

Las **necesidades** de las personas **mayores dependientes**

LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA, COMO NECESIDAD SOCIAL SOBREVENIDA

PILAR RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

Jefa del Servicio de Estudios IMSERSO

Aunque siempre resulta difícil priorizar cuando se trata de dar respuesta a necesidades sociales, parece existir consenso en las sociedades desarrolladas en cuanto se refiere a señalar la importancia creciente de la demanda de recursos y programas de todo tipo entre las personas mayores. El fenómeno del envejecimiento está originando un cambio social sin precedentes, cuyas dimensiones y verdadera envergadura están lejos aún de haber sido asumidas. Está afectando, por un lado, al desarrollo personal de los individuos en particular, pero también el cambio afecta a la evolución de la propia sociedad en general, que también ella misma está envejeciendo.

Los desafíos que supone tal fenómeno afectan, por un lado, al incremento de los costes de protección social (sostenimiento de las pensiones, incremento de los servicios sociales y sanitarios, etc). Pero también atañen de manera muy importante a cuestiones de otra índole y vendrán a producir una transformación que afectará al ciclo de vida y a la organización de las diferentes etapas vitales. La ganancia de tiempo que podrá ser dedicado al ocio, por ejemplo, es un fenómeno nuevo para el que habrá que prepararse desde los primeros años de formación. La estructura demográfica clásica, que clasifica en tres grandes grupos de edad a las poblaciones (<16 años, entre 16 y 65 años y >65), en relación a la función social que desempeñan -estudiantes, trabajadores, inactivos- tendrá que ser revisada, pues ya no se corresponde con lo

que ocurre en el ciclo vital de la mayoría de la gente. Se comienza a plantear que el tiempo de ocio no se acumule, como ahora sucede, en los últimos 25 ó 30 años de vida, sino que se ofrezca con flexibilidad según las particulares circunstancias sociales y biográficas de las personas. Asimismo, la etapa posterior a la jubilación no debería ser el salto al vacío que es hoy día para muchas personas (el rol vacío de roles), sino una posibilidad real y concreta de desarrollo y crecimiento que debe ser favorecida desde la propia sociedad.

En síntesis, se plantea que los dos grandes retos a los que deben responder los países más desarrollados, por lo que se refiere al grupo social formado por quienes cuentan más de 60 ó 65 años son los siguientes:

- 1º) Por un lado, habrá que crear y definir espacios de participación social y de desarrollo personal para las personas mayores.
- 2º) Por otro lado, debería ofrecerse una respuesta integrada para dar respuesta a las necesidades de las personas que tienen problemas de dependencia ("aquellas que precisan ayuda importante para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria").

En esta colaboración se ha seleccionado como prioridad la segunda de las cuestiones, sobre los que se realizan algunos comentarios y reflexiones.

El incremento de la demanda de

cuidados de larga duración que requieren las situaciones de dependencia se explica, como es bien conocido, por la coincidencia en el tiempo de varios fenómenos sociológicos:

- a) Por una parte, porque se está experimentando un crecimiento considerable de la esperanza de vida humana, lo que origina que cada vez más personas lleguen a edades avanzadas. Vivir muchos años es un logro social muy positivo de las sociedades modernas, pero también determina, como contrapartida, que crezca el número de quienes precisan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Según las investigaciones desarrolladas, puede cifrarse en alrededor de un millón setecientos mil personas mayores de 65 años las que tienen problemas de dependencia. De ellas, sólo alrededor de doscientas mil viven en residencias, siendo, pues, inmensa mayoría las que viven en sus casas.
- b) Al tiempo que crece la esperanza de vida, también a lo largo del siglo XX ha ido descendiendo el índice de fecundidad. Ello origina que el número de hijos e hijas, potenciales cuidadores de personas mayores dependientes, esté disminuyendo de manera importante.
- c) En el incremento de la demanda de cuidados también incide de manera significativa el cambio social producido tanto en los modelos familiares, como en los valores culturales y en el rol social de las mujeres. Sobre ellas recaía y todavía hoy recae mayoritariamente el cuidado de las personas mayores, en lugar de tratarse de un rol compartido.

LA AMPLIACIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA

El desarrollo de programas y servicios comunitarios que proveen apoyo para favorecer que la vida humana, en su última etapa, se desenvuelva en el entorno cercano y cotidiano, en condiciones de dignidad, debiera ser un objetivo esencial para las sociedades en las que la consolidación de derechos sociales es una de sus conquistas irrenunciables. Sin embargo, en algunas de ellas, y en concreto los países mediterráneos, aún se está lejos de conseguirlo. La razón que explica la todavía escasa generalización, en cantidad y en calidad, de estos programas, según los últimos estudios realizados, es que la gran carga de atención y cuidados que precisan las personas mayores sigue asumiéndose todavía por la familia (y, en concreto, por las mujeres). Pero también se ha evidenciado, como se ha dicho, la tendencia hacia una disminución clara de la disponibilidad de esta fuente de provisión de cuidados de cara al futuro.

Conforme ha podido revelar la investigación empírica, la falta de disponibilidad de tiempo suficiente para asumir los cuidados que experimentan muchas familias, así como la gran sobrecarga y estrés que muchas otras presentan cuando atienden a sus expensas a personas dependientes, señalan la necesidad urgente de apoyarlas desde

el sector público con una amplia y diversificada oferta de prestaciones y servicios.

Algunos datos que contextualizan en el entorno europeo la extensión de servicios sociales son los de la tabla 1.

La situación que se muestra en la tabla ofrece datos de los países que más han avanzado en el desarrollo de servicios sociales, y en último lugar se ofrecen las *ratios* españolas. Como puede observarse, en los países seleccionados tienen mayor número de usuarios en programas comunitarios que en instituciones. Sin embargo, en España la situación es la contraria. Y, aunque es escasa la dotación en plazas residenciales, aún es mayor la brecha si nos referimos a los programas de ayuda a domicilio.

Se constata una gran paradoja a este respecto: Los análisis que los responsables de política social, los técnicos de servicios sociosanitarios y los estudiosos de la gerontología realizan coinciden en realzar la importancia de favorecer el diseño de programas que faciliten el que se pueda “envejecer y vivir en casa”, evitando, o al menos retrasando, el trauma personal y familiar que supone la institucionalización. Ello origina que en las declaraciones, planes de intervención y estudios que se difunden, se enfatice siempre la necesidad de priorizar las prestaciones dirigidas a favorecer el cumplimiento de dicho lema. Sin embargo, el esfuerzo presupuestario y de dotación de recur-

sos se ha venido realizando persistentemente hasta ahora, sobre todo, en el desarrollo de plazas residenciales. Esta paradoja se acentúa si se tiene en cuenta, además, el coste económico sensiblemente mayor que supone la institucionalización.

Otro asunto de gran interés para analizar son los desequilibrios territoriales que se registran en la extensión de servicios sociales (Ejemplos de *ratios* de extensión del SAD: Navarra, más del 4%; Galicia, menos del 0,5%), así como las diversidades en las modalidades y requisitos de acceso entre las diferentes CC.AA. (en unas las prestaciones son gratuitas; cuando existe aportación económica, ésta varía según los lugares; los baremos e instrumentos son divergentes, etc.), y la diversa concepción que se detecta por lo que se refiere a los perfiles profesionales y titulación y formación exigible de los y las trabajadoras de atención gerontológica.

Tanto la escasez de recursos sociosanitarios como la desigualdad y desequilibrios en su distribución territorial son razones que abogan a favor de que la sociedad española se plantee la viabilidad de completar su sistema de seguridad social con la protección de las situaciones de dependencia, tal y como están haciendo algunos países de Europa.

Hacerlo mediante el desarrollo de servicios y no a través de prestaciones económicas, además de garantizar el incremento del bienestar de las personas mayores y de sus familias, permitirá la creación de un número importante de puestos de trabajo, que podrían estimarse en alrededor de 300.000. El conjunto de empleos para asumir la atención a personas dependientes es uno de los “yacimientos de empleo” más claros entre los que conforman los servicios de proximidad. Además, es previsible que gran parte de estos nuevos empleos podrían ser ocupados justamente por los sectores que más difícil tienen el acceso laboral: mujeres de mediana edad y parados de larga duración.

Tabla nº 1

NÚMERO DE PLAZAS POR CADA 100 PERSONAS > 65 AÑOS EN CINCO PAÍSES DE EUROPA	PLAZAS RESIDENCIALES	AYUDA A DOMICILIO (Incluye viviendas)
Dinamarca	13	31
Holanda	9	21
Bélgica	9	20
Francia	8	12
España	3	2

Fuente: Pacolet, J.: *La dependencia en Europa*. Ponencia presentada en las “Jornadas Internacionales sobre la protección a la dependencia”, IMSERSO, 1997

En cualquier caso, y tanto si llega a asumirse el reto de la dependencia como contingencia a cubrir por el sistema de seguridad social, como si continúa incluyéndose en el esquema de los servicios sociales, parece conveniente que, sin descuidar la atención de calidad en residencias, se dé prioridad al desarrollo de los servicios y prestaciones comunitarias, en su más amplia gama.

ASPECTOS CUALITATIVOS: PRINCIPIOS Y CRITERIOS PARA LA INTERVENCIÓN

Con ser importante la ampliación de prestaciones y servicios, en lo que se refiere a sus dimensiones cuantitativas, importa mucho incorporar a este desarrollo algunas cuestiones de índole cualitativa que den respuesta adecuada al cómo, además de al cuánto. Se plantea así la conveniencia de llevar a cabo un planteamiento de las intervenciones en gerontología, desde una perspectiva crítica. En ocasiones puede ocurrir que la falta de reflexión y análisis sobre modelos idóneos de actuación, así como las inercias de prácticas profesionales basadas en la escasez de recursos, en la inmediatez de la gestión y, por tanto, dejadas al socaire del voluntarismo o de la imposibilidad de actuar sobre unos fundamentos rigurosos, conduzca a actuaciones que no garantizan la calidad de vida de las personas mayores. Este concepto, como se ha puesto de relieve por la doctrina, es complejo y tiene un carácter sistémico.

Se sugieren a continuación una serie de principios y de criterios, que, de guiar la práctica en la intervención gerontológica, facilitarán la consecución de los objetivos que todos los profesionales que trabajan en atención directa deben plantearse.

a) Principios

Como su propio nombre indica, los principios deben constituir el basamen-

La falta de disponibilidad de tiempo suficiente para asumir los cuidados que experimentan muchas familias, señala la necesidad urgente de apoyarlas desde el sector público con una amplia y diversificada oferta de prestaciones y servicios

to esencial y, por tanto, ineludible, de toda intervención. Tienen que ver con la persona a la que se dirigen los programas y con la garantía de respeto a su dignidad humana y a sus derechos básicos. El supuesto de partida es que en el orden de prioridades de la intervención, lo primero debe ser siempre considerar que se está ante una persona y sólo con posterioridad que esa persona tiene necesidad de atención.

Los principios que se proponen como básicos son los siguientes:

- 1º) **Posibilidad de elección**. El fundamento es que la persona debe poder decidir, entre diversas posibilidades, la que mejor se adecúe a sus peculiares características. Se trata, en definitiva, de evitar "asignar" recursos o programas por imperativo profesional.
- 2º) **Respeto a la autonomía**. Principio ligado con el anterior, implica que toda intervención debe tender a reforzar en la persona atendida la sensación de seguridad y de control sobre su propia vida, asegurando la libertad de sus actos y decisiones: respeto por su intimidad, consultar siempre sobre aspectos esenciales o accesorios de la vida de la persona en cualquier circunstancia en la que se encuentre, ya sea viviendo en una residencia (horarios, gustos

de comidas, vestido, decisiones terapéuticas...), bien se encuentre viviendo en casa (información y negociación sobre programas o servicios que puedan ser útiles, por ejemplo).

- 3º) **Participación**. Cuando se diseña o planifica un programa de intervención (de participación social, de atención comunitaria, de asistencia institucional), debe contarse siempre con la participación de la persona a la que se va a dirigir el programa, salvo que su dependencia le impida totalmente tomar decisiones. En el caso de que se trate de un programa de atención (por ejemplo, de ayuda a domicilio) deberá incorporarse también en la planificación del servicio a la persona o personas que vayan a colaborar en la asistencia (normalmente será alguien de la familia, pero tampoco hay que olvidar otros posible allegados que pueden intervenir).

- 4º) **Continuidad**. Este principio hace referencia a que, en la medida de lo posible, se garantizará que en la prestación de un determinado servicio sea el mismo profesional o el mismo grupo limitado de profesionales quienes se ocupan de la persona. Por ejemplo, se evitará que en la prestación del SAD haya cambios de auxiliares o cambios de horarios; se intentará que los equipos de atención primaria sean lo más estables posibles. Para la persona mayor es importante mantener referencias permanentes y la continuidad refuerza su seguridad. Por otra parte, este principio también deberá estar presente cuando es preciso ir pasando por programas o servicios diversos. La derivación de unos a otros deberá ser apoyada y seguida desde el propio sistema sociosanitario de atención, en lugar de dejar que sea la propia persona o sus allegados quienes acudan a los diferentes recursos a medida que se producen cambios en la evolución de su estado de necesidad, ya se trate de un problema de integración o de par-

ticipación social o estemos ante un caso de pérdida de salud o situación de dependencia.

5º) **Integralidad.** Cuando se realice un diseño de intervención deberá tenderse siempre a la resolución del conjunto de situaciones problemáticas que se presenten, porque lo raro será que pueda imputarse el problema a una sola causa. Por ejemplo, cuando se detecta un caso de gran aislamiento social, habrá que evaluarlo desde una perspectiva sistémica, teniendo en cuenta todas las barreras físicas, psíquicas y sociales que han originado la situación problemática. Si la valoración es integral, la planificación de la ayuda o atención forzosamente habrá de serlo también y no se olvidará en la provisión de la ayuda movilizar las redes sociales de la propia persona y también las provenientes del voluntariado.

b) Criterios

Si los principios hacen referencia a la persona a la que se dirigen los programas o servicios, los criterios tienen que ver con la calidad de éstos y, por tanto, con la calidad de la atención prestada. Principios y criterios están interconectados y puede decirse que se reclaman recíprocamente.

1º) **Diversidad.** Sabemos por la investigación desarrollada en nuestro país que las necesidades personales y familiares son muy diversificadas debido fundamentalmente a su carácter multidimensional. Teniendo en cuenta lo anterior, y partiendo de evaluaciones individualizadas de cada caso, habrá que contar con una oferta amplia de servicios y programas que puedan dar satisfacción a las peculiares características y necesidades tanto objetivas como subjetivas que se detecten. Sólo con una diversidad en la oferta podrá cumplirse, por otra parte, el principio de posibilidad de elección.

2º) **Prevención y rehabilitación.** El cumplimiento de este criterio lleva implícita la exigencia de realizar programas de intervención cualquiera que sea el estado en que se encuentre la persona mayor a la que se dirija el recurso. Niega con rotundidad el nihilismo terapéutico que en ocasiones se detecta entre los profesionales y reafirma, por tanto, que siempre es posible restaurar capacidades (o, cuando menos, mejorar la calidad de vida), y prevenir situaciones adversas. El objetivo de toda intervención preventiva y rehabilitadora será siempre el respeto y el reforzamiento de la autonomía de la persona atendida.

3º) **Interdisciplinariedad.** Partiendo del carácter complejo que tienen las intervenciones en gerontología, será preciso que tanto las evaluaciones como las intervenciones tengan un carácter interdisciplinar. Si se asume la dimensión global de la persona, lo que conlleva considerar el conjunto de sus necesidades en los diferentes ámbitos (físico, psicológico, social y ecológico), forzosamente se concluye lo que es la esencia de la gerontología, que es su carácter multifactorial, con la exigencia consiguiente de reclamar la intervención de un equipo multiprofesional. Pero la interdisciplinariedad no consiste la mera yuxtaposición de las diferentes aproximaciones científicas; tampoco consiste en un sumatorio de todas ellas. Lo que se obtiene con la metodología interdisciplinar es un resultado distinto, que es fruto del consenso y la deliberación conjunta y que, en ocasiones, exige renunciar o poner en cuestión algunas convicciones unilaterales que, aunque ajustadas a la ortodoxia de la disciplina correspondiente, pueden ofrecer una visión fragmentada del caso que se esté analizando. Además de lo anterior, y teniendo en cuenta la necesidad de tener presente el conjunto de principios enunciados y, en concreto, el que hace referencia a la

participación de la persona mayor y, en algunos casos, el de su familia, será también exigible para su cumplimiento que quienes vayan a ser destinatarios de los programas intervengan también tanto en el proceso de evaluación como en el de su planificación y ejecución.

4º) **Coordinación/complementación.** Este criterio será preciso desarrollarlo en cada ocasión (y serán muchas) que se considere conveniente la intervención de varios recursos: cuando el programa tiene que ser de índole sociosanitaria; cuando conviene la colaboración de diferentes niveles de atención (primaria y especializada, por ejemplo); cuando se juzgue pertinente conjugar la acción de dos servicios sociales (ayuda a domicilio, centro de día y teleasistencia); cuando favorezca el mejor cumplimiento de objetivos aunque los sectores de intervención sean diferentes (por ejemplo, el educativo y el de servicios sociales en programas culturales o intergeneracionales). Sólo con el cumplimiento de este criterio será posible que la persona mayor pueda percibir que existe una atención continuada.

5º) **Convergencia.** El carácter global que se viene defendiendo de las adecuadas intervenciones en gerontología exige, por último, no olvidar la importancia que tienen para la calidad de vida de la persona mayor sus propias redes sociales, que son las que pueden ofrecer en mayor grado el apoyo emocional, estratégico y material que resulta tan esencial para el bienestar de aquella. Por tanto, al planificar programas y servicios, debe abandonarse la tradicional separación entre recursos formales y apoyo informal y, por el contrario, integrar en los programas la intervención que familia, amistades, vecindad y voluntariado puedan realizar para la mejor consecución de los objetivos propuestos. ■