásicos son más conocidos por las mujeres, por el contrario los hombres conocen en mayor medida los servicios más novedosos.

Un aspecto específico a destacar es el bajo conocimiento de las prestaciones económicas entre las personas mayores con menores recursos económicos. Así, entre las personas con ingresos inferiores a las 50.000 pesetas (cónyuge incluido) menos de un 20% conoce la existencia de las prestaciones no contributivas y de las ayudas de emergencia social (AES).

Las necesidades que se derivan de esta realidad son palpables. Así, se comprueba que alrededor de 15.000 ancianos vascos desconocen la existencia de las AES, a pesar de ser, a priori, potenciales beneficiarios de las mismas, ya que combinan dos situaciones evidentes de riesgo: cobertura mala o muy mala de sus necesidades económicas y condiciones de hábitat manifiestamente mejorables o precarias.

Por otra parte, en lo que se refiere a las prestaciones no contributivas, 526 personas que desconocen su existencia carecen de ingresos y 7.890 tienen ingresos personales inferiores a 30.000 pesetas mensuales.

2.1.4. Utilización de los servicios

Los datos relativos a utilización de los servicios revelan tendencias de gran interés:

En primer lugar, se comprueba que el servicio más utilizado es el club de jubilados: un 24,1% de los ancianos lo usa actualmente y un 27,3% lo ha utilizado en alguna ocasión. La propensión al uso aumenta en el caso de los hombres y en el de las personas más jóvenes. La proporción de usuarios llega de hecho al 31,9% en el caso de hombres de 65 a 74 años.

Las vacaciones para la tercera edad constituyen un segundo foco de utilización de importancia. Un 10,3% de los ancianos han recurrido en algún momento a esta fórmula, que tiende a tener mayor impacto entre las mujeres y entre los hombres de menos de 75 años.

El termalismo social o asistencia a balnearios tiene menor incidencia social, habiendo favorecido a un 1,6% de los ancianos, con una mayor tendencia a su empleo por parte de los ancianos más jóvenes.

Un 3,3% de los ancianos no institucionalizados dice recurrir en la actualidad a los servicios de ayuda a domicilio, habiendo hecho uso de los mismos en algún momento un 4,5%. En este caso, la propensión al uso es muy baja en personas menores de 75 años (apenas un 0,5-0,6%), subiendo al 4,7% en hombres mayores de 74 años y al 8,9% en mujeres mayores de esa edad.

El recurso a otros servicios resulta marginal. Así, sólo un 0,5% de los ancianos señala haber utilizado en alguna ocasión un centro de día, proporción que baja al 0,4% para las estancias cortas o temporales.

Cabe destacar finalmente que sólo un 0,5% de los ancianos considerados ha recurrido en algún momento a las ayudas de emergencia social, circunstancia que parece indicar con claridad que éstas no están cumpliendo un papel sustancial en el colectivo de tercera edad.

UTILIZACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES POR LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS (En %)

	TOTAL	Hom. 65-74	Hom. >74	Muj. 65-74	Muj. >74
TOTAL	271.652	72.625	37.897	90.510	70.620
Personas que utilizan los siguientes servicios					
Ayuda a domicilio	333	0,5	4,7	076	8,9
Clubes de jubilados	24,1	31,9	26,5	21,1	18,5
Centros de día	032	0,1	0,2	094	
Vacaciones de tercera edad	7,4	9,4	4,9	795	6,5
Ayudas de emergencia social	074	0,6	0,3	075	
Pensiones no contributivas	075			035	1,3
Asistencia a balnearios	173	1,4	0,7	178	1,0
Telealarma	092	0,1	1,1		0,1
Estancias cortas en residencias	02		1,1	0,2	0,1

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93.

En cuanto a la demanda actual de servicios, pendiente de tramitación y valoración por los servicios sociales, podemos destacar los siguientes aspectos principales:

En primer lugar, puede decirse que, en términos cuantitativos, la mayor demanda se relaciona con las vacaciones de tercera edad, con 2.800 demandantes. En este caso, sin embargo, se comprueba que se da una presión bastante limitada en relación a los actuales usuarios (13,9%). Aunque algo mayor, la presión es asimismo limitada en lo que se refiere a los programas de termalismo social (822 demandas, 23% en relación a los actuales usuarios).

En términos cuantitativos, la presión resulta especialmente notable en lo que se refiere a la ayuda a domicilio, ya que 2.355 son las demandas pendientes de resolución, con una presión del 26,4% sobre la actual utilización. Debe destacarse como elemento significativo que, en estos momentos, existen dos demandas no atendidas en ayuda a domicilio por una demanda no atendida de ingreso residencial.

Aunque en términos cuantitativos la demanda sea menor, lo cierto es que la máxima presión relativa sobre la actual oferta se detecta en relación a los nuevos servicios o servicios alternativos a la institucionalización. Este es el caso de los centros de día, con 292 demandas (57,1% de la utilización actual) y de las estancias cortas en residencias, con 333 demandas (49,6% de la utilización actual).

La tendencia al incremento de la demanda se constata igualmente en el ámbito de las prestaciones económicas, estando pendientes 557 demandas de AES y 646 de prestaciones no contributivas. En este caso, la presión sobre la actual utilización es muy fuerte (56,5 y 45,1%, respectivamente).

En lo que se refiere a los clubes de jubilados, se percibe en cambio un evidente estancamiento de la demanda, con 637 peticiones de asociación, que no suponen sino un 1% de la actual utilización.

DEMANDAS PENDIENTES DE TRAMITACION POR LOS SERVICIOS SOCIALES

Proporción de la demanda sobre los actuales beneficiarios de los servicios
(En %)

	N.º demandas pendientes	%/ act. benef.
Ayuda a domicilio	2.355	26,4
Residencias	1.206	
Centros de día	292	57,1
Clubes de jubilados	637	130
Vacaciones de tercera edad	2.800	13,9
Ayudas de emergencia social	557	56,5
Pensiones no contributivas	646	45,1
Asistencia a balnearios	822	23,0
Estancias cortas en residencias	333	49,6

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93

En conjunto, 8.228 ancianos, un 3% del total, conforman en este momento la demanda total pendiente de resolución de los servicios sociales en relación a los principales servicios y prestaciones para la tercera edad.

En relación a la demanda pendiente de tramitación, resulta igualmente llamativo el análisis de aquellos ámbitos en los que se produce mayor rechazo de solicitudes de ayuda pública.

Los datos revelan que los ámbitos en los que se da mayor proporción de expectativas insatisfechas son la atención domiciliaria (41,4% de la demanda realizada) y de forma aún más nítida, las prestaciones de tipo económico (43,4% para las PNCs y 69,5% para las AES). En cambio, el nivel de rechazo sobre el total de demandas es muy bajo tanto en relación a los servicios alternativos a las residencias clásicas como a vacaciones para la tercera edad y asistencia a balnearios.

DEMANDAS RECHAZADAS
Proporción de las demandas rechazadas sobre el total de demandas
atendidas y rechazadas
 (En %)

	Demandas rechazadas	% Rechazos / benef.+recha.
Ayuda a domicilio	6.191	41,4
Residencias	718	
Centros de día	0	(40
Clubes de jubilados	0	070
Vacaciones de tercera edad	2.122	776
Ayudas de emergencia social	2.232	69,5
Pensiones no contributivas	1.163	43,4
Asistencia a balnearios	466	10,0
Estancias cortas en residencias	81	14,0

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93.

De acuerdo con los datos presentados hasta ahora, podríamos delimitar ciertas prácticas públicas en materia de demanda de servicios sociales, caracterizadas por:

- a) Una alta cobertura de la demanda en algunos ámbitos muy conocidos y fuertemente demandados como son los clubes de jubilados (100%) o las vacaciones para la tercera edad (92,4%).
- b) Una situación muy diferente es el caso de servicios muy demandados y conocidos, pero en los que la demanda atendida es limitada respecto al total de la demanda efectivamente realizada. Destaca particularmente en este caso la ayuda a domicilio (cobertura del 58,6% de la demanda).
- c) Unos servicios de escaso conocimiento y demanda, pero con alto nivel de cobertura, superior al 80%, y en algunos casos casi total, como son los centros de día (100%) o las estancias cortas en residencias (86%).

- d) Unos ámbitos de escaso conocimiento y demanda pero con mucho nivel de rechazo, cercano o superior al 50%, como es el relativo a las prestaciones económicas, en que las escasas expectativas generadas han llegado mayoritariamente a colectivos con recursos económicos suficientes.

2.1.5. Valoración de los servicios

En términos generales, la imagen de los servicios existentes es positiva. La diferencia de valoraciones positivas en relación a las negativas supera siempre los 58 puntos, lo que realmente resulta muy alto, incluso en lo que se refiere a servicios clásicos y polémicos, como las residencias.

Valorando los diferentes niveles de apoyo se observa que, generalmente, son las alternativas residenciales, tanto clásicas como no clásicas, las que cuentan con menos apoyo (aunque siempre en un contexto de valoración claramente positiva de la atención). Las prestaciones económicas y las acciones más directamente vinculadas al tiempo libre, junto con la ayuda a domicilio, son las que reciben en cambio mayor apoyo casi generalizado.

En la práctica, por otra parte, sólo la ayuda a domicilio, en relación a residencias y a otros servicios residenciales alternativos, goza de un apoyo real generalizado, con una mayoría de personas dispuestas, en caso de necesidad, a recurrir a ella.

VALORACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES **Proporción de ancianos dispuestos a utilizar los servicios propuestos**

	Valoraciones positiv.-negativ.	Dkpsición favorable
Ayuda a domicilio	92,9	70,2
Residencias	58,7	36,2
Apartamentos tutelados	60,5	24,0
Familias de acogida	75,8	17,2
Clubes de jubilados	89,2	
Centros de día	83,2	30,1
Viviendas comunitarias		21,6
Vacaciones tercera edad	88,7	
Ayudas de emergencia social	84,6	
Pensiones no contributivas	92,1	
Terralismo social	90,6	
Telealarma	86,5	
Estancias cortas en residencias	71,7	

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Encuesta Tercera Edad 93.

De hecho, la ayuda a domicilio es preferida por un 79,6% de los ancianos receptivos a algún tipo de ayuda, lo que demuestra el carácter central de este

tipo de atención para las personas mayores. Esta afirmación es coherente con la idea de que un 95,1% de los ancianos desearía seguir viviendo en un contexto normalizado, siendo únicamente un 1,1% los que señalan preferir una residencia y un 0,4% otras alternativas residenciales. En total, sólo 3.736 ancianos se plantean realmente la posibilidad de vivir en residencias en los próximos años.

2.2. Evolución previsible de las necesidades

De cara a la planificación de la atención al anciano resulta necesario conocer no sólo la situación actual sino también las perspectivas de futuro existentes al respecto. A este nivel, conviene valorar las perspectivas demográficas disponibles, así como las socio-económicas más generales.

Perspectivas demográficas

La Comunidad Autónoma de Euskadi ha conocido un cambio de escenario demográfico particularmente radical. Después de una serie de décadas de fuerte crecimiento vegetativo y migratorio, nuestra Comunidad ha experimentado unas tendencias de signo radicalmente diferente, con la aparición de saldos migratorios negativos a partir de 1976 y una muy fuerte caída de la nupcialidad, la fecundidad y la natalidad, que han llevado a una práctica estabilización de la población.

Este cambio de escenario tendrá importantes repercusiones en los próximos años, tanto desde la óptica de la conformación del mercado de trabajo como desde la relativa a la demanda de servicios y prestaciones (en especial en materia de enseñanza, sanidad y servicios sociales) y de la propia estructura de la población por edades, con grandes tendencias al envejecimiento relativo de nuestra sociedad.

Los rasgos más determinantes del panorama existente en Euskadi a este nivel pueden ser descritos con un mínimo de precisión:

El primer aspecto a destacar hace referencia a la intensa caída de la fecundidad registrada a partir de mediados de los años 70, situación no acompañada, a diferencia de lo que ocurre en otros países, de un incremento sustancial de la cohabitación y de la fecundidad extramarital, así como de la monoparentalidad.

La intensidad de la caída queda claramente reflejada en los datos. Así, el Índice Sintético de Fecundidad de Euskadi pasó de 3,20 en 1965, año de máxima fecundidad, a 1,30 en 1978, situación sólo comparable en ese año a la de Alemania Federal (1,28), si bien este país partía de niveles máximos muy inferiores (2,54 en 1964). Estas cifras están por debajo del nivel mínimo de reemplazamiento poblacional, situado en 2,1.

Los expertos vaticinan un aumento significativo de la fecundidad durante esta última década del siglo. La perspectiva de recuperación demográfica choca sin embargo con la experiencia de los últimos años, definida por la continuación de la caída del Índice Sintético de Fecundidad, situado en 1992 en mínimos

históricos (ISF de 0,97). Esta situación se relaciona sin duda con la persistencia de la crisis económica y de los problemas de desempleo asociados a ella, y choca con las tendencias que se observan en otros países (Francia, Gran Bretaña o Suecia), definidas por una importante recuperación de las tasas de fecundidad.

La caída de la fecundidad en Euskadi está claramente relacionada con la disminución de la nupcialidad, vinculada a su vez al retraso en la edad media de acceso al matrimonio y a un descenso sin precedentes de la fecundidad a edades jóvenes (menores de 30 años).

El segundo rasgo demográfico de importancia en los últimos años se relaciona con la caída de las tasas de mortalidad, particularmente en los casos de la mortalidad infantil y a partir de los 65 años, aunque se observe una creciente tendencia a la estabilización de las mencionadas tasas. En este sentido, si el incremento de la esperanza de vida en lo que va de siglo ha sido espectacular y general, en estos momentos es evidente que una mayoría de la población se acerca al límite biológico de longevidad, con lo que las mejoras en este campo serán paulatinamente más limitadas.

A corto y medio plazo, con todo, se espera que las tasas específicas de mortalidad sigan bajando en los colectivos de población comprendidos entre 60 y 80 años. En el caso de los mayores de 85 años, las evidencias no son tan nítidas, resultando por ello difícil predecir la futura evolución a este respecto.

La evolución prevista por los expertos sitúa unas previsiones de esperanza de vida de 75,79 años para los hombres y de 82,55 años para las mujeres en el año 2006, lo que implica la continuación de su tendencia ascendente.

El tercer rasgo demográfico básico a destacar se plasma en la paralización de los flujos migratorios en Euskadi, como consecuencia de la pérdida de dinamismo económico en nuestra Comunidad Autónoma. La crisis de mediados de los 70 ha supuesto un freno a la migración hacia las zonas que, como Euskadi, constituyeron focos de creación de puestos de trabajo de tipo industrial en los años 50 y 60.

En la presente situación, es difícil pensar en la posible reactivación de las corrientes migratorias, en especial, si se considera la realidad del sistema económico europeo y del mercado de trabajo, incluso asumiendo el posible efecto de la integración social europea o de la presión del exceso de fuerza de trabajo en el Este europeo o en el Magreb.

En base a los cambios señalados hasta ahora, las proyecciones demográficas disponibles prevén, manteniéndose las tendencias actuales a la recesión o al crecimiento económico limitado, un estancamiento y posterior reducción demográfica, con pérdidas de población de entre un 2,7 y un 10,8%, entre 1991 y el año 2016.

Las proyecciones prevén igualmente un aumento de la proporción de personas mayores de 65 años sobre la población total, que podría oscilar entre el 16,90 y el 16,91% en el año 2006, y entre el 19,23% y el 19,58% en el año 2016. En términos cuantitativos, esto supondría entre 343.000 y 355.000 personas mayores de 65 años en el 2006 y entre 370.000 y 396.000 en el año 2016.

Por tanto, a nivel cuantitativo el aumento resultará determinante, acompañando al aumento relativo previsto.

Las previsiones para la población de 80 y más años consistirán en pasar del 2,04% de 1986 al 3,41-3,48% en el 2.006 (69.000 - 73.000 personas) y al 4,72-4,84% en el 2.016 (89.000 - 100.000 personas)‘.

Esta previsible evolución tiene las siguientes implicaciones:

- a) En primer lugar, el mayor incremento de la población anciana se producirá de aquí al año 2.001, destacando también un aumento importante, aunque bastante menor, entre el 2.006 y el 2.016.
- b) En segundo lugar, el incremento real del peso cuantitativo de la población de 80 y más años se dará entre el año 2.006 y el 2.016, periodo en el que este grupo de edades empezará a tener un peso significativo dentro del conjunto de personas mayores de 65 años (alrededor del 25%).

Con todo, es importante señalar que la tasa de dependencia real tenderá a mantenerse relativamente estable hasta el año 2.016, como consecuencia del descenso del peso de la población infantil. Esto significa que, en realidad, el proceso de envejecimiento no implicará un incremento automático de la tasa de dependencia.

Sin embargo, lo cierto es que esta tasa es meramente teórica, ya que a nivel real lo verdaderamente fundamental será considerar la evolución del coeficiente de ocupación de la Comunidad Autónoma. En efecto, la tasa de dependencia real debe relacionar a la población efectivamente ocupada con la parte de población no ocupada que le corresponderá mantener y no referirse a un cálculo teórico de potenciales activos sobre la población total.

A corto y medio plazo, es evidente que la evolución negativa de la ocupación no hará sino provocar una tendencia al aumento o, en el mejor de los casos, a la estabilización de los niveles de dependencia y de población dependiente mantenida por cada persona ocupada.

Sin embargo, trabajamos con estas proyecciones al constituir las únicas que han sido avaladas oficialmente por una institución pública vasca. Sería deseable contar con una proyección demográfica más fiable en que fundamentar nuestras previsiones para el futuro.

Este es quizá el principal problema real y no tanto las propias perspectivas de envejecimiento. En este sentido, es preciso destacar que las previsiones de crecimiento de la población anciana a corto y medio plazo no hacen pensar en

* Aunque las proyecciones demográficas presentadas se basan en documentos oficiales, concretamente del entonces Departamento de Economía del Gobierno Vasco, lo cierto es que estos datos deben tomarse con mucha cautela. Esto se debe tanto a la falta de un conocimiento científico suficientemente preciso acerca de la dirección e intensidad de los procesos demográficos actualmente en curso como a la evidencia de lo inadecuado de las hipótesis de recuperación de la fecundidad en que se fundamentan estas proyecciones, totalmente desmentidas por la realidad hasta estos momentos.

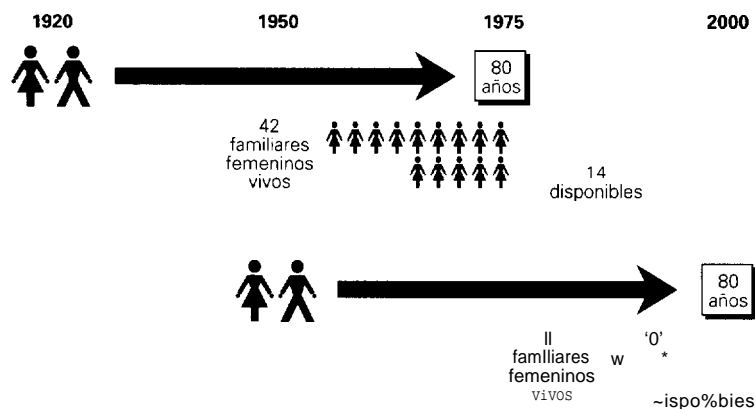
una situación que pueda resultar realmente dramática «per se». De hecho, a finales de la década de los 80, algunos países de la Comunidad Europea, como Francia, Alemania, Gran Bretaña o Dinamarca, reflejaban unos índices de envejecimiento próximos al 20%, una situación que sólo se producirá en Euskadi en el año 2.006. El problema real está, por tanto, en buena medida, en la capacidad de generación de riqueza y de empleo por parte de la economía más que en la evolución de las tasas de envejecimiento, totalmente asumibles en condiciones de crecimiento económico.

No obstante, conviene aclarar que el proceso de envejecimiento y el nivel de ocupación y riqueza de un país no constituyen las únicas variables a considerar. Es preciso considerar también los cambios que se están produciendo en la estructura socio-familiar. Como consecuencia de los cambios socio-demográficos y de la generalización del acceso de la mujer al mercado de trabajo, se prevé un fuerte descenso del número de cuidadores potenciales de las personas ancianas (ver gráfico 2). La trascendencia de este hecho es decisiva, máxime si recordamos la importancia que hoy tienen los cuidados familiares en la atención al anciano discapacitado.

Por otra parte, es probable que al aumento de la esperanza de vida se asocie un aumento de la incidencia real de la discapacidad. De esta forma, es previsible un alargamiento de la vida pero a cargo de una mayor incidencia de la discapacidad. (La asociación entre edad e incapacidad resulta a este respecto determinante, tal y como puede comprobarse en el gráfico 3).

Tomando como referencia y ejemplo el caso de la demencia senil, el gráfico 4 es ilustrativo de cómo el aumento de la esperanza de vida y del propio volumen de personas ancianas se traducirá en los próximos años en un aumento realmente sustancial de los casos de demencia senil.

GRAFICO 2
Reducción del soporte familiar



Fuente: Eversley. DEC. Some new aspects of ageing in Britain.

GRAFICO 3
Euskadi-92. % de esperanza de vida
 con o sin incapacidad, según sexo, a partir de los 40 años de edad.

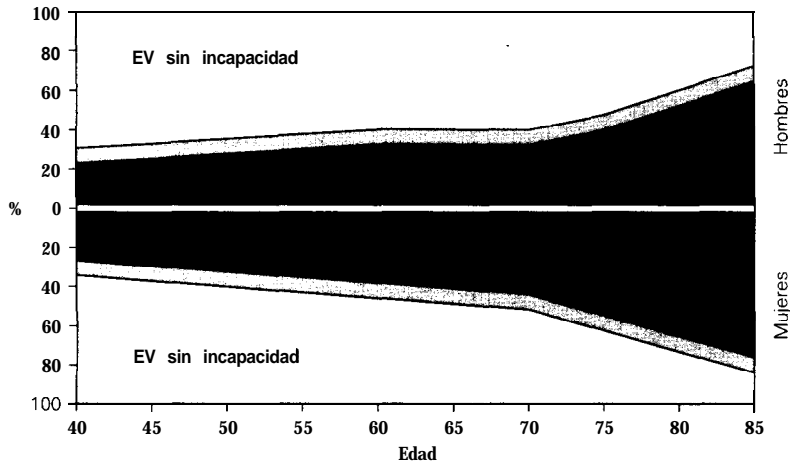
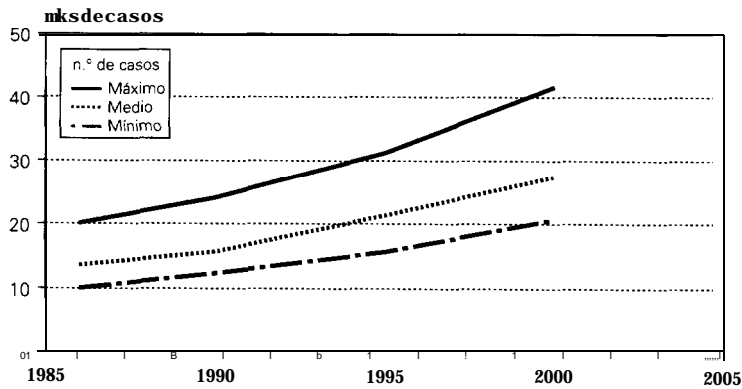


GRAFICO 4
Demencia senil en Euskadi
 Evolución del n.O de casos en 260 años



Fuente: Fernández de Gamarra, J. y Padiema, A.
 Atención psicogeriátrica en Euskadi hasta el año 2000.

No obstante, estas tendencias negativas también pueden quedar parcialmente contrarrestadas por una evolución económica positiva. Así, la mayor disponibilidad de recursos puede favorecer que las propias familias tengan mayor capacidad para hacer frente, a través de terceros, al cuidado de los ancianos y a los gastos que ello conlleva.

Por otra parte, a la mejor situación económica cabe asociar sin duda una mejora en los niveles de calidad de vida y, con ello, una posible estabilización o caída de los índices físicos y psíquicos de dependencia en el próximo futuro.

De ahí que, en última instancia, la problemática del envejecimiento y de sus consecuencias vuelva a quedar asociada a la evolución de la ocupación y de la capacidad productiva del país.

En definitiva, el problema del aumento más que previsible de la demanda social asociada al envejecimiento radica en la posible falta de un número suficiente de ocupados. Esta demanda se registrará en diferentes vertientes:

a) Demanda sanitaria:

El grupo de mayores de 65 años ejercerá una presión sostenida y creciente sobre la oferta sanitaria, en concreto, sobre aquellas especialidades que, sin ser exclusivas de los mayores, inciden de forma especial en ellos y, desde luego, sobre la demanda de atención de larga estancia.

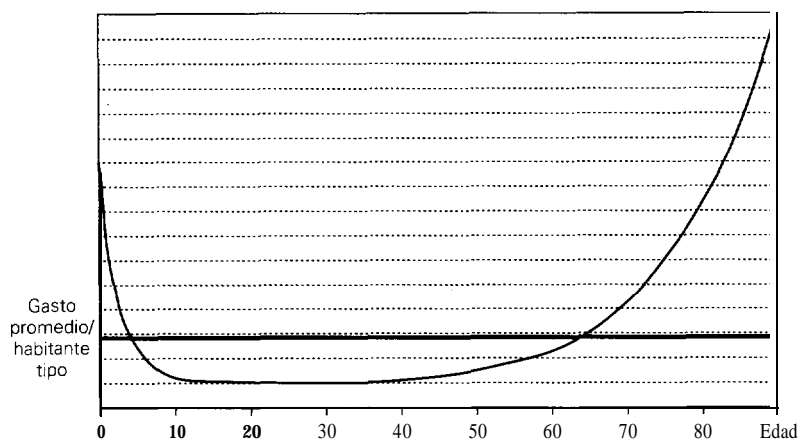
La otra gran vertiente del consumo sanitario, el de bienes sanitarios (especialmente? farmacia y prótesis), registrará también el consiguiente incremento asociado al aumento del grupo de personas mayores de 65 años.

La importancia del proceso de envejecimiento en términos de demanda y gasto sanitarios puede comprobarse con nitidez en el gráfico 5.

b) Demanda de servicios sociales:

Es previsible un fuerte aumento de la demanda de servicios sociales para la tercera edad, en especial en lo que se refiere a servicios generales, ayuda a domicilio y fórmulas ligeras de alojamiento.

GRAFICO 5
Gasto sanitario P/C según edad



Fuente: Fernández de Gamarra, J.

c) Demanda de pensiones:

El gasto en pensiones se lleva el mayor porcentaje de recursos económicos en el conjunto de lo que se ha dado en llamar gasto social. Hasta el momento, la presión combinada de la demografía, el aumento de la cobertura y de las cuantías de las pensiones, han hecho aumentar, más que proporcionalmente, el gasto en pensiones en relación al crecimiento demográfico. Obviamente, si algún sistema de gasto de las administraciones públicas es sensible a la evolución demográfica, éste es el sistema de pensiones. Por esa razón, la financiación de las pensiones públicas constituirá sin duda el principal problema a resolver como consecuencia de los cambios previstos en la composición de la población por edades. Más que en cualquier otra dimensión de la política social, las cargas en este terreno dependerán de la evolución de la ocupación y del desempleo.

Como consecuencia de la evolución demográfica, el gasto público deberá reforzarse en su componente social, presionado por las pensiones públicas, los servicios sociales y la sanidad. Se podrán realizar pequeñas economías en educación y, probablemente, en subsidios al desempleo, pero ello no compensará la fuerte presión que provocará el envejecimiento de la población sobre el gasto público.

Esta evidencia obliga a trabajar en una perspectiva de futuro, al menos a corto y medio plazo, sobre la base de la hipótesis de una fuerte contradicción entre las tendencias al aumento de las necesidades y de la demanda social y las propuestas de contención del gasto de cara a evitar la expansión del déficit público, problema número uno de las actuales administraciones públicas. La racionalización de la gestión y la prudencia en la apertura de nuevas vías de gasto social, junto con la priorización del mismo, deberán orientar por ello las propuestas a realizar en toda planificación pensada para el próximo futuro.

3. PROTECCION SOCIAL A LA TERCERA EDAD EN EUSKADI

Analizadas las necesidades básicas de la población mayor de 65 años, nos detendremos a continuación en los principales rasgos de la atención actual a la tercera edad en Euskadi, dando preferencia al tratamiento de la situación de la oferta residencial y del servicio de ayuda a domicilio.

3.1. Servicios residenciales

La oferta de plazas residenciales para la tercera edad en la Comunidad Autónoma de Euskadi, considerada en sentido amplio (esto es, incluyendo también viviendas comunitarias y apartamentos tutelados), se elevaba a finales de 1993 a 8.890 plazas. Esta cifra, referida al conjunto de la población mayor de 65 años de la Comunidad Autónoma, se traduce en una tasa de cobertura del 3,4%. Algo más de tres mil personas trabajaban a tiempo completo en 1992 en estos centros, estimación realizada a partir de los resultados de la Encuesta de Entidades y Centros de Servicios Sociales, realizada por el EUSTAT.

El esfuerzo efectuado por nuestra sociedad en este terreno en los últimos años puede calificarse de muy importante. A comienzos de la década de los ochenta el número de plazas era sólo de 6.660. Se ha producido, por tanto, un incremento de la oferta residencial en un 33%, a un ritmo de creación de 185 plazas nuevas/año en los doce últimos años. A ello hay que añadir que en el transcurso del periodo de doce años considerado se ha mejorado sustancialmente además una tercera parte de las plazas en funcionamiento al comienzo del mismo, lo que supone la renovación anual de otras 185 plazas.

La profesionalización de los trabajadores de las residencias, la mejora de sus condiciones laborales, la necesidad de adaptarse a las normas de acreditación promulgadas a lo largo de estos años, etc., constituyen todos ellos elementos que han supuesto además la realización de un esfuerzo económico añadido, que la simple comparación de plazas no refleja. De hecho, el coste/plaza en el transcurso de los diez últimos años se ha duplicado en pesetas constantes, superando por tanto el incremento del 33% observado en el número total de plazas.

La magnitud del esfuerzo realizado, que no puede ser en ningún caso minusvalorado, no ha resultado sin embargo del todo suficiente. La ampliación en

un 33% del número de plazas sólo se ha traducido en un incremento de la tasa de cobertura del 6,2%, como resultado del aumento del número de personas mayores de sesenta y cinco años.

Por otra parte, el número de plazas residenciales sigue siendo escaso, y éste es uno de los principales problemas con que debe enfrentarse no sólo la política de asistencia en residencias sino todo el sistema de protección a la tercera edad, sobre el que repercute directamente esta situación, de forma muy negativa.

Entre los múltiples argumentos que confirman este diagnóstico, se encuentran los siguientes:

- a) En primer lugar, la existencia de casos difíciles que en cualquier momento pueden orientar la cobertura de su necesidad hacia la atención residencial. Existe en la actualidad multitud de casos que pueden considerarse «límite», tanto desde la perspectiva de las condiciones de vida en que se encuentran ancianos gravemente discapacitados, como desde la perspectiva del elevado coste económico y personal que se ven obligados a afrontar sus familiares, de forma particular sus miembros femeninos. Los estudios epidemiológicos señalan que, frente a las 8.890 plazas residenciales de todo tipo existentes, quedan en las familias de la Comunidad Autónoma algo más de 6.600 ancianos encamados o confinados en un sillón y una cifra superior a 8.200 en situación de dependencia muy fuerte, incapaces de atender su aseo personal o vestirse solos. Obviamente, no todas estas personas, a pesar de su importante grado de discapacidad, demandan una plaza en una residencia, pero en modo alguno pueden ser desconsideradas a la hora de hacer una valoración cuantitativa de la oferta de plazas.
- b) En segundo lugar, la amplitud de las listas de espera existentes en la mayoría de las instituciones, casi 2.500 personas entre los tres Territorios Históricos, confirman también el problema de la escasez de plazas, constituyendo un indicador incuestionable de la importante demanda residencial insatisfecha. Para los responsables públicos de la atención a la tercera edad éste es el problema más preocupante que debe ser resuelto en el corto y medio plazo.
- c) En tercer lugar, la experiencia del Territorio Histórico de Alava, donde la tasa de cobertura que se alcanza supera el cinco por ciento de la población mayor de 65 años, sin que pueda tan siquiera considerarse la posibilidad de que se haya producido un sobredimensionamiento de la oferta. Ciertamente es, sin embargo, que en este Territorio Histórico el número de personas válidas ingresadas en residencias resulta muy elevado.
- d) En cuarto lugar, la experiencia de otros países europeos: La mencionada cifra de 5 plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años es una realidad también en la mayor parte de los países del entorno europeo.

**OFERTA DE ESTRUCTURAS DE ALOJAMIENTO
EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA COMU-
NIDAD EUROPEA. 1991***

	Plazas en el conjunto de estructuras de alojamiento/ 100 personas > 65 años
Alemania	574
Bélgica	7,8
Dinamarca	13,2 (11,3)
España	LO
Francia	531
Grecia	035
Irlanda	530
Italia	2,3
Luxemburgo	738 (6,8)
Países Bajos	12~3 (9,7)
Portugal	290
Reino Unido	10,0 (58)

* Las cifras que aparecen entre paréntesis se refieren a datos que excluyen las viviendas tuteladas.

Fuente: Older people in Europe: Social and Economic Policies. The 1993 Report of the European Observatory. Commission of the European Communities.

Las limitaciones de la actual red de servicios residenciales para la tercera edad no se circunscriben únicamente a los aspectos cuantitativos a los que nos hemos estado refiriendo hasta el momento. Conseguir que las residencias se conviertan en una opción adecuada y positiva dentro del sistema de protección a las personas mayores implica además su correcta definición y su adecuada utilización como recurso.

En ningún caso, la atención residencial debe sustituir, distorsionando sus propios fines, la posible y deseable implantación de medidas directas o indirectas de atención que pueden ser definidas como más «ligeras», en la medida en que no implican la extracción del anciano de su habitual medio de vida. Demasiadas veces se ha utilizado y, desgraciadamente, se sigue utilizando, el ingreso en un centro residencial tradicional como respuesta a necesidades personales, económicas, sociales y familiares, que bien podrían cubrirse con otros recursos y prestaciones, económicas y en especie, mejor ajustadas a los requerimientos del usuario y la mayoría de las veces más baratas.

Una realidad constatable es que muchas de las personas que ocupan plazas residenciales habrían podido vivir en la comunidad si en la fecha de su ingreso hubiesen podido contar con soluciones alternativas (vivienda, atención domiciliaria, apoyo económico) mejor adaptadas a sus necesidades. En este sentido, resultan reveladores algunos estudios recientes, que demuestran que en nuestra Comunidad Autónoma gran parte de los solicitantes de plaza y potenciales usu-

rios de servicios residenciales aceptarían de buen grado otras respuestas que les permitiesen vivir en la comunidad. Los datos de la Encuesta de Tercera Edad 93, confirman la evidencia de una cierta estabilización de la demanda residencial a largo plazo y la fuerte preferencia por la continuidad en el propio domicilio.

Es evidente, por tanto, que muchas personas ancianas solicitan una plaza residencial anticipándose a la necesidad objetiva de dicho servicio, por una cuestión de simple seguridad ante el temor de no encontrar respuesta en el momento de necesitarla.

Las distorsiones señaladas se manifiestan también en el momento del ingreso. Como consecuencia del déficit de plazas, especialmente en residencias para «inválidos» y de los propios criterios de admisión establecidos por algunas instituciones, exigiendo un buen nivel de autonomía funcional, se constata la existencia de un número indeterminado de ingresos innecesarios de personas que prefieren acogerse a una institución, antes de necesitarla verdaderamente, para asegurarse así una atención en el futuro.

Los estudios disponibles muestran las negativas consecuencias de esta realidad. En el estudio del Gobierno Vasco titulado «Ancianos en Residencias», se constataba que prácticamente la mitad de las camas de las instituciones residenciales están ocupadas por personas que carecen de restricciones en su autonomía personal y otro treinta por ciento por personas con restricciones leves.

Aunque desde la fecha de realización del referido trabajo, 1985, es muy posible que hayan tenido incidencia los acertados cambios operados en las políticas de admisión de los establecimientos y el propio deterioro natural asociado al envejecimiento de los residentes, siendo por tanto hoy superior la prevalencia de personas gravemente discapacitadas en centros residenciales, lo cierto es que la distorsión señalada sigue siendo cierta. En este sentido, si bien se desconoce con precisión el número de plazas para personas con discapacidades existente en las residencias «mixtas» de nuestra Comunidad Autónoma, es un hecho que todavía hoy el treinta y cinco por ciento del total de camas se encuentran en residencias destinadas exclusivamente a la atención de personas «válidas».

Basándonos en los datos disponibles para el Territorio Histórico de Gipuzkoa (único Territorio para el que se dispone de esta información), más del sesenta por ciento de los ancianos ingresados en residencias tiene un nivel de discapacidad inferior a cuatro en la escala de Kuntzmann, que define, según el Departamento de Servicios Sociales de esa Diputación, el límite para considerar la necesidad de una plaza asistida. Si este porcentaje fuese extrapolable al conjunto de la Comunidad, resultaría que no llegarían a 3.500 las plazas ocupadas por personas gravemente discapacitadas, cifra que resulta inferior a la mitad de los casos de encamamiento y de confinamiento a un sillón existentes en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

En definitiva, podemos concluir señalando que una gran parte de las plazas residenciales están hoy ocupadas por personas en buena situación de salud y, en todo caso, con un nivel de discapacidad muy limitado. Esto es contradictorio tanto con la realidad de muchos ancianos en situación límite desatendidos actualmente y en lista de espera como con la evidencia de que la práctica totalidad

de los ancianos en esas condiciones prefieren respuestas no residenciales para hacer frente a sus necesidades. En consecuencia, el ingreso en institución puede y debe constituir una elección aceptable y positiva pero sólo en caso de necesidad real, debiéndose evitar en la medida de lo posible.

Conviene que nos detengamos, aunque sea brevemente, en esta cuestión que no siempre se plantea con claridad suficiente. Hay que recordar, por un lado, la tendencia a la trivialización de la solución residencial que se produjo a finales de los 60, en pleno desarrollismo, cuando se planteó como una opción válida para la generalidad de los pensionistas y, quizá implícitamente, como alternativa a reformas sociales de mayor calado. Fruto de aquella tendencia son algunas de las instituciones residenciales existentes en nuestra Comunidad Autónoma, diseñadas para cubrir las necesidades de una población con plena autonomía física.

Indudablemente, el mayor coste diferencial de las residencias «asistidas» en relación a las de «válidos», los problemas competenciales que suscita el contenido sanitario de las primeras (el sector sanitario ha eludido tradicionalmente la cuestión y los servicios sociales han procurado evitar, en la medida de lo posible, la creación de servicios asimilables a un hospital de larga estancia) y la poco contrastada voluntad de dar respuestas sociales a problemas reales y no tan reales en un momento de crecimiento de las disponibilidades financieras públicas, son factores que han favorecido el desarrollo de los servicios residenciales de forma poco coherente, no ajustándose la creación de plazas a los auténticos requerimientos de la población con necesidades más graves.

En estos momentos, existe un consenso amplio acerca de la idea de que la atención en el medio residencial, en especial en el de características institucionales, debería reservarse para los casos de personas muy ancianas, con graves pérdidas de autonomía, que no pueden ser sostenidas en sus viviendas con el apoyo de la red formal o informal de servicios.

Este planteamiento se fundamenta principalmente en dos premisas: la primera, que ese suele ser el deseo de los ancianos y de sus cuidadores, y la segunda, que es el mejor modo de utilizar unos recursos limitados, evitando que una atención costosa, como es la residencial, acabe dirigiéndose hacia personas que no requieren mayor atención y que podrían ser perfectamente atendidas por medio de servicios y recursos ligeros.

La importancia de los problemas señalados y de las cuestiones pendientes de resolver se ve acrecentada por la necesidad de seguir renovando instalaciones inadecuadas y plazas obsoletas. A este nivel, debemos insistir en las siguientes distorsiones:

- a) En primer lugar, centrándonos en el tamaño de las instituciones, podemos constatar que 18 residencias de la Comunidad superan las 100 plazas y 8 de ellas las 200, sin basarse en una organización de tipo modular, en flagrante contradicción con la opinión casi unánime de los expertos, que recomiendan que este tipo de establecimientos no superen el medio centenar de camas o que, de lo contrario, se basen en una estructura de módulos residenciales. Hoy en día, el 40% de los ancianos residencia-

lizados se encuentra en centros de más de 100 plazas y prácticamente un 25% en macrocentros que superan las 200.

- b) En segundo lugar, se aprecia que el 15% de los ancianos institucionalizados se ven obligados a compartir habitación con al menos otras dos personas y prácticamente el 6% está instalado en salas de cuatro y más camas. Sólo por esta razón, por la necesidad de eliminar, en consonancia con los criterios del Decreto de Acreditación del Gobierno Vasco, las habitaciones de tres y más ocupantes, habría que transformar cerca de mil camas, sin olvidar que el objetivo fundamental real sería el de individualizar las respuestas a este nivel, potenciando la atención en habitación individual.
- c) Finalmente, debe señalarse la existencia de unas 300-400 plazas no homologables realmente por los servicios públicos y que deberían ser objeto de particular atención y estudio, lo que probablemente redundaría en su no consideración como tales plazas residenciales.

Además de las cuestiones anteriores, otros aspectos cualitativos relativos a la situación de la red residencial deben ser objeto de consideración. Los trabajos pioneros de evaluación residencial desarrollados en nuestra Comunidad Autónoma aportan, a este nivel, algunas reflexiones de interés que deben ser consideradas en el momento de diseñar las políticas residenciales:

- a) En primer lugar, aun teniendo en cuenta los evidentes logros que desde muchos puntos de vista se han alcanzado en los últimos años en la atención a las personas ancianas en residencias, no conviene olvidar que la mayoría de éstas continúan siendo «instituciones totales», en la medida en que su característica central estriba en la ruptura de las barreras que separan de ordinario los distintos ámbitos de la vida (ocio, trabajo, vivienda), lo que explica su «tendencia absorbente y totalizadora» y el riesgo de un mayor o menor grado de aislamiento de los internos en relación a la comunidad.
- b) En segundo lugar, las características físicas, psicológicas y de orden cultural de muchos residentes, sumadas a la concepción «graciable» del servicio, hacen a estos usuarios especialmente vulnerables a las prácticas abusivas, convirtiéndoles en un «grupo de riesgo», cuya situación exige especial control y vigilancia desde una perspectiva de defensa de los derechos de la persona.
- c) Por último, entre los profesionales de los servicios sociales generales se mantiene todavía extendida la idea de considerar que la problemática del anciano queda resuelta con el otorgamiento de una plaza residencial, desapareciendo en casi todos los casos, a partir del momento de la concesión, la relación entre los servicios sociales de base (pieza importantísima en la defensa y garantía de los derechos individuales) y el anciano en cuestión.

Otro aspecto de gran importancia en la valoración de la atención residencial actual en nuestra Comunidad Autónoma es el referente a las excesivas diferencias

existentes en la atención a nivel territorial. A este nivel, los hechos más llamativos son los siguientes:

- a) Las diferencias territoriales en las tasas de cobertura residenciales son excesivas, situándose la tasa de cobertura alavesa en el 5% de la población mayor de sesenta y cinco años, proporción superior en un setenta por ciento a la tasa de cobertura vizcaína y en un sesenta por ciento a la guipuzcoana.
- b) Las fórmulas establecidas para el cálculo de las cuotas que deben aportar los usuarios para la financiación del servicio son distintas en los tres Territorios, lo que forzosamente se traduce en situaciones de desventaja relativa de los usuarios en función de su residencia.
- c) La estructura de la red residencial en los diferentes Territorios Históricos es completamente diferente desde la perspectiva de la titularidad jurídica. Se pueden resumir las diferencias señalando que en Alava es muy importante el papel de la Diputación (la institución foral ostenta la titularidad de más de la mitad de las plazas), que en Gipuzkoa el mayor esfuerzo desde este punto de vista lo llevan a cabo los Ayuntamientos (más de la mitad de las plazas, sin contar las que pertenecen a fundaciones, son municipales) y que fundaciones, empresas privadas e instituciones sin fin de lucro tienen en cambio el mayor peso específico en el Territorio Histórico de Bizkaia.
- d) Se observan grandes diferencias territoriales en el gasto en la red de alojamiento residencial: desde la perspectiva estricta del gasto público destinado al mantenimiento de los servicios sociales y tomando como referencia los datos correspondientes al ejercicio 1990, cabe subrayar que es en el capítulo de residencias para la tercera edad donde se puede encontrar realmente el origen de buena parte de las importantísimas diferencias en el gasto público corriente en Servicios Sociales entre Alava, por un lado, y los otros dos Territorios, por el otro: casi 7.000 pesetas por habitante y año frente a las 2.259 de Bizkaia y las 1.877 de Gipuzkoa.

EL GASTO EN SERVICIOS RESIDENCIALES PARA LA TERCERA EDAD POR FUENTES DE FINANCIACION Y TERRITORIOS HISTORICOS

TWC.A.V.	PtashIabitante			% Horizontales		N.º índices (base-gto. = 100)	
	Ayuntam.	DD.FF.	TOTAL	Ayuntam.	DD.FF.	PLyuntam.	DD.FF.
Alava	1.973	4.994	6.967	28,3	71,7	457,8	345,4
Bizkaia	735	1.524	2.259	32,s	67,5	170,5	105,4
Gipuzkoa	431	1.446	1.877	23,0	77,0	100,0	100,0
C.A.V.	792	1.934	2.726	29,1	70,9	183,8	133,7

Fuente: EUSTAT.Encuesta de Servicios Sociales, Entidades y Centros 1991.

A diferencia de lo que ocurre con el gasto, la estructura de financiación de la red residencial resulta bastante similar en los diferentes Territorios Históricos. Entre el 23 y el 32,5% del gasto es cubierto por los Ayuntamientos, asumiendo el resto las correspondientes Diputaciones Forales. Lo que sucede por tanto con Alava, es que tanto su Diputación como sus Ayuntamientos gastan significativamente más que sus homónimos de los otros dos Territorios.

A las diferencias de gasto que se señalaban entre Territorios Históricos hay que añadir las que se observan a nivel municipal, donde de hecho existe una enorme diversidad de gasto en este tipo de servicio. Este fenómeno queda de manifiesto (a pesar de presentarse cifras medias que, evidentemente, atemperan las diferencias) en el siguiente cuadro:

**EL GASTO EN SERVICIOS SOCIALES RESIDENCIALES PARA LA
TERCERA EDAD POR TERRITORIOS Y ESTRATOS DE MUNICIPIOS
MUESTRALES**

	Ptas. per cápita			
	Alava	Bizkaia	Gipuzkoa	C.A.V.
Menos de 1 .000 h.	7.702	2.037	2.114	5.719
De 1.000 a 5.000	5.442	1.952	1.688	3.197
De 5.000 a 10.000	1.888	1.713	1.596	1.679
De 10.000 a 40.000	2.366	1.314	2.012	1.823
Más de 40.000	-	2.312	2.465	2.350
Capitales	7.854	2.978	1.695	3.967
TOTAL	7.073	2.310	1.945	2.831

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Estudio del Gasto Público en Servicios Sociales 1990.

Desde el enfoque estricto del gasto, las zonas con un nivel más bajo de atención residencial resultan ser las constituidas por los municipios vizcaínos de entre 10.000 y 40.000 habitantes, los guipuzcoanos de entre 1.000 y 10.000 habitantes y la capital de Gipuzkoa. En sentido contrario, las zonas con mayor nivel de cobertura (más de tres veces superior a la de las zonas anteriores) son la capital alavesa y los municipios alaveses de menos de 5.000 habitantes.

En relación a los aspectos anteriores, hay que destacar también que no existe correlación significativa entre el tamaño de los municipios y el gasto público en servicios residenciales para la tercera edad.

Por otra parte, hay que destacar que básicamente las instituciones que determinan la distribución espacial del gasto son las Diputaciones, lo que resulta lógico teniendo en cuenta su mayor nivel de participación en el gasto, siendo también muy importante el grado de correlación existente entre el gasto de los Ayuntamientos y el gasto total en el caso de Bizkaia.

**LAS FUENTES DE FINANCIACION DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES
PARA ANCIANOS: CORRELACIONES**

	Alava	Bizkaia	Gipuzkoa
Gto. per cápita Aytos. - Gto. per cápita DDFF.	-.0348	.2133	-.0923
Gto. per cápita Aytos. - Gto. per cápita total	-.0225	.6269	.3057
Gto. per cápita DD.FF. - Gto. per cápita total	.9999	.8949	.9199

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Estudio del Gasto Público en Servicios Sociales 1990.

En relación al cuadro anterior, otro hecho importante puesto de relieve por las cifras contenidas en él es el bajo nivel de relación existente entre el gasto de los Ayuntamientos en este tipo de servicios y el gasto de Diputación. Una posible explicación a este fenómeno puede venir dada por la convivencia de dos sistemas de protección en cada Territorio Histórico: uno, complejo y muy variado, basado en la participación de Ayuntamientos y Diputaciones; otro, específico y basado exclusivamente en el apoyo de las Diputaciones, por la vía de sus residencias propias, pocas pero grandes y costosas.

Podemos concluir estas breves referencias al gasto residencial señalando, en base a los datos anteriores y a los que se recogen en el cuadro que aparece a continuación, que en el terreno de las residencias para la tercera edad, Diputaciones y Ayuntamientos se mueven con criterios relativamente autónomos y que sólo el mayor peso en la financiación del gasto de las primeras, unido al menor grado de variabilidad general de su distribución espacial, consiguen atenuar unas diferencias intermunicipales que, en el caso de quedar totalmente condicionadas por la actuación de los Ayuntamientos, hubiesen resultado a todas luces excesivas.

**VARIABILIDAD DEL GASTO EN SERVICIOS RESIDENCIALES PARA LA
TERCERA EDAD POR FUENTES DE FINANCIACION Y TERRITORIOS**

TT. HH.	Gasto	Media no ponderada x	Desviación típica s	Variabilidad s/x x 100
Alava	Gto. p.c. Ayuntamientos	111	495	445,9
	Gto. p.c. Diputación	8.922	40.135	449,8
	Gto. p.c. Total	9.033	40.121	444,2
Bizkaia	Gto. p.c. Ayuntamientos	253	531	209,9
	Gto. p.c. Diputación	1.438	927	64,5
	Gto. p.c. Total	1.692	1.163	68,7
Gipuzkoa	Gto. p.c. Ayuntamientos	301	477	158,5
	Gto. p.c. Diputación	1.475	1.159	78,6
	Gto. p.c. Total	1.776	1.212	68,2

Fuente: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Estudio del Gasto Público en Servicios Sociales 1990.

3.2. Ayuda a domicilio

La promoción del servicio de ayuda a domicilio constituye, desde hace años, un objetivo en el que coinciden todas las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma Vasca. La Ley Vasca de Servicios Sociales, consensuada por todos los grupos políticos y aprobada en 1982, incluía ya entre las áreas preferentes de actuación el «... apoyo a la tercera edad mediante servicios tendentes a mantener al anciano en su entorno social...». No es extraño, por ello, que el País Vasco resultase la Comunidad Autónoma pionera del Estado Español en la implantación y desarrollo de este servicio por parte de las instituciones públicas.

La primera intervención de Ayuntamientos y Diputaciones Forales en este terreno se remonta a ese mismo año, 1982, y se produce en el contexto de unos planes de más largo alcance puestos en marcha por los organismos forales, los Planes Anuales de Emergencia Social, destinados a mejorar las condiciones de vida de los colectivos más desfavorecidos. La fórmula elegida puede calificarse, cuando menos, de atrevida y original: para paliar la situación del colectivo integrado por mujeres con graves dificultades económicas, los Planes de Emergencia les ofrecen trabajo, que va a consistir precisamente en mejorar la situación de otro de los colectivos sociales desfavorecidos, el integrado por ancianos que precisan apoyos externos para poder seguir viviendo en sus domicilios.

A la vista de la gran aceptación alcanzada por el programa de ayuda a domicilio, al cabo de muy poco tiempo éste se desvinculó totalmente del marco en el que surgió, adquiriendo autonomía propia y difundiéndose por toda la Comunidad Autónoma.

La puesta en marcha del servicio de ayuda a domicilio tuvo sin duda un carácter bastante experimental, circunstancia que produjo una serie de sesgos en la definición y gestión inicial del servicio, que en gran medida aún tienen cierta incidencia.

En primer lugar, a la hora de seleccionar a los usuarios del servicio, el criterio que estuvo primando durante bastante tiempo fue el de la situación más desfavorecida de los ancianos, lo que contribuyó a la selección de un tipo de beneficiario caracterizado por su alto grado de discapacidad, siendo evidente que muchos de estos usuarios hubieran debido ser objeto de atención por parte de servicios de naturaleza más pesada (centros de día o residencias asistidas).

El carácter social inicial de los programas favoreció, en segundo lugar, la contratación en función de criterios no excesivamente profesionales, primándose la situación económica de los posibles trabajadores, quedando relegados a un segundo plano los aspectos relativos a formación y adecuación a las tareas propias del servicio.

Como resultado de la confluencia de estos dos factores, la naturaleza del servicio de ayuda a domicilio quedó distorsionada durante bastante tiempo, con independencia de la buena acogida que recibió el programa. Personas con un bajo nivel de cualificación, «amas de casa con sentido común», se enfrentaban a situaciones difíciles y duras, que sólo parcialmente mejoraban con la realización

de las tareas domésticas y la extensión horaria de la prestación, y que hubieran necesitado de una atención mucho más especializada, incluso en el contexto de la atención domiciliaria.

La provisionalidad inherente a los Planes Anuales de Emergencia se transmitió también al servicio y a los Ayuntamientos, que eran los organismos encargados de la gestión del programa (por mucho que el grueso de la financiación viniese de las Diputaciones) y que no acertaron en muchos casos a solucionar adecuadamente el delicado tema de las relaciones laborales con los trabajadores domiciliarios. Ello dió lugar, a partir del año 1986 y hasta casi 1990, a numerosos y duros conflictos, que en algunos casos llegaron a provocar transitoriamente la supresión del servicio.

La preocupación por el desarrollo del programa, plasmada en los numerosos estudios y evaluaciones encargados y/o realizados por la Administración a lo largo de los ochenta, permitió sin embargo ir detectando, diagnosticando y tratando los continuos problemas que el programa planteaba en estas condiciones.

Haciendo uso de sus competencias, primero las Diputaciones y a finales de los ochenta el propio Gobierno Vasco, abordaron la tarea de mejorar la formación de los trabajadores, organizando cursos de reciclaje destinados a todos ellos.

Por otra parte, el ámbito de intervención del servicio de ayuda a domicilio se amplió en el periodo, llegando a otra serie de colectivos necesitados (personas con minusvalía, enfermos mentales, niños en familias desestructuradas o desorganizadas, etc.). Esta apertura reforzó las necesidades de adecuación de los profesionales a las problemáticas concretas. Asimismo, el campo principal de actuación de la atención domiciliaria, el de la realización de tareas domésticas para personas con discapacidades, susceptibles de evitar la necesidad de la institucionalización, se acotó de forma más correcta. A la hora de la selección de usuarios, se generalizó la utilización de escalas de discapacidad que permiten determinar de forma más clara tanto las necesidades reales como los recursos de intervención necesarios.

Las condiciones laborales de los trabajadores, se fueron progresivamente normalizando por la vía, en algunos casos limitados, de su contratación directa por parte de los propios Ayuntamientos y, en la mayoría de los casos, a través de la promoción de empresas cooperativas entre los propios trabajadores o la contratación directa con otras empresas de servicios.

La regularización de la caótica situación anterior tuvo una consecuencia decisiva para el propio servicio, concretamente, un encarecimiento espectacular del coste/hora de atención, que provocó, durante un par de años, a finales de los 80, una notable ralentización del ritmo de crecimiento del mismo.

Transcurridos once años desde la asunción por parte de la Administración pública de la responsabilidad de promocionar el servicio de ayuda a domicilio, la situación puede considerarse consolidada, como ponen de manifiesto los siguientes datos e indicadores:

- a) Prácticamente, 8.000 familias reciben en estos momentos atención domiciliaria en la Comunidad Autónoma. De estos 8.000 casos, 6.500 (algo

más del ochenta por ciento) reciben el servicio de atención debido a la presencia en el domicilio de una persona mayor de 65 años.

- b) El número anual de horas destinado a la aplicación del programa de ayuda a domicilio, en su faceta relacionada con la tercera edad, supera ampliamente los dos millones.

En este sentido, resulta significativo que una empresa de servicios que asumiese la responsabilidad del mantenimiento de la ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma del País Vasco debería tener en plantilla 1.400 personas a tiempo completo (mil setecientas horas anuales/persona) solamente a título de trabajadores directos.

Más importante para el seguimiento del programa resultan, sin embargo, otros tres indicadores que permiten, al menos con una periodicidad anual, cotejar los resultados propios con los relativos a otros países cuyos modelos de servicios sociales ponderamos como término de referencia:

- La cobertura, que relaciona el número de usuarios del servicio mayores de 6.5 años con el total de habitantes de la misma edad.
- La intensidad, que mide el número de horas semanales de servicio por usuario.
- El nivel, que establece el número de horas semanales de servicio que se prestan por cada mil habitantes mayores de 65 años.

Nuestra situación actual, en relación a los países y regiones del contexto europeo con los que se comparan estos indicadores, podría definirse como de escasa cobertura, muy elevada intensidad y bajo nivel. Dicho de otra forma: la proporción de población mayor atendida es todavía escasa, los casos se atienden con gran intensidad y, en términos generales, las horas de servicio prestadas, en relación a la población total mayor de 6.5 años, resultan algo bajas ya que el déficit de cobertura incide más en el conjunto total de horas que la intensidad del servicio.

SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA

	ALAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA	C.A.P.V.
1. N.º total de casos atendidos	1.350	4.242	2.400	7.992
2. N.º de mayores de 65 años atendidos	1.097	3.354	2.045	6.496
3. Población mayor de 65 años total	30.389	144.800	86.138	261.327
4. Cobertura Población >65 años atendida / Población total > 65 años x 100	3,61	2,32	2,31	2,49
5. N.º de horas de servicio al año destinadas a la atención de ancianos	459.036	1.297.591	682.356	2.438.983
6. N.º de horas semanales de atención	8.804	24.887	13.087	46.177
7. Intensidad: horas semanales servicio / usuario mayor de 65 años	8,02	7,42	6,39	7,20
8. Nivel: horas semanales de servicio por 1.000 habitantes de 65 y más años	289,7	171,9	151,9	214,4
9. Plantilla de trabajadores directos necesaria	270	763	401	1.434

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por las Diputaciones Forales.

Tratando de cotejar la situación de la Comunidad Autónoma a nivel europeo, considerando por ejemplo el caso inglés, observamos que:

- La media de la cobertura en los Distritos metropolitanos es de 15,6%, de 10,3% en los Distritos de Londres (London Boroughs) y 6,8% en los Distritos rurales (Shire Counties), cifras todas bien lejanas del 25% por ciento actual en que nos situamos.
- La intensidad de los servicios de atención domiciliaria vascos resulta por el contrario más de dos veces superior a la media inglesa, fijada en 3,3 horas de atención por cliente y semana.
- Por último, el nivel, alcanza en Inglaterra valores de 246, 402 y 328, según se trate de los Distritos rurales, metropolitanos o londinenses, superiores a la media general vasca, aunque homologables a la media de Alava, que es el Territorio más avanzado en este terreno.

De acuerdo con estos datos, podemos señalar que el servicio de ayuda a domicilio en el País Vasco se encuentra todavía, a tenor de los indicadores comparados, al final de su periodo inicial de desarrollo, etapa que se caracteriza normalmente por la elevada intensidad y la baja cobertura. La evolución natural del programa debería ir en el sentido de que disminuyera la intensidad media del servicio (como consecuencia tanto de la derivación de parte de los atendidos hacia servicios más adecuados como de la apertura del mismo a casos de discapacidad o necesidad menos graves) y aumentara, en cambio, la cobertura y el nivel de atención del servicio.

Sin embargo, no hay que deducir de estos resultados que la política de adjudicación del servicio deba consistir en reducir la asignación de horas por usuario; el descenso de la intensidad media debe más bien producirse por la vía de la incorporación de nuevos clientes que precisarán una atención menor en términos de horas y que actualmente permanecen al margen del servicio.

Conviene tener siempre presente a este respecto que el servicio de ayuda a domicilio no es, en sentido estricto, sustitutivo de la atención residencial, aunque a la larga su implantación, junto con el desarrollo de otros servicios complementarios, puede efectivamente traducirse en una reducción de la demanda de plazas residenciales y, sobre todo, retrasar la edad media de ingreso en este tipo de instituciones. Esto es debido a que la ayuda a domicilio impedirá que se atiendan a través de la institucionalización necesidades que en ningún caso requerirían el ingreso en una residencia. No obstante, también es cierto que en algunos casos la ayuda a domicilio puede incluso llegar a funcionar como un auténtico servicio sustitutivo, al menos si se asume hasta sus últimas consecuencias el principio de mantenimiento en el domicilio de aquellos ancianos que así lo deseen, en coordinación con la acción de los denominados centros de día.

Con todo, a largo plazo, convendría incidir más en una de las vertientes principales de la ayuda a domicilio, que es su carácter preventivo y de apoyo, enfocado potencialmente hacia necesidades que no precisan una intervención de gran intensidad, lo que implica que la cobertura potencial de este servicio podrá llegar a ser bastante amplia.

A corto y medio plazo, sin embargo, la realidad será bastante diferente, con el mantenimiento del predominio de las acciones intensivas, fundamentalmente por dos razones: de una parte, por la necesidad de dar prioridad a la atención a las personas más necesitadas, dada la aún baja cobertura del servicio; de otra, por la necesidad de abordar a través de la ayuda a domicilio la atención a colectivos que precisarían del ingreso en residencia pero que, ante la ausencia de plazas libres, resuelven provisionalmente sus carencias por esta vía.

La necesidad de mantener el enfoque intensivo tiene importantes implicaciones en materia de gasto. Así, parece demostrado que la intensidad influye más en el coste del servicio y exige, en consecuencia, mayor esfuerzo económico que la cobertura. Este hecho, unido indudablemente al anterior, dió lugar en su momento a que en Europa se tendiera hacia la extensión del servicio, hacia el logro de altas coberturas, mediante una política de contención de la intensidad.

El Reino Unido y Francia resultan los ejemplos más ilustrativos de esta tendencia. Actualmente, en estos países se aboga, sin embargo, por un cambio de dirección en esa política, en base, principalmente, a dos argumentos: la evidencia de que unos estándares horarios de atención tan bajos no sirven para mantener dignamente a los ancianos en su domicilio y la constatación del aumento de población muy anciana, muy discapacitada por tanto, que requiere cuidados más intensos tanto en sentido cuantitativo como cualitativo. Siempre resulta útil tener como referencia, aunque su carácter sea ideal, el caso de Suecia: en este país, la intensidad es 4,74, inferior a la vasca, pero la cobertura es del 18,68% y el nivel 89 1,9.

En definitiva, si parece conveniente optar en el futuro por una mayor extensión del servicio, la realidad actual y la propia experiencia europea indican que la opción por la intensidad en un planteamiento a corto y medio plazo no está reñida con la voluntad de reorientar a largo plazo la política de ayuda a domicilio hacia ese objetivo de extensión de la cobertura.

3.3. Otros servicios sociales para la tercera edad

3.3.1. Centros de día

Los centros de día para ancianos (que son claramente distintos de los hogares de jubilados a los que el INSERSO ha comenzado a dar esta misma denominación) tienen como objetivo el mantenimiento funcional de ancianos con un nivel de discapacidad alto (los más autónomos no podrían llegar a vestirse solos). Disponen para ello de servicios de rehabilitación y terapia, y los equipos de atención están integrados, por lo general, por un médico geriatra, un fisioterapeuta, un médico rehabilitador (ninguno de ellos a plena dedicación), un A.T.S./D.U.E., auxiliares sanitarios y otro personal auxiliar.

Se trata de una fórmula intermedia entre la asistencia domiciliaria y la atención residencial, que permite a estos ancianos discapacitados mantener la

relación con sus domicilios, recibiendo además, a lo largo del tiempo que pasan en el centro, la atención personalizada y de carácter especializado que precisan.

Este tipo de centros, que en Francia funcionan desde finales de los años sesenta (si bien hay que apresurarse a añadir que no han llegado a alcanzar en ese país niveles de cobertura significativos y han tenido un desarrollo inestable), empezaron a ponerse en marcha en Euskadi a partir de 1988.

Se trata de centros creados en ocasiones «al abrigo» de una residencia de ancianos, de reducidas dimensiones (entre 10 y 30 usuarios), con servicios de transporte y comedor, y cuya creación y mantenimiento están cofinanciados por la Diputación y los Ayuntamientos.

CENTROS DE DIA PARA ANCIANOS EN LA COMUNIDAD AUTONOMA VASCA

	Alava	Bizkaia	Gipuzkoa	C.A.P.V.
N.º de centros	5	5	5	15
N.º de plazas	95	125	111	331
Dimensión media	19,0	25,0	22,2	19,6
Cobertura (% de personas atendidas respecto a la población > 65 años)	0,31	0,10	0,15	0,71

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos proporcionados por las Diputaciones Forales.

La incidencia actual de este servicio o, por seguir con la misma terminología, su cobertura, resulta todavía muy baja en la Comunidad Autónoma Vasca, como ponen de manifiesto las cifras contenidas en el cuadro anterior.

En relación a este tipo de centros, fundamentalmente novedosos, cabe insistir en la necesidad de establecer adecuados programas de evaluación que permitan definir los modelos más adecuados de actuación y perfilar de forma definitiva los contenidos y actividades específicas a desarrollar por el servicio.

3.3.2. Clubes y hogares de jubilados

La red de centros sociales agrupados, a pesar de su diversidad, bajo la denominación común de clubes u hogares de jubilados es, sin lugar a dudas, la más potente de las redes de animación sociocomunitaria existente en nuestra Comunidad Autónoma. Esta red se compone de trescientos veinte locales (de acuerdo con los resultados provisionales de la Estadística de Entidades y Centros de Servicios Sociales del Eustat, correspondientes a 1992) distribuidos a lo largo de la geografía de la Comunidad Autónoma Vasca, lo que representa un centro por cada ochocientas personas mayores de sesenta y cinco años, con una cobertura que avala la afirmación inicial.

Los hogares de jubilados constituyen un servicio que, particularmente en el pasado pero todavía en buena medida en la actualidad, cumple una importante función. Han servido para que las generaciones de ancianos que asociaban la jubilación con la muerte social se hayan adaptado mejor a su edad y nueva situación, enriqueciendo su vida relacional.

Sin embargo, como contrapartida, es indudable que han incrementado la tendencia a la segregación de este colectivo, auspiciando, desde otra perspectiva, la creación de una imagen de la vejez favorecida e insolidaria.

Con respecto a los antiguos hogares del INSERSO, nueve centros en la Comunidad Autónoma del País Vasco, consumen más de la mitad del gasto público destinado al mantenimiento del conjunto de los hogares y ocupan, asimismo, a más de la mitad de las ciento cincuenta personas que, a tiempo completo, trabajan en este tipo de centros. Estos hogares gozan de una infraestructura que haría interesante buscar una redefinición de los mismos como centros de prestación e irradiación de ciertos servicios, ligeros pero a la vez especializados, para la tercera edad.

En relación a clubes y hogares, hay que señalar en todo caso que aquellas alternativas que no pasan de constituir bares segregados y subvencionados deberían ser objeto de reflexión y evaluación de cara a ser sometidos a una redefinición o, en su defecto, quedar al margen de la red de servicios sociales.

3.3.3. Otros programas recreativos

Mención especial merecen los programas recreativos organizados para la tercera edad, entre los que destacan por sus elevadas tasas de cobertura y su coste, comparativamente alto en relación a los demás, dos en particular: el de vacaciones para la tercera edad y el de termalismo social, si bien este segundo compagina, al menos en principio, la vertiente recreativa con la rehabilitadora.

Estos dos programas, de los que en determinados años han llegado a beneficiarse treinta mil ancianos de la C.A.P.V., resultan difíciles de entroncar en la red de servicios sociales, respondiendo en la práctica a circunstancias específicas, en realidad alejadas de los objetivos básicos de los servicios sociales, a no ser que se les considere como recursos preventivos.

En cualquier caso, su bajo coste (al estar fundamentalmente financiados por el INSERSO) y elevado alcance, les convierten en programas atractivos para las Administraciones públicas y para los profesionales de los servicios sociales, en su afán de llegar al máximo posible de ciudadanos.

Consideración aparte, puesto que sus objetivos son distintos, hay que otorgar al programa de estancias invernales en el Mediterráneo, puesto en marcha en 1992 por la Diputación Foral de Gipuzkoa, con el fin explícito de retrasar o atemperar la demanda de plazas residenciales. A cambio de los ingresos correspondientes a un mes, los ancianos que se acogen a este programa disfrutan de una estancia de dos meses, que en ocasiones pueden ampliarse hasta cuatro, en un clima más benigno y con el coste de las estancias pagado. El seguimiento de

este programa y su evaluación en relación al objetivo previsto permitirán, cuando se realicen, emitir juicios que, por el momento, estarían bastante desprovistos de fundamento.

Las entradas para espectáculos, los pases gratuitos de transporte, las cenas o comidas de homenaje, etc., deben ser consideradas en la misma línea que el resto de los programas recreativos, incluidos los hogares de jubilados cuando éstos no cumplen otra función que la estrictamente restauradora. En general, puede decirse que son medidas de las que se benefician de forma casi exclusiva personas mayores de 65 años en buen estado de salud y con recursos en general suficientes. En este sentido, son medidas que resultan poco solidarias, en el peor de los casos, y un mal sucedáneo de una política de redistribución de rentas más digna y justa, en el mejor de ellos. En todo caso, constituyen medidas que son mal entendidas por el conjunto de la sociedad, entre otras cosas, por su escasa justificación.

3.3.4. Programas de acogimiento familiar

El programa de acogimiento familiar puesto en marcha por la Diputación Foral de Gipuzkoa en 1990 constituye una iniciativa controvertida de la política social vasca en los últimos años. Este programa se encuentra todavía en fase de experimentación, atendiendo en la actualidad a unos ochenta ancianos de ese Territorio. Se trata por tanto de una experiencia que no ha conseguido un nivel de cobertura notable.

A la espera de una evaluación más detallada de la experiencia, puede señalarse aquí que, hace ahora algo más de diez años, en 1982, un grupo de expertos de la O.N.U. reunidos en Viena preconizaba ya la adopción de las siguientes medidas destinadas a proteger a los ancianos en régimen de acogimiento:

- Seleccionar las familias de acogida.
- Apoyarlas mediante los servicios correspondientes.
- Elegirlas en el entorno de la persona anciana, evitando su desarraigo y el flujo desde la ciudad, donde se concentra la demanda, al medio rural, donde preferentemente se ofrece el acogimiento.
- Controlar la atención.
- No confiar la tutela a la persona encargada de la atención, ya que en caso contrario, el anciano quedaría sin ningún recurso exterior.
- Asegurar la formación.
- No «colocar» al anciano y permitir la libre elección del hogar de acogida.
- Prever la existencia de una garantía para los casos de conflicto.

El primer diseño del programa elaborado en Gipuzkoa ha tenido que superar algunos graves problemas, de entrada el de la institucionalización de acogimientos preexistentes (viejos «morroi» y trabajadoras domésticas de las de «llevar en casa toda la vida». . .), y ha sido objeto de una reforma en profundidad a lo largo de los tres años de evolución.

No es extraño por ello que, en esta fase inicial de despegue e intento de consolidación, la Diputación Foral de Gipuzkoa realice un estrecho seguimiento del programa mediante informes individuales de periodicidad trimestral, el informe social anual de replanteamiento de cada uno de los acogimientos y la evaluación anual del programa.

Por tanto, el futuro desarrollo de esta alternativa se encuentra en estos momentos todavía un poco en el aire, aunque la última evaluación anual realizada daba pie a un cierto grado de optimismo.

4. LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL CONTEXTO DE LA PROTECCION GENERAL A LA TERCERA EDAD

En las páginas precedentes hemos abordado los principales rasgos característicos de la atención actual a la tercera edad en el campo de los servicios sociales. Ahora bien, ¿qué papel desempeña esta atención en el conjunto de la protección social a las personas mayores de 65 años?.

La protección social a la tercera edad (entendida en los términos en que la define la metodología SEEPROS) puede dividirse en tres grandes capítulos:

- a) Las prestaciones económicas (ya sean periódicas o no periódicas, graduables o de derecho), agrupadas por SEEPROS en la función vejez y dentro de las prestaciones económicas.
- b) Las prestaciones sanitarias, que en SEEPROS se recogen en la función enfermedad, dentro del tipo de prestaciones en especie.
- c) Las prestaciones asistenciales, excluidas las de naturaleza económica, que también se incluyen en la función vejez, pero en el apartado de prestaciones en especie. Estas prestaciones, sumadas a las del primer grupo, conforman prácticamente en su totalidad la función vejez de SEEPROS, siendo las más características de los servicios sociales (ayuda a domicilio, residencias, etc.).

Las prestaciones económicas a la tercera edad constituyen un elemento determinante de cara a la consecución de su bienestar social. Como se ha señalado en su momento, son muy pocos los ancianos cuyos ingresos no proceden de este tipo de prestaciones: sólo el 1,1% obtiene ingresos procedentes de su actividad productiva y otro 7,4% percibe rentas de capital.

Siguiendo el mismo esquema que SEEPROS, podemos dividir las prestaciones económicas para su análisis en tres grandes grupos:

- Prestaciones económicas periódicas de larga duración (nivel contributivo).
- Prestaciones económicas periódicas de larga duración (nivel no contributivo).
- Prestaciones económicas puntuales (nivel no contributivo).

Se incluyen dentro de las prestaciones económicas contributivas de larga duración las pensiones de jubilación, las de invalidez, las de viudedad y las de orfandad. A pesar de su indudable importancia social y económica, es en este terreno donde todavía la información, a nivel de la Comunidad Autónoma de Euskadi, resulta claramente insuficiente, especialmente si queremos referirla a un sector determinado de la población vasca, los mayores de 65 años.

Combinando los datos proporcionados por la Dirección General de Seguridad Social del Gobierno Vasco y la Encuesta de Tercera Edad 93, podemos confeccionar el siguiente cuadro estimativo del nivel que alcanzaron estas prestaciones en 1991:

PENSIONES CONTRIBUTIVAS PARA LA TERCERA EDAD

	Número de pensiones	Cobertura (%)	Pensión media mensual (14 pagas)	G _{to. Total} (MM. Pts.)
Pensión de jubilación	133.277	51,0	65. 270	104. 388
Pensión de invalidez	8. 885	334	70. 268	7. 492
Pensión de viudedad	66. 900	25, 6	36. 937	29. 653
Pensión de orfandad	1.307	0, 5	34. 047	534
TOTAL	210. 369	80, 5	48. 237	142. 067

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos proporcionados por la Dirección de Seguridad Social y la Encuesta de Tercera Edad 93. Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco.

Las hipótesis utilizadas para la estimación de estos resultados introducen un sesgo al alza difícil de ponderar tanto en el gasto total como en las pensiones medias mensuales ya que, en buena lógica, las pensiones percibidas por la población anciana tienden a ser más bajas y este elemento no ha podido ser tomado en consideración a la hora de efectuar los cálculos. Resulta asimismo problemático identificar pensiones con pensionistas y hablar a continuación de tasas de cobertura, sin poder tener en cuenta el hecho de que puede ser elevado el número de personas que perciben más de una pensión. Estos dos condicionantes deben ser tenidos en cuenta a la hora de valorar los resultados expuestos.

En relación a la situación española, la situación de la Comunidad Autónoma de Euskadi destaca por una mejor realidad comparativa. De esta forma, las pensiones de jubilación, las más importantes de las cuatro, tienen en nuestra Comunidad Autónoma un nivel de cobertura un 5,7% más elevado que en el conjunto español, siendo su valor medio un 21 ,1% superior al que alcanzan a nivel estatal.

En lo que respecta a las prestaciones no contributivas de carácter periódico, son dos las pensiones de este tipo en vigor en la Comunidad Autónoma: el Fondo de Bienestar Social para Ancianos y, su alternativa, la Pensión No Contributiva de Jubilación.

En conjunto, actualmente son beneficiarios de estas dos prestaciones un número aproximado a 8.000 ancianos, lo que supone una tasa de cobertura del

3% de la población de 65 y más años. En 1992, el importe de estas prestaciones ascendió a 3.026 millones, cifra relativamente poco importante en relación a la correspondiente a las pensiones contributivas, pero que tiene la trascendencia de estar destinada al colectivo de personas ancianas económicamente más desfavorecidas.

En la aproximación al conocimiento de los servicios, destacamos la existencia de un importante número de potenciales beneficiarios de estas prestaciones que hoy no se benefician de las mismas. Este problema de implantación de las prestaciones periódicas no contributivas se pone también de manifiesto en el estudio del Gasto Público en Servicios Sociales correspondiente al ejercicio 1992. Las diferencias territoriales que se aprecian (claramente perceptibles en términos de pesetas per cápita) son difíciles de explicar teniendo en cuenta el carácter y potencial alcance de este tipo de ayudas. En realidad, sólo encuentran justificación en la previsible existencia de un problema grave de falta de información de los usuarios potenciales.

PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS EN LA C.A.V.

	Miles de pesetas			Ptas/per cápita		
	FBS	PNC	Total	FBS	PNC	Total
Alava	203.597	173.727	377.324	747	638	1.385
Bizkaia	1.199.131	301.693	1.500.824	1.038	261	1.299
Gipuzkoa	782.766	365.482	1.148.248	1.157	540	1.697
TOTAL	2.185.494	840.902	3.026.396	1.038	400	1.438

Fuente: Elaboración propia, a partir de la Encuesta de Gasto del Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco.

Evidentemente, los datos expuestos sólo pueden ser considerados indicadores de la existencia del problema. No se recogen aquí para hablar de su magnitud y alcance; lo único que cabría deducir de ellos es la necesidad de estudiar en profundidad el problema que apuntan.

Existe finalmente, dentro de la Comunidad Autónoma, una variada gama de prestaciones económicas puntuales, muchas de ellas de carácter local, de las que se pueden beneficiar, pocas veces de forma exclusiva, personas mayores de sesenta y cinco años.

Las Ayudas de Emergencia Social del Plan de Lucha contra la Pobreza resultan las más importantes de todas ellas. De los 9.000 beneficiarios anuales de estas ayudas (según cifras relativas a 1992), algo más de 1.500, el 18% del total, son cabezas de familia mayores de 65 años, siendo las ayudas medias a este colectivo sensiblemente inferiores a las que se conceden a cabezas de familia menores de 65 años, 132 y 215 mil pesetas respectivamente. En conjunto, las personas mayores de 65 años reciben por este concepto aproximadamente doscientos quince millones de pesetas al año.

En lo que se refiere a las prestaciones sanitarias, y de acuerdo con las estimaciones realizadas por Osakidetza, el 50% de los doscientos mil millones que el último año ha gastado este organismo en asistencia sanitaria ha tenido como destinatario al colectivo de la tercera edad; en números redondos, alrededor de cien mil millones de gasto anual.

GASTOS PUBLICOS DE SALUD POR PERSONA MAYOR EN RELACION A
LOS MISMOS GASTOS POR PERSONA DE 0 A 64 AÑOS

	ANO	Relación entre los dos gastos
		Personas > 65 años/ Personas de 0 a 64 años
Australia	1980/8 1	4,9
Canadá	1974	435
Dinamarca	1983	4,1
Francia	1980/8 1	2,4
Alemania	1975	2 4
Irlanda	1979	4 s
Italia	1983	292
Japón	1980	478
Países Bajos	1981	4 s
Suecia	1983	595
Inglaterra	1979/180	473
Estados Unidos	1978	794
Media países OCDE		433
País Vasco	1993	6 7

Fuente: OCDE. L'avenir de la protection sociale. París 1988.
Servicio Vasco de Salud - OSAKIDETZA.

Los datos disponibles de otros países muestran también que, por término medio, los gastos públicos de salud destinados a las personas mayores son netamente superiores que los existentes para el resto de la población. Las estimaciones realizadas en doce países de la OCDE muestran que el gasto en salud generado por una persona mayor es, por término medio, 4,3 veces el gasto que provoca una persona menor de sesenta y cinco años.

Considerando conjuntamente las distintas dimensiones del gasto social, comprobamos que apenas un 4,9% (12.622 millones de pesetas) del gasto en protección social a la tercera edad se orienta a las prestaciones asistenciales, teniendo por ello todavía un papel extremadamente secundario. Las prestaciones sanitarias representan un 38,8% del gasto total, concentrándose un 56,3% del gasto social en tercera edad en las prestaciones económicas, fundamentalmente las de carácter contributivo.

		Gasto (Inill. ptas.)	Personal	Benefi- ciarios
Prestaciones económicas	Pensiones contributivas	142.067	-	210.369
	Pensiones no contributivas	3.026	-	8.000
	Ayudas puntuales	215	-	1.500
	Total	145.308	-	219.369
Prestaciones asistenciales	Residencias	8.011	3.000	8.890
	Atención domiciliaria	3.143	1.400	6.500
	Hogares de jubilados	968	152	-
	Otras	500	-	-
	Total	12.622	4.552	15.390
Total función vejez		157.930		234.759
Prestaciones sanitarias		100.000		
Total protección social		257.930		

Función vejez % PIB = 7,58

Fuente: Elaboración propia, a partir de información de las Diputaciones Forales y OSAKIDETZA.

En el contexto europeo, el 7,58% de gasto social en tercera edad respecto al PIB sitúa a la Comunidad Autónoma de Euskadi por encima de los países menos desarrollados de la Unión Europea, inclusive España, considerada en su conjunto, y bastante cerca de países como Alemania o Luxemburgo. Nos alejamos claramente, sin embargo, de los países con mayor gasto público en tercera edad como Italia, Francia o Dinamarca, en los que el gasto en vejez supera el 10% del PIB.

GASTO EN VEJEZ Y EN PROTECCION SOCIAL. PANORAMA EUROPEO

	Gto. vejez	Gto. Total	%	% Prot. Soc/PIB	% Vejez/PIB
Dinamarca	10.691	28.859	37,04	28,8	10,67
Alemania	91.201	304.995	29,90	26,9	8,04
España	23.398	65.830	35,54	17,8	6,33
Francia	92.670	249.699	37,11	28,0	10,39
Irlanda	1.632	6.572	24,83	20,6	5,11
Italia	96.165	193.164	49,78	23,6	11,75
Luxemburgo	564	1.764	31,97	26,7	8,54
Holanda	19.989	65.679	30,43	31,2	9,49
Portugal	2.640	7.484	35,27	17,0	5,53

Fuente: Elaboración propia, a partir de estadísticas SEEPROS

Sin perjuicio de que algunas problemáticas podrán retomarse en el momento de abordar las distintas propuestas de actuación del Plan, conviene finalizar esta primera parte del Plan Gerontológico de la Comunidad Autónoma de Euskadi aportando algunas ideas finales, a modo de conclusión, relativas a la actual situación y perspectivas de atención a la tercera edad.

Estas ideas pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. A pesar de las perspectivas de dificultades financieras de las Administraciones públicas y de la tendencia al envejecimiento de nuestra población, no deben valorarse las actuales tendencias sociales, económicas y demográficas relativas a la tercera edad exagerando sus consecuencias en términos de presión sobre el gasto público.
En primer lugar, aunque se espera un fuerte incremento del número total de personas mayores de 65 años entre 1.991 y el año 2.006, que puede oscilar entre un 30 y un 35%) existen algunos datos que permiten, al menos, contrarrestar el pesimismo tan al uso en la actualidad:
 - a) De una parte, hay que destacar que el crecimiento de la población anciana se centrará fundamentalmente en el tramo de edades comprendidas entre los 65 y los 74 años. En este sentido, se mantendrá prácticamente estable hasta el año 2.006 el número total de personas mayores de 80 años, grupo en el que se detecta la mayor propensión al uso intensivo (y, por lo tanto costoso, de los servicios sociales). El mayor nivel cultural y económico de las nuevas generaciones de ancianos tendrá además repercusiones favorables en términos de una reducción de necesidades asistenciales.
 - b) De otra parte, la tasa de dependencia de la economía vasca tenderá a mantenerse estable, dado que la caída de la fecundidad tiende a compensar a este nivel el aumento del número de personas ancianas. Además, es previsible que, aunque sea a un nivel limitado, resultará factible iniciar, en los próximos años, un lento despegue de los bajos coeficientes de ocupación existentes actualmente, lo que supondrá una caída de la tasa de dependencia real. A ello hay que añadir el plus de productividad por puesto de trabajo que es probable esperar en el futuro en una economía tan competitiva y productivista como la de este último decenio del siglo XX.
En segundo lugar, hay que insistir en que nuestro punto de partida hasta hace muy pocos años era el de una sociedad especialmente joven, mucho más joven que la de la mayor parte de los países de nuestro entorno. El colectivo de ancianos era aún en 1991 relativamente pequeño, compuesto por 261.327 personas, un 12,44% de la población.
2. Esta llamada al optimismo no pretende, sin embargo, dejar de reconocer la necesidad de otra llamada complementaria al realismo, al menos hasta que se despejen las incertidumbres sobre la evolución de la economía y del mercado de trabajo en Europa.

No pueden desdeñarse a este respecto los efectos que sobre la demanda sanitaria, de servicios sociales y, de forma aún más nítida, sobre las pensiones, tendrá el crecimiento previsto en el número de ancianos. Los cambios experimentados en las estructuras y en las relaciones familiares, por otra parte, hacen previsible además una disminución de la incidencia de los mecanismos naturales de solidaridad.

Por esa razón, la política social y la política de atención a la tercera edad, en particular, deberán definirse con criterios inspirados en la necesaria prudencia, lo que equivale a atribuir un papel fundamental a los siguientes principios:

- a) Conceder prioridad al gasto social destinado a los colectivos más necesitados.
- b) Mejora de la gestión, con reconversión de los servicios hoy inadap-
tados a las necesidades, lo que afectará principalmente al sector de
residencias.
- c) Mayor participación de los usuarios en la financiación de los ser-
vicios.
- d) Reducción de gastos en programas no estrictamente necesarios.
- e) Reconocimiento y potenciación del actual papel de la familia en la
atención al anciano necesitado.

Esta última cuestión resulta fundamental puesto que se comprueba que más de las tres cuartas partes de las personas mayores de 65 años dependientes que reciben algún tipo de ayuda en estos momentos la obtienen directamente de la propia familia. La ayuda institucional sólo llega a un 18,4% de los ancianos que disponen de algún tipo de apoyo, una cifra considerablemente inferior a la que representa la ayuda familiar directa.

La importancia de la acción familiar directa no es sólo cuantitativa sino también cualitativa, ya que se comprueba con claridad que la ayuda familiar, en especial en comparación con la ayuda institucional, destaca por su mayor intensidad y diversificación, así como por un mayor componente de tipo afectivo.

3. La necesidad de romper otras ideas preconcebidas ampliamente arraigadas entre la población hace igualmente conveniente insistir en que el colectivo de personas mayores de 65 años no debe ser identificado como un todo en términos de necesidad o de marginación. No todos los ancianos, ni siquiera la mayoría, tienen problemas económicos o de vivienda, de soledad o problemas insolubles de discapacitación para desarrollar una vida independiente. Es más, predomina hoy, en especial entre las personas menores de 75 años, un tipo de anciano en el que no cabe observar problemáticas graves en ninguna de las áreas sociales y económicas fundamentales.

Por otra parte, ni siquiera la llegada a la edad de jubilación tiene hoy el mismo sentido negativo que tenía en épocas pasadas. Ello es debido,

en parte, a que la salida más o menos definitiva del sistema productivo se realiza mayoritariamente con anterioridad a los 65 años. No es sólo una realidad para la mayoría de las mujeres a partir de los 45 años, sino prácticamente para la mitad de los hombres a partir de los 55 años. Las recientes tendencias económicas están acabando por difuminar la imagen simbólica de los 65 años como edad que marca una rígida frontera entre dos mundos: el de la ocupación y el de la inactividad.

Además, la jubilación ya no es concebida como un tiempo de la vida esencialmente problemático. Para la mayor parte de los ancianos, el tiempo de la jubilación aporta tranquilidad y unas oportunidades de disfrute del tiempo libre desconocidas hasta hoy. Aunque aún existen grupos de mayores que viven la jubilación en términos de un tiempo negativo (de mala salud, precariedad económica, soledad y aburrimiento), tiende a imponerse cada vez más la visión optimista de la vejez.

4. Otra idea que merece destacarse es que la tercera edad no es un colectivo tan inactivo como suele creerse, a pesar de que sea fundamentalmente en el ámbito de las actividades pasivas o poco creativas donde se constata la mayor dedicación del tiempo libre (televisión, radio, cartas, ganchillo, paseo, compras), coincidiendo por otra parte con la población en general.

Una parte importante de los ancianos, cercana al 45%, lee diariamente el periódico y una parte minoritaria pero sustancial, similar a la que se observa para el conjunto de la población, participa en actividades que requieren mayor compromiso individual: actividades manuales y bricolaje, gimnasia de mantenimiento, actos asociativos, cine, teatro, etc. Lo mismo cabe decir de los viajes y excursiones, aficiones que cada vez tienen más adeptos entre los mayores.

5. La tercera edad no sólo no constituye, como un todo, un colectivo marginado, sino que resulta incluso discutible su concepción como colectivo homogéneo. De hecho, se constata que existen realidades muy diferenciadas dentro de las personas mayores, que tienen su origen, principal aunque no exclusivo, en la edad.

En general, la frontera de los 75-80 años tiende a marcar la diferencia, que se aprecia en los siguientes aspectos:

- a) Un aumento de la prevalencia de las enfermedades.
- b) Un incremento más significativo de las consecuencias de las mismas, tanto en términos de aumento de las discapacidades como de la mortalidad.

Por debajo de los 75 años, las personas con algún tipo de dependencia grave suponen entre el 10 y el 15%. La proporción se sitúa entre un 40 y un 50% en el caso de los mayores de 75 años, constatándose por tanto un cambio sustancial.

En cuanto a la mortalidad, un 72,1% de los fallecimientos observados en la tercera edad afecta a personas mayores de 75 años. El aumento de la incidencia de la mortalidad es significativo a partir de los 75 años. Así, si la mortalidad es del 21,7 por mil entre 65 y 74 años, llega al 60,3 por mil entre los 75 y los 84 años y al 173,9 por mil para personas mayores de 85 años.

Estos datos revelan que, más que el aumento de la prevalencia de las enfermedades, lo realmente decisivo en este periodo de la vida es el agravamiento radical de las consecuencias de las mismas.

- c) Un cambio sustancial del modelo demográfico predominante:
Los 75-80 años marcan la frontera entre el modelo demográfico de los 65-74 años, con un peso decisivo de las personas casadas, y la realidad de las personas más ancianas, en que la mujer viuda o soltera resulta dominante a nivel cuantitativo. A este cambio demográfico se asocia también el incremento de un problema social importante, el de la soledad.

Por supuesto, estas diferencias se traducen en un fuerte aumento de las necesidades y demandas de atención por parte de los servicios públicos. Sin embargo, este aumento no resulta tan llamativo como cabría esperar, dado el carácter corrector que introduce la red natural y más concretamente la familia, que se hace cargo en la mayoría de los casos de la atención directa al anciano.

- 6. No deben olvidarse, no obstante, algunos rasgos comunes a la actual tercera edad que tienen gran importancia:
 - a) En primer lugar, las personas mayores de 65 años actuales constituyen la principal herencia viva de un modelo de sociedad, en gran medida desaparecido, basado en el trabajo industrial de la mayoría de los hombres y en la dedicación de la mayoría de las mujeres al trabajo doméstico o a actividades productivas muy ligadas a esta actividad: hostelería, servicio doméstico, etc.
 - b) En segundo lugar, los rasgos culturales de la actual población anciana resultan muy específicos, con una mayoría de personas que no han finalizado los estudios primarios y una fuerte incidencia del analfabetismo funcional.
 - c) Finalmente, la evidencia de pertenecer a un grupo que es considerado como bloque por el resto de la sociedad y que, en buena medida, tiende a actuar como tal en el desarrollo de los procesos sociales.
- 7. Otro rasgo común al conjunto o, al menos, a la mayoría de las personas que componen la tercera edad es la pérdida de capacidad adquisitiva del colectivo como consecuencia de la llegada a la jubilación. Este es sin duda el aspecto negativo que se cita más frecuentemente por los propios interesados cuando se les interroga en relación a la incidencia real de la jubilación en sus vidas.

La jubilación supone en general una pérdida de ingresos, predominando entre los mayores los ingresos medio-bajos, circunstancia que determina una escasa capacidad de ahorro y de posibilidades de transferencias intergeneracionales .

En sentido contrario, sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con otros colectivos en nuestra sociedad, son muy escasas las personas mayores que carecen (directa o indirectamente a través del cónyuge) de algún tipo de ingreso periódico.

Los casos existentes no se deben a la ausencia de mecanismos de protección, sino a distorsiones que impiden que lleguen a los potenciales beneficiarios, probablemente por escasez de información, prestaciones clave como las Prestaciones No Contributivas o las Ayudas de Emergencia Social. En este caso, se constatan muy elevados niveles de desinformación entre los más directamente interesados: sólo un 26,9% de los ancianos conoce la existencia de las pensiones no contributivas y sólo un 27,7% las ayudas de emergencia social, nivel de conocimiento que es todavía inferior entre los ancianos con menos recursos.

Esto explica que sean poco frecuentes los casos de ancianos que reciban ayuda económica sustancial de otros familiares y que no pase del 20% el porcentaje de ancianos que necesitan recurrir a ahorros para hacer frente a sus necesidades.

Desde una perspectiva económica, la situación de la población mayor de 65 años no se caracteriza tanto por una precariedad extrema como por la realidad de unos recursos limitados que, si no permiten grandes pautas consumistas, tampoco sitúan normalmente a las personas que se benefician de ellos en los límites extremos de la escala de pobreza, lo que no significa que no existan ciertas bolsas de precariedad económica en algunos colectivos de ancianos.

8. En realidad, en la vertiente económica, es sobre todo en el aspecto de la vivienda donde podemos encontrar situaciones muy problemáticas relativamente generalizadas.

En este caso, los problemas no se refieren tanto al régimen de tenencia de la vivienda, predominando la propiedad, como al estado de la misma y/o su nivel de equipamiento y confort.

En conjunto, las problemáticas de importancia en materia de vivienda (inhabitabilidad de la vivienda, carencia de servicios o equipamientos, problemas de humedad, necesidad de reparaciones, problemas de falta de intimidad, etc.) afectan a un 35,5% del total de ancianos residentes en nuestra Comunidad Autónoma.

9. La soledad constituye otro problema de importancia en la tercera edad. Aunque las situaciones más acusadas afectan a un 11,5% de las personas mayores de 65 años, un 35,2% llega a tener en algún momento problemas a este nivel.

Como es lógico, los problemas de soledad se agudizan en el caso de aquellas personas que están solas en el hogar, un 16,5% del total de

ancianos. En este caso, un 27,6% tiene problemas de importancia y un 67,5% siente, aunque sea ocasionalmente, algún sentimiento de soledad. La incidencia de la soledad entre los ancianos no es óbice para que consideremos alto su nivel de integración social y familiar: la mayoría tiene y mantiene buenas relaciones con sus familiares, un 86,7% de ellos tiene amigos y un 37,3% pertenece a algún tipo de asociación, fundamentalmente a aquellas ligadas a clubes y hogares de jubilados.

10. A pesar de que, sin duda, existen grandes diferencias dentro del colectivo y similitudes entre los ancianos más jóvenes y las personas con edades cercanas a la jubilación, lo cierto es que la fuerte incidencia de las enfermedades y de las discapacidades es un fenómeno característico de la tercera edad. De hecho, un 65% de las personas mayores de 65 años dice padecer algún tipo de enfermedad que le afecta en la vida diaria. Aunque las afecciones físicas son determinantes (particularmente los trastornos osteomusculares, cardiovasculares, y respiratorios), se constata igualmente la presencia de trastornos sensoriales y psíquicos de importancia, como la demencia senil y los trastornos afectivos, los cuales afectan a más de un 20% de los ancianos de forma grave o moderada.

Las discapacidades de orientación, movilidad e independencia física afectan a una parte importante de los ancianos. Consideradas de forma conjunta, se constata que un 85% de las personas ancianas tiene una dependencia notable para el desarrollo de las tareas del hogar y otro 16,9% una dependencia muy importante o total. Por tanto, uno de cada cuatro ancianos tiene graves problemas de autonomía para el desarrollo de la vida cotidiana.

La incidencia de las discapacidades es tanto más grande al constatar la inadecuada utilización de las ayudas técnicas y la falta de adecuación del entorno urbanístico. Estas circunstancias agravan la incidencia real de partida de las discapacidades. Las dificultades de muchos ancianos para moverse en su entorno urbano o para utilizar el transporte público son particularmente significativas.

A la vista de la incidencia de los problemas físicos, sensoriales y psíquicos, no resulta sorprendente comprobar que la población anciana es una gran consumidora de servicios sanitarios, tanto en lo que se refiere a la atención extrahospitalaria, general y especializada, como a la hospitalaria. Un 9,1% de las personas mayores de 65 años ha estado ingresada en los últimos seis meses en algún hospital, en un 45,1% de los casos por un tiempo superior a los quince días.

- ii. Al menos 23.920 personas mayores de 65 años requerirían en la actualidad algún tipo de ayuda o servicio para hacer frente a los requerimientos de la vida cotidiana, lo que representa un 8,8% de la población mayor de 65 años.

La preferencia, casi un 80% de los casos, por la ayuda a domicilio como mecanismo adecuado de respuesta a la necesidad de ayuda de-

muestra, con absoluta claridad, la prioridad que la persona mayor atribuye a mantenerse en su propio hogar. Para la casi totalidad de los ancianos, su hogar es el mejor lugar para seguir viviendo, incluso en aquellos casos en los que están presentes evidentes carencias.

A diferencia de lo que ocurre con la ayuda a domicilio, sólo un 12% de los ancianos necesitados opta por el ingreso en una residencia tradicional, confirmándose la tendencia a la estabilización de la demanda residencial tradicional, al menos en una perspectiva a largo plazo. Alternativas como centros de día, viviendas comunitarias y apartamentos tutelados recogen un 10,3% de la demanda potencial.

Estos datos confirman que, en el próximo futuro, la demanda girará fundamentalmente en torno a la ayuda a domicilio y, en menor medida, en torno a servicios de nuevo tipo como los centros de día, viviendas comunitarias y apartamentos tutelados, estabilizándose la demanda residencial tradicional.

12. Esta reorientación de la demanda choca sobremanera con la estructura actual del sector público de atención a la tercera edad. En este sentido, se constata que, en relación con la ayuda a domicilio, la cobertura sólo se sitúa en un 58.6% de la demanda total. Esto es tanto más problemático cuando se observa que el sector público tampoco ha sido capaz de hacer frente a las demandas de ingreso residencial pendientes, a pesar de la tendencia a la estabilización en la demanda. En ambos casos, por tanto, resulta necesario pensar en un aumento sustancial de las tasas de cobertura a largo plazo.
13. Las actuales limitaciones de la red pública de servicios para la tercera edad no se circunscriben sólo a aspectos cuantitativos sino también a otros cualitativos. El principal problema existente a este respecto es el inadecuado enfoque asistencial empleado hasta ahora en la política residencial, traducido en la práctica en una sobrecarga de ingresos en residencias de personas válidas que, en circunstancias normales, hubiesen debido ser atendidas por otras vías, fundamentalmente a través de la ayuda a domicilio. Se estima que menos de la mitad de las actuales plazas residenciales están ocupadas por personas gravemente discapacitadas.

En estos momentos, existe un consenso amplio acerca de la idea de que la atención en el medio residencial, en especial en el de características institucionales, debería reservarse para los casos de personas muy ancianas con graves pérdidas de autonomía, que no pueden ser sostenidas en sus viviendas con el apoyo de la red formal o informal de servicios. Una de las consecuencias más negativas de estas disfunciones es la existencia de numerosos casos de ancianos con discapacidades muy graves que no consiguen una plaza residencial, quedando desatendidos o mal atendidos a través de la ayuda a domicilio, ante la saturación de la red residencial en la actualidad. La ausencia de un sistema de asis-

tencia sanitaria a domicilio no hace sino acentuar la contradicción señalada.

14. La estructura y el funcionamiento actual de la red residencial plantea además otros problemas que deben ser objeto de análisis y solución, entre ellos los siguientes:
 - a) El exceso de macroresidencias y de plazas en habitaciones compartidas, en muchos casos por más de dos ancianos.
 - b) El alto nivel de aislamiento de los centros residenciales del resto de la comunidad, con una práctica ausencia de relaciones entre los internos y el mundo exterior en muchos casos.
 - c) La ausencia de una cultura profesional de servicio al cliente, con tendencia a la pérdida de la intimidad y de la propia dignidad de los usuarios, entendidas desde una perspectiva de derechos ciudadanos básicos.
15. En lo que se refiere a la ayuda a domicilio, las carencias del sector público tienen que ver sobre todo con una escasa consideración de una de las vertientes principales de la misma, su carácter preventivo y de apoyo, enfocado potencialmente hacia necesidades que no precisan una intervención de gran intensidad.

Tanto por la ausencia de recursos suficientes como por la tendencia a utilizar el servicio para cubrir las necesidades de personas que requerirían el ingreso en una residencia, la red vasca se ha caracterizado hasta ahora por una cierta desconsideración de esta faceta de la demanda. Aunque a corto y medio plazo es inevitable y necesario que se siga dando prioridad a la atención intensiva, a largo plazo es conveniente hacer llegar el servicio a un abanico mayor de personas necesitadas, evitando sin embargo una excesiva generalización que pudiera llegar a desnaturalizarlo. Considerando las experiencias de otros países, debe evitarse la tentación de llegar a muchas personas a costa de una reducción de horas de atención que, al final, demuestra no tener efectividad alguna y no contribuir sino a reducir las posibilidades de atención a los más necesitados.
16. En relación a servicios de nuevo tipo, como los centros de día o las fórmulas ligeras de alojamiento, debe destacarse que requieren, antes de proceder a una amplia difusión, un proceso inicial de definición, experimentación y evaluación que, con carácter previo, permita delimitar, no tanto su utilidad, que parece evidente, sino su mejor formulación para resultar alternativas efectivas en la atención a los colectivos necesitados.
17. En lo que se refiere a los clubes y hogares de jubilados, hay que resaltar que, a pesar de constituir alternativas a veces discutibles, siguen cumpliendo una función básica para las personas mayores, como es la animación y el contacto para una parte no despreciable de las mismas. A

este respecto, hay que resaltar que estos centros constituyen, hoy por hoy, la principal red de contacto comunitario existente para una población específica.

Por supuesto, es necesario tratar de redefinir el papel de estos centros e integrarlos en la red de servicios comunitarios de carácter general. Asimismo, es preciso tratar de conseguir que se abran a un número mayor de ancianos, hoy reacios a utilizarlos. Actualmente, tanto su impacto cuantitativo (son utilizados de forma habitual por una cuarta parte de los ancianos, principalmente los más jóvenes) como su papel contrastado en la prevención de la soledad, obligan a considerarlos como servicios aún imprescindibles para la política social.

En lo que se refiere a los antiguos hogares del INSERSO, conviene evitar la tentación de tratar de difundir el modelo inicial. Por el contrario, parece útil tratar de reconvertirlos de forma que constituyeran centros de prestación de determinados servicios, ligeros pero especializados, dirigidos al conjunto de las personas mayores.

18. Finalmente, en la definición de la política social para la tercera edad, debe insistirse en la necesidad de evitar aquellas medidas generalistas que (como ocurre con las entradas para espectáculos, los pases gratuitos de transporte, las cenas o comidas de homenaje, etc.) no llegan sino a personas mayores de 65 años en buen estado de salud y con recursos en general suficientes. En este sentido, son medidas que resultan poco solidarias y que son mal entendidas, entre otras cosas por su escasa justificación, por el conjunto de la sociedad, no sirviendo más que para provocar incomprensiones intergeneracionales y para fomentar una imagen inadecuada de la ancianidad, entendida en términos de vejez segregada y subvencionada.

SEGUNDA PARTE
PROPUESTAS DE ACTUACION

1. CARACTERISTICAS DEL MODELO GENERAL DE INTERVENCION EN EL AMBITO DE LA TERCERA EDAD

1.1. Objetivos de la intervención pública en el ámbito de la tercera edad

Considerando los objetivos básicos de la intervención pública en el campo de la tercera edad, podemos sintetizarlos de forma bastante precisa y correcta en una idea básica: se trata, sobre todo, de mantener durante más tiempo y en mejores condiciones a las personas mayores en sus propios hogares, evitando al máximo los procesos de institucionalización.

El objetivo fundamental de la intervención pública en materia de tercera edad se centra, por tanto, en contribuir a mantener a la persona mayor en su entorno y hábitat natural durante el mayor tiempo y en la mejores condiciones posibles, contribuyendo a garantizar unas condiciones de vida normalizadas.

Los motivos para situar a este objetivo como fundamental son dobles:

De una parte, resulta evidente el deseo de la mayor parte de la población, incluida por supuesto la población anciana, de desarrollar una vida personal, familiar y social plenamente independiente. Las dificultades con las que se encuentran muchas personas mayores, por motivos de salud fundamentalmente, para mantener esta forma de vida independiente en ciertos momentos de su vida, están precisamente en el origen de la mayor parte de la demanda de atención que reciben los servicios públicos. De ahí, la importancia de dar una respuesta prioritaria a este tipo de problemáticas.

De otra parte, existen motivaciones puramente de gestión, comprobándose que la pérdida de autonomía y de capacidad de vida independiente entre las personas mayores constituye un factor de progresiva dependencia de los colectivos afectados en relación a la Administración, generando unas demandas progresivamente más complejas que implican un fuerte gasto como consecuencia de la intervención.

El enfoque tiene una serie de corolarios importantes desde una perspectiva de intervención pública:

- a) En primer lugar, es importante desarrollar todas las medidas de carácter preventivo que fomenten la vivencia y el desarrollo de la independencia

personal, evitando la aparición de aquellos procesos (soledad, enfermedad, discapacidad, etc.) que condicionan las posibilidades de mantener dicha independencia.

Por tanto, resulta determinante el apoyo al desarrollo de todas aquellas actuaciones que contribuyan a mantener un alto nivel de actividad entre las personas mayores, en especial en un momento crítico como es el que representa todavía el acceso a la jubilación. Esto supone favorecer el desarrollo de programas de preparación a la jubilación, educación para la salud, animación socio-cultural, fomento del asociacionismo y estímulo para la utilización del ocio y del tiempo libre; implica también, sobre todo, contribuir a que sean las propias personas mayores las que se autoorganicen y autodeterminen al margen de los intereses de grupos de presión o de interés externos al colectivo.

En esta línea de trabajo, es decisivo el fomento de la autoestima de las personas mayores, debiéndose promover desde el sector público un cambio en la visión social de la vejez. Resulta de gran importancia transmitir a la sociedad las tres ideas claves siguientes:

- La vejez no es hoy sinónimo de realidades personales y sociales necesaria y principalmente negativas. La ausencia de salud, la enfermedad, el aislamiento social, la discapacidad o la precariedad económica no son dominantes entre el colectivo de personas mayores. En sentido contrario, son muchos los elementos positivos asociados a la vejez y a la jubilación, como la disponibilidad de mayor tiempo libre, que tiene hoy gran importancia, siendo percibido así por la mayoría de los ancianos. La vejez o la jubilación pueden constituir también tiempos de disfrute y de felicidad personal.
- No hay una ruptura determinante en los procesos sociales que venga asociada a la jubilación. En ese sentido, no existen grandes diferencias entre la realidad social y personal de las personas de 65 y 74 años (que, no lo olvidemos, constituyen la gran mayoría de la tercera edad) y la de las pertenecientes a las generaciones un poco más jóvenes. La aparición de los procesos negativos asociados habitualmente al envejecimiento se da, al menos como fenómeno mayoritario, en edades bastante avanzadas.
- Las personas mayores no son un colectivo homogéneo, todo él claramente sujeto a procesos comunes de marginación. La visión asociada de una ancianidad con necesidad de apoyo generalizado, de una vejez subvencionada, limitada en su vida cotidiana al uso de recursos situados fuera de la sociedad normalizada, debe por ello quedar definitivamente desterrada. Debe pasarse por tanto de la idea de vejez asistida y subvencionada a la de vejez activa y normalizada, prototipo que tiende a ser cada vez más dominante.

El desarrollo de la autoestima entre la población anciana y la transmisión social de estas ideas constituyen, además, requisitos básicos para que se

establezcan auténticos procesos de intercambio y solidaridad intergeneracional, sustentados en bases sólidas y reales. Hoy por hoy, hay que reconocer que no existe un conocimiento adecuado de la realidad de la tercera edad, predominando los estereotipos tradicionales, con frecuencia de carácter negativo: egoísmo, tozudez, intolerancia, improductividad, etc.

Por otra parte, la defensa de estos planteamientos es necesaria de cara a delimitar con precisión y corrección los problemas realmente existentes en la tercera edad y graduar la intensidad de los mismos, evitando que recursos precisos para colectivos necesitados queden distraídos hacia programas de orientación general que puedan llegar a beneficiar a grupos no suficientemente necesitados o con recursos para acceder a otras alternativas.

La propia Administración debe ser coherente con estos planteamientos y reconocer, entre otras cuestiones, que no tiene justificación alguna la aplicación de programas definidos bajo el principio de discriminación positiva generalizada en favor de la tercera edad, que no es comprendida ni por la sociedad ni por las propias personas mayores y que no hace sino dificultar las relaciones intergeneracionales.

Otra cosa son, por supuesto, los programas generales de prevención y apoyo, dirigidos desde los servicios de base, que lógicamente deben tratar de llegar a todas las personas, con independencia de su situación personal y de sus recursos propios.

- b) En segundo lugar, es necesario orientar de forma prioritaria las intervenciones de carácter asistencial hacia aquellos servicios, recursos o prestaciones que contribuyan realmente a mantener al anciano en su entorno habitual. Esto supone, sobre todo, dar prioridad al gasto público en acciones como la ayuda a domicilio, los centros de día o las prestaciones de apoyo (ayudas técnicas, por ejemplo), en detrimento de la inversión en redes de alojamiento especializadas. Supone también tratar de evitar que el ingreso en centros residenciales tradicionales constituya una alternativa normalizada, considerada válida para personas que no tienen problemas personales, familiares o sociales de importancia. En coherencia con el principio de normalización, resulta necesario favorecer, en lo que se refiere a los sistemas de alojamiento, la puesta en marcha de alternativas ligeras (viviendas comunitarias y apartamentos tutelados), para aquellas personas sin grandes problemas de discapacidad pero que, por problemas de soledad o de vivienda, necesitan una alternativa de alojamiento. Los centros residenciales tradicionales quedarían así orientados, principalmente, hacia personas con discapacidades graves.

1.2. Principios de actuación de la Administración en la intervención en relación a la tercera edad

1.2.1. Racionalización y aumento del gasto social para la tercera edad

Teniendo en cuenta la amplitud de las necesidades existentes, las Administraciones públicas vascas deben asumir una explícita voluntad de incremento del grado de protección social, particularmente en un ámbito en el que, como ocurre con la tercera edad, las carencias aún existentes son muy importantes, al menos en lo que se refiere a la cobertura de los servicios sociales.

Esta voluntad de incremento del gasto en servicios sociales para la tercera edad surge de la constatación de las limitaciones actualmente existentes. Estas resultan patentes no sólo en lo que se refiere a nuevos servicios o servicios de relativa reciente creación (ayuda a domicilio, centros de día, apartamentos tutelados, etc.) sino incluso en lo concerniente a servicios tradicionales que normalmente deberían requerir una cierta política de contención, como ocurre con la red de alojamiento en residencias.

Las actuales limitaciones se acentúan, además, por los retos planteados por los actuales procesos de cambio social y demográfico, que nos depararán en los próximos veinte años un importante aumento de la población anciana total y, muy probablemente, de los ancianos en situación de aislamiento y carentes de cualquier apoyo familiar o personal.

El planteamiento de aumento del gasto social destinado a la tercera edad debe formularse de forma realista, al menos en una perspectiva a corto y medio plazo. No podemos olvidar que, en el actual contexto de incertidumbre económica, en el que se dan fuertes presiones demográficas, sociales y políticas sobre el modelo del Estado de Bienestar, no es posible ni racional plantear un aumento radical de los presupuestos sociales, que podría poner en tela de juicio los propios fundamentos básicos del modelo (sistema de pensiones y servicios públicos básicos, fundamentalmente los sanitarios). En este sentido, no debe olvidarse que el aumento del gasto en servicios sociales debe procurar compatibilizarse con el mantenimiento de los actuales niveles de gasto en sanidad y pensiones, y no ponerlos en tela de juicio.

Por esta razón, el objetivo de incremento sustancial de los niveles cuantitativos y cualitativos de gasto en servicios sociales para la tercera edad sólo sería realista a largo plazo. A corto y medio plazo, el objetivo debe limitarse a lograr un aumento moderado del mismo, orientado a superar las carencias fundamentales del actual modelo de atención. Este aumento debe compaginarse, de cara a hacerlo más efectivo, con una clara mejora en la gestión de los servicios.

En este contexto, definido previsiblemente por una tendencia a un aumento sólo moderado del gasto social en tercera edad, es preciso delimitar con cierta precisión los principios de actuación de la Administración, de forma que resulten coherentes con la realidad de unos recursos relativamente limitados para hacer frente a una gama de necesidades cuantitativamente mayor y cualitativamente más compleja.

En este sentido, la racionalización del gasto constituye un aspecto fundamental, estableciéndose en base a la utilización eficaz de los recursos disponibles, mediante la oferta de un conjunto de prestaciones de calidad y adaptadas a las necesidades, dando prioridad al gasto en los colectivos que más lo precisen y, en suma, logrando una gestión eficiente de dichos recursos, que pasaría sobre todo por la reconversión de los servicios inadaptados, sobre todo del sector residencial, y por la reducción del gasto en programas no estrictamente necesarios.

1.2.2. Una nueva aproximación al principio de responsabilidad pública

Las actuales dificultades de las Administraciones públicas inducen al debate sobre el papel real de la Administración en la solución de los problemas de los ciudadanos y, en lo que se refiere a la cuestión que aquí nos ocupa, de las personas mayores.

Debe destacarse en este punto un cambio fundamental de orientación en relación al papel de la Administración. La perspectiva democrática dominante asociaba tradicionalmente la idea de profundización del Estado de Bienestar a una pérdida progresiva de importancia de la red natural (fundamentalmente familiar) en la cobertura de las necesidades de la población. La consolidación de los sistemas públicos de pensiones, educación y sanidad, refleja de modo evidente el éxito obtenido a lo largo del siglo en la plasmación práctica de esta filosofía de actuación que, con el tiempo, ha venido eliminando parte de las prerrogativas familiares habituales hasta bien entrado el siglo XX, incluso en los países más desarrollados de Europa.

La crisis financiera de los Estados ha venido sin embargo a reflejar, en los últimos años, los límites que se imponen actualmente a los poderes públicos en la gestión de los servicios públicos tradicionales. De ahí surge un nuevo planteamiento de actuación del Estado en materias como la atención a la tercera edad, apareciendo ésta como fundamentalmente complementaria de la actuación de la red natural, que en la práctica sigue asumiendo mayoritariamente la atención a las necesidades más apremiantes de la población anciana.

En estos momentos, existe una sensibilidad creciente orientada a dar paso a otros sistemas de intervención no públicos, concebidos no sólo en términos de iniciativa comercial, sino sobre todo en términos de acción familiar, vecinal o grupal directa. Este planteamiento se fundamenta en el hecho de que la acción pública y la de la red natural no resultan antagonistas sino complementarias. La división de funciones resulta positiva, al constatarse que cuanto mayor es la intervención estatal más eficaz es la acción de la red natural y viceversa. De lo anterior se deduce la conveniencia de transmitir una visión optimista del apoyo de la red natural.

Como consecuencia de estos cambios acerca del papel a desarrollar por el Estado, se está delimitando en la actualidad una nueva teoría de la responsabilidad pública. De acuerdo con ella, la responsabilidad pública en materia social consiste, sobre todo, en abordar aquellas carencias que no son cubiertas adecuadamente o

en absoluto por la sociedad. En esta perspectiva, la Administración no debe sustituir en materia social la acción que ya desarrolla la red natural. Esta consideración está sustituyendo progresivamente al principio del derecho a unos servicios o a unas atenciones mínimas como contrapartida a una situación de necesidad (concepto de garantía de derechos sociales). El motivo principal es que, en la práctica, ante la situación actual de escasez de recursos económicos, no es posible hacer efectivo el principio de garantía de derechos básicos, al menos no en su totalidad, quedando por ello reducida a la propia normativa la expresión de los supuestos derechos reconocidos.

Aunque esta argumentación tenga cierto componente de racionalidad, también es importante admitir la necesidad de no renunciar a un planteamiento mínimamente garantista en el campo social, en general, y en el de la tercera edad, en particular. En este sentido, la Administración debe mantener, además de los ya reconocidos, algunos planteamientos de garantía de derechos para toda la población, concretamente los siguientes:

- Derecho a la atención por los servicios sociales de base, que deben garantizar la orientación y la vía para solucionar los problemas.
- Derecho a la asignación urgente de algún tipo de prestación o recurso adaptado a situaciones graves de necesidad, en caso de ausencia de apoyos sociales básicos y de recursos alternativos. La asignación del recurso, dada la situación de escasez actual y previsible a corto y medio plazo, dependerá tanto de las características de la necesidad como de los recursos efectivamente disponibles, tanto en el ámbito público como privado.

Aunque los derechos planteados son limitados y, además, quedan matizados por la idea de asignación de «algún» tipo de recurso adaptado y no necesariamente del recurso que el beneficiario pueda desear o considerar necesario, no hay que minusvalorar la importancia social real de su implantación. La aplicación efectiva de estos derechos no resultará tan fácil, como demuestra el hecho de que en la actualidad no se tenga siempre soluciones a corto plazo para dar salida a ciertas necesidades graves, en especial las relacionadas con las largas estancias en residencias o con la ayuda a domicilio.

Si bien la implantación de los derechos señalados tal vez no supusiera más que la previsión de una especie de garantía parcial, que afectara sólo a lo básico, podría constituir un primer paso de importancia hacia la ampliación del modelo básico de atención del Estado de Bienestar a los servicios sociales para la tercera edad.

1.2.3. Orientación prioritaria del gasto hacia los colectivos más necesitados

En cualquier caso, lo que resulta evidente en un contexto de escasez de recursos es la necesidad de orientar prioritariamente el gasto social hacia determinados programas y actividades.

Los criterios básicos para establecer prioridades están implícitos en lo que se ha venido señalando hasta ahora. En este sentido, las Administraciones públicas deberán dar prioridad a las personas en situación de mayor necesidad y, dentro de ellas, a las que más urgentemente requieran una atención, con independencia del tipo de recurso asistencial que precisen.

En lo que se refiere a recursos, serán preferibles aquéllos que garanticen el desarrollo de una vida más integrada en el entorno habitual.

Estas intervenciones deben compaginarse igualmente con el apoyo complementario al desarrollo de aquellos programas preventivos que puedan contribuir, de forma significativa, a evitar la aparición de situaciones de riesgo y de grave necesidad.

Ligando estas prioridades con lo señalado en relación al papel de la Administración en la prestación de servicios, podemos entrever una perspectiva de actuación que asigna a la Administración, como ámbito de intervención preferente, la aplicación de actuaciones intensivas (residenciales y no residenciales) a personas gravemente necesitadas, asignándose prioritariamente al ámbito de la red natural los casos que requieren menor nivel de atención así como los que no implican demanda al sector público, al menos a corto y medio plazo.

Aunque el enfoque defendido, que incide en una clara orientación del gasto hacia las actuaciones asistenciales de carácter intensivo, resulta lógico en un contexto en el que graves situaciones de necesidad quedan desatendidas, debe reconocerse que tenderá a chocar en bastantes aspectos con las prácticas administrativas, profesionales y hasta asociativas hoy al uso, orientadas hacia un modelo de servicios y prestaciones lo más amplio y generalista posible. Esta contradicción será tanto más evidente en relación a ciertos servicios, como la ayuda a domicilio, en la que resulta correcto plantear a largo plazo un enfoque más extensivo de la atención.

El modelo planteado, que asume la realidad del papel de la red natural en la atención al anciano necesitado, exige plantearse la cuestión de la actitud a mantener por parte de la Administración en relación a las familias que «prestan» servicios en este campo.

En este caso, es importante evitar cualquier distorsión introducida desde la Administración en ámbitos cuya lógica de funcionamiento resulta completamente ajena a la de los poderes públicos. No hay que olvidar que la acción familiar resulta normalmente voluntaria y que, en la mayoría de los casos, no se produce en un contexto que podríamos definir como de «dramático», sino como una libre respuesta a una situación problemática dada en el seno familiar.

Partiendo de las premisas anteriores, la Administración debe sin embargo tratar de definir mecanismos de apoyo que contribuyan a retroalimentar y consolidar los principios en los que se fundamentan este tipo de actuaciones desarrolladas en el ámbito familiar, procurando que no se penalice a las familias que asumen la responsabilidad de la atención al anciano.

Los principios planteados en este apartado y en los dos anteriores pueden sintetizarse en cuatro ideas básicas:

1. Defensa del principio de responsabilidad pública complementaria en la cobertura de carencias que no puedan resolverse a nivel de la red natural.
2. Otorgar prioridad a la cobertura de las necesidades más fuertes y que requieren mayor urgencia de intervención.
3. Voluntad de garantizar por vía de derecho, al menos a largo plazo, la atención y cobertura de las necesidades más graves y, en todo caso, el derecho a los servicios sociales de base.
4. Defensa de una multiplicidad de posibles recursos de intervención, entre ellos los propios de la iniciativa privada y de la red natural, en este último caso por la vía de ayudas directas e indirectas, económicas y/o de servicios.

1.2.4. Financiación

La realidad de crisis financiera de las Administraciones y la presión de la demanda social obligan a plantear los criterios a desarrollar en materia de financiación de los servicios. En este caso, dos son los grandes aspectos a delimitar en el futuro desarrollo del Plan:

- a) El marco final de financiación de la política social a desarrollar en la Comunidad Autónoma, con delimitación de las responsabilidades que le corresponde a cada institución pública y, dentro de ellas, a cada departamento o unidad administrativa.
- b) El papel del usuario en la financiación de los servicios.

Es difícil abordar en el contexto de un plan sectorial, como es el Plan Gerontológico, el marco político-financiero de la política social general de la Comunidad Autónoma, ya que el debate y las soluciones a esa realidad desbordan totalmente el ámbito del Plan.

Centrándonos por tanto en el tema de la participación de los usuarios en la financiación de los servicios, debe señalarse que, como criterio principal, ésta deberá resultar en el próximo futuro superior a la actual. Esto se debe a que las actuaciones desarrolladas hasta el presente en el campo de los servicios sociales no han considerado suficientemente la realidad de una fuerte desigualdad de recursos económicos entre la población, en general, y los ancianos, en particular.

La principal implicación del planteamiento señalado radica en la idea básica de que los usuarios deberán contribuir a la financiación del servicio conforme a los recursos disponibles. Cabe no obstante plantearse, en determinadas situaciones, el establecimiento de precios políticos máximos y, en todo caso, debe garantizarse que, una vez detraídas las cuotas de acceso a los servicios, los beneficiarios de los mismos dispongan de un nivel suficiente de recursos para satisfacer sus necesidades personales (75% del Salario Mínimo Interprofesional para una persona y 100% para dos personas, por ejemplo).

De la misma forma, parece conveniente defender la aplicación general del principio de retorno de renta, con independencia de los recursos del usuario

potencial, de cara a evitar tendencias sociales insolidarias; por tanto, deberá evitarse la idea de cobertura total del coste del servicio por parte del usuario.

En relación a estas cuestiones, un tema de difícil abordaje es el relativo al posible establecimiento de baremos tope por encima de los cuales no se podrá acceder en ningún caso al servicio. Aunque este planteamiento no resulta positivo, en la medida en que restringe el supuesto del libre acceso de todos los necesitados a un servicio, deben estudiarse sistemas que impidan que la aplicación del principio de libre acceso perjudique a personas necesitadas sin recursos económicos en beneficio de personas que podrían acceder a recursos alternativos.

Más allá de los criterios generales señalados, que deberán contribuir a conseguir una estabilización del balance económico de la política pública para la tercera edad, otros aspectos a considerar en la definición de la participación de los usuarios en la financiación son los siguientes:

- a) En la delimitación de los recursos de los usuarios deberán considerarse tanto los ingresos como el patrimonio. El tratamiento del patrimonio debe ser tanto actual como diferido, atribuyendo especial importancia al reconocimiento de deuda en el caso de disponibilidad de un patrimonio importante. Esta cuestión debiera ser objeto de una regulación normativa específica, válida para el conjunto de la Comunidad Autónoma.
- b) En el momento de computar los recursos de los beneficiarios, se debe tratar de aplicar criterios similares a los utilizados en otros ámbitos (fiscalidad, prestaciones sociales generales). Esto obliga, entre otras cosas, a una delimitación ciertamente restringida de la unidad de referencia para el cómputo de ingresos.
Este planteamiento choca con la filosofía jurídica relativa al derecho de alimentos. En la práctica, sin embargo, el recurso a este posible derecho resulta complejo en la medida en que requiere denuncia previa por parte de los posibles beneficiarios, circunstancia que limita notablemente la efectividad potencial de la norma.
- c) A la hora de medir el pago de ciertos servicios, particularmente los relacionados con el mantenimiento de ancianos en sus propios domicilios, convendría introducir elementos que premien a las familias que aportan mayor atención al anciano necesitado.

1.3. Distribución de competencias y coordinación interinstitucional

Al igual que lo indicado en lo relativo al aspecto de la financiación, no es en el contexto de un plan sectorial donde deben delimitarse las cuestiones relativas a distribución de competencias y definición de marcos políticos de coordinación. Corresponde a otras normativas jurídicas, como la Ley de Servicios Sociales, definir con precisión las líneas a seguir en relación a estas cuestiones.

Por este motivo, en este apartado nos limitaremos a reflejar las principales carencias o necesidades específicas de regulación existentes:

1. El principal aspecto que requiere una intervención urgente es el que tiene relación con la delimitación de la coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios. Como es evidente, al encontrarse la mala salud y la discapacidad en el origen tanto de la mayoría de las demandas sanitarias como de las que llegan a los servicios sociales, la coordinación entre ambos tipos de servicios resulta imperiosa. Debe plasmarse, de este modo, en alguna norma de actuación, sustentada en algún instrumento de intercomunicación permanente, el denominado espacio socio-sanitario.

A este respecto, los acuerdos alcanzados entre Osakidetza y el Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de Alava constituyen un punto de partida interesante.

2. Aunque la necesidad de coordinación no es tan imperiosa en este caso, resultaría positivo establecer igualmente vías de delimitación de actuaciones conjuntas entre los servicios sociales y los organismos encargados de las políticas de vivienda, urbanismo y transportes. En este punto, sin embargo, más que de coordinación como tal cabría hablar de realizar buen uso de los dispositivos introducidos por cada parte, en base a acuerdos conjuntos previamente definidos.
3. En lo que se refiere a la iniciativa privada, el elemento determinante está en la delimitación de los criterios mediante los que una parte o la totalidad de esta iniciativa pueda incorporarse a la red pública de atención. En un momento como el actual, deben buscarse fórmulas flexibles que permitan hacer efectiva una adecuada colaboración entre los servicios de atención públicos y privados.

Decisivos al respecto resultarán tanto la definición de instrumentos de acreditación de los servicios privados como la elaboración de líneas de concierto que garanticen a las Administraciones públicas la consecución de sus objetivos de atención.

En este sentido, aunque existen experiencias positivas de acreditación en el ámbito residencial, no ocurre lo mismo con otros servicios básicos, como la ayuda a domicilio. La garantía de una calidad mínima en la atención pasa, sin embargo, por la generalización al conjunto de sectores y servicios de estas fórmulas de control público sobre la acción privada.

2. ACTUACIONES EN LA COMUNIDAD

El modelo general de actuación que hemos definido en el capítulo anterior destaca sobremanera la consecución de los objetivos de normalización de la vida cotidiana, integración social y mantenimiento en el propio entorno para las personas mayores de 65 años, situándolos en realidad en el centro de la actividad y de la intervención pública en esta materia.

Por ello, no debe sorprender que el capítulo central de la parte del Plan correspondiente a propuestas de actuación sea el relativo a intervención comunitaria, en definitiva a actuaciones en la comunidad, puesto que son estas acciones las que realmente permitirán consolidar los objetivos fundamentales.

Las intervenciones en la comunidad se estructuran, en el presente Plan, en cuatro grandes áreas o campos de actuación:

- a) En primer lugar, las actuaciones de carácter preventivo, de orientación general, destinadas a evitar o retrasar en la medida de lo posible la aparición de problemáticas graves entre las personas mayores de 65 años. Dentro de estas actuaciones destacan fundamentalmente:
 - Las actuaciones orientadas a facilitar información y a sensibilizar sobre sus derechos a las personas mayores.
 - Las acciones de preparación a la jubilación.
 - Las acciones de fomento del asociacionismo y de la participación social de las personas mayores.
 - La educación para la salud.
 - La animación socio-cultural, para un disfrute activo del tiempo libre de los ancianos.
- b) En segundo lugar, las actuaciones específicamente dirigidas a mantener al anciano integrado en su comunidad de referencia, destacando dos grandes subáreas de intervención:
 - El ámbito de los recursos sociales, con un repaso detallado a las acciones a desarrollar en relación a una serie de recursos clave, fundamentalmente el servicio de ayuda a domicilio.
 - El ámbito de las actuaciones de soporte y apoyo, con referencia específica a las acciones a desarrollar en relación a la vivienda, la mejora

de la situación económica de la tercera edad, el apoyo a la familia del anciano y las ayudas técnicas que puedan facilitar el desempeño de su vida cotidiana.

- c) En tercer lugar, las medidas relacionadas con la configuración de un sistema de recursos y equipamientos comunitarios que puedan beneficiar a la tercera edad, aportando instrumentos de relación social y de solución a problemas específicos que sus miembros puedan encontrar en el desempeño de su vida cotidiana. Entre estos recursos comunitarios cabe destacar la importancia de los destinados a superar las actuales barreras físicas con que tropiezan las personas mayores en su desenvolvimiento por el entorno del pueblo o de la ciudad.
- d) Finalmente, las acciones relacionadas con la atención a las personas mayores a desarrollar desde el ámbito de la red sanitaria.

2.1. Actuaciones preventivas

Criterios generales:

De acuerdo con los problemas detectados, las actuaciones preventivas deberían desarrollarse de forma que contribuyeran a favorecer la consecución de los siguientes objetivos generales fijados en el Plan:

- 0 Evitar los procesos de desestructuración familiar y las situaciones de falta de atención o desorganización de la misma.
- 0 Evitar la marginación de una parte de la población anciana.
- 0 Evitar los procesos de segregación de los ancianos dependientes y favorecer su integración social.
- Evitar el empobrecimiento de la población.
- Evitar la adquisición o mantenimiento de hábitos de vida no saludables.

Problemática detectada:

Al igual que en otros ámbitos de la vida social, la instauración de políticas preventivas resulta determinante. Ello es así tanto desde el punto de vista de las personas susceptibles de encontrarse en algún momento de su vida con alguna necesidad de atención y apoyo como desde el punto de vista de las instituciones públicas, deseosas de evitar en la medida de lo posible la aparición de este tipo de necesidades.

Desde la perspectiva de la aplicación de medidas preventivas en relación a la tercera edad, es preciso destacar una serie de carencias importantes que es preciso superar:

- a) En primer lugar, se constata que las personas mayores, en especial las que se encuentran en peores condiciones socioeconómicas y culturales, tienen una información cuantitativa y cualitativamente deficiente sobre

los recursos disponibles (sanitarios, sociales, culturales, etc.), máximo en aquellos casos en los que se trata de recursos generales, con amplias posibilidades de utilización pública.

Esta carencia de información tiene implicaciones a varios niveles. A nivel primario, impide la adecuada utilización por todas las personas mayores potencialmente demandantes de los recursos más generales; pero también, a niveles más especializados, repercute negativamente en la correcta definición de las necesidades de servicios y recursos especializados, provocando con frecuencia un descenso ficticio de la demanda de servicios y recursos.

La ausencia de información implica no sólo problemas en el uso de los recursos disponibles sino también en las posibilidades de participación en la vida social general, particularmente en lo que se refiere al ámbito asociativo. Supone igualmente una imposibilidad de hacer efectivos determinados derechos. Esto se une a otros problemas jurídicos asociados a la protección y defensa del anciano, que se relacionan con tres cuestiones legales:

- La incapacidad y tutela.
- Las situaciones que se generan en torno al fallecimiento.
- El mandato de asistencia.

b) En segundo lugar, la jubilación o el acceso a la forma de vida propia de la misma o a la ancianidad, acarrea problemas asociados a la inadaptación a esta nueva forma de vida. No hay que olvidar, a este respecto, que la jubilación suele implicar normalmente:

- Un descenso de los ingresos del individuo, que genera una situación de inferioridad económica.
- Una pérdida de status social, frente al mayor reconocimiento social y las posibilidades de los sujetos productivos.
- El hacer frente a un amplio volumen de tiempo libre para el que, con frecuencia, las personas mayores no se encuentran preparadas, destacando mayoritariamente la ausencia de hábito para la dedicación al ocio de tipo creativo.

En estas circunstancias, el abandono del trabajo se asocia con frecuencia al aburrimiento, a no saber qué hacer para llenar de contenido un elevado número de horas libres.

Esta problemática se acentúa en el caso de jubilación anticipada: brusca, imprevista e imprevista salida de la actividad laboral, y no como consecuencia del derecho al descanso.

c) Una tercera carencia que es preciso observar es la existencia de un fuerte desconocimiento, no exento de fuertes prejuicios, por parte de la mayor parte de la sociedad, acerca de lo que hoy supone realmente la vejez.

En nuestro tejido social se detectan hábitos, actitudes y opiniones de rechazo hacia la vejez que deben ser desterrados progresivamente, en la

medida en que impiden abordar de forma correcta las relaciones entre las personas mayores y el resto de la sociedad, que no tienen porqué ser de tipo unilateral. En este sentido, por ejemplo, cabe pensar en intercambios de ayuda mutua entre ancianos y no ancianos que beneficien a todas las partes, superándose la visión de una ancianidad molesta, dependiente, improductiva y costosa.

La eliminación de los viejos clichés pasa por superar la tendencia por parte de los más jóvenes a considerar a los ancianos como un colectivo favorecido en exceso, egoísta, poco solidario y, además, globalmente homogéneo. En particular, es importante insistir en la fuerte heterogeneidad (económica, social y personal) de los ancianos, sin que pueda hablarse de una ancianidad típica.

- d) La fuerte presencia de problemas de salud, frecuentemente incapacitantes, entre la población anciana requiere una atención especial, debiendo conceder prioridad a la educación para la salud entre la población anciana.
- e) Por último, la aparición de un tiempo libre dominante, en un contexto de escasa preparación para el disfrute del mismo (costumbres sociales, bajo nivel cultural, dificultades económicas, etc.), hace que resulte necesario plantear actuaciones en este campo, valorando la posibilidad de desarrollar programas específicos de animación comunitaria. Estos programas resultan fundamentales en la línea de consolidar la integración social de la población anciana.

Áreas y líneas de actuación:

De acuerdo con la problemática detectada, las líneas de actuación que se marcan en materia preventiva son las siguientes:

1. Información, participación y sensibilización:

Es preciso favorecer el conocimiento por parte de las personas mayores de sus derechos y de las posibilidades reales que se les ofrece desde el sistema público de servicios, todo ello con el fin último de garantizar sus posibilidades de elección en el acceso a los recursos del sistema público de atención, fomentar la participación social de la población anciana, así como defender y garantizar la aplicación efectiva de sus derechos sociales básicos.

2. Preparación a la jubilación:

Conviene igualmente desarrollar programas de enfoque preventivo que contribuyan a limitar los posibles efectos negativos de la jubilación.

3. Potenciación de la acción social solidaria:

La puesta en marcha de programas que contribuyan al fomento de la solidaridad social (ayuda mutua, voluntariado) constituye igualmente una necesidad imperiosa.

4. Educación para la salud:

Es fundamental desarrollar, en el ámbito de la tercera edad, acciones que contribuyan a la prevención primaria de la enfermedad y a la promoción de la salud.

5. Fomento del uso activo del tiempo libre:

Finalmente, es preciso poner en marcha programas de animación socio-cultural que contribuyan a un uso más activo del tiempo libre por parte de las personas mayores.

Antes de abordar con detalle estas cuestiones, debe insistirse en la necesidad de una evaluación rigurosa de la calidad y eficacia de los programas de tipo preventivo. Sin esta evaluación, los programas preventivos podrían acabar perdiendo funcionalidad, contacto real con las necesidades de las personas y, por ello, virtualidad para la consecución de los objetivos básicos de la política de prevención orientada a la tercera edad.

2.1.1. Programas de información, participación y sensibilización

A. INFORMACION

- *Objetivo:*

Proporcionar información suficiente y veraz a la población mayor de 65 años interesada, con el fin de facilitar la libre elección en el acceso a los recursos del sistema público de atención.

- *Propuestas de actuación:*

- Garantizar la disponibilidad de información suficiente sobre necesidades y recursos para la tercera edad en el ámbito de los servicios de atención primaria y/o de base.

Es preciso consolidar un adecuado sistema de información en los servicios de atención primaria y de base que haga posible que los agentes sociales y sanitarios de base proporcionen la información y el asesoramiento técnico requerido por la población mayor de 65 años, tanto en relación a los servicios generales existentes como a los posibles recursos especializados. Esto supone mejorar tanto la información específica a cada servicio de atención primaria como la correspondiente a las responsabilidades y actuaciones básicas de otras redes paralelas de atención de base a la población anciana.

En paralelo, conviene fomentar, especialmente en el ámbito municipal, los cauces necesarios de comunicación (con los ciudadanos, centros de salud, centros de servicios sociales, centros de educación y cultura, hogares, etc.) y los sistemas de recogida de datos que permitan disponer de información actualizada sobre la situación social de las personas mayores de la localidad, que servirá de base para el conocimiento de las necesidades existentes.

- Diseñar y desarrollar campañas y programas divulgativos que transmitan información acerca de los recursos y servicios existentes, así como de los mecanismos de acceso a los mismos.

- Divulgar la información disponible sobre los programas destinados a los mayores entre los colectivos especialmente marginados, contando para ello con la colaboración de ONGs, fundaciones y asociaciones.
- Informar a todos los ciudadanos en edad de prejubilación, de forma personal e individualizada, de cuantos beneficios y recursos existen para las personas mayores.

B. PARTICIPACION SOCIAL

- **Objetivos:**

- Fomentar la participación social de las personas mayores, en especial en lo que se refiere al diseño de la oferta socio-cultural a ellos dirigida.
- Fomentar el asociacionismo en las personas mayores.

- **Propuestas de actuación:**

- Difundir entre las personas mayores los beneficios del asociacionismo para la defensa de sus intereses y la mejora de su calidad de vida, proporcionando ayuda técnica y económica a las asociaciones de mayores que presenten programas para la realización de actividades productivas y prestación de servicios, es decir, apoyo desde los servicios sociales al asociacionismo de utilidad pública (programas y funciones) dentro de su ámbito de actuación.
- Establecer en los distintos niveles de la Administración pública vasca mecanismos de apoyo a la participación de las personas mayores en la planificación y seguimiento de las políticas sociales que les afecten directamente.
- Diseñar y desarrollar campañas y programas divulgativos que transmitan la conveniencia y las posibilidades reales de participación social de las personas mayores de 65 años.
- Promover actividades que fomenten la interrelación entre los mayores y que incidan positivamente en su capacidad de autoorganización.
- Garantizar que todos los centros gerontológicos dispongan de estatutos o normas de participación.

C. DEFENSA DE LOS DERECHOS BASICOS DE LAS PERSONAS MAYORES

- **Objetivos:**

1. Garantizar el conocimiento por parte de las personas mayores de sus derechos básicos.
2. Garantizar la defensa de los derechos fundamentales de las personas mayores mediante los procedimientos legales adecuados.

- *Propuestas de actuación:*
 - Realizar campañas divulgativas sobre los derechos básicos de las personas mayores.
 - Orientar y asesorar a las personas mayores en lo referente a la defensa de sus derechos, recepción de quejas y denuncias por malos tratos, etc., proporcionando información sobre los cauces y organismos que sirvan de referencia válida (Oficina del Ararteko-Defensor del Pueblo Vasco, etc.).
 - Establecer la normativa adecuada para garantizar los derechos fundamentales y la dignidad de las personas mayores en cualquier situación vital y modelo de residencia.
 - Determinar los supuestos en que es posible establecer una responsabilidad penal de los hijos que abandonan a sus padres ancianos, introduciendo modificaciones legales en los casos en que proceda.
 - Impulsar que en el sistema judicial se defina un procedimiento que permita abordar de forma específica los aspectos legales relativos a la tutela de los incapacitados.
 - En las situaciones de incapacitación legal de un anciano usuario de un centro o servicio, es importante proponer la tutela en favor del familiar más preocupado. Si esto no es posible, sería positivo hacerlo en favor de una entidad con personalidad jurídica y sin ánimo de lucro o de la propia Administración, dejando como última posibilidad la tutela en favor de la dirección del centro o servicio.
- *Pautas comunes de actuación para las campañas y programas de información y sensibilización:*
 - La materialización de estas campañas y programas podría realizarse mediante el empleo de los medios de comunicación social, charlas y coloquios, edición de folletos explicativos y material audiovisual, etc.
 - Los programas de información y sensibilización no deben ir dirigidos en exclusiva a la población anciana, sino al conjunto de la sociedad, tratando de promover un conocimiento más detallado de la realidad vital del anciano y fomentando las actitudes más convenientes para facilitar la cobertura de sus necesidades.
 - El empleo de varias modalidades de actuación es más eficaz que un programa de modalidad única.
 - Informar sobre los recursos disponibles para hacer frente a una problemática determinada, así como la forma de acceder a ellos, resulta a menudo la medida fundamental para el abordaje de ciertos problemas.

2.1.2. *Programas de preparación a la jubilación*

- *Objetivo:*

Establecer nuevas bases que faciliten la transición entre el trabajo y la jubilación y preparar a los colectivos en situación de prejubilación para el acceso a la nueva forma de vida que supone la jubilación.

0 Propuestas de actuación:

- Defender, a través de los representantes de la Comunidad Autónoma en las instituciones públicas competentes, las siguientes vías de flexibilización del tránsito entre el trabajo y la jubilación:
 - Crear las condiciones necesarias para que cada persona decida la forma y el momento en que desea abandonar el trabajo.
 - Permitir las jubilaciones progresivas, mediante la disminución también progresiva de la jornada laboral, como opción voluntaria.
 - Aumentar la flexibilidad en la determinación de la edad de jubilación, teniendo en consideración los años transcurridos en el mercado de trabajo.

- Desarrollar, en los casos necesarios, programas de preparación a la jubilación.

El objetivo general de estos programas consiste en intentar que se produzca una «situación óptima de jubilación», propiciando que ésta sea percibida como el inicio de una etapa vital llena de opciones de realización personal y de aprovechamiento de experiencias y actividades gratificantes, susceptible de mantener al jubilado integrado en la sociedad.

De forma más específica, los objetivos de estos programas son los siguientes:

- Tomar conciencia de los cambios que se van a producir, las oportunidades que se abren y los ajustes de actitud que se requieren.
- Favorecer la adaptación psicológica a la vejez.
- Desarrollar habilidades sociales para establecer y mantener sistemas de apoyo social y relaciones socio-familiares.
- Estimular y abrir vías para el uso creativo del tiempo libre.
- Facilitar la participación en nuevas formas de utilidad social y comunitaria: voluntariado, asociación, formación permanente, etc.

Los programas de preparación a la jubilación incorporan además otros objetivos paralelos, orientados a consolidar el bienestar en la ancianidad, como son:

- Potenciar estilos de vida sanos para el mantenimiento de la salud física y mental.
- Informar sobre aspectos económicos y jurídicos específicos de su nueva situación, sobre temas relacionados con la vivienda, así como de los recursos y servicios socio-sanitarios disponibles en su entorno.

Desarrollo concreto de programas de preparación para la jubilación:

Consideraciones generales:

El abordaje correcto de los programas de preparación a la jubilación debe considerar la realidad de que, hasta el momento presente, este tipo de programas

apenas han respondido de forma adecuada a las notables expectativas que suscitaron en sus comienzos. Este hecho se debe, en parte, a que por regla general las empresas organizadoras han optado por impartir cursos de esta índole en momentos de necesidad de reajuste de plantilla, para evitar el trauma que la situación conlleva. En tales casos, la autoevaluación que se efectúa suele ser positiva pero de escasa validez por realizarse siempre a corto plazo sin un seguimiento posterior.

Por otra parte, los programas nunca suelen llegar a los prejubilados problemáticos, que podrían obtener algún beneficio de los mismos, ya que éstos rechazan la realidad y establecen una negación con respecto a lo concerniente a su inminente jubilación. Participan, por contra, aquellos prejubilados que apenas lo precisan, por asimilar a priori perfectamente el tránsito a la jubilación; es decir, los más sensibilizados hacia los cursos son los ya preparados.

En base a lo señalado, en el futuro, los programas de preparación a la jubilación deberán ir dirigidos a aquéllos en los que se detecte la necesidad, entendidos como una opción voluntaria por parte del trabajador, no como algo determinante, con inicio mucho antes de lo que suele ser habitual, confiriéndoles método, continuidad y evaluación de los resultados a lo largo de los años.

Metodología:

Los rasgos metodológicos básicos para el desarrollo de programas de preparación para la jubilación son los siguientes:

- El programa o curso de preparación a la jubilación se dividirá en módulos, que abordarán diversas áreas de interés: economía, derecho, salud física y mental, relaciones socio-familiares, ocupación del tiempo libre, vivienda, etc.
- La impartición corresponderá a un equipo multidisciplinar con formación gerontológica adecuada.
- Las etapas del programa serán las siguientes:
 - Diagnóstico y preparación.
 - Desarrollo de la formación, con sesiones de instrucción, trabajo de grupo y consulta y asesoría individualizada.
 - Evaluación de la formación.

En cuanto al modelo de intervención a desarrollar, éste deberá basarse en los siguientes rasgos básicos:

- Enfoque preventivo respecto a los efectos de la jubilación: no perder el control sobre la propia vida, mantenerse activo y valorar positivamente la propia existencia.
- Desarrollar las habilidades y recursos personales del prejubilado y hacer que éste sea competente en la observación y resolución de su situación.
- Centrarse en la capacidad personal para superar el cambio que implica la jubilación.

Los destinatarios de los programas serán grupos de trabajadores en edad de prejubilación, incluyendo también a las parejas de los prejubilados.

En general, los programas deberán impartirse a trabajadores que están a 5-10 años vista de la jubilación. Los grupos oscilarán entre 15 y 30 trabajadores. Este número se considera óptimo para facilitar las relaciones sociales y lograr una participación efectiva de los trabajadores.

En materia organizativa, las posibilidades son múltiples: Administraciones públicas, empresas, sindicatos, organizaciones sociales, asociaciones profesionales, etc.

Finalmente, en cuanto a la financiación, cabe señalar que existe multiplicidad de fórmulas de financiación. El papel de las Administraciones públicas oscila entre organizar y financiar los programas que van destinados a sus funcionarios, o bien, establecer contactos con otros posibles organizadores (empresas, sindicatos, etc.), para promover cursos de esta naturaleza, ofreciéndoles asesoramiento técnico y, en su caso, subvencionando una parte del gasto.

2.1.3. Programas de potenciación de la acción social solidaria

- **Objetivo:**

Fomentar la concienciación de la sociedad acerca de las necesidades y problemáticas que aquejan a los ancianos, para así dotar a éstos del mayor nivel de integración social posible, estimulando la solidaridad y la participación activa del conjunto de la sociedad en la atención dirigida a los ancianos más necesitados, aportando para ello a la sociedad una visión real de lo que hoy representa la vejez.

- **Propuestas de actuación:**

- Desarrollar acciones que faciliten un cambio de la visión social existente acerca de la vejez, considerando las siguientes actuaciones específicas:
 - Incrementar el grado de conocimiento de la sociedad con respecto al fenómeno del envejecimiento demográfico y acerca de las características psicofísicas de las personas mayores, por medio de programas divulgativos que transmitan una imagen real de la vejez, de la situación de las personas mayores de 65 años y de su problemática actual, de los recursos y servicios existentes, así como de los mecanismos de acceso a los mismos.
 - Orientar la elección de valores o actitudes. Modificación de conductas en situaciones de insolidaridad con las personas mayores.
 - Eliminar los estereotipos negativos hacia las personas mayores, mediante las siguientes medidas:
 - Procurar que las expresiones sobre la vejez se efectúen en términos positivos, tanto en el lenguaje social como en el periodístico.

- Promover la difusión de modelos positivos de personas mayores.
- Fomentar entre profesores y alumnos el interés por conocer el fenómeno del envejecimiento y las características de las personas mayores.
- Programar actividades divulgativas (cursos, seminarios, conferencias, etc.) dirigidas a familias, asociaciones y grupos sociales, explicando el fenómeno del envejecimiento y la problemática de la vejez.
- Promover actividades intergeneracionales en las que las personas mayores actúen como transmisoras de conocimientos y tradiciones culturales: recuperación de oficios, memoria popular, guía cultural, etc.
- Realización de programas y campañas formativo-informativas a través de los medios de comunicación social, que informen acerca del hecho social del envejecimiento y sobre la posibilidad de colaboración de los mayores en actividades ciudadanas, fomentando el aprecio y el entendimiento intergeneracional. Organizados por las instituciones públicas, se dirigirán al conjunto social, personas mayores y no mayores.
- Desarrollar actuaciones específicas que fomenten la solidaridad hacia la tercera edad, dando especial prioridad a las siguientes:
 - Realizar campañas de captación de voluntariado dirigidas al conjunto de la sociedad, para impulsar su colaboración y participación voluntaria en programas orientados a la atención de ancianos necesitados.
 - Estimular a las personas mayores válidas para conseguir su participación en la ayuda a los mayores con necesidad y a otros sectores de población que lo precisen, mediante:
 - Campañas de captación de voluntarios entre las personas mayores, a través de los medios de comunicación social.
 - Sensibilización grupal, a nivel de asociaciones, clubes, etc., con idéntica finalidad.
 - Apoyar a los movimientos voluntarios espontáneos que surjan de la comunidad en todas aquellas actuaciones que se dirijan hacia las personas mayores.
 - Fomentar los grupos de ayuda mutua entre aquellos mayores que comparten una determinada adversidad, para lograr el fortalecimiento personal y la asimilación de los problemas.
 - Utilizar la infraestructura de los servicios, grupos y asociaciones existentes. Propiciar la colaboración entre estos grupos de ayuda mutua y los profesionales para establecer mecanismos operativos de ayuda recíproca entre mayores, preservando la independencia de los grupos intervinientes.
 - Extender al conjunto de Euskadi la experiencia «Hogares Compartidos», basada en la ayuda mutua entre personas mayores.

- Interesar a los medios de comunicación social sobre el abordaje periódico de temas relacionados con las personas mayores, con un tratamiento adecuado de la información.

2.1.4. Prevención primaria de la enfermedad y promoción de la salud: «Programas de educación para la salud»

0 Definición y Objetivos:

En la XXXVI Asamblea Mundial de la Salud (1983), se definió la Educación para la Salud (E.P.S.), como «cualquier combinación de actividades de información y educación tendentes a que la persona desee estar sana, sepa conseguir la salud, haga lo posible individual y colectivamente por conseguirla, y busque ayuda cuando la necesite».

Dicho con otras palabras: la E.P.S., como proceso educacional y no sólo informativo, de carácter continuado y planificado, intenta lograr en las personas actitudes positivas hacia la salud, unos conocimientos prácticos que les permitan manipular su medio para conseguirla, ofrece soluciones factibles a problemas específicos, busca hábitos saludables, racionaliza el uso de los servicios de salud y potencia los recursos personales y comunitarios.

● **Características de los programas de educación para la salud:**

- Los programas han de ser respetuosos con los valores individuales y de la comunidad, potenciando en lo posible soluciones tradicionales a los problemas de salud, que impliquen una mayor autonomía con respecto a los Servicios de la Administración.
- Los programas deben ser científicos, empleando las metodologías que se ofertan desde las diversas Ciencias de la Salud.
- «Participación Comunitaria»: La E.P.S. debe ser participativa. Así, el educador enseña y aprende al mismo tiempo, y de modo comunitario se hallan respuestas culturalmente idóneas a los problemas locales de salud y bienestar.
- Constituyen una experiencia saludable, un recurso para la vida cotidiana.
- Proporcionan mayor autonomía: responsabilidad frente a la salud.
- Promocionan la capacidad crítica: solidaridad y compromiso con el entorno.

● **Contenidos a desarrollar:**

Actitud frente a la vida:

Determinación optimista de seguir viviendo, funcionar dentro de la realidad y considerar la muerte como un fenómeno normal. De este modo, se logra un mayor grado de autonomía.

Modos de vida:

- Mantener un trabajo útil.
- Mantener una permanente actividad intelectual.
- Evitar la vida sedentaria.
- Evitar las tensiones emocionales y las angustias mantenidas.
- Alimentación equilibrada: mantener el peso.
- Evitar el tabaco, las bebidas alcohólicas y las drogas (exceso de medicación, etc.).

Control periódico de la salud: examen biológico, funcional, mental y de autonomía, aunque definiendo con prudencia el objetivo, dada la falta de capacidad de la actual red sanitaria para garantizar estos controles; en definitiva, lanzar la idea de que estos controles son importantes pero que no constituyen el único medio para educar en la salud.

- *Recomendaciones generales a nivel de la E.P.S. en las personas mayores:*
 - Elaborar programas y campañas de E.P.S. para personas mayores, con posterior divulgación a través de los diversos medios de comunicación social.
 - Programar charlas, debates, etc., en los que se incida en la promoción de hábitos saludables (higiene, alimentación equilibrada, ejercicio físico moderado, etc.) y se establezcan medidas preventivas ante las enfermedades (vacunaciones), accidentes, uso y abuso de tabaco, alcohol y medicamentos, etc. Las exposiciones y coloquios pueden tener lugar en sitios muy variados (centros de salud, clubes, asociaciones de vecinos, etc.) y pueden acompañarse de folletos explicativos, soporte audiovisual, etc.

Podemos finalizar este apartado recordando un elemento obvio: que la educación para la salud en la tercera edad debe iniciarse con anterioridad a que la persona llegue a los 65 años. Sólo de esta manera será posible preparar a la persona para hacer frente a los retos que tendrá que abordar a partir de la llegada a la edad de jubilación, en materia de salud y discapacidad.

2.1.5. *Tiempo Libre: «Programas de animación socio-cultural»*

- *Objetivos:*
 - Apoyar el desarrollo de ofertas socio-culturales diversificadas, con diferentes modelos de intervención, de forma que se adecuen a los diversos tipos de ancianos existentes en función de los niveles culturales, económicos, apetencias previas, capacidad física y limitaciones personales, estilos de vida y actitudes, relaciones o posturas sociales frente a la vejez.
 - Propiciar que los mayores vivan el tiempo libre de forma creativa, de modo que sea un factor enriquecedor, que posibilite la autor-realización

personal, favorezca el bienestar y salud integral, y facilite la participación en la dinámica social.

● **Propuestas de actuación:**

- Introducir y potenciar la animación socio-cultural en los centros gerontológicos sociales (clubes, residencias, etc.) y en los espacios socio-comunitarios.
- Fomentar las actividades productivas en las personas mayores, entendidas con un sentido más doméstico que comercial, con posibilidad de especialización y de repercutir positivamente, no sólo en el ámbito familiar, sino incluso a nivel de barrio o municipio: talleres de jubilados, jardines o huertas de ocio, modelos comunitarios de ocio activo (polígonos de mini-explotación), etc.
- Posibilitar que las personas mayores que lo deseen puedan acceder a una educación continuada, a través de programas de educación para adultos en escuelas públicas, aulas de tercera edad, colegios y universidades, e incluso mediante posibles nuevas ofertas educativas de futura implantación .
- A nivel de los centros gerontológicos (clubes, residencias, etc.) y de los centros comunitarios (casas de cultura, centros cívicos, etc.), programar actividades ocupacionales, artísticas, artesanales y recreativas; asimismo, actividades culturales (cursos, coloquios, seminarios, cineforum, etc.) sobre temas que susciten el interés de los mayores: educación para la salud, temas de actualidad, aprovechamiento creativo del tiempo libre, etc.
- Establecer cauces adecuados para motivar a las personas mayores a tomar parte activa en la vida cultural, desarrollando sus propias capacidades: organizar cursos impartidos por ellos mismos; convocar concursos literarios, musicales, etc.; estimular su papel transmisor de tradiciones culturales, profesiones y actividades artesanales en vías de desaparición, etc.
- Crear y desarrollar experiencias basadas en la difusión cultural.

Líneas de actuación en animación socio-cultural:

En el documento del Gobierno Vasco que lleva por título «Política de Bienestar Social para Euskadi en la Europa del 93», se indican diversas líneas de actuación para lograr una acción eficaz en materia de animación socio-cultural:

- Definición de programas cuyo objetivo se centre en facilitar a los ancianos ámbitos de reunión, comunicación e intercambio de experiencias.
- Promover experiencias concretas de actividades vinculadas al uso del tiempo libre.
- Apoyar material, humana y económicamente las iniciativas de los interesados.

Estos planteamientos son perfectamente aplicables al ámbito de las personas mayores.

0 Características:

- Trabajo en y con la comunidad.
- Utilización de la acción-reflexión.
- Búsqueda del cambio de la imagen social de las personas mayores.
- La animación persigue un proceso de crecimiento y desarrollo del anciano, ser un medio promotor de su autonomía personal.
- Potenciar la creatividad y la iniciativa.
- Pretende la organización de las personas.
- Los mayores son protagonistas del programa, no sus beneficiarios.
- Concepción positiva y activa de la vejez.
- Lo fundamental no es tanto realizar actividades, sino fomentar actitudes o el cambio de las mismas.
- Utiliza actividades que responden a necesidades reales y son gratificantes para los mayores. Por ello, el programa de animación no debe contener únicamente actividades lúdicas, sino que ha de incluir la formación, la cultura, la acción social y la actividad productiva, entendida como cierta modalidad de trabajo.

2.2. Actuaciones destinadas a mantener al anciano en la comunidad

Criterios generales:

Problemática detectada:

Constituye una realidad dominante la voluntad detectada entre las personas mayores de nuestra Comunidad Autónoma de mantenerse en su entorno residencial habitual, cualquiera que sea su edad o estado de salud, incluso en situación de precariedad. Las actuaciones orientadas a mantener a la persona mayor en la comunidad se convierten por ello en uno de los principales ejes de la política de servicios en favor de la tercera edad.

Al considerar las principales actuaciones a desarrollar en este campo, conviene sin embargo señalar una serie de dificultades de importancia, tanto en relación a las políticas de ayuda a domicilio como en relación a otras actuaciones de soporte y apoyo para el mantenimiento dentro de la comunidad.

Problemática relativa a la ayuda a domicilio:

La ayuda a domicilio constituye un servicio clave en la atención a la persona mayor. Sin embargo, se trata en este caso de un servicio mal definido en cuanto a los objetivos a buscar a través de él y en cuanto a las medidas a desarrollar para su aplicación efectiva y eficiente. Los principales problemas relacionados con la ayuda a domicilio son los siguientes:

- a) No existe aún una delimitación clara sobre la orientación a dar al tipo de atención predominante en el ámbito de la atención domiciliaria.

Si bien parece evidente que la orientación predominante se centra en una orientación intensiva del servicio (alta dedicación diaria a los casos), hay constancia, en especial en algún Territorio Histórico, de una cierta reorientación de la atención a un patrón-tipo más extensivo, en el que el máximo de horas a prestar al anciano al día o a la semana se establece y controla con mayor rigor.

Con todo, parece evidente que se está consolidando una nueva realidad, ya augurada en el Plan Gerontológico de Euskadi (1990), en la que la prestación habitual o normal puede tender a situarse de forma creciente entre las 30-50 horas/mes, pudiéndose llegar en casos excepcionales a las 50-60 horas/mes o incluso a módulos de mayor intensidad, en caso de necesidad.

Esta orientación hacia lo intensivo se relaciona sin duda tanto con la ausencia de una oferta residencial suficiente como con la creciente preferencia por la ayuda a domicilio, incluso en casos de alta dependencia personal.

Tiene que ver también, con una mayor clarificación y precisión en la definición del usuario, a través de la generalización de baremos para el acceso a la prestación y de la adopción de escalas técnicas de incapacidad. Estos procedimientos, más allá de su bondad intrínseca, tienen la virtud de facilitar un tratamiento adecuado de las necesidades que facilita una racionalización de la atención.

En relación a la cuestión señalada hasta ahora, hay que decir también que el debate no se limita al tema de la mayor o menor intensidad de la atención, sino al sentido mismo de ésta, en especial en los casos de alta intensidad. No hay que olvidar que, como consecuencia de las importantes listas de espera existentes, se constata que la atención domiciliaria intensiva no funciona con frecuencia sino como paliativo y alternativa de respuesta a ciertas situaciones pesadas que no pueden ser momentáneamente cubiertas en residencias, por falta de plazas libres.

Otro aspecto a debatir aquí es el carácter interno de la prestación domiciliaria. En este sentido, la experiencia demuestra que la orientación es fundamentalmente profesionalizada, con un fuerte predominio de las actividades específicamente domésticas, en detrimento de aspectos que implican mayor relación humana, fundamentalmente, actividades de acompañamiento.

A este respecto, sin embargo, hay constancia de experiencias que podrían denominarse «Ayuda a Domicilio Complementaria», que están teniendo cierto éxito, al prestar una serie de servicios a los que la naturaleza de la prestación profesionalizada no suele llegar (caso de acompañamiento a dar un paseo, hacer compras, etc.), orientados a personas que básicamente estarían comprendidas en la prestación del SAD.

- b) El problema de la financiación del servicio es otro aspecto que sigue igualmente latente en la mayoría de los casos, con modelos muy diferentes en lo que se refiere a la aportación de las principales partes (Diputaciones, Ayuntamientos y clientes), todo ello en un contexto de cierta tendencia al incremento de los precios/hora de la prestación y de la repercusión de este incremento en Ayuntamientos y usuarios.

A este nivel, parece evidente que en el futuro las variaciones en la atención dependerán tanto del grado de corresponsabilización de los Ayuntamientos como del protagonismo de los propios usuarios en la financiación.

En relación a la primera cuestión, la experiencia parece demostrar que el papel de los Ayuntamientos en este campo no depende tanto de las disponibilidades municipales reales o de políticas específicamente orientadas a esta cuestión (como consecuencia de una determinada prioridad), como de la sensibilidad social de la institución. En general, se tiende a comprobar que existe una correlación entre gasto en ayuda a domicilio y gasto social general y para la tercera edad.

La aportación de los usuarios es muy variable, no resultando significativa como vía de financiación del servicio.

- c) Las diferentes realidades financieras se relacionan con diferentes y llamativas diferencias en el coste medio/hora de la prestación, en función de dos grandes variables: el carácter urbano-no urbano de la zona atendida y el tipo de relación contractual del personal de atención. La problemática contractual constituye hoy un fuerte condicionante para el desarrollo de la ayuda a domicilio, siendo evidente tanto la necesidad como la dificultad de una normalización y homogeneización de esta cuestión.
- d) La coordinación del servicio de atención domiciliaria con otros servicios y entidades constituye otra cuestión pendiente de resolución en estos momentos.
- e) Buena parte de los problemas señalados hasta ahora se relacionan directamente, en unos casos, o se agudizan, en otros, por una excesiva dispersión en la reglamentación del servicio, no pudiéndose hablar de realidades homogéneas a nivel del conjunto de la Comunidad Autónoma y, con frecuencia, ni siquiera a nivel de cada Territorio Histórico considerado de forma particular.
- f) Con todo, más allá de las cuestiones anteriores sigue estando presente la principal carencia de la ayuda a domicilio en la actualidad, que no es otra que su limitado impacto cuantitativo en relación al conjunto de la población anciana.

Planteado como uno de los principios básicos de la Ley de Servicios Sociales de Euskadi (1982) y del Plan Gerontológico de Euskadi (1990)) la implantación del servicio de ayuda a domicilio ha conocido un importante avance territorial: tanto en los distintos Territorios Históricos como en cada uno de sus municipios el servicio de ayuda a domicilio se ha configurado como un recurso puesto a disposición de todos los ancianos que lo han necesitado. Su avance último, al menos en lo que se refiere

a Gipuzkoa y Bizkaia, ha precedido primero y coincidido después con la evolución reciente de los servicios sociales de base en los municipios. A pesar del fuerte incremento observado en la cobertura del servicio y de la generalización de la atención al conjunto de la Comunidad Autónoma, lo cierto es que las tasas de cobertura siguen siendo muy bajas en la mayor parte de la misma, situándose la tasa de cobertura del conjunto de Euskadi alrededor del 2,5% de la población anciana.

Con independencia de los problemas señalados, es importante tomar conciencia definitiva de la caída de un mito ampliamente arraigado en nuestro país en los años 80, el del carácter barato de la ayuda a domicilio. Una vez profesionalizado el servicio, se comprueba que éste tiene un coste que, aunque se sigue alejando sustancialmente del que representa la atención en residencias, se sitúa ya alrededor de un 50% del coste de la atención residencial.

En estos momentos, por tanto, la ayuda a domicilio no constituye una alternativa a la institucionalización **porque sea barata**, sino porque es racional y coherente con los objetivos de mantenimiento de la persona mayor en su medio de origen.

Problemática relativa a otros recursos y prestaciones complementarias:

La consideración específica del servicio de ayuda a domicilio como alternativa a la institucionalización constituye, por otra parte, un error de partida. En realidad, sólo un abanico de servicios y de prestaciones integrados de distinta índole pueden realmente aportar esa respuesta global a las necesidades de las personas mayores que implícitamente aporta el modelo de atención residencial actual.

Considerado de esta forma, es evidente que a corto y medio plazo no resultará factible establecer un sistema alternativo realmente competitivo con el sistema residencial. Ello se debe a que si el servicio de ayuda a domicilio tiene una cobertura de atención limitada, mayor aún es la que reflejan los recursos complementarios (centros de día, estancias temporales, etc.), por no hablar ya de las prestaciones de soporte y apoyo, que con frecuencia pueden considerarse prácticamente inexistentes, al menos en la realidad cotidiana de las personas mayores.

Dentro de los recursos y prestaciones complementarias a la ayuda a domicilio destacan sobre todo los centros de día, que tienen como función básica la atención a ancianos con fuertes problemas de dependencia pero cuya familia opta por el mantenimiento en el domicilio habitual.

Las actuaciones de soporte y apoyo constituyen, por su parte, condiciones con frecuencia imprescindibles para mantener al anciano en su domicilio. Sin recursos, sin una vivienda adecuada o sin ayudas técnicas para garantizar la independencia personal, resulta efectivamente imposible plantearse una vida independiente, por mucho que se pueda acceder a un centro de día o a la ayuda a domicilio.

En relación a estas actuaciones de soporte y apoyo, algunas cuestiones de importancia siguen pendientes de resolución en estos momentos; a saber:

a) La situación de la vivienda es un ejemplo claro de la difícil situación en la que se encuentran muchos ancianos de cara a mantenerse con cierta comodidad en sus propios hogares. Los datos disponibles indican que una elevada proporción de hogares no reúnen unas condiciones mínimas de habitabilidad, accesibilidad y/o adaptación a las necesidades de sus ocupantes. Así, las problemáticas importantes en materia de vivienda afectan al 35% de los ancianos de nuestra Comunidad Autónoma, en aspectos relacionados con la vetustez de las viviendas, la carencia de equipamiento e instalaciones adecuadas (calefacción, agua caliente e instalaciones sanitarias) o con la falta de condiciones para la necesaria intimidad de las personas.

Por otro lado, la alta prevalencia de discapacidades de movilidad existente entre las personas mayores de 65 años se encuentra asociada con la existencia de barreras arquitectónicas en el propio hogar (afectando a uno de cada siete ancianos) y con la inaccesibilidad a la vivienda (barreras en el portal, escaleras y ascensor -el 60% carece de él-), en el caso de uno de cada cuatro ancianos.

Todos estos elementos constituyen graves condicionantes para que los ancianos puedan continuar en sus hogares. De ahí que una política de mantenimiento a domicilio no pueda dissociarse de una política de mejora de la vivienda encaminada a reforzar positivamente las condiciones de vida del anciano no residencializado.

b) Si el acceso a una vivienda en condiciones resulta fundamental para la población anciana, la garantía de un cierto bienestar económico es una condición indispensable para lograr la integración real en su entorno directo. Esta garantía de recursos económicos mínimos no evita siempre, por supuesto, la aparición de aquellos procesos de marginación social a los que están expuestos los ancianos, pero sí suaviza sus efectos. En el origen de muchos problemas sociales y sanitarios se encuentran, como han señalado numerosas investigaciones aplicadas, situaciones de insuficiencia de ingresos.

Aunque las políticas de universalización de las pensiones y la mejora del nivel cuantitativo de las mismas es un hecho evidente en nuestro país, el desarrollo de los sistemas de protección social todavía resulta deficitario respecto al resto de países de la Unión Europea. Por esa razón, tanto la cobertura de los sistemas públicos de pensiones como la cuantía de las prestaciones se encuentran en niveles relativamente bajos en comparación con las de esos países.

No obstante, es importante destacar también que los ancianos nunca han gozado de un nivel de vida tan alto como en la actualidad y que la nueva pobreza debe buscarse mayoritariamente entre personas adultas y, sobre todo, personas jóvenes. A modo de indicador, podemos destacar que la pensión media de jubilación resulta un 24% superior al S .M.I.

Aun así, se constata la existencia de colectivos desfavorecidos entre las personas mayores de 65 años y una parte importante de la población de

más edad sigue manteniéndose en situación de relativa pobreza, especialmente los mayores de 75 años y, en general, las mujeres no casadas. De acuerdo con los datos contenidos en la Encuesta de Tercera Edad 93, una de cada diez personas mayores de 65 años carece de ingresos propios y, de los que sí cuentan con ingresos, un 11 % los obtiene de fuentes que se sitúan al margen de los sistemas de protección social. Por otra parte, casi la mitad de los mayores de 65 años (uno de cada tres incluyendo a los del cónyuge) cuenta con ingresos personales inferiores a la pensión mínima de jubilación y la mitad se sitúa en un umbral económico por debajo del S.M.I.

No es de extrañar, por tanto, que uno de los mayores motivos de preocupación para la población mayor de 65 años siga siendo la falta de una independencia económica mínima que facilite un nivel de bienestar suficiente.

- c) En un marco como el que señalamos, el tema de las ayudas técnicas tiene asimismo importancia. Estas ayudas ofrecen la posibilidad de desarrollar una vida activa e independiente a las personas mayores que por su discapacidad no gozan de plena autonomía. Tienen por objeto mejorar su calidad de vida, favoreciendo su desarrollo personal e integración social. En definitiva, tratan de establecer un avance en las condiciones materiales de vida, basada en el uso de aparatos o equipos de diferente grado de complejidad, utilizados por o para personas con discapacidades.

A pesar de no contar con ningún estudio específico que evalúe las necesidades de la población anciana en esta materia, contamos con indicadores que se acercan a definir la situación actual en la Comunidad Autónoma Vasca.

En lo que respecta a la minusvalía de orientación, los problemas de visión y de audición afectan notablemente a las personas ancianas: el 80% ve regular, mal o muy mal (24% en el caso de las deficiencias auditivas) y se aprecia una gran distorsión asociada a una inadecuada utilización o a la no utilización de elementos correctores.

En relación al grado de independencia física, el 20% de los ancianos vascos manifiesta tener graves problemas para el desarrollo de una vida independiente en lo relacionado con tareas habituales de la vida cotidiana, destacando por su importancia las dificultades en actividades relacionadas con el cuidado del propio cuerpo: baño, acostarse-levantarse, uso del retrete, vestirse, etc.

Por último, la minusvalía de movilidad presenta también una prevalencia alta en el colectivo, detectándose un 28% de ancianos con problemas de movilidad.

En los últimos años, se aprecia un desarrollo espectacular de las ayudas técnicas en los países europeos, ya que la generalización de las políticas de normalización pasa por la implantación de un sistema de ayudas técnicas organizado.

En la Comunidad Autónoma Vasca, por el contrario, no existe actualmente una amplia cultura en materia de ayudas técnicas y los programas existentes son relativamente recientes. De ello se deriva el bajo nivel de prestaciones técnicas existente, especialmente en lo referido a las de carácter no sanitario.

A esta circunstancia, se añaden una serie de elementos que agudizan el problema, tales como el grado de descoordinación institucional en el campo de la intervención (áreas de Sanidad, Educación, Trabajo, Servicios Sociales y Vivienda), la insuficiente definición competencial, el bajo nivel de formación de los profesionales de los Servicios Sociales en cuestión de ayudas técnicas, la falta de información y participación de los potenciales usuarios de las mismas y la carencia de infraestructuras adecuadas en el mercado para una moderna producción y comercialización de los dispositivos técnicos.

- d) Un último aspecto a destacar es que las políticas de tercera edad están considerando en la actualidad la vida en familia como el medio natural en el que debe transcurrir su existencia y abogan por el impulso de políticas de apoyo a la red natural o informal de servicios dentro de la comunidad. Ello se traduce en el llamamiento a la solidaridad de la familia o a la colaboración voluntaria, que vuelve a descubrirse después de un movimiento inverso de profesionalización.

Valorando los datos empíricos, se constata que en la actualidad la red informal constituye efectivamente el soporte principal de la atención social. Según los datos de la Encuesta Tercera Edad 93, la mayoría de los ancianos viven en sus propios hogares, siendo la vida con el cónyuge (con o sin hijos solteros) la situación más común de las personas mayores. Por otra parte, partiendo de la consideración de que el 17% de los ancianos manifiestan problemas de dependencia parcial y que otro 10% señala ser dependiente de forma total o cuasi total, se observa que de este colectivo de personas dependientes tres de cada cuatro reciben en la actualidad algún tipo de ayuda, que proviene en el 80% de los casos de la red familiar; dentro de ésta, el peso mayor recae en las mujeres (esposa, hija, nuera, etc).

Frente a la red familiar y social, la red formal o institucional sólo asegura el 18% de la atención a ancianos en situación de necesidad, cifra considerablemente inferior a la que representa la ayuda familiar directa, que además destaca por su mayor intensidad y diversificación.

Una buena parte del énfasis en la familia como modo de convivencia natural para los ancianos descansa en el papel social de la mujer. Esta atribución social de los cuidados al género femenino puede entrar en crisis si no se refuerza de manera que dichos cuidados sean complementarios y no sustitutivos de los de la red institucional.

La red natural corre el serio peligro de debilitarse si no se la apoya adecuadamente, ya que los cambios y transformaciones sociales habidos

en los últimos años permiten advertir que la población que requiere ayuda va a aumentar en el futuro y que la institución familiar va a perder peso como recurso de apoyo.

Dada la importante función que desempeña la red informal, en algunos países europeos se está estudiando la posibilidad de ayudar a las familias de personas de edad avanzada que están perdiendo autonomía, independientemente de las ayudas directas a los propios ancianos, incluyendo aquí la posibilidad de aportar prestaciones de tipo económico.

Áreas y líneas de actuación:

De acuerdo con la problemática señalada, las líneas estratégicas que se marcan para el mantenimiento del anciano en la comunidad son:

1. Consolidación de un sistema de recursos sociales para el mantenimiento de la persona mayor en la comunidad.

La consecución del objetivo básico de mantenimiento de la persona mayor en su entorno habitual pasa por fijar un sistema amplio y diversificado de recursos sociales orientados en este sentido, con capacidad para constituir una alternativa real a la atención residencial. En la delimitación de este sistema de recursos sociales, el servicio de ayuda a domicilio constituye el eje central y el pilar básico de la atención a prestar a la persona mayor necesitada.

2. Fijación de un sistema complementario de prestaciones de soporte y apoyo para el mantenimiento de la persona mayor en la comunidad.

El sistema de recursos sociales para el mantenimiento del anciano en la comunidad debe completarse, para contribuir a su éxito, con un sistema complementario de prestaciones sociales que hagan posible la consecución de un bienestar mínimo (especialmente en términos de disponibilidad económica y de autonomía y calidad de vida en la vivienda, así como de acceso a ayudas técnicas) en el entorno habitual del anciano.

2.2.1. Recursos sociales para el mantenimiento del anciano en la comunidad

Los principales recursos sociales para el mantenimiento de la población mayor de 65 años en la comunidad son: el servicio de ayuda a domicilio, el servicio telefónico de emergencia, los centros de día, las estancias temporales en residencias y las familias de acogida.

A. SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

- *Objetivo:*

Consolidar un sistema homogéneo de atención domiciliaria en el conjunto del Territorio de la Comunidad Autónoma de Euskadi, que sustente una red de

recursos generales de apoyo para el mantenimiento en el domicilio de toda aquella persona mayor que así lo desee.

- *Propuestas de actuación:*

- Otorgar prioridad a la consolidación de un sistema homogéneo de atención domiciliaria en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

El Servicio de Ayuda a Domicilio se configura como el pilar básico de la política de mantenimiento a domicilio, constituyendo a su vez el principio fundamental de la atención gerontológica defendida en el Plan, que no es otro que el de tratar de no separar al anciano de su propio entorno familiar y social.

La consecución de una mínima homogeneidad en la prestación constituye un elemento determinante, en especial en relación a las siguientes cuestiones:

- Delimitación de la necesidad y fijación del recurso de atención a poner en marcha.

Son cuestiones en las que indiscutiblemente cabe llegar a acuerdos técnicos, habiéndose desarrollado para ello diferentes escalas. A este nivel, es fundamental el uso de estos elementos comunes, ya que su empleo introduce una sensación de objetividad de las situaciones personales y proporciona un mecanismo racional en la habilitación de los recursos que se libran.

- Delimitación de los modelos básicos de gestión de la prestación, en especial en lo que se refiere a los aspectos relativos a personal.
- Delimitación del sistema de financiación, sobre todo en lo concerniente al papel a desempeñar en esta cuestión por el propio usuario de la ayuda a domicilio.

Esto requiere, desde luego, un mínimo de reglamentación común sobre ayuda a domicilio para el conjunto de la Comunidad Autónoma.

El planteamiento de establecer prioridades supone, por otro lado, una apuesta en materia de gasto público, debiendo orientar las instituciones públicas sus recursos para la tercera edad de forma preferente a este tipo de actuación.

- Apostar, a corto y medio plazo, por la intensidad en la prestación de la ayuda a domicilio.

Aunque la cuestión de la orientación básica de la atención (intensiva o extensiva) debiera someterse igualmente a criterios de normalización y homogeneización, el problema fundamental se relaciona con la elección del modelo a seguir.

En este caso, fundamentalmente por la realidad de unos recursos económicos limitados, resulta necesario optar a corto y medio plazo por la cobertura de las necesidades más importantes y que, por eso mismo, requieren una atención más intensiva (ayuda de más de 2-3 horas diarias).

El modelo extensivo, hoy predominante en algunos Territorios, debe ser sin embargo mantenido como elemento de atención, aunque con carácter menos prioritario, al menos a corto y medio plazo. A largo plazo, conforme se establezca la demanda de plazas residenciales y se amplíe la red de atención extra-residencial, cabría sin embargo plantearse una nueva recuperación de demandas de utilización extensiva de la ayuda a domicilio en el caso de personas mayores con deficiencias de limitada implicación en términos de incapacidad. De esta forma, se insistiría de forma más nítida en el carácter preventivo de la prestación y no sólo en el carácter fundamentalmente asistencial (para personas con problemas más severos de incapacidad o aislamiento personal) que se preconiza para el corto y medio plazo.

En definitiva, el servicio de ayuda a domicilio debe tener un componente mixto, moviéndose la atención entre unos niveles mínimos y máximos de necesidad (medidos en términos de necesidades y de necesidad de atenciónkosto).

- Delimitar módulos de atención básica y complementaria en la ayuda a domicilio.

Además de un modelo de orientación intensiva, aunque abierto a prestaciones más extensivas, la prestación de asistencia a domicilio debe combinar también la idea de concretar prioridades con la de flexibilidad en otros ámbitos, concretamente en el de sus contenidos. De esta forma, se propone optar por un modelo asentado en la cobertura de las necesidades más específicamente domésticas pero secundariamente igualmente abierto, en función de las necesidades, a la cobertura de necesidades complementarias, de carácter más humano y afectivo (básicamente, tareas de acompañamiento y ayuda personal).

En la línea de lo que sucede actualmente en algún Territorio Histórico, podría darse un margen a los entes municipales para abordar financieramente, en función de sus deseos, esta cobertura complementaria, cubriendo las instituciones supralocales las prestaciones básicas.

En relación a la ayuda a domicilio de carácter complementario, resulta decisivo el impulso del papel del voluntariado, tanto entre personas de la propia tercera edad como en personas más jóvenes.

- Compaginar la perspectiva de un crecimiento progresivo de la ayuda a domicilio con la estabilización del nivel de plazas residenciales, al menos en las zonas con mayor cobertura.

Si en el corto y medio plazo es imposible plantear la atención domiciliaria, con los recursos y prestaciones complementarias de apoyo, como un instrumento de uso preferente y dominante frente a la residencialización (dadas las bajas coberturas actuales), a largo plazo es importante plantear la perspectiva de una ampliación notable de las plazas de atención domiciliaria y de estabilización en torno al 5% de las plazas residenciales. En este sentido, es importante trabajar en el horizonte de los próximos

lo-15 años en la idea de aproximamos progresivamente a un ratio de 6% de plazas de ayuda a domicilio por cada 100 personas mayores de 65 años, que resulta coherente con la perspectiva planteada de mantener una cierta apertura hacia la cobertura de necesidades que requieren una atención menos intensiva.

- Introducir de forma progresiva la idea de un derecho subjetivo a la ayuda a domicilio en caso de necesidad.

De una u otra forma, lo cierto es que el presente Plan sitúa a la ayuda a domicilio como una de las prestaciones básicas de los servicios sociales. Por esa razón, a largo plazo resultaría conveniente ir introduciendo y consolidando de forma progresiva en la normativa un derecho subjetivo a la ayuda a domicilio en determinados casos de necesidad comprobada. Sin embargo, es importante diferenciar el derecho a la prestación a domicilio del derecho al mantenimiento en el domicilio. En efecto, en determinadas situaciones, previo análisis, los poderes públicos deben tener la posibilidad de optar por una alternativa diferente.

Por otra parte, en la actual situación de crisis económica es importante no utilizar la perspectiva del derecho a largo plazo a la ayuda a domicilio en un debate planteado en el corto plazo ya que, en el momento actual, la posible aplicación de este derecho se vería fuertemente limitada por las realidades presupuestarias, no generándose probablemente sino falsas expectativas.

La posibilidad de un derecho subjetivo a la prestación de ayuda a domicilio en determinados casos de necesidad tiene algunas implicaciones de importancia; a saber:

- a) En primer lugar, la perspectiva de derecho implica la imposibilidad de excluir a una persona del servicio por disponer de recursos suficientes. Otra cosa es que el derecho pueda suponer, para acceder a él, financiar una parte mayoritaria o incluso la totalidad del coste del servicio prestado. Otra posible aproximación consiste en preconizar la posibilidad de plantear un límite de aportación del usuario en el coste (ningún usuario pagará más de x ptas/hora de prestación). A corto plazo, en el contexto de escasez de plazas asistenciales, no se debe perder de vista el hecho incontestable de que la atención desde la red pública a personas con recursos económicos suficientes puede acabar teniendo la consecuencia de dejar al margen de cualquier posible atención a personas sin recursos. Por esa razón, la generalización de la atención podría irse abriendo de forma progresiva, limitándose inicialmente a personas que, además de la necesidad física o psíquica, reflejaran igualmente una necesidad económica.
- b) En segundo lugar, la idea de un derecho común supone introducir elementos para que no repercutan en realidades de atención tan diferenciadas para el usuario las distintas modalidades de gestión del servicio de ayuda a domicilio o las distintas sensibilidades de las instituciones públicas.

- c) Finalmente, la regulación del acceso a la ayuda a domicilio por vía de derecho obligaría a regular las formas de financiación del servicio, evitando la actual situación de dispersión.

En cualquier caso, es importante insistir en la necesidad de establecer un sistema de recursos y prestaciones complementarias a la ayuda a domicilio, sin las cuales ésta resultará con frecuencia inútil y, en muchas ocasiones, aún más ineficiente que la propia alternativa residencial. En este sentido, son particularmente decisivas las prestaciones para acondicionamiento de viviendas (cuando existan deficiencias importantes para alcanzar un mínimo de calidad de vida), una auténtica Asistencia Sanitaria a Domicilio prestada por los servicios de atención sanitaria y, por supuesto, una adecuada política de pensiones y rentas.

B. SERVICIO TELEFONICO DE EMERGENCIA

- *Objetivo:*

Garantizar a toda la población de riesgo una seguridad en caso de incidente o de necesidad perentoria.

- *Propuestas de actuación:*

- Proporcionar un servicio telefónico de emergencia a toda la población con necesidad de seguridad para el desarrollo armónico de su vida cotidiana.

Por su importancia de cara a la integridad física de las personas, así como por su faceta de seguridad psicológica, es necesario impulsar los servicios de telealarma y teleasistencia, mediante los cuales las personas mayores que se encuentran en su domicilio y presentan situaciones de riesgo mantienen una línea de conexión permanente con el exterior. Dado el objetivo primordial que se pretende, la centralita que controla la instalación del aparato debe disponer de capacidad para habilitar la llamada a los organismos de socorro que corresponda en un plazo brevísimo de tiempo.

Se ha comprobado que el coste de implantación y mantenimiento de estos sistemas de telealarma son asumibles por el sector público. Por esa razón, se considera factible una implantación generalizada en aquellos casos en los que se observen situaciones objetivas de riesgo, ya sea por motivos de falta de seguridad psíquica o por una posible incapacitación grave de carácter temporal.

- Apoyar la creación de sistemas complementarios de apoyo psicológico y personal.

Asimismo, resulta interesante potenciar la creación de un servicio de red telefónica contra el aislamiento. Este servicio no puede sin embargo sustentarse en personal asalariado, debiendo tratar de implantarlo a través de personal voluntario.

C. CENTROS DE DIA

- *Objetivo:*

Garantizar el mantenimiento en el entorno habitual en el caso de personas con un nivel muy alto de dependencia personal, apoyando a la familia mediante la provisión de un recurso que posibilite la vida laboral de sus miembros.

- *Propuestas de actuación:*

- Consolidar una red mínima de centros de día, homogéneamente distribuida a lo largo de la Comunidad Autónoma.

Dentro de las actuaciones destinadas a mantener a la persona mayor en la comunidad, los centros de día constituyen una de las más importantes. Su importancia radica en que son la principal alternativa de atención destinada a aquellos ancianos con problemas de incapacidad que no pueden ser convenientemente atendidos a través de los servicios de ayuda a domicilio.

Existe sin embargo una condición básica para la atención en un centro de día, que es la existencia de una estructura familiar de apoyo suficiente, que pueda asumir la atención nocturna del anciano.

Como criterio orientativo para la definición de necesidades de plazas está la idea de evitar que exista una demora superior a 3 meses en la asignación del recurso, una vez solicitado el ingreso. De no conseguirse este objetivo, es muy probable que la demanda se reoriente hacia la petición de ingreso residencial.

- *Bases para la planificación de la atención en centros de día:*

Para la planificación de los centros de día deberán considerarse los siguientes aspectos:

1. Los centros de día deberán tener una capacidad de 30-40 plazas, con un horario amplio de atención.
2. Deberán estar ubicados en espacios sin barreras arquitectónicas y lo más cerca posible del domicilio del usuario.
3. El centro debe garantizar los servicios siguientes:
 - Transporte adaptado.
 - Atención a la higiene personal.
 - Atención médica y de enfermería básicas.
 - Rehabilitación de mantenimiento.
 - Actividades de resocialización.
 - Actividades de ocio y tiempo libre.
 - Asistencia social.
4. El personal de atención directa deberá ser específico del centro, contando con un ratio de 1 cuidador por cada 5-6 usuarios, utilizando otros pro-

fesionales (médicos, asistentes sociales, etc.), bien sea de las residencias o de las redes generales asistenciales, en el caso de necesidades especiales de atención.

5. La atención diurna en residencias constituirá una variante de la atención en centro de día, en la que se utilizan las estructuras residenciales para atender a un número determinado de ancianos sin grandes discapacidades.

D. ESTANCIAS TEMPORALES EN RESIDENCIAS

- *Objetivo:*

Ofrecer una alternativa de liberación o «respiro» temporal a los familiares cuidadores de ancianos discapacitados, de forma que dicha familia pueda seguir atendiendo y manteniendo al anciano en su medio.

- *Propuestas de actuación:*

- Establecer un número mínimo de plazas para estancias temporales dentro del sistema de plazas residenciales.

Las estancias temporales en residencias deben plantearse como alternativa de apoyo para familias que mantienen en su domicilio a ancianos gravemente incapacitados, facilitando en determinadas circunstancias el mantenimiento de una vida normalizada.

Las circunstancias en las que debe ofertarse este recurso pueden ser, entre otras, las siguientes:

- Vacaciones familiares.
- Fines de semana.
- Viajes inaplazables,
- Enfermedad o internamiento del cuidador habitual.
- Obras en vivienda.
- Etc...

La duración de la estancia oscilará entre 2 días y 2 meses, ajustándola a la necesidad o circunstancia concreta, evitando en todo caso la prolongación injustificada de la estancia.

E. FAMILIAS DE ACOGIDA

Aunque no se considera que un programa de familias de acogida constituya un elemento determinante en un plan de actuaciones destinadas a mantener al anciano en la comunidad, sí se contempla que, con el carácter minoritario que le caracteriza, este tipo de programas pueden facilitar, en casos específicos, la integración en una familia como alternativa al ingreso en una residencia o en alguna otra institución asimilable.

El objetivo de este programa es proporcionar al anciano la atención necesaria en un ambiente y trato lo más parecido a una auténtica familia. La familia y el anciano establecen un contrato privado en el que constan los compromisos que

adquiere cada una de las partes: el anciano se obliga a abonar la cantidad establecida y la familia se compromete a recibir al anciano e integrarle como un miembro más de la familia, prestándole alojamiento, manutención, atención personal, etc.

Para ello, el anciano no puede tener ningún grado de consanguinidad o afinidad con la familia que presta el acogimiento. Por su parte, la familia acogedora debe cumplir algunos requisitos de edad, salud, disposición al trato con personas mayores, etc., y el domicilio debe contar con unas condiciones adecuadas de situación, confort y accesibilidad.

El seguimiento del caso debe ser muy cercano y el contrato se rompe en cuanto se detecta el deterioro de las relaciones.

Por sus especiales características, este servicio será necesariamente minoritario, aunque por lo general está muy bien valorado por los ancianos que se han beneficiado de los programas. Por esa razón, se considera positivo que las instituciones dediquen algún tipo de recurso a estas acciones complementarias de carácter minoritario, si así lo consideran oportuno. Su incidencia real en la política de servicios para la tercera edad resulta claramente secundaria.

Las instituciones públicas deben tener especial cuidado en establecer mecanismos de seguimiento en el caso de actuaciones que se desarrollen al margen de su tutela directa (redes privadas de acogida) ya que, en países cercanos, se han constatado casos de fraude que deben ser evitados.

2.2.2. Actuaciones de soporte y apoyo

Además de las políticas ya señaladas dirigidas a fomentar el mantenimiento de las personas de edad avanzada en el hogar, es preciso considerar otras actuaciones de soporte que constituyen requisito previo e indispensable para alcanzar dicho objetivo: el desarrollo de una buena política de vivienda, la universalización de las ayudas técnicas, la generalización de un bienestar económico y el apoyo a la red natural de atención.

A. ACTUACIONES EN MATERIA DE VIVIENDA

- *Objetivo..*

Tratar de conseguir, de forma progresiva, que todos los ancianos, cualquiera que sea su condición física, habiten en una vivienda que satisfaga unos estándares mínimos en cuanto a nivel de confort y que reúna condiciones necesarias de acceso y habitabilidad.

- *Propuestas de actuación:*

- Mejorar las actuaciones ya puestas en marcha en la actualidad de cara a incrementar la calidad de la vivienda.
Existen algunos programas orientados a potenciar la calidad de la vivienda, que una vez mejorados, pueden facilitar la consecución de ob-

jetivos de importancia en este campo. En esta línea, las principales actuaciones a desarrollar son las siguientes:

- Unificar en un único programa las ayudas económicas individuales en materia de vivienda para personas con minusvalía, incorporando al mismo a todas las personas, con independencia de la edad, que por razones de discapacidad precisen realizar adaptación funcional del hogar y/o eliminar barreras arquitectónicas, organizando un servicio adecuado de asesoramiento en esta materia.
 - Desarrollo de campañas de información para que los potenciales beneficiarios de las Ayudas de Emergencia Social y de otras medidas dirigidas a vivienda accedan a las mismas.
 - Generalizar la legislación específica en materia de rehabilitación de vivienda para personas con minusvalía, ampliándola al conjunto de discapacitados, independientemente de la edad: obligatoriedad de instalación de ascensores accesibles y ampliación de la Ley de Propiedad Horizontal para facilitar la adopción de acuerdos para la adecuada habitabilidad del edificio en el caso de ancianos con discapacidad.
- Ampliar la oferta de viviendas disponibles en el mercado para las personas mayores.

Un segundo marco de actuación preferente en materia de vivienda hace referencia a la conveniencia de ampliar la oferta de viviendas destinada a la tercera edad. Las acciones concretas que podrían desarrollarse en este campo son las siguientes:

- Reserva de un porcentaje de viviendas en los proyectos de nueva construcción de viviendas de protección oficial y de viviendas sociales. Estas viviendas deberían tener características constructivas suficientes para asegurar la adecuación y adaptación a la discapacidad del anciano.
- Potenciar la utilización, por parte de Diputaciones Forales y Ayuntamientos, de las potestades previstas en la normativa existente en la Comunidad Autónoma del País Vasco, sobre reserva de viviendas sociales para su arrendamiento o cesión en precario a personas mayores de 60 años que carezcan de vivienda o ésta presente condiciones graves de inhabitabilidad.

En una línea bastante similar, resultaría igualmente de interés establecer diversas medidas de apoyo financiero para ayudar a las personas de edad avanzada a comprar o arrendar una vivienda apropiada a sus necesidades. En este sentido, podría incluirse, en la legislación autonómica sobre acceso a las viviendas protegidas de los sectores de población con menor nivel de ingresos, un baremo específico que puntúe a favor de las personas mayores de 65 años en situación de necesidad.

No obstante, hay que destacar que estas actuaciones sólo podrán tener una limitada repercusión en un colectivo sin demasiada capacidad de ahorro y que, en general, posee su vivienda en propiedad.

- Establecimiento de planes para la mejora y rehabilitación de las viviendas rurales, ampliando los existentes para actuaciones en determinadas áreas geográficas (Centros Históricos).
Las actuaciones rehabilitadoras tienen mayor trascendencia en el caso de la población anciana dado que, por sus especiales características, constituye un colectivo mayoritariamente asentado en ámbitos sujetos a la política rehabilitadora de la Administración. Por tanto, esta política tendría que considerar a la tercera edad como sujeto específico de la acción rehabilitadora, circunstancia que aportaría resultados favorables tanto desde la perspectiva de la política de vivienda como desde la política de integración social de los colectivos desfavorecidos.
- Utilización razonable del importante parque de viviendas municipales, pudiéndose abrir en este contexto un programa de arrendamiento de viviendas públicas municipales a ancianos con problemas de vivienda. Aunque esta cuestión se trata con más detalle en otro apartado, debe señalarse en este contexto que no vale simplemente con una buena política de vivienda complementaria de la política de mantenimiento del anciano en su entorno habitual. Sin una política coherente y decidida de eliminación de las barreras físicas y arquitectónicas del espacio exterior y de adaptación del transporte público colectivo, como medidas complementarias a la adaptación de vivienda, no se podrá evitar el confinamiento de los ancianos en el reducto del hogar, por muy confortable y adaptado que resulte.

B. ACTUACIONES EN MATERIA DE BIENESTAR ECONOMICO

- *Objetivo:*

Contribuir a facilitar el acceso a unos recursos suficientes que garanticen un bienestar económico mínimo a todas las personas mayores de 65 años.

- *Propuestas de actuación:*

Aunque, en gran medida, la actuación en materia de política de rentas desborda la capacidad de actuación de las instituciones públicas de la Comunidad Autónoma, es evidente que sus máximos representantes institucionales tienen un papel de liderazgo que cumplir, debiéndose contribuir con ello al desarrollo de las siguientes actuaciones:

- Favorecer la revalorización de las pensiones más bajas, complementándolas en su caso con otras prestaciones, de forma que se cubran las necesidades básicas de los ancianos.
- Ampliar la cobertura del sistema público de pensiones no contributivas, generalizando su extensión a todas las personas ancianas que carezcan de ingresos e impulsando medidas divulgativas de su existencia y de la forma de acceso a las mismas.

- En el supuesto de aplicación del cómputo del Ingreso Mínimo de Inserción (I.M.I.) a grupos familiares en los que existan ancianos, se debe evitar la penalización de aquellos mayores que manifiesten su solidaridad para con otros miembros de su familia. En este sentido, se propone no contabilizar las pensiones bajas del régimen de la Seguridad Social ni las Pensiones no Contributivas (PNCs) que pueda cobrar el anciano, ya que, en caso contrario, se verificaría una reducción práctica de su renta per cápita.
- Incrementar la protección en favor de las personas mayores sin recursos suficientes y que no puedan valerse por sí mismas en el desarrollo de las actividades de la vida diaria.
- Informar a los potenciales beneficiarios sobre la existencia de las Ayudas de Emergencia Social (AES) y sobre el acceso a las mismas, mejorando su cuantía y ampliando los conceptos de prestación.
- Desarrollar programas de prestación económica complementaria para aquellas personas cuyos recursos resulten insuficientes para hacer frente a gastos específicos de carácter básico y revisar los criterios de acceso a las prestaciones económicas, incluyendo el concepto de disponibilidad real de ingresos. Estos programas podrían incorporarse a las actuales AES.

C. AYUDAS TECNICAS

- Objetivo:

Favorecer la autonomía personal de los mayores discapacitados mediante su acceso a la utilización de ayudas técnicas y nuevas tecnologías.

- Propuestas *de* actuación:

- Superar el modelo actual de ayudas técnicas, en el que éstas quedan limitadas a personas que tengan la condición legal de minusválidas, definiendo como potenciales beneficiarios de las mismas a todas las personas con discapacidades, con independencia de su edad.
- Informar a los potenciales usuarios, poniendo en marcha servicios organizados y eficaces de información, a fin de favorecer el mayor grado de conocimiento sobre la gama de ayudas que pueden encontrarse en el mercado. Asimismo, potenciar la puesta en marcha de buenos canales de comercialización para que la oferta resulte variada y fácil de localizar.
- Fomentar la participación activa de los colectivos afectados en la evaluación de necesidades y en la toma de decisiones.
- Impulsar la formación de base de los profesionales que puedan estar implicados en el problema y la actualización de la información disponible sobre los avances tecnológicos, a fin de que puedan asesorar técnicamente en el diseño, adaptación y evaluación de cualquier útil o material aplicado a las actividades de vida diaria.

- Organizar y estructurar adecuadamente el sector de ayudas técnicas, con vistas al aprovechamiento más racional de los recursos, evitando la fragmentación de competencias y los problemas derivados de la proliferación de instancias administrativas.
- Delimitar claramente las competencias entre las distintas instancias intervinientes y garantizar una cobertura completa y sistemática del campo de las ayudas técnicas.
- Dotar al conjunto de centros, servicios y programas de los servicios sociales con las necesarias ayudas técnicas, cuya aplicación redundará notablemente en la superación de dificultades de la vida cotidiana y en el requerimiento de menores cuidados personales.
- Homogeneizar los baremos de ayudas económicas individuales para personas con minusvalías establecidos en cada uno de los Territorios Históricos y regular, mediante la correspondiente normativa, el procedimiento de acceso a las mismas, ampliando el programa a todas las personas discapacitadas, sea cual sea su edad.
- Intensificar la investigación en el campo de las ayudas técnicas personales, proporcionando a tal fin recursos económicos destinados al desarrollo de programas tendentes a la obtención de nueva tecnología aplicada a personas con discapacidades.

D. POLITICA DE APOYO A LA FAMILIA

- *Objetivo:*

Apoyar a las familias que contribuyan a mantener a familiares mayores de 65 años en su propio entorno residencial.

- *Propuestas de actuación:*

- Establecer ayudas de índole económica que estimulen el mantenimiento de personas mayores de 65 años en el hogar habitual, fundamentalmente en aquellos casos en los que el mantenimiento implica una auténtica asistencia alternativa a la ofrecida por los servicios residenciales y de ayuda a domicilio.

Las ayudas que podrían establecerse en este ámbito, son las siguientes:

- Desgravaciones fiscales para las familias que viven con ancianos en situación de necesidad prestándoles una asistencia propia de la ayuda a domicilio o de la residencia.
- Prestaciones económicas a familias en situación de necesidad que se ocupan de alojar y cuidar a familiares de edad avanzada que requieren una atención permanente, evitando así su residencialización.
- Exoneraciones de seguridad social por el personal contratado a domicilio por las propias familias para atender a ancianos discapacitados.
- Concesión de excedencias y permisos laborales necesarios para el cuidado de ancianos discapacitados.

- Desarrollar y apoyar acciones que potencien la convivencia intergeneracional.

Además de las ayudas de tipo económico, el apoyo a las familias que mantienen a sus familiares ancianos en el entorno habitual puede incluir las actuaciones siguientes:

- Desarrollo de campañas de sensibilización que orienten las actitudes hacia la solidaridad y la corresponsabilidad de hombres y mujeres en la atención a los ancianos discapacitados.
- Financiación de programas de formación a familias que tengan ancianos a su cargo: cuidados sanitarios, manejo de situaciones de stress, etc.
- Mejora de los sistemas de información sobre los recursos sociales disponibles, facilitando el acceso a los mismos a las familias afectadas o potencialmente afectadas.
- Prestación de ayuda psicológica a familias cuidadoras habituales de ancianos para evitar el desgaste que puede suponer la atención de situaciones de alta dependencia.

Con todo, sin embargo, la mejor vía para definir una auténtica política de apoyo a la familia en el tratamiento de la vejez consiste en desarrollar todas aquellas medidas que sitúan a la familia como auténtico centro de recepción de servicios y prestaciones, potenciando el desarrollo de todos los recursos y prestaciones de apoyo al mantenimiento del anciano en su medio y que hemos venido analizando hasta ahora con detalle (servicio de ayuda a domicilio, centros de día, cortas estancias en residencias, políticas de vivienda, de rentas y de ayudas técnicas). Las medidas señaladas en este apartado no son sino un pequeño complemento de esas acciones de carácter básico y fundamental.

2.3. Equipamientos comunitarios

Criterios generales:

Los objetivos básicos de carácter general del desarrollo de una red de servicios y equipamientos comunitarios amplia y suficiente, son los siguientes:

- Propiciar las posibilidades de integración social de las personas mayores, facilitando la cobertura de sus necesidades sociales fundamentales.
- Normalizar la vida social de las personas mayores.

En esta perspectiva, además de desarrollar con criterios de normalización servicios y equipamientos específicos para la tercera edad próximos al lugar de residencia, resultará fundamental fomentar la utilización por las personas mayores de los centros comunitarios dirigidos a toda la población.

Esta aproximación requiere introducir un enfoque de los problemas de los mayores desde una nueva visión, en la que sea factible superar la situación actual subsidiaria de los servicios de bienestar social en relación a aquellos ámbitos de

intervención gestionados por otras instancias. En ese camino, el apoyo a la consolidación de unos equipamientos comunitarios para el conjunto de la población resulta fundamental.

Problemática detectada:

La red de servicios comunitarios para la tercera edad se basa, fundamentalmente, en estos momentos, en la red de clubes y hogares de jubilados. Podemos igualmente destacar la tendencia a consolidar, al menos en determinados Territorios Históricos, otros tipos de servicios comunitarios, como los comedores sociales, si bien la implantación de estos servicios es mucho menor de la que representan clubes y hogares.

A nivel de equipamientos comunitarios, los más importantes para la tercera edad son, desde luego, los que tienen que ver con la consecución de una buena accesibilidad y movimiento dentro de la ciudad, evitando las barreras urbanísticas, arquitectónicas y de acceso a los transportes públicos.

En relación a estos servicios y equipamientos comunitarios a los que accede la tercera edad, podemos destacar los siguientes rasgos definidores de la situación y problemática actual:

- a) Los clubes y hogares de jubilados constituyen los equipamientos comunitarios utilizados por la tercera edad más extendidos en nuestra Comunidad. Funcionan actualmente como lugares de encuentro, promotores del desarrollo cultural y de la ocupación del tiempo libre, habitualmente desligados de los equipamientos comunitarios de carácter general.

Para ciertos sectores de la población anciana, estos servicios siguen constituyendo su exclusivo o, al menos, principal marco de relaciones sociales. De ahí que convenga reconocer este papel de los clubes y hogares, tratando de contribuir, en la medida en que sigan dándose las condiciones que hacen posible esta realidad, a que se mantenga en alguna medida esta función positiva que desempeñan.

Es importante destacar la existencia de grandes diferencias entre los clubes autogestionados por asociaciones locales de jubilados y los dependientes de instituciones públicas o de grandes entidades privadas, caracterizados por una organización formal mucho más elaborada. De hecho, uno de los mayores inconvenientes, quizá el principal, a la hora de trazar unas líneas de trabajo que puedan servir para todos estos centros, es precisamente la coexistencia de modelos de gestión muy diferenciados.

En la mayoría de los centros, la gestión del tiempo libre es lo realmente determinante. Si bien la fórmula más sencilla de gestión es la financiación de programas por parte de las instituciones, en muchos casos se financia tanto la estructura de personal del centro como el mantenimiento del conjunto de actividades del mismo.

Dada la actual concepción de hogares y clubes, los ancianos discapacitados están, en la práctica, excluidos de este tipo de recursos, ya que sus demandas no pueden ser atendidas en los mismos.

Si consideramos lo que pretenden ser en este momento los clubes de mayores, fundamentalmente «lugares de encuentro dinámicos y abiertos, cuya finalidad es facilitar la integración de los mayores en la sociedad, para lo cual han de estar proyectados al exterior y en conexión con la vida ciudadana», podemos destacar que los que tienen un *buen funcionamiento* se caracterizan por los rasgos siguientes:

- Proporcionan auténticas responsabilidades a sus usuarios.
- Sirven de aliciente a diversidad de mayores con intereses variados.
- Favorecen la participación de los socios y la gestión de las programaciones por los mismos.
- Constituyen un medio de comunicación con la comunidad, proporcionando modos de relación con grupos de edades diferentes.
- Promueven actividades socio-culturales hacia el exterior.

Por tanto, son estos rasgos los que deberán ser potenciados en el próximo futuro, siendo preciso revisar el carácter de los «clubes de jubilados» como meros lugares de encuentro para charlar, jugar, etc., en los que se ofertan determinados servicios económicos. Es necesaria una evolución de la filosofía de estos centros para adecuarse a las demandas e inquietudes de las nuevas generaciones de mayores en cuanto al tiempo libre, así como para dar respuesta a otro tipo de necesidades de los ancianos con determinadas discapacidades.

En este proceso evolutivo, parece sin duda conveniente fomentar de manera creciente la inclusión de los clubes y hogares en el marco de los equipamientos comunitarios para toda la población, evitando la actual situación, caracterizada por una cierta tendencia a la segregación de los espacios de convivencia de los diferentes sectores de población, en función de criterios como la edad.

- b) A diferencia de lo que ocurre con los clubes y hogares, orientados a cubrir una variedad de necesidades de tiempo libre no claramente delimitadas a priori, los comedores sociales tienen una función muy específica. La finalidad de este servicio consiste en cubrir una necesidad básica de alimentación de aquellos ancianos que por incapacidad física o psíquica para la preparación de la comida diaria, por falta de apoyo familiar y/o por dificultades económicas, no pueden o tienen impedimentos para realizar una comida completa y adecuada desde el punto de vista dietético.

Esta no es sin embargo la única función de los comedores sociales para la tercera edad. Así, como elemento añadido, constituyen un elemento de importancia para mantener a determinados tipos de ancianos en su entorno social y posibilitar la relación social con otras personas, evitando su aislamiento. Esta faceta de integración social es importante, particularmente en aquellos casos en los que los comedores sociales constituyen centros de referencia en el entorno social habitual.

En realidad, los comedores sociales tienden a diferenciarse en función del carácter más o menos abierto de los mismos. Así, el modelo de comedor abierto a todos, sin una valoración social previa del usuario, difiere del modelo más cerrado en el que se establece una selección previa del anciano beneficiario en función de su situación social.

En general, el servicio de comedor social, en especial en su vertiente más especializada de atención a determinados ancianos necesitados, es considerado actualmente como un recurso social de primer orden.

- c) En materia de servicios y equipamientos comunitarios, la principal tarea pendiente está constituida, sin embargo, por los déficits existentes en materia de accesibilidad física a los diferentes espacios urbanos. A pesar de los diez años transcurridos desde la publicación del Decreto sobre «Normativa para la supresión de barreras arquitectónicas», por desgracia se ha avanzado poco en este terreno, estando pendientes de aplicación real muchas de las disposiciones establecidas.

Como reflejan las distintas investigaciones disponibles, el medio urbano constituye un medio lleno de barreras de todo tipo para una parte importante de las personas mayores, principalmente las más discapacitadas, aunque no exclusivamente. Estas barreras se manifiestan en la capacidad de movilidad en el entorno de la ciudad y, de forma aún más nítida, en el contexto de la utilización de los medios de transporte público.

A este respecto, puede sostenerse, sin ningún temor a equivocarse, que la población mayor de 65 años es la más claramente perjudicada por la ausencia de una auténtica adaptación de nuestras ciudades a las necesidades de los discapacitados.

En base a lo señalado, se debe insistir en la necesidad de una mayor sensibilización ciudadana ante este problema, dadas las dificultades permanentes que muestra la persona discapacitada para hacer uso del entorno habitual de convivencia, de los edificios públicos y del medio urbano.

Áreas y líneas de actuación:

Considerando la situación actual en materia de servicios y equipamientos comunitarios, las principales líneas de actuación a desarrollar en este campo son las siguientes:

1. Transformación de la actividad de los actuales clubes y hogares, de acuerdo con una filosofía más ajustada a los nuevos tiempos.

Los clubes y hogares de jubilados deben pasar de constituir meros lugares de encuentro para charlar, jugar, etc., a convertirse en centros de irradiación de servicios y actividades diversificadas, capaces de adecuarse tanto a las demandas e inquietudes de las nuevas generaciones de mayores con respecto al tiempo libre como a las necesidades de los ancianos con determinadas discapacidades. Esta actuación debe realizarse desde una perspectiva de integración en el medio social general, evitando cualquier tendencia a la segregación en función de la edad y fomentando la par-

ticipación de las personas mayores en la definición y gestión de los programas y actividades de los centros.

2. Consolidación de una red de comedores sociales que contribuyan a la integración social de la población anciana.

Los comedores sociales constituyen un servicio de gran utilidad, tanto para favorecer el mantenimiento de colectivos de riesgo dentro de su entorno habitual como para definir un marco de relación e integración social para personas ancianas con tendencia al aislamiento.

3. Superación de las actuales barreras para la movilidad de las personas mayores en su entorno habitual.

La aplicación efectiva de la normativa sobre barreras a la movilidad constituye una necesidad imperiosa, sin la cual será realmente imposible hablar de normalización en el uso de los servicios ciudadanos y en el desarrollo de la vida cotidiana en el entorno físico de la ciudad para una parte significativa, en algunos aspectos incluso mayoritaria, de la población anciana.

2.3.1. Transformación de los actuales clubes y hogares.

- *Objetivo:*

Adaptar el funcionamiento y la estructura de servicios de los clubes y hogares a las nuevas necesidades de las personas mayores y facilitar su apertura a la población con problemas de discapacidad.

- *Propuestas de actuación:*

- Mejorar la infraestructura y equipamientos de los clubes y hogares, adecuándolos para el desarrollo de los objetivos perseguidos.

En la nueva concepción de los clubes y hogares, resultará importante tratar de desechar la concepción tradicional de lugares de «retiro», adaptando físicamente los espacios a los modos de ocupación del tiempo libre de los mayores en la actualidad.

Por otra parte, convendría ir contemplando espacios para el desarrollo de aquellos servicios que respondan a las nuevas exigencias planteadas (comedor, podología, baño geriátrico, gimnasio, etc.). Si bien esto es difícil de generalizar para el conjunto de centros, sí puede constituir una referencia para los centros públicos, que pueden convertirse en centros de prestación de determinados servicios más especializados.

Por supuesto, conviene insistir en la necesidad de eliminar cualquier tipo de barrera urbanística y arquitectónica en el acceso a los clubes de personas con discapacidad.

- Fomentar la apertura hacia la comunidad, favoreciendo el acceso a toda la población, la interrelación y la participación activa.

Un aspecto importante en la organización espacial de los servicios de clubes y hogares estriba en la definición de espacios de encuentro con la población general (asociaciones, escuelas, organizaciones sindicales, etc.), que deben servir para fomentar la relación intergeneracional.

- Incentivar la movilización de los mayores en la participación en la vida social y cultural de su pueblo o ciudad, posibilitando su protagonismo. La actividad habitual de los centros debe dar protagonismo a aquellos programas que faciliten la integración de los socios en actividades compartidas con otros ciudadanos, favoreciendo con ello la relación intergeneracional y la ruptura de cualquier tipo de aislamiento social.
- Facilitar los recursos necesarios para que los mayores puedan utilizar de manera positiva el tiempo libre, de acuerdo con su situación e intereses. Es necesario que los clubes y hogares diversifiquen su oferta socio-cultural, tratando con ello de dar respuesta a las nuevas necesidades de las generaciones que acceden en el momento actual a la jubilación.
- Consolidar un modelo de centro cada vez más basado en criterios de autogestión.
Los clubes y hogares deben constituir centros gestionados por y para las personas mayores, lo que implica una presencia cada vez menor de la Administración como titular de los centros.
Este proceso de creciente autogestión de los centros requiere sin embargo, para ser factible y tener éxito, la puesta a disposición de algún tipo de apoyo técnico a las juntas de los clubes, que deberá servir para hacer efectiva la autogestión, pero también para aportar ideas y sugerencias que hagan posible un funcionamiento dinámico, participativo y realmente democrático de los centros.

2.3.2. Comedores sociales

- *Objetivo:*

Introducir en la red de servicios sociales para la tercera edad, en caso necesario, el servicio de comedor social, como instrumento de apoyo al mantenimiento del anciano en situación de riesgo en su entorno residencial habitual.

- *Propuestas de actuación:*

- Desarrollar el modelo de comedores destinados a los ancianos con dificultades.
La tarea fundamental de los comedores sociales es garantizar a los ancianos en situación de riesgo la posibilidad de realizar una comida adecuada en un entorno familiar y acogedor.
Esta función, para ser efectiva, requiere el compromiso de asistencia diaria del beneficiario, contribuyendo parcialmente el mismo a la financiación del servicio mediante el pago de un precio público.

Aunque esta opción de servicio, de orientación restringida, es la fundamental desde una perspectiva de gasto público, debe facilitarse sin embargo la posibilidad de ofrecer el recurso a un abanico más amplio de personas ancianas que pudieran estar interesadas en el mismo. La razón estriba tanto en la utilidad de fijar marcos específicos de relación social como en la conveniencia de evitar que estos comedores se conviertan en lugares demasiado cerrados, reservados para ancianos discapacitados o sin recursos económicos. En el caso de los ancianos sin graves carencias, la tendencia debe ser a la cobertura total o casi total del coste del servicio.

- Utilizar este recurso para conocer las necesidades y la evolución del colectivo de usuarios, realizando un control y seguimiento de los ancianos en situación de riesgo.
Resulta conveniente un seguimiento social de los ancianos que sean usuarios del servicio, en la medida en que pueden facilitar un instrumento de detección de futuras situaciones de riesgo.
- Aprovechar la infraestructura de otros equipamientos para su ubicación.
En los clubes de tercera edad y en los centros de día pueden habilitarse espacios para su utilización como comedores.
Es evidente que la integración de los comedores sociales para la tercera edad en los espacios previstos para otros servicios (clubes y centros de día, fundamentalmente) es particularmente operativa: esta integración facilita la introducción de economías de escala en la gestión de los servicios y, además, facilita el acceso de los usuarios de los comedores al resto de los servicios existentes en los centros considerados.

2.3.3. Accesibilidad y barreras físicas

- *Objetivo:*

Eliminar de forma progresiva las barreras urbanísticas, arquitectónicas y de cualquier otro tipo, que impiden la normalización de las actividades diarias en el entorno físico habitual para una parte mayoritaria de la población anciana.

- *Propuestas de actuación:*

- Posibilitar que la vivienda de la persona mayor reúna las condiciones necesarias de acceso y habitabilidad.
Esta intervención requiere tanto la puesta en marcha de los programas de ayudas técnicas analizados en su momento como la aplicación de prestaciones económicas para la adaptación de la vivienda y la eliminación de las barreras físicas, especialmente en los domicilios de los ancianos con dificultades de movilidad.
- Facilitar la accesibilidad a todos los edificios y lugares de uso público, impulsando el cumplimiento de lo dispuesto en la normativa vigente.

Es necesario volver a sensibilizar tanto a la ciudadanía, en general, como a las instituciones públicas locales y supralocales, en particular, para que se de un nuevo impulso al cumplimiento de la normativa genérica actualmente en vigor en materia de accesibilidad a edificios y lugares de uso público.

- Establecer progresivamente una estructura urbanística que permita a los mayores con discapacidad y disminuidos físicos en general disfrutar de su hábitat.

El desarrollo de esta medida supone, entre otras cosas:

- Propiciar la creación de zonas peatonales y de esparcimiento.
- Suprimir las barreras arquitectónicas y urbanísticas de calles, jardines y otras zonas de uso público.
- Instalar un mobiliario urbano adecuado (bancos, teléfonos, semáforos, aseos, etc.), que resulte de fácil uso para la población discapacitada.
- Posibilitar que los medios de transporte público estén adaptados y sean accesibles para quienes tienen dificultades de movilidad.

Las actuaciones necesarias para desarrollar esta medida general son las siguientes:

- Regular los requisitos mínimos que han de reunir los medios de transporte público, haciendo obligatorio el cumplimiento de los mismos.
- Eliminar las barreras arquitectónicas existentes en las infraestructuras de los medios de transporte público (estaciones, paradas, etc.).
- Adecuar los accesos a los transportes públicos, mejorando el sistema de información y señalización para los disminuidos físicos.
- Subvencionar la adquisición de taxis adaptados, delimitando estrategias que faciliten igualmente el mantenimiento de este tipo de servicio público.
- Definir, en su caso, medios alternativos de transporte, cuando el uso de la red pública sea objetivamente imposible, al menos a corto y medio plazo.
- Estimular la utilización de los recursos puestos a disposición de las personas discapacitadas por las instituciones, de forma que se rentabilicen realmente a nivel social las inversiones realizadas.

3. SISTEMAS DE ALOJAMIENTO

Aunque el eje central de las actuaciones públicas hacia la tercera edad deberá centrarse a partir de ahora en la intervención comunitaria directa, la política de alojamiento para las personas mayores seguirá constituyendo en el futuro un aspecto fundamental de la acción pública, particularmente de los servicios sociales, en coordinación con la red sanitaria. En este sentido, actualmente, la parte fundamental del gasto social se dirige a cubrir el mantenimiento de la red de alojamiento residencial. Por otra parte, los procesos de reestructuración a aplicar durante los próximos años en el campo residencial seguirán situando a esta parte de la acción social en un plano de primera línea de actuación.

En el presente capítulo, se presentan las distintas áreas y líneas de actuación en materia de alojamiento para la tercera edad, delimitando los dos grandes ámbitos en los que deberá moverse en el próximo futuro la intervención pública:

- a) De una parte, la transformación y adecuación de la red residencial tradicional a las actuales necesidades..
- b) De otra, la configuración de una nueva red de alojamiento, complementaria y en su caso alternativa, diseñada con carácter ligero y con objetivos directos de integración en el medio de origen del anciano residente. Esta red se compondrá de los recursos conocidos como viviendas comunitarias y pisos o apartamentos tutelados.

Antes de entrar en materia, conviene insistir en la necesidad de actualizar la normativa en vigor sobre acreditación pública de todos los centros, públicos y privados, que constituyen la red vasca de alojamientos para la tercera edad, con el fin de garantizar una correcta atención a las personas mayores y la consecución de unos mínimos de calidad, bienestar y derechos en el contexto de la vida residencial.

La normativa sobre acreditación debe garantizar, en consecuencia, los siguientes aspectos:

- a) Unos recursos, servicios y equipamientos mínimos, que garanticen la posibilidad de desarrollar una atención adecuada.
- b) Unos mínimos de personal, que hagan posible la correcta y continuada asistencia al anciano.

- c) Una reglamentación o normativa de régimen interno, que garantice la participación de las personas alojadas en la gestión de los centros y que regule los aspectos relativos a la vida cotidiana de los mismos.
- d) Una normativa sobre derechos y deberes específicos de las personas alojadas.

Criterios generales:

En un contexto en el que se atribuye prioridad absoluta al mantenimiento de la persona mayor en su medio habitual, los objetivos generales fijados en el Plan para los sistemas de alojamiento son los siguientes:

- 0 Facilitar un último recurso de atención residencial a aquellos ancianos incapaces de mantenerse en su domicilio de referencia, fundamentalmente por razones de discapacidad grave.
- 0 Potenciar al máximo los modelos de alojamiento socialmente integrados y que reproduzcan, en la mayor medida posible, el modo de vida anterior a la institucionalización, en el caso de necesidad de atención a personas válidas.

Problemática detectada:

El modelo planteado en el Plan parte de dos supuestos fundamentales:

- 1. Es preferible, en la medida de lo posible, el mantenimiento en el domicilio habitual a la búsqueda de formas de alojamiento institucional.
- 2. La alternativa residencial tradicional debe limitarse fundamentalmente a ancianos con grandes discapacidades, buscando fórmulas residenciales ligeras para aquellos casos en los que, siendo necesario el ingreso en residencia, no presenten sin embargo graves problemas de discapacidad.

La aplicación a corto y medio plazo de estos planteamientos tropieza con algunas dificultades y limitaciones serias:

- a) La primera limitación que debe señalarse es que, por desgracia, aún carecemos en la Comunidad Autónoma, al menos en la mayor parte de su Territorio, de un número suficiente de plazas residenciales para cubrir todas las necesidades existentes, a pesar de constatarse una lógica tendencia a la estabilización de la demanda, como consecuencia de la preferencia de la atención a través de servicios alternativos, fundamentalmente la ayuda a domicilio.

Esta carencia de plazas se evidencia sobre todo por el número de personas en situación de lista de espera para ingresar en un centro residencial. Los estudios de demanda existentes confirman igualmente este déficit de plazas, ofreciendo datos de necesidad y demanda muy similares a los que aportan las cifras de las listas de espera.

Las perspectivas de futuro, con un aumento importante del volumen de población anciana, deben ser igualmente consideradas, razón por la que,

a pesar del apoyo a las estructuras de mantenimiento a domicilio, seguirán siendo necesarias plazas residenciales tradicionales, incluso en un volumen superior al actual.

b) Una segunda cuestión a destacar es que, en la actualidad, la orientación de la atención residencial no resulta siempre apropiada, constatándose una serie de disfunciones de importancia, que se relacionan con los siguientes aspectos:

- La ocupación de una parte importante de las plazas residenciales por personas válidas que podrían haber desarrollado perfectamente una vida independiente fuera de la residencia o que, en todo caso, tendrían que haber encontrado una salida a su demanda a través de vías institucionales ligeras (viviendas comunitarias, apartamentos tutelados, etc.).

- La convivencia, en muchas residencias, de personas con situaciones absolutamente diferenciadas que, a la hora de la vida cotidiana, no producen sino insatisfacciones y tensiones. Esto ocurre especialmente en aquellos casos en los que la convivencia se produce entre válidos y ancianos con discapacidades muy graves, con frecuencia de carácter psíquico.

En definitiva, la realidad actual se caracteriza por la presencia de muchos ancianos válidos en centros que debieran destinarse preferentemente a personas con graves discapacidades, conviviendo en muchas ocasiones con personas con un nivel de deterioro muy acusado.

Estas disfunciones tienen importancia, en la medida en que constituyen un factor de distorsión en la consecución a corto plazo de los objetivos básicos planteados para la configuración de los sistemas de alojamiento para la tercera edad. De una parte, la presencia de ancianos válidos detrae plazas residenciales para personas en situación de discapacidad grave, muchas de las cuales se ven obligadas a engrosar durante mucho tiempo las listas de espera; de otra, suponen un contratiempo importante para la puesta en marcha del nuevo modelo, imponiendo una situación heredada de difícil solución a corto y medio plazo.

c) Los problemas planteados por la actual estructura de atención residencial se verían matizados de forma notable si los sistemas ligeros de alojamiento tuvieran una mayor difusión en nuestra Comunidad Autónoma, siendo capaces de absorber al importante colectivo de ancianos válidos hoy atendido en residencias. Sin embargo, es evidente que esta red de alojamiento alternativo aún está por consolidarse de modo definitivo en Euskadi.

Por las razones expuestas, resultará necesario convivir al menos durante algunos años con el modelo heredado, caracterizado por la fuerte presencia del

alojamiento residencial tradicional, en el que conviven de forma conjunta ancianos en situaciones muy diferenciadas, siendo sólo factible una transformación definitiva a largo plazo.

Aunque lo que señalamos a continuación está implícito en el perfil del modelo de sistema de alojamiento defendido, es importante recordar que no se descarta en absoluto en este modelo el ingreso de personas válidas en la red de alojamientos especializados, aunque sí se opta por su orientación hacia alternativas ligeras, diferentes de la residencia tradicional.

En relación a esta cuestión, debe quedar claro que en algunos casos resultará necesario el ingreso en un alojamiento especializado o protegido para ciertos ancianos válidos, a pesar de la existencia de fórmulas desarrolladas de mantenimiento a domicilio. Así ocurrirá, de hecho, en casos de aislamiento social o de inhabilitabilidad de la vivienda.

Podemos aportar al respecto algunas cifras de interés. Así, la Encuesta de Tercera Edad 93, pone de manifiesto la existencia de un 6% de mayores de 65 años que viven en una situación de profundo aislamiento personal, con vivencia de una situación grave de soledad. Asimismo, esa encuesta detecta que un 1,3% de los ancianos vascos vive en viviendas que podrían considerarse como inhabitables. Parece evidente que, en bastantes de estos casos, la alternativa asistencial adecuada implicará el acceso a alguna fórmula de alojamiento protegido.

Además de las cuestiones señaladas, y con carácter general para el conjunto de la red de alojamiento, resulta conveniente insistir en la necesidad de conseguir superar una serie de problemas importantes:

a) La ausencia de intimidad en la atención residencial.

La realidad demuestra que el entorno residencial está con frecuencia reñido con el mantenimiento de la intimidad de los usuarios de estos centros. De una parte, la relativa escasez de habitaciones individuales plantea la evidente dificultad de convivir a personas que previamente no se conocen de nada; de otra, las actitudes del personal reflejan con frecuencia una visión institucional reñida con la aceptación del derecho a la propia intimidad, circunstancia que sin duda se vincula a la dificultad de compaginar este derecho con los principios de organización de los grandes centros.

b) La dificultad de desarrollar una atención individualizada hacia los usuarios.

La aplicación de los principios de organización propios de los centros trae consigo otro problema añadido, que es la definición de los trabajos del personal más en función del desempeño de tareas concretas que de la atención específica a las necesidades que, en cada momento, pueda tener el usuario.

En realidad, la necesidad del usuario tendría que ser el auténtico elemento condicionante del trabajo a realizar en la residencia. Este planteamiento implicaría la adopción de unos instrumentos de evaluación permanente del binomio necesidades-recursos.

No cabe duda, sin embargo, de las grandes dificultades que se asociarían a la puesta en marcha de un planteamiento de actuación de este tipo, que chocaría de antemano con los planteamientos de trabajo dominantes, tanto entre el personal de dirección como en el de atención directa.

Áreas y líneas de actuación:

Considerando la actual situación y los objetivos planteados, las líneas estratégicas de actuación en materia de alojamiento residencial para los próximos años son las siguientes:

1. Conformación y consolidación de una red residencial alternativa: viviendas comunitarias y pisos o apartamentos tutelados.

A pesar de los sistemas de mantenimiento a domicilio, es previsible que determinados ancianos válidos requieran, por motivos económicos o de soledad, el ingreso en algún sistema de alojamiento. Este ingreso debe producirse en un marco que se asemeje al máximo a la vida familiar y de convivencia tradicional. Este es el objetivo de fórmulas de alojamiento como las constituidas por las viviendas comunitarias y los pisos o apartamentos tutelados.

2. Transformación de la actual red residencial.

En el futuro, definidas las alternativas de mantenimiento de los ancianos en sus propios domicilios y de alojamiento ligero para ancianos válidos, la actual red de residencias deberá ir orientándose de forma creciente a la atención a ancianos con discapacidades graves, de origen físico y/o psíquico.

En relación a estos dos objetivos, hay que señalar la conveniencia de tratar de consolidar una estructura general de alojamiento susceptible de dar cobertura a alrededor del 5% de la población anciana total de la Comunidad Autónoma.

3.1. Conformación y consolidación de una red residencial alternativa

La red residencial alternativa al modelo de residencia tradicional se fundamenta en dos grandes fórmulas de alojamiento: las viviendas comunitarias y los pisos o apartamentos tutelados.

3.1.1. Viviendas comunitarias

La «vivienda comunitaria» puede definirse como una unidad convivencial de pequeño tamaño, ubicada en edificios de viviendas normalizadas y destinada, preferentemente, a los mayores de la zona que posean un cierto nivel de autovalimiento, proporcionándoles un estilo de vida similar al del ambiente familiar.

Este tipo de alternativa de alojamiento se orienta por tanto a aquellos ancianos sin grandes discapacidades pero que plantean alguna necesidad que está en el origen del ingreso en una red de alojamiento especializada, como puede ser algún problema grave de soledad o una vivienda inhabitable.

Las características básicas de este recurso son las siguientes:

- a) La capacidad máxima de las viviendas comunitarias será de 14 plazas, de forma que pueda existir un estilo de vida lo más parecido al familiar.
- b) Las viviendas comunitarias deberán estar ubicadas en pueblos o barrios en los que se constate una elevada proporción de personas mayores de 65 años, facilitándose con ello la integración en la vida del entorno.
- c) El apoyo exterior será el mínimo indispensable, fomentándose la ayuda mutua y el reparto de tareas para la gestión de las labores caseras. El apoyo exterior será estrictamente doméstico, pudiéndose prestar por los profesionales adscritos a los servicios de ayuda a domicilio.

3.1.2. Pisos o apartamentos tutelados

Los «pisos o apartamentos tutelados» pueden definirse como un conjunto de viviendas autónomas, unipersonales y/o de pareja, que cuentan con servicios colectivos, de uso facultativo, y dan alojamiento a personas mayores con una situación psico-física y social que no precisa recursos de mayor intensidad.

Se conciben como pisos de tamaño reducido (preferentemente compuestos por 1 dormitorio, sala de estar-comedor, cocina y baño), dirigiéndose a un público similar al previsto para las viviendas comunitarias, es decir, a personas mayores capaces de valerse por sí mismas, en situación de aislamiento social o que carezcan de vivienda (o que ésta no reúna las condiciones mínimas de habitabilidad), no existiendo otra alternativa residencial ni recursos económicos para conseguirla.

Compartiendo los objetivos básicos de las viviendas comunitarias, este sistema de alojamiento tiene como rasgo singular la voluntad de potenciar de manera especialmente intensa la autonomía personal y el respeto a la vida privada de las personas mayores, ofreciéndoles una vivienda propia que no han de compartir.

Otras características básicas de este tipo de recurso son las siguientes:

- a) Los pisos o apartamentos tutelados aparecen agrupados, aunque en un número no excesivamente alto, generando así una comunidad de vecinos que facilita las relaciones sociales libremente elegidas, permitiendo de esta manera contrarrestar la soledad y el aislamiento y fomentar la ayuda mutua.
- b) Cuentan con una tutela especial, que garantiza la seguridad de los residentes, traducido en un seguimiento periódico de cada situación por parte de los servicios sociales y en la delimitación de un sistema de seguridad y/o vigilancia que los apartamentos han de poseer en permanencia.
- c) Si bien no resulta imprescindible, los pisos o apartamentos tutelados podrán complementarse con la instalación de servicios de apoyo (hogar

de día, comedor, etc.. .), circunstancia que potencia la utilidad de este sistema de alojamiento, en especial en el caso de necesidades especiales de los residentes.

De hecho, si bien los apartamentos tutelados están diseñados esencialmente para personas válidas, no debe excluirse la incorporación a los mismos de personas con alguna discapacidad leve.

- *Objetivo:*

Configurar y consolidar una red de alojamientos de contenido ligero para personas ancianas que se pueden valer por sí mismas.

- *Propuestas de actuación:*

- Elaborar un programa de implantación de una red suficientemente amplia de viviendas comunitarias y pisos o apartamentos tutelados. El objetivo debe ser tratar de garantizar una atención a los ancianos válidos que necesiten ingresar en el sistema tutelado o especializado de alojamiento y facilitar progresivamente la salida de los ancianos válidos hoy internados en residencias tradicionales.
- Apoyar la iniciativa privada en este terreno, tanto a través del asesoramiento técnico como mediante aportaciones económicas, en este caso preferentemente dirigidas a la iniciativa sin fin de lucro.
- Delimitar mecanismos de coordinación que permitan un rápido acceso a otros dispositivos (especialmente plazas asistidas) cuando la situación lo requiera.

3.2. Transformación de la actual red residencial

La «residencia» se define como un centro de convivencia destinado a servir de vivienda permanente y común, proporcionando una atención integral y continua a los ancianos. Estará dotada necesariamente de los medios materiales suficientes para la atención de discapacidades de alto grado.

Aun con un desarrollo adecuado de programas para mantener al anciano en su medio y la consolidación de una red de alojamiento ligera, existe un grupo de personas mayores con alto nivel de discapacidad y con una estructura familiar que no puede asumir la carga que supone la atención continuada a esos ancianos; en estos casos, la única alternativa posible es la atención en residencias.

Como ya se indicó con anterioridad, el recurso residencial se dirigirá de forma absolutamente preferente a la atención de los ancianos con mayores necesidades, en especial, vinculadas con discapacidades graves no compensadas por su entorno.

El modelo de residencia tipo se basa en las siguientes características:

- a) La residencia deberá ubicarse en núcleos de población, siendo lo más céntrica posible y cercana al entorno habitual del anciano residente.

- b) La estructura arquitectónica deberá estar integrada lo más posible en el entorno y desarrollarse en horizontal para facilitar la autonomía del residente. Por supuesto, los centros deben eliminar todo tipo de barreras, de forma que cada usuario, incluso el que necesite desplazarse en silla de ruedas, disfrute de plena movilidad en el interior y en el entorno del centro.
- c) La residencia tendrá una capacidad variable, preferentemente no superior a 150 plazas, evitando en todo caso la macro-residencialización.
- d) El centro se estructurará en base a una distribución modular que permita la posibilidad de crear unidades convivenciales para un máximo de 25 30 usuarios.
Aunque es preciso plantear la existencia de una serie de servicios comunes para toda la residencia, cada módulo residencial deberá disponer de servicios propios, tanto generales (comedor, por ejemplo) como recreativos. Se debe definir así, en cada uno de ellos, una zona de vida y estar, de forma que el usuario pueda elegir entre permanecer en el módulo o desplazarse a alguna zona común de la residencia para convivir con usuarios de otros módulos.
En relación a esta cuestión, será fundamental asumir el principio de que la residencia constituye, ante todo, un hogar para el anciano y no un hospital o institución asimilable.
- e) Los ancianos con patología psicogerítrica avanzada deberán contar con unidades específicas, tratando de huir de la estigmatización que suponen los centros monográficos. Este colectivo no deberá superar el 25% del conjunto de atendidos en cada centro residencial.
Los ancianos con estadios iniciales de trastorno mental deberán estar integrados en unidades normalizadas, siempre que no presenten alteraciones conductuales y, en todo caso, nunca en proporción mayor a un 20% de los componentes de la unidad.
- f) Deberá respetarse en todo momento la intimidad de los usuarios, siendo necesario optar progresivamente por la atención en habitaciones de tipo individual y el diseño de pautas de actuación para el personal que resulten coherentes con este objetivo.
La intimidad debe estar garantizada en la habitación del usuario. Este debe poder optar por mantener contactos tanto en el contexto de las zonas de reunión de su módulo residencial como, a otro nivel, en las zonas comunes del centro residencial, estableciéndose de esta forma unas pautas de progresiva socialización que respetan, no obstante, el derecho básico a la intimidad personal.
- g) Deberá existir en todos los centros un Reglamento de Régimen Interior, con especificación de los deberes y derechos de los usuarios, que les deberá ser entregado en la visita de preingreso al centro.
- h) La participación de los usuarios en la organización del centro deberá estar regulada, debiendo existir representantes elegidos democráticamente.

- i) La organización y dotación de medios materiales y humanos se enfocará a la atención de las necesidades individuales de cada usuario, rechazándose el modelo de organización basado en las tareas que está al uso en la actualidad. Para ello, se diseñarán programas de atención individualizada, basados en las necesidades detectadas, y se asignará a cada usuario un cuidador «referente», que sea responsable del cumplimiento de los objetivos individuales propuestos.
- j) Aunque resulta difícil establecer con precisión ratios «personal/usuario» que tengan validez universal, en especial en un contexto de peso creciente de los servicios residenciales privados, es importante definir instrumentos que garanticen un mínimo de calidad y profesionalidad en la atención dispensada en los centros residenciales.

En la línea de conseguir una buena atención residencial, es necesario establecer adecuados procesos de formación y reciclaje permanentes, en especial, en lo que se refiere a profesionales que, caso de los auxiliares sanitarios, reciben una formación muy sesgada hacia determinadas áreas profesionales.

Además de la formación, resulta cada vez más evidente la necesidad de establecer igualmente adecuados procesos de selección del personal. La actitud y las formas en el trabajo son elementos que determinan una buena calidad y que no están automáticamente ligados a una mayor o menor formación, máxime, en un campo como el de la atención residencial a personas necesitadas, en el que se requiere una actitud abierta y humanista.

- *Objetivo:*

Transformar la actual red residencial, adaptándola a las necesidades de atención de personas con graves discapacidades.

- *Propuestas de actuación:*

- Mantener, creando en su caso las plazas necesarias, una estructura de alojamiento residencial para ancianos con graves discapacidades, de origen físico y/o psíquico.
- Reestructurar la actual atención residencial, de forma que los ancianos válidos acaben siendo orientados hacia sistemas de atención ligera: viviendas comunitarias y pisos o apartamentos tutelados.
- Reconvertir determinadas residencias, de modo que la red de alojamiento residencial se ajuste a la estructura modular y de tamaño que se considere adecuada para la atención al anciano.
- Definir procesos de gestión de las residencias que garanticen un trato profesional y humano a los residentes.

4. PRINCIPIOS BASICOS PARA UNA ATENCION SANITARIA A LA TERCERAEDAD

Nunca en la historia se habían beneficiado las personas mayores de 65 años de una atención sanitaria como la que se les ofrece en la actualidad. El crecimiento económico y el desarrollo social experimentados en Euskadi en los últimos años han posibilitado una mejora notable de las condiciones y de la calidad de vida y, paralelamente, una expansión sin precedentes de los servicios sanitarios.

Ambos campos (el social y el sanitario) presentan aún numerosos problemas pendientes de resolver y muchas facetas que todavía se pueden mejorar, evidentemente, pero la conveniencia de nuevos avances no puede hacer olvidar los logros ya alcanzados. De cara al futuro, dichos ámbitos no deben ser analizados de forma aislada y en abstracto, sino en conjunto con las demás realidades que les rodean e influyen. En definitiva, cualquier planteamiento serio relativo a estas materias necesita ser contextualizado como condición previa a su viabilidad.

Así pues, las mejoras a introducir en la atención a los ancianos, sean en materia sanitaria o en cualquier otra, deben entrar en las agendas de acción dependiendo de la verdadera necesidad de las mismas (es decir, de su contribución contrastada a la mejora de la salud o al alivio del sufrimiento físico) y de su viabilidad en un contexto de recursos escasos o, expresado de otra forma, de una jerarquía de valores sociales y prioridades en la que lo sanitario es importante, obviamente, pero no lo único a considerar.

¿VIDA MAS LARGA O VIDA MEJOR?

Si la atención sanitaria a los ancianos ha mejorado, no puede afirmarse lo mismo, al menos de forma tan rotunda, con respecto a su salud. En efecto, la salud de nuestros mayores ha mejorado globalmente, pero no la de todos; mientras unos grupos han experimentado mejoras palpables, otros han visto aumentar el número de efectivos con determinadas patologías crónicas y ciertas incapacidades.

La esperanza de vida en Euskadi ha venido creciendo de forma sostenida hasta el punto de que en la actualidad ostenta una posición privilegiada en el contexto internacional. Ello ha sido fruto de importantes mejoras en las condi-

ciones de vida, entre las que figuran, naturalmente, las condiciones de salud y de atención sanitaria.

Prácticamente, todos los grupos de edad se han beneficiado de las mejoras señaladas, tanto en hombres como en mujeres. Si los hombres menores de 80 años han visto prolongada su esperanza de vida a todas las edades, en el caso de las mujeres las mejoras llegan a todas las generaciones menores de 85 años. No obstante, es en las mujeres de 65 a 80 años donde se constatan los principales avances en la reducción de la mortalidad en los últimos años.

En base a éstos y otros datos similares, puede deducirse que actualmente la población llega a la edad de jubilación en mejores condiciones de salud que antaño y que nuestros ancianos jóvenes se conservan, en general, relativamente bien, al menos en comparación con generaciones anteriores.

La otra cara de la moneda la proporciona el mismo aumento de la esperanza de vida. Llegar a edades muy avanzadas revela que la vida anterior se ha desenvuelto en condiciones razonablemente adecuadas, pero también supone una mayor probabilidad de que aparezcan las consecuencias del proceso de envejecimiento y, concretamente, una mayor vulnerabilidad ante cualquier riesgo o problema patológico.

Los cuidados médicos actuales hacen posible que lo que antes ponía en entredicho la vida de una persona no ocasione ya un desenlace fatal. Pero, en su lugar, quien más, quien menos, queda marcado con algún tipo de secuelas. Dicho en otros términos, los cuidados sanitarios actuales favorecen un alargamiento de la vida pero, en muchos casos, sólo lo hacen a cambio de la vivencia por las personas afectadas de una situación de incapacidad.

En este sentido, cabe establecer un debate sobre si desde el punto de vista de la sociedad en su conjunto y de los ancianos en particular es más importante (o dónde está el punto de equilibrio entre) la prolongación de la vida, sin considerar a costa de qué, o la calidad de vida, independientemente de su duración. En otros términos, ¿en qué debe ponerse más énfasis, en la mera esperanza de vida o en la esperanza de vida libre de incapacidad?

Al margen de esta reflexión, como se apuntaba anteriormente, la valoración de la situación de salud de los ancianos no puede ser optimista sin reservas. Ciertamente, es mejor que hace unos pocos años en gran parte de ellos, sobre todo en los más jóvenes, pero simultáneamente es peor y más duradera en otros.

Esta diferenciación resulta relevante ya que son distintas las actuaciones que los servicios involucrados, sanitarios y sociales, pueden dirigir hacia uno u otro de estos dos colectivos, «Grosso modo», de cara a los sujetos que alcanzan la tercera edad con buena salud, el sistema sanitario debe hacer énfasis en la promoción y protección de la salud y en su recuperación cuando caen enfermos; de cara a los demás, el énfasis debe ponerse en aliviar el sufrimiento, en rehabilitar lo que sea rehabilitable y mantenerlo, y en curar lo que sea posible cuando se presente la enfermedad. Además, también de cara a estos últimos, los servicios sociales pueden tener una contribución fundamental al proporcionar cuidados generales (sanitarios básicos, de alojamiento, etc.) que no puedan proporcionarse en el ámbito familiar.

Cada una de estas actuaciones tiene ámbitos distintos de aplicación en los que se les puede sacar el debido provecho. No son admisibles, por tanto, recomendaciones unidimensionales cuyo objetivo exclusivo consiste, por ejemplo, en solventar las carencias de camas de media y larga estancia. Por importante que esto sea, la sanidad debe abarcar otras muchas facetas de la salud de los ancianos, no sólo las asistenciales sino también las preventivas, y en relación a las primeras, no sólo las hospitalarias sino también las que se abordan en los centros de salud y/o en el propio domicilio.

Por otro lado, la actuación para la salud en la tercera edad no puede limitarse a las acciones concretas que se aplican sobre los ancianos. Hay que tener en cuenta que la situación de salud con que se llega a esta etapa de la vida depende, en gran parte, de la experiencia vital previa. Por este motivo, las mejoras en la salud de los ancianos deben plantearse mediante actuaciones no sólo en este colectivo sino también en los grupos de población más jóvenes.

LAS RESPONSABILIDADES PUBLICAS SECTORIALES

Aunque sea evidente, hay que señalar que la problemática que pueda presentar un anciano suele ser múltiple. La sanitaria es sólo una parte del problema, a veces importante, pero no la única. En este sentido, cada ámbito involucrado (el individual, el familiar y el institucional) y cada sector (de forma relevante, el social y el sanitario) deben aportar la parte que les corresponde con respecto a un claro reparto de responsabilidades. La asunción indebida de ciertos roles o, por el contrario, la dejación y transferencia de otros, conduce a una desestructuración y desresponsabilización progresiva de los agentes que, a la larga, deriva en una mala utilización de los recursos existentes y de otros potenciales.

Al hilo de esto se suscita una cuestión: ¿hasta dónde debe y puede alcanzar el llamado estado de bienestar, concretado, en nuestro caso, en lo referente a la atención sanitaria a la tercera edad?

Aunque ésta sea una cuestión que nunca va a encontrar una respuesta definitiva, ya que depende de valores sociales que cambian en la historia, los tiempos de transformación rápida (a veces turbulenta y precipitada) que vive nuestra sociedad demandan una reflexión sobre ello. ¿Qué queremos, qué nos podemos permitir y cómo lo repartimos a nivel de responsabilidades entre el ámbito público y el privado?

Dando respuesta a esta pregunta, se establecería un primer criterio que orientaría sobre la cuantía y el destino de los recursos financieros públicos, entendiendo que todo lo demás debería cubrirse, como actividad o financieramente, desde el ámbito familiar. Rechazar esta reflexión supondría, en la práctica, la apuesta por un sistema de protección institucional ilimitado, inviable financieramente, y generador permanente de tensiones, por cuanto las expectativas ciudadanas carecerían de acotación. A la larga, tales características no harían sino minar el principio de equidad que debe presidir la actuación pública en esta materia.

Definido lo anterior y ya dentro de la intervención pública, cabe plantearse cuáles son las estrategias más eficientes para cumplir su papel, entendiendo la eficiencia en un sentido amplio, no sólo económico sino también (y principalmente) social.

Cabe cuestionar, por ejemplo, si la intervención pública debe limitarse a garantizar principios de solidaridad, equidad y calidad, y a respaldarlos financieramente, o si también debe proveer de forma directa los servicios correspondientes.

Optando por mantener una parcela importante en la provisión de servicios, que parece a todas luces conveniente y razonable, idóndese el punto de equilibrio en el que se garantizan los principios arriba mencionados a la vez que se compatibilizan con (y se permite) la intervención privada de interés público?. A estos efectos, hay que recalcar que, en materia de atención al anciano, el ámbito de la Administración pública debe complementar al privado/familiar y no al revés. La solidaridad intergeneracional se sustenta básicamente en la familia, mientras que la Administración no puede ni debe entrar en juego más que para reforzar este valor de la sociedad, para desincentivar actitudes contrarias a él y para dar cobertura a intervenciones concretas cuando la magnitud o complejidad del problema en cuestión sobrepasan la capacidad de resolución de la esfera individual y familiar.

Aclarando lo anterior, se puede pasar a otra reflexión más concreta, relacionada con la definición del campo de trabajo de la sanidad pública, por un lado, y del de los servicios sociales, por otro. Obviamente, esto conlleva una reflexión adicional sobre la distribución de cometidos entre los distintos niveles de cada uno de ambos sectores y de los recursos económicos que deben soportarlos.

No parece, por el momento, que se puedan abordar estas cuestiones y sus repercusiones, pero sí es evidente que, dentro del marco actual, conviene avanzar en la delimitación de campos de actuación. En otros términos, aunque deba ser replanteado, se asume aquí el vigente «statu quo», sin perjuicio de reconocer de la misma manera que hay que solucionar problemas presentes.

En los últimos años, las responsabilidades de cada cual han venido siendo objeto de tensiones ocasionales. Obviamente, el funcionamiento de los agentes implicados no puede hacerse en compartimentos estancos, sino que deben existir elementos de coordinación capaces de brindar, al menos desde el ámbito de las instituciones públicas, un servicio al anciano lo más completo posible. Pero, en todo caso, la coordinación y cooperación requieren (de partida) una confianza mutua que se sustenta en el cumplimiento previo por parte de cada cual de los papeles que le son propios y esto necesita, en su origen, un conocimiento claro y un reconocimiento mutuo de dichos papeles.

Por ello, antes de entrar en mayor detalle, conviene aclarar (aunque sea de Perogrullo) que la misión de los servicios sanitarios públicos consiste en producir salud. Entiéndase esto como reforzar la existente, protegerla ante ciertos riesgos, recuperarla en lo posible cuando se pierde así como las funciones afectadas y aliviar el sufrimiento físico. Todo ello, por supuesto, haciendo el mejor uso

posible de los recursos disponibles que, aunque cuantiosos, son limitados y que son los que la sociedad pone en sus manos en el marco de sus posibilidades y preferencias.

Este y no otro es el contenido de la atención sanitaria, que no es poco. A partir de aquí, las instituciones sanitarias se pueden coordinar con otras, pueden cooperar con aquéllas. . . pero, ciertamente, no pueden ni deben suplirlas, ni invadir sus respectivos campos de responsabilidad. Los servicios sanitarios jamás podrán sustituir el cuidado que cada cual se debe a sí mismo, ni el calor familiar por cariñoso que sea el personal, ni las atenciones de bienestar social, sencillamente porque no es lo suyo y porque hay otros instituciones y profesionales que están para eso y que lo saben hacer mejor.

Las actuaciones que ofrezcan los servicios sanitarios públicos deberán estar presididos por criterios de eficacia (que produzcan salud), seguridad (que su aplicación no conlleve riesgos inasumibles), calidad (técnica y humana) y eficiencia (para obtener el máximo provecho de los recursos que se apliquen).

En contra de lo que ha venido sucediendo hasta el momento, parece que a medio plazo se va a disponer de una lista de servicios/prestaciones garantizadas que clarificará el contenido del contrato social que se establece entre los ciudadanos y las instituciones en materia sanitaria. A ello nos deberemos referir, en primera instancia, en cuanto a prestaciones concretas de carácter sanitario exigibles por los ciudadanos y de cobertura obligatoria por parte de la sanidad pública.

SERVICIOS SANITARIOS PARA LA TERCERA EDAD

La sanidad pública afronta en la actualidad unos retos impresionantes, como los cambios demográficos (significativamente el proceso de envejecimiento), los epidemiológicos (ligados en parte a los anteriores), el desarrollo tecnológico y la evolución sociocultural. Todos estos retos producen una tendencia fuertemente creciente en la demanda de servicios y, por tanto, en el coste de los mismos. Y ello aparece, precisamente, en un marco de recursos limitados, cuantiosos pero limitados, y de cara a un futuro económico más lleno de incertidumbres que nunca.

Ya en años anteriores venían ejerciendo cierta influencia todo estos factores, pero es a lo largo de esta década cuando están conmocionando los sistemas sanitarios de todos los países avanzados. El impacto de estos factores también se deja notar en los servicios sociales, aunque con diferentes intensidades relativas.

De la habilidad que haya en ofrecer respuestas a estos retos dependerá la pervivencia y fortaleza de los sistemas de protección social en el futuro. Asumiendo el marco actual de responsabilidades al que antes se aludía, el margen de maniobra para mejorar la eficacia global, cobertura y calidad de los servicios de cada sector, depende del logro de mayores cotas de eficiencia y efectividad en cada uno de ellos.

Los avances no van a poder residir, como en el pasado, en un aumento de los recursos dedicados a cada sector. Entre otras cosas, porque no parece probable que pueda aumentar el gasto público y porque, en este contexto, no parece posible ni conveniente que estos servicios detraigan recursos de otros sectores que indirectamente también contribuyen al bienestar y calidad de vida. En otros términos, volviendo al principio, van a necesitarse más servicios, pero su producción va a depender fundamentalmente de una utilización más inteligente de los recursos económicos que los soportan.

Con una gran fiabilidad, se pueden ilustrar las consecuencias económicas de los cambios demográficos (especialmente del envejecimiento) para el sector sanitario durante los próximos años. Asumiendo que los estándares de demanda y que la complejidad y coste de los cuidados se mantengan constantes a lo largo del período (que no deja de ser una hipótesis optimista en razón de la experiencia reciente), la sanidad pública necesitará un crecimiento del 25% entre 1990 y el año 2000 para mantener el mismo nivel de calidad de sus servicios. El aumento de la población mayor de 65 años, especialmente de los mayores de 80-85 años, y el hecho conocido de que los ancianos necesitan una atención mucho más frecuente y costosa que los más jóvenes (entre 4 y 10 veces más, según de qué recurso sanitario estemos tratando), están en la base de este 25% de crecimiento.

Obviamente, en el marco actual resulta inviable plantear una aportación adicional de fondos de tal calibre, por lo que, una vez más, habrá que buscar la solución fundamentalmente en mejoras de la eficiencia para poder, si no aumentar, al menos mantener el actual nivel de servicios sanitarios. La mera idea de mantener el nivel de servicios no resulta descabellada ya que en la actualidad son razonablemente buenos en términos cuantitativos para cada individuo. Otra cosa es la calidad que, aunque también bastante buena en nuestro contexto, ofrece un amplio campo de actuación.

Son varias las estrategias que deben impulsarse desde la sanidad pública, todas ellas recogidas de forma más o menos explícita en el documento «Osasuna Zainduz - Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca», refrendado por el Pleno del Parlamento Vasco, el 23 de junio de 1993. Concretamente, se puede mencionar la redistribución de recursos, la mejora en la continuidad de cuidados, el mayor énfasis en la atención domiciliaria y la colaboración con los servicios sociales en el espacio sociosanitario.

REDISTRIBUCION DE RECURSOS

En general, los servicios asistenciales de agudos que se prestan a los ancianos no tienen por qué estar diferenciados estructural y organizativamente de los demás. Precisamente, es su integración en el conjunto lo que garantiza una igualdad en el acercamiento a estos problemas en términos, al menos, de calidad técnica y de utilización de recursos, en relación a los ciudadanos más jóvenes. La discriminación de los ancianos en servicios hospitalarios independientes y específicos,

por mucho que se pretenda con ello una discriminación positiva, puede en la práctica conducir a una situación opuesta a la inicialmente planteada.

No obstante, es obvio que servicios de los que los ancianos son sus principales ocupantes van a precisar un cierto crecimiento. Por lo anteriormente expuesto, estos aumentos deben conseguirse a base de reducir otras áreas asistenciales cuyo dimensionamiento previo se haya demostrado excesivo. En la práctica, de lo que se trata es de redimensionar los distintos servicios, acomodándolos a las nuevas necesidades de la población. No hay razón, ni necesidad, para plantear cambios radicales; por el contrario, estos cambios deberán ser progresivos, a la medida de los paulatinos cambios en las necesidades. Por otro lado, gran parte de los cambios que se experimenten no consistirán sino en la proporción con la que los distintos grupos de edad ocupan los recursos (invariados) de cada servicio.

Por su parte, las instalaciones para atender procesos crónicos en régimen de institucionalización, los centros y/o servicios de media y larga estancia, precisarán una notable potenciación en el futuro. Existen diversas posibilidades para que este crecimiento particular sea factible sin necesidad de nuevas edificaciones y habrá que analizar la conveniencia de tales alternativas. En cualquier caso, hay que adelantar el criterio de que estas instalaciones no pueden ser sustitutos de las residencias asistidas y que, por sus peculiaridades y alto coste, deben destinarse a acoger a aquellas personas (fundamentalmente ancianos, pero no exclusivamente) que necesiten un seguimiento médico continuo y unos cuidados de enfermería de notable intensidad.

La rehabilitación es un aspecto particular que también va a precisar un tratamiento diferenciado. El aumento de necesidades va a suponer, sin duda, un incremento en la demanda de este servicio y los recursos afectados deberán adecuarse en consonancia. Como en el caso anterior, hay que manifestar una prevención: deberá diferenciarse la rehabilitación que consigue una recuperación de funciones deterioradas de la mera gimnasia de mantenimiento que debe formar parte de las pautas higiénicas elementales.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Una de las facetas de la atención en la que indudablemente se puede avanzar y que afecta de forma relevante a los ancianos es la continuidad de cuidados. Las personas mayores, por la frecuencia con la que padecen problemas de salud y por la pluripatología que les suele afectar, se pueden beneficiar de forma más palpable que otros grupos de población de una mejor conexión entre los niveles asistenciales.

El reforzamiento de la figura del médico de cabecera como responsable del caso en estudio y la facilitación de mecanismos de comunicación entre niveles serán aspectos clave en este empeño. Todo ello, al igual que los dos puntos siguientes, son aspectos que pueden contribuir a aumentar de forma notable la calidad de los servicios. Esto es importante ya que, como antes se señalaba, no

se trata sólo de aumentar cuantitativamente la producción de servicios sino, a modo de reto principal, mejorar la calidad de la asistencia.

MODALIDADES ASISTENCIALES MAS PROXIMAS AL CIUDADANO

Al igual que los dispositivos de trabajo social, que pretenden mantener y apoyar al anciano en su medio natural, los servicios sanitarios deben acercarse progresivamente al medio domiciliario, en función de lo necesario y de las posibilidades.

En este sentido, hay iniciativas en curso como la hospitalización a domicilio y la cirugía de alta precoz, apoyada también por la anterior, que muestran ya resultados francamente positivos y esperanzadores y que deben ser potenciadas a futuro.

Estas actuaciones permiten que la atención de cierta complejidad no arranque al anciano de su medio habitual, introduciéndolo en un nuevo entorno que le puede suscitar cierta desconfianza y gran confusión. De forma paralela se consigue una mejor utilización de recursos, obviamente.

La atención a domicilio no consiste sólo en la que proviene del medio hospitalario. Por el contrario, es la atención primaria la que debe hacer un mayor acercamiento en este sentido. En esta línea, la reconsideración de los papeles y de los lugares de trabajo por parte de los profesionales afectados (tanto médicos como enfermeras) puede aportar un impulso notable en esta estrategia.

COLABORACION EN EL ESPACIO SOCIOSANITARIO

Hay que reconocer que éste es uno de los campos en los que se precisa una profunda reflexión y un acercamiento de voluntades entre el sector social y el sanitario. Ante la ausencia institucional de tal reflexión, las actuaciones en dicho campo han venido teniendo un cierto carácter voluntarista con el que se han paliado las necesidades existentes pero con las que se ha introducido una cierta desestructuración. En ocasiones ha habido una confluencia paralela de intervenciones, mientras que en otras se han dejado determinadas parcelas con insuficiente cobertura.

La racionalidad que hoy más que nunca se necesita por parte de la actuación pública no permite dilatar prácticas inerciales, sino que exige una conformación sólida de dicho espacio. Complejidades conceptuales, opacidades competenciales, dificultades financieras y otros factores hacen impensable disponer de un modelo maduro a corto plazo, pero ello no es excusa sino precisamente el motivo para abordar una reflexión sobre esta cuestión.

¿Es lógico, equitativo y socialmente asumible que exista una disparidad tan grande en la aportación económica del individuo en función de si su encamamiento ante una necesidad similar se produce en una residencia asistida o en un servicio sanitario de larga estancia?. ¿A quién debe corresponder la cobertura económica

de los aspectos hosteleros de los hospitales cuando la estancia sobrepasa una determinada duración?. ¿Deben hacerse cargo los servicios sanitarios de la financiación de los servicios clínicos que se prestan en las residencias y centros de día? y ¿hasta dónde son conceptuables dichos servicios como clínicos?. Son estas cuestiones claros ejemplos de que hay mucho por debatir, no sólo sobre la finalidad y naturaleza del espacio sociosanitario, sino también sobre su articulación práctica.

Mientras tanto, debe avanzarse por la vía de acuerdos parciales que, por un lado, ofrecen solución a algunos problemas puntuales, a la vez que, debidamente evaluados, ofrecen pautas para el posterior desarrollo de este campo.

En este sentido, tiene especial interés la creación y consolidación de comisiones paritarias de evaluación de casos que, ante un anciano con problemática mixta, apliquen criterios para dirigir la atención preferente hacia los servicios del sector sanitario o de los servicios sociales.

ADECUACION DE LAS CAPACIDADES DE LOS PROFESIONALES

La actuación en los cuatro frentes resaltados requiere la adecuación de numerosas pautas de conducta de los profesionales sanitarios. Se trata de los profesionales a todos los niveles, comenzando por los propios responsables de los centros. Abordar correctamente las nuevas necesidades, nuevas por su volumen y por su cualidad, requiere una adaptación de actitudes y habilidades.

Indudablemente, los clínicos están capacitados para abordar una enfermedad crónica, pero van a ser su frecuencia, la búsqueda de la efectividad y eficiencia, la atención a domicilio, la mejora de la calidad y la colaboración con los servicios sociales, los elementos que, entre otros, van a requerir actitudes y habilidades apropiadas.

Avanzar en esta línea supone un reforzamiento de determinadas actuaciones formativas, algunas de las cuales ya se vienen llevando a cabo. Supone también que la propia formación de pregrado se adapte progresivamente a las nuevas realidades, tanto a los cambios epidemiológicos como a las nuevas modalidades de prestación de servicios.

5. OTRAS MEDIDAS

De manera breve, señalaremos igualmente algunos aspectos que deben ser considerados en toda planificación y, por supuesto, en el Plan Gerontológico de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Estos aspectos hacen referencia a:

- a) La formación, tanto de las propias personas mayores como de los profesionales.
- b) La investigación de necesidades y la evaluación de calidad de la oferta.
- c) La evaluación y el seguimiento del Plan.

5.1. Formación

Como ya se ha señalado, en el momento de analizar los aspectos relativos a formación, es preciso tener en cuenta tanto los concernientes a la formación de las personas mayores como, fundamentalmente, a la formación de los profesionales encargados de la atención a la tercera edad.

5.1.1. Formación de la tercera edad

- *Problemática:*

Una de las principales características de los colectivos de tercera edad es su situación de desventaja comparativa, en relación a otras generaciones, en materia formativa. Las investigaciones previas nos muestran que más del 50% de los mayores de 65 años no tienen ni siquiera estudios primarios, siendo el nivel académico-cultural de estas personas notablemente bajo. Por esa razón, se considera conveniente definir programas que desarrollen la cultura en la tercera edad mediante enseñanzas tanto regladas como no regladas.

- *Objetivo:*

Conseguir que las personas mayores mantengan o, en su caso, inicien una actividad intelectual que les permita retrasar el mayor tiempo posible la aparición

de conductas pasivas, estimulando sus capacidades cognitivas y propiciando el aumento de conocimientos y el disfrute del hecho de saber y conocer más.

- *Propuestas de actuación:*

- Facilitar el acceso de las personas mayores a los cursos de educación permanente de adultos.
Los estudios reglados se organizarán preferentemente en los centros oficiales donde se impartan habitualmente, aunque no debería desdeñarse la idea de que sean impartidos en los centros gerontológicos, a los que el acceso de personas mayores es más fácil por su proximidad.
- Desarrollar una programación de cursos no reglados de enseñanza primaria, media, universitaria y de idiomas, para personas mayores.
Los programas de estos cursos no reglados deben ser abiertos, flexibles e interesantes para los alumnos. El profesorado podrá estar compuesto tanto por personas mayores como por otras personas, siempre que su titulación académica, experiencia, conocimientos u otras aptitudes garanticen un nivel pedagógico adecuado, así como una perfecta sintonía entre profesorado y alumnos.
Para la organización de los cursos no reglados, sería adecuado aprovechar la infraestructura existente de servicios para la tercera edad, aulas de tercera edad, aulas de cultura, universidades populares, centros cívicos, etc.
- Fomentar los cursos de extensión cultural, en los que en unas pocas sesiones, el profesorado y los alumnos podrán debatir, intercambiar experiencias y aprender sobre todos aquellos aspectos que interesen a los asistentes (promoción de la salud, sexualidad, temas de actualidad, etc...).

5.1.2. *Formación para la tercera edad*

La formación para la tercera edad se caracteriza por estar dirigida fundamentalmente, aunque no exclusivamente, a todas aquellas personas que de una u otra manera trabajan con el colectivo de la tercera edad. En este sentido, la formación constituye un elemento determinante de la futura atención que recibirán los usuarios del sistema público de atención a la tercera edad.

- *Objetivo:*

Conseguir que todas las personas que por su titulación académica, profesión o puesto de trabajo, tengan una relación personal y directa con personas ancianas, sea ésta del tipo que sea, conozcan las características del envejecimiento, las modificaciones físicas y psíquicas que produce ese proceso y las características sociales, psicológicas y fisiológicas de las personas mayores, de forma que puedan

acomodar su actuación profesional a los condicionantes asociados al trabajo con ancianos.

0 Propuestas de actuación:

- Regular y organizar de forma racional y operativa la formación de aquellas personas cuya función profesional sea tratar y atender exclusiva o principalmente a personas mayores.
Este aspecto debe considerarse como un hito irrenunciable. No se trata tanto de regular la creación de titulaciones académicas como de proporcionar planes de estudio que, previa regulación de perfiles profesionales, permitan alcanzar un nivel de conocimiento suficiente.
Estos planes de estudio deben orientarse de acuerdo con los siguientes principios:
 - Los conocimientos a adquirir deben favorecer la polivalencia y evitar la especialización excesiva.
 - Debe compaginarse la formación académica con la experiencia práctica y el desarrollo de actitudes de tipo humanista.
La formación de actitudes hacia la vejez y los «viejos» es fundamental. Debe evitarse que los profesionales formados para trabajar con personas de la tercera edad mantengan criterios profesionales guiados por el automatismo en la resolución de los problemas. Tan importante como una buena capacidad técnica es la capacidad para conectar con la realidad y las necesidades del anciano, comprenderle y actuar en consecuencia.
 - Programar y desarrollar cursos y seminarios específicos dirigidos a personal sanitario y no sanitario que, por su trabajo, tengan un trato personal y directo con los ancianos.
El tema central de estos cursos, que se consideran fundamentales para el desarrollo de una buena atención a los ancianos, debe ser la propia vejez, analizando sus características y procesos de evolución, tanto a nivel social como psicológico y fisiológico.
También resulta fundamental la inclusión de temas relacionados con la vejez en los programas de estudios de aquellas titulaciones que permitirán el acceso a puestos de trabajo en los que la relación con los ancianos sea una parte importante de las labores a desarrollar (médicos, D.U.E., D.T.S., auxiliares, etc.).
 - Potenciar los estudios de reciclaje profesional, en los que los temas relacionados con la tercera edad deben capacitar a los nuevos profesionales a abordar el trato con ese colectivo.

5.2. Investigación y evaluación

Cualquier planificación de actuaciones que quiera desarrollarse debe partir de una investigación previa y finalizar (para volver a empezar de nuevo, en un

proceso de retroalimentación continuada) con la evaluación de las soluciones adoptadas.

El desarrollo de investigaciones aplicadas en todos los aspectos relacionados con la tercera edad facilitará sin duda el mejor conocimiento de la realidad. En este sentido, el conocimiento de las necesidades, aptitudes, actitudes, salud, conocimientos, pautas de conducta, intereses, deseos, sentimientos, etc., de las personas mayores; el análisis de las soluciones adoptadas para hacer frente a los problemas detectados; las investigaciones multidisciplinarias sobre la vejez, el envejecimiento y todos los factores que están asociados; . . . todas estas aproximaciones facilitarán la adopción de las soluciones más oportunas a las problemáticas existentes.

En consecuencia, es necesario crear un sistema de recogida permanente de información sobre los múltiples aspectos relacionados con la vejez, que permita observar los cambios que a lo largo del tiempo se van produciendo, a medida que los resultados de las políticas desarrolladas hacia la tercera edad se van haciendo patentes.

Un aspecto fundamental para el desarrollo de este observatorio permanente sobre la tercera edad es la recomendación a los órganos oficiales de estadística y , más concretamente, al EUSTAT, para que utilicen de forma sistemática unos estratos de edad coherentes y significativos, aportando en todas sus estadísticas datos relativos a, al menos, los siguientes grupos de edad: 65-74 años, 75-84 años y 85 y más años.

La evaluación de las soluciones adoptadas, tanto a nivel individual como colectivo, constituye el otro eslabón fundamental de la cadena. La evaluación facilitará la observación de la adecuación de las soluciones propuestas a los objetivos deseados en el abordaje de los problemas existentes.

La evaluación de la calidad de los servicios concretos completará las medidas a adoptar, con ánimo de conseguir una atención integral a la tercera edad.

5.3. Implementación, evaluación y seguimiento del Plan

Llegamos finalmente a la cuestión básica de la implementación, evaluación y seguimiento del Plan.

En relación a esta cuestión, es necesario establecer medidas que eviten que el Plan Gerontológico de la Comunidad Autónoma de Euskadi quede como un documento sin plasmación concreta.

En esta línea de definición de instrumentos de implementación y seguimiento operativos, se propone la creación de un órgano encargado de desarrollar el Plan. Este órgano asumiría las siguientes funciones:

- a) Desarrollo normativo del Plan.
- b) Diseño y programación de actividades, con fijación de los recursos necesarios para su ejecución.
- c) Negociación con las diferentes instituciones públicas y organismos privados implicados.

- d) Evaluación bianual de los resultados conseguidos con la puesta en marcha y aplicación del Plan.
- e) Seguimiento permanente de la implementación del Plan, detectando y analizando las desviaciones observadas y fijando las correspondientes medidas de actuación para corregirlas.

Este órgano deberá tener el suficiente rango para conseguir que los diferentes organismos implicados en el desarrollo del Plan se vean obligados a ir desarrollando políticas de actuación hacia el colectivo.

En este momento, no resulta conveniente definir la composición y funciones concretas de este órgano. No obstante, es importante destacar la necesidad de que tenga un carácter interinstitucional e interdepartamental, con participación de representantes técnicos de todos los organismos vinculados en el proceso de aplicación del Plan, contando con la debida dirección y supervisión por parte de los respectivos responsables políticos.

El documento Salud para el año 2000 de la O.M.S. ha supuesto un replanteamiento de lo que se ha venido considerando como objetivos y programas dirigidos a potenciar la calidad de vida de todos los ciudadanos.

Es indudable que este nuevo planteamiento de hacia dónde debe caminar nuestra Sociedad requiere una profunda reflexión y un amplio consenso entre todos los implicados: ciudadanos, Administración, Asociaciones e Instituciones.

Por ello, estos materiales que la colección “Documentos de Bienestar Social” irá editando pretenden ser un medio de reflexión y exposición de los temas que configuran las nuevas orientaciones en las políticas de Bienestar Social.

Es una colección abierta a la participación de todos los profesionales de Euskadi y de todos aquellos que consideren que pueden aportar algo a este debate.