

RECURSOS SOCIALES DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

José J. Gázquez

Universidad de Almería

Mª del Carmen Pérez

Universidad de Extremadura

María D. Ruiz

Servicio Andaluz de Salud

España

RESUMEN

Los cambios demográficos que se están produciendo durante el siglo XXI, a consecuencia de diversos factores, tales como: la disminución de la mortalidad infantil, aumento de la esperanza de vida ó mejor afirmado, los avances técnicos, sanitarios, etc, llevan aparejados una serie de repercusiones, tanto de índole social, económica, como sanitaria; sin menospreciar la dependencia, fenómeno a tener en cuenta durante la última etapa de nuestro ciclo vital, ya que repercute básicamente en la calidad de vida de las personas mayores. Tal y como se señala en la exposición de motivos del anteproyecto de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, dicha labor constituye hoy en día, para todos los países desarrollados, uno de los grandes retos de la política social, que requiere una respuesta firme por parte de las Administraciones Públicas. Se analizan en este artículo las diversas iniciativas o servicios sociales que las personas dependientes tienen en la actualidad a su alcance.

Palabras Claves: Ciclo vital, tercera edad, dependencia, servicios sociales.

ABSTRACT

Demographic changes that are taking place during the twenty-first century, as a result of various factors, including: the decline in infant mortality, increasing life expec-

tancy or better stated, technical, health, etc., come with a series the impact, both social, economic, and health; without belittling the unit, a phenomenon to be taken into account during the final stage of our life cycle, as it impacts primarily on the quality of life of older people. As stated in the preamble to the draft law to promote personal autonomy and care for the people in a situation of dependence, such work is today, for all developed countries, one of the great challenges of social policy, which requires a strong response by the government. It discusses in this article the various initiatives or social services dependent people now have at their disposal.

Keywords: life cycle, elderly dependency, social services.

INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos que se están produciendo durante el siglo XXI, a consecuencia de diversos factores, tales como: la disminución de la mortalidad infantil, aumento de la esperanza de vida ó mejor afirmado (cada vez son más las personas que alcanzan su ciclo vital), los avances técnicos, sanitarios, etc, llevan aparejados una serie de repercusiones, tanto de índole social, económica, como sanitaria; sin menospreciar la dependencia, fenómeno a tener en cuenta durante la última etapa de nuestro ciclo vital, ya que repercute básicamente en la calidad de vida de las personas mayores.

La Organización Mundial de la Salud (1980) define la dependencia como la restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal. Por su parte, el Consejo de Europa (1998) apunta hacia ésta como un estado de las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria. También desde la propia oficina del Defensor del Pueblo (2000) se indica la dependencia como la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana. Por lo tanto, coincidiendo con esta lectura funcional de la dependencia, podemos decir que una persona es dependiente, cuando se encuentra limitada, desde diversas perspectivas: psicológica y psíquica, social y física, precisando la ayuda de una tercera persona para el normal desenvolvimiento en múltiples actividades de la vida diaria y que no únicamente deben circunscribirse al ámbito personal, y/o doméstico, sino también a otro tipo de tareas, como organizativas, de gestiones, educativas, etc (Gázquez, 2004).

Por lo tanto, no existe una definición única, pero el concepto utilizado no difiere mucho de unos autores a otros, donde sí encontramos mayores discrepancias es en el criterio utilizado para determinar que individuo es o no dependiente, heterogéneo en cada Comunidad Autónoma e incluso en los distintos sistemas públicos de apoyo (sanitario/social), y también en la medida del grado en que una persona es dependiente, pudiénd-

dose establecer en función de: el número de horas de ayuda diaria (Rodríguez, 1999), los días de la semana que necesita la ayuda (Edelman y Hughes, 1990), o el número de tareas (Greene, 1983). En función de ello, podemos plantear tres niveles o grados de dependencia: grave o severa, moderada o considerable, y leve. Los índices más comúnmente utilizados son el de Katz (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffee, 1963) y el de Lawton (Lawton y Brody, 1969; Lawton, 1972) para la medida de las actividades básicas e instrumentales respectivamente. Dentro de las primeras se encuadran actividades como bañarse, vestirse, ir al servicio, trasladarse, continencia y alimentación; mientras que pertenecen a actividades instrumentales usar el teléfono, hacer la compra, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar el transporte, tomar la medicación y administrar el dinero.

Son múltiples los factores en los que se ha encontrado una fuerte relación entre mostrar algunas características a lo largo de la vida y el riesgo que asume el individuo de dependencia durante su vejez, entre ellos podemos destacar los factores demográficos, culturales, económicos, fisiológicos y hábitos de vida (Cuadro 1).

Cuadro 1. Factores predictores de la dependencia



CARACTERÍSTICAS DE LOS MAYORES DEPENDIENTES

En el año 2003 son casi siete millones los mayores de 65 años que hay en España, de estos, más de un millón y medio tiene algún tipo de dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria, es decir, tienen algún tipo de dependencia (Tabla 1). Las mujeres son más dependientes o presentan mayor índice de dificultad que los hombres, pero en este dato hay que tener en cuenta que las mujeres viven más tiempo con sus dependencias, por lo que en edades avanzadas hay más hombres que mujeres.

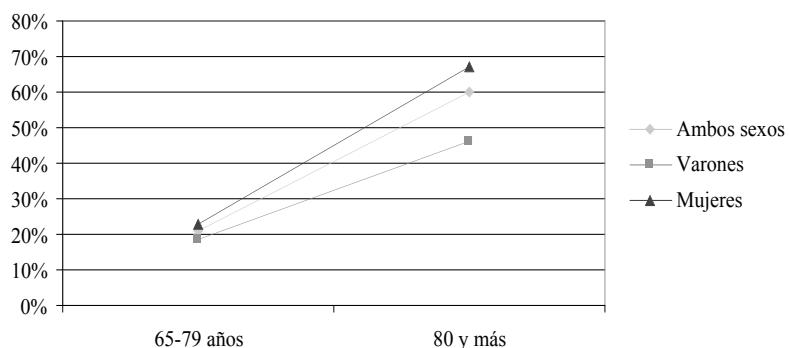
Tabla 1. Personas mayores de 65 años.
Nivel de dificultad para la realización de actividades de la vida diaria

	Total	Tiene dificultad moderada	Tiene dificultad grave o absoluta
Ambos sexos	De 65 a 74 años	3922	357,7
	De 75 y más años	2941	577,6
Varones	De 65 a 74 años	1773,9	125,1
	De 75 y más años	1139,9	163,1
Mujeres	De 65 a 74 años	2148,1	232,6
	De 75 y más años	1801,1	414,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Tablas nacionales. Año 2003. Unidad: miles de personas.

La prevalencia de la dependencia aumenta a medida que lo hace la edad, teniendo alguna dificultad, en torno al 20% los mayores entre los 65 y 79 años de edad, mientras que este porcentaje aumenta hasta el 60% en los mayores de 80 años. De nuevo observamos (Gráfica 1) cómo el porcentaje de mujeres dependientes es mayor que el de hombres. La dependencia muestra también un patrón diferenciado en función del estado civil (siendo más prevalente entre los viudos), del nivel educativo (disminuyendo la prevalencia de la dependencia a medida que aumenta el nivel educativo), de los ingresos (siendo mayor la dependencia entre las personas con menores ingresos o recursos), etc. (Abellán y Puga, 2002).

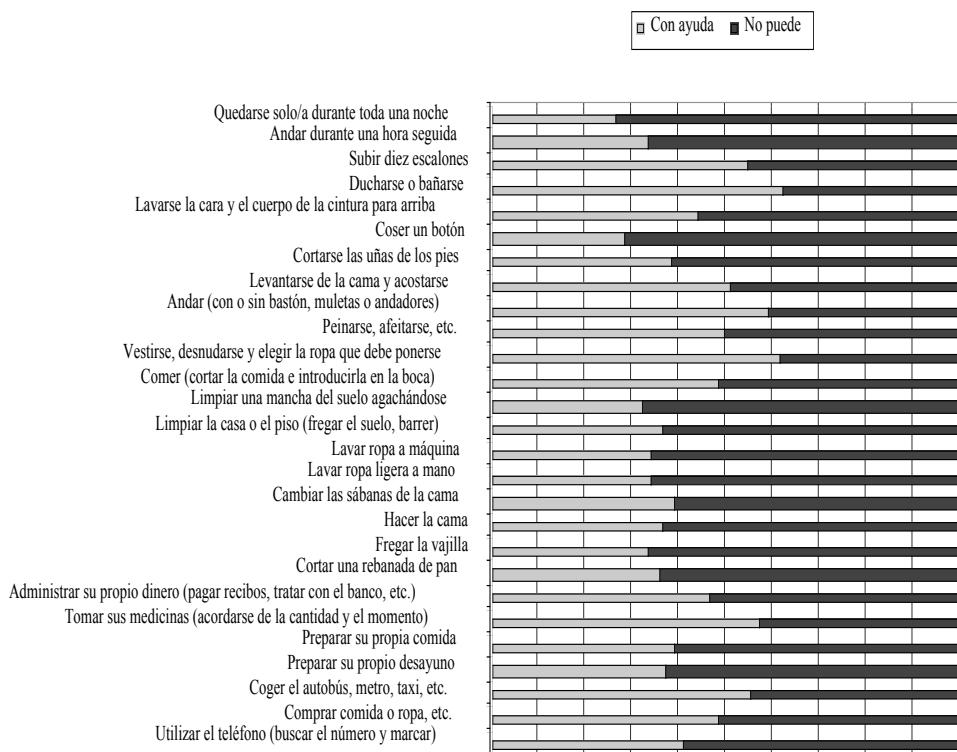
Gráfica 1. Tasa de personas con alguna dificultad para las actividades de la vida diaria por grupos de edad y sexo, 2003



FUENTE: INE: INEBASE: *Encuesta nacional de salud (Datos provisionales)*. Periodo Abril-Septiembre 2003. INE, 2004. Adaptado de IMSERSO, 2005b.

Los últimos datos referidos a la Encuesta Nacional de Salud (2003), nos muestran de forma detallada las diversas actividades cotidianas en relación con las personas mayores dependientes (Tabla 1) y que tienen dificultades para el desenvolvimiento en las Actividades de la Vida Diaria, observando así, como más del 30% de éstas no pueden quedarse solo/a durante toda una noche o coser un botón; por el contrario el 60% afirma poder ducharse o bañarse con ayuda, y vestirse, desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse, resultados parecidos cuando nos referimos a actividades de tipo: andar (con o sin bastón, muletas o andadores) o puede tomar sus medicinas (acordarse de la cantidad y el momento), pero siempre con ayuda (Gráfica 2).

Gráfica 2. Dificultades para las actividades cotidianas entre los mayores, 2003



SERVICIOS FORMALES PARA EL APOYO A LA DEPENDENCIA

Servicios Domiciliarios

Dentro de la atención domiciliaria encontramos servicios de carácter sanitario, prestados por los equipos de atención primaria de salud (APS), y de soporte (PADES, ESAD, equipos domiciliarios de los servicios de Geriatría hospitalaria), y los desarrollados por los servicios sociales, como son los servicios de ayuda a domicilio (SAD), aspecto en el que vamos a centrar nuestra atención.

La finalidad principal del SAD es incrementar la autonomía personal. Se trata de ofrecer una ayuda personal y/o determinados servicios de cara a favorecer, en la medida de sus posibilidades, un aceptable nivel de independencia, en nuestro caso, a las personas mayores que tienen un determinado grado de dependencia funcional en su propio domicilio. Así es definido por Rodríguez y Valdivieso (1997) como “un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado”.

Objetivos de los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD)

Incrementar la autonomía de la persona atendida, y la de su familia, para que aquélla pueda permanecer viviendo en su casa el mayor tiempo posible manteniendo control sobre su propia vida.

Conseguir cambios conductuales en la persona tendentes a mejorar su calidad de vida.

Facilitarle la realización de tareas y actividades que no puede realizar por sí sola, sin interferir en su capacidad de decisión.

Fomentar el desarrollo de hábitos saludables (alimentación, higiene, ejercicio físico,...).

Adecuar la vivienda a las necesidades de la persona atendida, mediante reparaciones, adaptaciones y/o instalación de ayudas técnicas.

Potenciar el desarrollo de actividades en la propia casa y en el entorno comunitario, dentro de las posibilidades reales de la persona.

Aumentar la seguridad y la autoestima personal.

Potenciar las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior, y paliar así posibles problemas de aislamiento y soledad.

Mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia, y de su entorno mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.

Favorecer la prevalencia de sentimientos positivos ante la vida, desterrando actitudes nihilistas y autocompasivas.

FUENTE: IMSERSO (2004).

Principalmente los servicios o prestaciones que ofrece son: facilitar la autonomía de los usuarios, limpieza de la casa, lavado y planchado de la ropa, compra y preparación de las comidas, aseo personal, movilizaciones y transferencias, vestirse/desvestirse,

peluquería, cuidados sanitarios elementales, podología, acompañamiento en la realización de gestiones, y en algunos casos, terapia ocupacional o fisioterapia.

Los últimos datos obtenidos nos indican un aumento consecutivo a lo largo de los años del índice de cobertura de este servicio, pasando del 1,67% en el año 1999 al 2,07% en el 2001 y al 3,14% en el 2004, pero a pesar de haberse casi duplicado su cobertura, se hace escaso, ya que a su vez también se ha incrementado el porcentaje de población mayor durante estos años, y ha disminuido el número de horas dispensadas de 22 horas en 1994 a 16 horas actualmente, existiendo una mayor dedicación a las tareas domésticas en lugar de los cuidados personales, siendo el precio medio por usuario y mes de 172,68€. Los principales usuarios de este servicio son mujeres y personas mayores de 80 años (IMSERSO, 2004).

Servicio de Teleasistencia

Se caracteriza principalmente por posibilitar la atención en el propio domicilio del mayor durante las 24 horas del día. Pudiendo ser definido según Pérez del Cueto (1997) como un servicio que, a través de la línea telefónica y con un equipamiento informático específico ubicado en un centro de atención y en el domicilio de los usuarios/as, permite a las personas mayores y/o discapacitadas, al pulsar el botón que llevan constantemente y sin molestias, entrar en contacto verbal «manos libres», durante las 24 horas y los 365 días del año, con un centro atendido por profesionales capacitados para dar respuesta adecuada a la crisis presentada, bien por sí mismos o movilizando otros recursos humanos o materiales, propios del usuario o existentes en la comunidad.

La implantación y el uso de este tipo de servicio aporta a las personas mayores que viven en soledad un elemento fundamental de tranquilidad y seguridad, ya que a partir de su señal de alarma van a estar atendidas y se va a trabajar en la búsqueda de la solución pertinente, siendo, nuevamente, las mujeres quienes más utilicen este servicio y en más del 50% de los casos personas mayores de 80 años. Del mismo modo, observamos un creciente aumento en el índice de cobertura entre los mayores de 54 años de dicho servicio, pasando del 1,12 % en el 2001 al 2,05 % en el año 2004, duplicándose prácticamente la atención en tres años, correspondiéndose con un índice de atención del 11% al total de las personas mayores que viven solas (INSERSO, 2004).

Servicios Intermedios

Los servicios intermedios denominados así, por tratarse de un nivel situado en el medio de la atención en el propio domicilio y la residencia, son también conocidos como programas de respiro familiar por suponer un elemento que mitiga o modula los efectos

negativos del cuidado de la persona dependiente sobre el cuidador proporcionando periodos de descanso y favoreciendo la permanencia del mayor dependiente en su núcleo familiar. Dentro de este tipo de servicios encontramos las estancias de día en centros gerontológicos, las estancias temporales en residencias u otros alojamientos, y los centros de día para personas dependientes.

Así, las estancias de día en centros gerontológicos ofrecen la posibilidad de asistir a las personas dependientes con y sin deterioro cognitivo a los centros sociales, alojamientos o residencias de cara a beneficiarse de los servicios que éstos ofrezcan como cafetería, peluquería, gimnasio, actividades ocupacionales, socioculturales, etc. No son un servicio terapéutico especializado, diferenciándose de este modo, de los centros de día, ya que éstos son un recurso dirigido a la atención especializada de las personas mayores, llevado a cabo por profesionales con formación específica que forman un equipo multidisciplinar y realizan una intervención sobre el mayor de carácter interdisciplinar. Comparten con los anteriores la función de apoyo a la familia, siendo por tanto, una atención de carácter ambulatorio, y del mismo modo los profesionales elaboran un plan de intervención individualizado para cada caso, pero a diferencia de los centros gerontológicos, en los centros de día, este plan integral de atención tiene una finalidad terapéutica, no sólo de cara a trabajar con el mayor dependiente, sino también con la propia familia.

Estos centros de día están dirigidos a mayores dependientes (físicos y/o psíquicos) que viven en su propio domicilio, cuya asistencia puede ser continua o parcial, donde se atiende sus necesidades básicas, se realiza una intervención de carácter terapéutico y diversas actividades socioculturales, de cara a potenciar su autonomía y la permanencia en su entorno, siendo tres las áreas principales de atención (IMERSO, 2005a): social (detección, acogimiento, orientación y seguimiento de los casos; coordinación del plan de intervención establecido; relaciones con la familia; establecimiento del plan de transporte), salud psicofísica (rehabilitación y control psicofísico; actividades psicoterapéuticas; terapia ocupacional; higiene personal; dietética), y socialización y participación (entrenamiento en habilidades sociales; relaciones personales; actividades de ocio y cultura; actividades productivas). La cobertura de este tipo de servicios ha aumentado desde el 0,11 % de 1999 hasta situarse en un índice del 0,27 % cuatro años después, en el 2004.

Por último, el tercero de los servicios intermedios podríamos encuadrarlo dentro de los sistemas alternativos de alojamiento, pero en este caso se tratan de estancias de carácter temporal en residencias u otros alojamientos, siendo el domicilio habitual del mayor dependiente su propia casa o la de un familiar. De esta forma se rompe con el estereotipo asociado a las residencias como lugares de institucionalización y estancia definitiva para el mayor dependiente, pudiendo participar éste, durante el tiempo limitado que dure su estancia, en los programas que sean llevados a cabo en el propio centro

y que se adecuen a sus necesidades y a las del cuidador, recibiendo ambos al finalizar el periodo de estancia un asesoramiento personal, una orientación y unas pautas para continuar la intervención en el domicilio por parte del cuidador.

Sistemas Alternativos de Alojamiento

El sistema alternativo de alojamiento por excelencia son las residencias para personas mayores, pero en la actualidad están surgiendo diversas iniciativas que muestran que las primeras no agotan las posibilidades de los mayores cuando los niveles de dependencia son tan altos que no pueden seguir viviendo en su propio domicilio. Así, los alojamientos heterofamiliares o servicios de acogimiento familiar, tal y como su propio nombre indica, consisten en que el mayor se integre en una familia que no sea la suya, recibiendo las personas que acogen una prestación económica de cara a cubrir los gastos de alojamiento, manutención, atención y compañía. Este tipo de iniciativas tienen especial impacto en los entornos rurales, aunque en España aún no ha sido generalizada a las diversas comunidades autónomas.

A esta iniciativa hemos de añadir los apartamentos/viviendas individuales o bipersonales con servicios de apoyo, las viviendas tuteladas, y las unidades de convivencia. Los primeros suelen llevarse a cabo en el entorno urbano y formarán parte de un conglomerado de servicios complementarios que se encuentran dentro del propio edificio o en un centro gerontológico cercano para poder hacer uso de la lavandería, el restaurante, la asistencia doméstica, los servicios médicos, etc. En los últimos años se ha producido un incremento moderado de las viviendas tuteladas (IMSERSO, 2004), ejercida ésta por un centro social, centro de día, residencia, etc., cercano a su propia ubicación, en las que se promueve la autoorganización y la autonomía de los grupos de mayores (entre 4 y 10 personas) que viven bajo esta modalidad. Por su parte, las unidades de convivencia tienen como destinatarios a los mayores dependientes pero incluye también a personas con deterioro cognitivo y demencias. En ellas, se cuenta con una atención las 24 horas del día por profesionales con diversos grados de cualificación y se integran dentro de la red local de servicios sociales y sanitarios, el modo de vida es semejante a la de un hogar en la que se tiene en cuenta los gustos y las preferencias de la personas que lo forman, trabajando especialmente las actividades de la vida diaria.

Por último, dentro de este grupo, y de forma sucinta hacemos referencia a la residencia o “centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (Rodríguez, 1995), centrándonos en este apartado en el carácter permanente de éstas. Independientemente de las características específicas que posean, dentro de la gran heterogeneidad existente, todas ellas han de contribuir a (Defensor del Pueblo, 2000): potenciar la independencia y la seguridad, conseguir el

equilibrio y la seguridad psíquicos, respetar la intimidad individual, provocar las relaciones sociales, y facilitar la labor del personal para el desarrollo de sus funciones. El objetivo fundamental de la atención es, nuevamente, facilitar y potenciar en la medida de las posibilidades específicas de la persona el mantenimiento de la autonomía.

Este tipo de servicios están destinados, tanto a personas dependientes, como a aquellas que tienen preservada su capacidad funcional, aunque las Administraciones Públicas otorgan preferencia a las primeras, estando la edad media de los usuarios por encima de los 80 años y más del 50% sufren deterioro cognitivo. Todas ellas han de contar con su propio Plan General de Intervención (PGI) donde se recogen, tanto los servicios (manutención, alojamiento, transporte, atención social-psicológica-sanitaria, terapia ocupacional, salud, etc.), como los programas de intervención (sanitaria, terapéutica, con las familias y cuidados paliativos). Nuevamente, hablamos de un incremento en el índice de cobertura de este servicio, siendo más del triple el número de residencias de carácter privado con respecto a las públicas, ascendiendo entre ambas a un total de 4.743 centros en el 2004 (IMSERSO, 2004).

Por otro lado, también se incluyen dentro de los servicios formales, los programas de intervención con las familias, cuyo objetivo fundamental es reducir o atenuar la posible “carga” que para el cuidador puede estar suponiendo atender a la persona dependiente, proporcionándole información, asesoramiento y orientación sobre los recursos formales de apoyo, acerca del cuidado o cuidados específicos necesarios para la atención de la persona en las mejores condiciones posibles, para el propio cuidado de cara a prevenir o reducir el estrés, y para compartir el cuidado con otros familiares. Todo ello se lleva a cabo a través de los programas de información, orientación y asesoramiento, los grupos psicoeducativos, los grupos de autoayuda o de ayuda mutua, etc.

Finalmente, sin detenernos prácticamente en ello, también debemos apuntar la existencia de ayudas de carácter técnico, encaminadas a la mejora de la autonomía y la reducción de la dependencia, como pueden ser: ayudas para la terapia y el entrenamiento, para el cuidado y la protección personal, ótesis y prótesis, mobiliario y adaptaciones para las viviendas, etc.

SERVICIOS INFORMALES DE LA DEPENDENCIA

Entendemos el apoyo informal como “el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención” (Rodríguez, 2004). Por lo tanto, aquellos cuidados y atenciones propiciados a la persona dependiente de forma voluntaria y altruista, no sólo por sus allegados, principalmente familiares, amigos, o

vecinos, sino también por personas contratadas para tal fin (ayuda de los/as empleados/as de hogar), es decir, todos aquellos que no pertenecen a los servicios sociales o sanitarios estatales o del mercado.

A diferencia de otros países desarrollados como Alemania, Canadá, EE.UU. o Australia, en los que principalmente el Estado y el Mercado son los encargados de atender a la dependencia, en España, las familias siguen siendo el pilar fundamental sobre el que se erige el cuidado de las personas dependientes, pudiéndose justificar dicha situación, aludiendo a razones de tipo cultural, pero no debemos olvidar también la relevancia del coste económico que la dependencia posee en un Estado del Bienestar deficiente como el nuestro (López, Comas, Monteverde, Casado, Caso y Ibern, 2005).

En el 5,1% de los hogares españoles se presta ayuda a personas mayores en tareas o actividades de la vida diaria, siendo el número de mayores atendidos a través de la ayuda informal, de un 17% de la población mayor de 65 años. Las características genéricas de la persona encargada de prestar este tipo de ayuda es una mujer, casada, con estudios primarios, cuya actividad principal se limita a las tareas del hogar, refiriéndonos en este caso a familiares; y contratada por horas o a media jornada y de nacionalidad española (60%) seguida de la ecuatoriana (13%), cuando nos referimos una empleada de hogar. En más del 75% de los casos la ayuda tiene un carácter permanente y en la mayoría de éstos cubre, tanto actividades cotidianas (salir a la calle, compras, ir al médico,...) y tareas domésticas (limpiar, planchar, hacer la comida,...), como cuidados personales (bañarse, vestirse, comer,...), aunque las primeras son las más generalizadas. De forma concreta, las actividades para las que más se necesita la ayuda son: hacer gestiones, hacer compras, ir al médico, hacer tareas domésticas, preparar comidas y utilizar el transporte público. Se observan diferencias en función del género, las mujeres necesitan ayuda en mayor medida para hacer gestiones, utilizar el transporte o salir a la calle, mientras que los hombres lo hacen para preparar la comida. Se produce un aumento en el índice de necesidad de ayuda en todas las actividades en ambos géneros a medida que aumenta la edad (IMSERSO, 2005a).

Los múltiples cambios que está sufriendo la unidad familiar como: la desaparición de la familia extensa con un incremento considerable de las familias monoparentales y de la inestabilidad de la institución familiar (separaciones y divorcios), un aumento del número de hogares unipersonales y de las uniones de hecho, un retraso en la independencia de los hijos e hijas y también de la edad a la hora de contraer matrimonio, llevando asociado, en algunos casos, ambos aspectos, la movilidad y separación geográfica de la familia; y además le añadimos la transformación del rol social de la mujeres que aboga por la incorporación plena de éstas, no sólo en la vida laboral, sino en todos los ámbitos (social, económico, cultural y político), conducen a la llamada *crisis del apoyo informal*, modificándose la actitud de los cuidados familiares a las personas dependientes, apareciendo cada vez con mayor auge un nuevo recurso, como es el cuidado de los

mayores por ciudadanos inmigrantes, que forman parte de ese grupo previamente señalado de personas contratadas para tal finalidad.

CONCLUSIONES

Tal y como se señala en la exposición de motivos del anteproyecto de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, dicha labor constituye hoy en día, para todos los países desarrollados, uno de los grandes retos de la política social, que requiere una respuesta firme por parte de las Administraciones Públicas. Hemos realizado un repaso por las diversas iniciativas o servicios sociales que las personas dependientes tienen en la actualidad a su alcance, pero no podemos finalizar sin hacer especial mención a uno de los enfoques que ofrece la posibilidad de afrontar el envejecimiento proporcionando un marco para el desarrollo de estrategias, desde un planteamiento basado en los derechos de las personas mayores, dejando de lado la contemplación pasiva de éstos y que es el envejecimiento activo.

El envejecimiento activo es en esencia un proceso de optimización de las oportunidades de tres pilares (salud, participación y seguridad), de cara a envejecer con la mejor calidad de vida posible, determinándose ésta durante el proceso de envejecimiento en gran medida por la capacidad para mantener la autonomía y la independencia, siendo ambos aspectos uno de los objetivos principales no sólo de los propios individuos, sino también de los responsables políticos.

La OMS (2002) establece diversas propuestas para abordar los tres pilares fundamentales del envejecimiento activo como son: *la salud* (a. prevenir y reducir las discapacidades, las enfermedades crónicas y la mortalidad prematura; b. reducir los factores de riesgo causa de enfermedades importantes y aumentar los hábitos saludables; c. desarrollar unos servicios sociales y de salud asequibles, accesibles, a la vez que dotados de calidad y de respeto con la edad; educar y formar a los cuidadores formales e informales), *la participación* (a. hacer de la educación y el aprendizaje un elemento permanente a lo largo del ciclo vital; b. teniendo en cuenta las necesidades, preferencias y capacidades individuales, favorecer la participación activa en actividades de desarrollo económico, de trabajo formal e informal, y de voluntariado; c. favorecer la participación en la vida de la comunidad familiar), y *la seguridad* (a. abordar los derechos y las necesidades de seguridad social, financiera y física de las personas mayores; b. disminuir las desigualdades en los derechos de seguridad social).

Todo ello contribuirá a hacer posible esa previsión de reducción de la prevalencia de las situaciones de dependencia (IMSERSO, 2004).

REFERENCIAS

- Abellán, A. y Puga, M. D. (2002). *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Consejo de Europa (1998). *Recommendation nûm. R (98): 9, du Comité des ministres aux états membres relative à la dépendance*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Defensor del Pueblo (2000). *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo.
- Edelman, P. y Hughes, S. (1990). The impact of community care on provision of informal care to homebound elderly persons. *Journal of Gerontology*, 45, S74-84.
- Gázquez, J.J. (2004). *Aspectos psicotécnicos de la ayuda a domicilio para mayores en la provincia y comarcas de Almería*. Tesis Doctoral.
- Greene, V.L. (1983). Substitution between formally and informally provided care for the impaired elderly in the community. *Medical Care*, 6, 609-619.
- IMSERSO (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2005a). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2005b). *Informe 2004. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo 1*. Madrid: IMSERSO.
- Katz, S. C., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. y Jaffee, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Lawton, M.P. (1972): Assessing the competence of older people. En D. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.), *Research Planning and Action for the Elderly*. Nueva York: Behavioral Publications.
- Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- López, G., Comas, A., Monteverde, M., Casado, D., Caso, J.R. y Ibern, P. (2005). *Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro*. Barcelona: Caixa Catalunya.
- OMS (1988). *Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*. Paris: OMS.
- OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- Pérez del Cueto, M. (1997). El programa de teleasistencia domiciliaria Imserso/Fem. En *Teleasistencia Domiciliaria* (pp. 23-29). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Rodríguez, G. (Coord.). (1999). *La protección social de la dependencia*. Madrid: IMSERSO.

- Rodríguez, P. (1995). La residencia y su adecuación a las necesidades de las personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 30(3), 169-176.
- Rodríguez, P. (2004). El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencias. Una visión desde el análisis del género. En *Ley de Dependencia y Educación Infantil como medidas de conciliación de la vida laboral y familiar*. Madrid: Forum de Política Feminista.
- Rodríguez, P. y Valdivieso, C. (1997). *El SAD. Programación del servicio. Manual de formación para auxiliares*, SEGG/Fundación Caja de Madrid. Barcelona: Panamericana.

Fecha de recepción: 4 mayo 2007

Fecha de admisión: 22 septiembre 2007