

IDAD

ACTUALI

08 2005



Dependencia en personas mayores en Andalucía



Centro de Estudios Andaluces
CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA



Centro de Estudios Andaluces
CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA

IDAD

EL CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES ES UNA ENTIDAD DE CARÁCTER CIENTÍFICO Y CULTURAL, SIN ÁNIMO DE LUCRO, ADSCRITA A LA CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA.

EL OBJETIVO ESENCIAL DE ESTA INSTITUCIÓN ES FOMENTAR CUANTITATIVA Y CUALITATIVAMENTE UNA LÍNEA DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS QUE CONTRIBUYAN A UN MÁS PRECISO Y DETALLADO CONOCIMIENTO DE ANDALUCÍA, Y DIFUNDIR SUS RESULTADOS A TRAVÉS DE VARIAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS.

EL CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES DESEA GENERAR UN MARCO ESTABLE DE RELACIONES CON LA COMUNIDAD CIENTÍFICA E INTELLECTUAL Y CON MOVIMIENTOS CULTURALES EN ANDALUCÍA DESDE EL QUE CREAR VERDADEROS CANALES DE COMUNICACIÓN PARA DAR COBERTURA A LAS INQUIETUDES INTELLECTUALES Y CULTURALES.

LAS OPINIONES PUBLICADAS POR LOS AUTORES EN ESTA COLECCIÓN SON DE SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

© Mayo 2006. Centro de Estudios Andaluces

Bailén 50, 41001 Sevilla.

Tel.: 955 055 210. Fax: 955 055 211

www.centrodeestudiosandaluces.es

Depósito Legal: SE-1688-05

I.S.S.N.: 1699-8294

Ejemplar Gratuito. Prohibida su venta.



Dependencia en personas mayores en Andalucía

PEDRO CASTÓN BOYER
MARÍA DEL MAR RAMOS LORENTE
Departamento de Sociología
Universidad de Granada

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. ASPECTOS CONCEPTUALES	6
1.1. Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía	7
1.2. Autonomía	8
1.3. Personas con discapacidad	8
1.4. Accesibilidad y barreras	8
1.5. Actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria	9
1.6. Cuidados familiares (informales) y cuidados profesionales (formales)	9
1.7. Dependencia	9
2. DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA DEPENDENCIA	12
2.1. Consideraciones sobre la discapacidad en mayores en España	13
2.1.1. Población de 65 y más años	13
2.1.2. Población de 65 y más años con discapacidad o discapacidades	13
2.2. Consideraciones sobre la discapacidad en las Comunidades y Ciudades Autónomas	14
2.2.1. Perfil de la población mayor de 65 años en Andalucía	16
2.2.2. Recursos económicos destinados a la dependencia	17
2.3. Los principales cuidadores	18
3. ACCIONES PARA FACILITAR LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DEPENDENCIA Y SUS FAMILIAS	20
3.1. Europa	21
3.2. España	21
3.2.1. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia	23
3.2.2. Anteproyecto de Ley de Autonomía Personal y Dependencia	24
3.3. Comunidad Autónoma de Andalucía	26
4. BIBLIOGRAFÍA	28
5. ANEXO	30
Anexo I: Ficha técnica EDDES	31
Anexo II: Índice de tablas, gráficos y mapas	32
Anexo III: Legislación básica estatal y autonómica	33

Introducción



En este cuaderno, titulado “Dependencia en personas mayores en Andalucía”, se van a desarrollar tres apartados: los aspectos conceptuales básicos sobre deficiencias, discapacidades y minusvalía; los determinantes sociodemográficos de la dependencia y, en una tercera parte, las acciones encaminadas a facilitar la inclusión social de las personas con dependencia y sus familias, manteniendo como referente continuo la situación en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En el apartado de los aspectos conceptuales, el primero, además de los mencionados de deficiencias, discapacidades y minusvalías, se definen una serie de términos asociados, tales como autonomía, personas con discapacidad, accesibilidad y barreras, actividades de la vida diaria, actividades instrumentales, y cuidados informales y formales, concluyendo con una referencia a la dependencia, elemento central en este estudio.

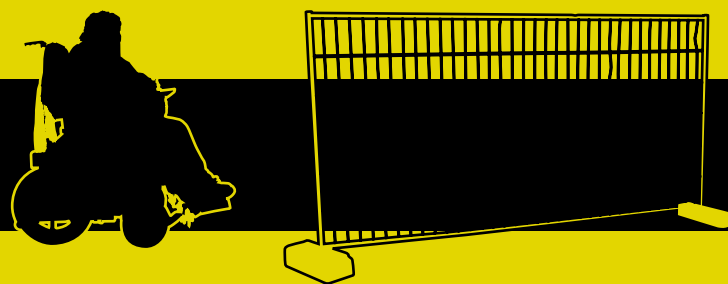
En el segundo apartado, los determinantes sociodemográficos de la dependencia, se analiza la población mayor de 65 años en España con discapacidad o discapacidades, según comunidades y ciudades autónomas, cuidadores principales y otros aspectos relacionados con las necesidades de cuidados. Todo ello en base a la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* llevada a cabo por el INE en colaboración con IMSERSO y Fundación ONCE.

En el último y tercer apartado se abordan las medidas tomadas en la Unión Europea, en España y, especialmente, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, haciendo un estudio del *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia* y del Anteproyecto de *Ley de Autonomía Personal y Dependencia*, actualmente en tramitación en el Parlamento.

Se quiere resaltar desde el comienzo de este trabajo que los mayores de 65 años no necesariamente demandan servicios o ayuda para poder desenvolverse cotidianamente en sus vidas. Al contrario, muchos de ellos, con su actividad solidaria y altruista han dado lugar a la aparición del concepto *envejecimiento productivo*, que consiste en la contribución al trabajo no remunerado desarrollado por algunas personas de edad que deciden y son capaces de formar parte activa y productiva de la sociedad. El trabajo voluntario de las personas mayores es una forma valiosa de envejecimiento activo porque su aportación es consecuencia de todo un elenco de experiencia, sabiduría y humanidad puesta al servicio del resto de las generaciones (Naciones Unidas, 2002).

Sin embargo, la edad por sí misma puede ser una variable asociada a discapacidades, tal y como se verá a lo largo del análisis sociodemográfico. Por tanto, el objetivo del presente trabajo es el análisis de las personas mayores de 65 años con discapacidad o discapacidades que dan lugar a situaciones de dependencia, problema al que la sociedad tiene la obligación de dar respuestas adecuadas a sus necesidades.

Los mayores de 65 años no necesariamente demandan servicios o ayuda para poder desenvolverse cotidianamente en sus vidas



Aspectos conceptuales

Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía



En el lenguaje coloquial se intercambian los términos *deficiencia*, *discapacidad* y *minusvalía*, utilizándose como sinónimos y, sin embargo, hacen referencia a realidades distintas aunque complementarias entre sí (Castón, Ramos y Moreno, 2004). Por tanto, para poder llevar a cabo un análisis exhaustivo de la dependencia, ésta se concibe como el paso previo para comprender la evolución y el desarrollo de la percepción social de la dependencia.

Dos momentos determinan grandes diferencias en la concepción social de los términos asociados con la dependencia: la clasificación internacional de *Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM), elaborada por la Organización Mundial de la Salud en 1976, y la reciente aprobación en 2001 de la Resolución WHA 54.21.

La clasificación internacional de *Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM) elaborada por la Organización Mundial de la Salud en 1976 establece tres niveles de consecuencias de la enfermedad. El primero de ellos está formado por los síntomas, señales o manifestaciones de una enfermedad en función de un órgano, cualquiera que sea su causa. Este nivel de manifestación de una enfermedad se denomina *deficiencia (impairment)* constituida por cualquier anomalía de un órgano o de la función propia de un órgano (INE, 1987: 7). Las deficiencias pueden ser físicas, sensoriales, psíquicas y de relación, y una misma persona puede padecer varias al mismo tiempo. En España fue recogido en el Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

El segundo nivel de consecuencias de la enfermedad lo constituyen la *discapacidad (disability)*. Es decir, la limitación o limitaciones que repercuten de forma permanente en la actividad del que las padece, y cuyo origen es una o varias deficiencias que a la persona le impiden realizar actividades del mismo modo que las realizan el resto de las personas. Pueden ser transitorias o permanentes (INE, 1987: 9). Es algo que se tiene. Es decir, la persona no es discapacitada sino que está discapacitada. Las discapacidades se pueden

aglutinar en tres troncos principales: de movilidad o desplazamiento, de relación o conducta y de comunicación.

Las *minusvalías (handicap)* constituyen el tercer nivel. Una *minusvalía* es la situación desventajosa en la que se encuentra una persona, a consecuencia de uno de los dos niveles anteriores que limita e, incluso, impide cumplir una función que se considera normal para esa persona en virtud de variables como el sexo, la edad y otros factores sociales y culturales. Las desventajas que conlleva la *minusvalía* pueden ser de independencia física, en el caso de que la persona que la padece dependa de otra u otras personas para desenvolverse en la vida cotidiana; de ocupación; de orientación; de movilidad; de integración social, en cuyo caso tienen dificultades para relacionarse fuera del entorno familiar. Son las consecuencias que la enfermedad acarrea a nivel social, en su relación con los demás, a causa de la imposibilidad de cumplir las normas o costumbres dominantes en la sociedad (INE, 1987:7). Las minusvalías incluyen tres factores: la existencia de una desviación con respecto a la norma; su importancia depende de las normas culturales, no se valora igual en todas las culturas y suele suponer una desventaja que puede ser de orientación, de independencia física, de movilidad, de ocupación y de integración social.

Normalmente se intercambian los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía, utilizándose como sinónimos y, sin embargo, hacen referencia a realidades distintas aunque complementarias entre sí

En España esta clasificación se manifiesta legislativamente en la aprobación en 1982 de la LISMI (Ley de Integración Social de los Minusválidos). Se define en su artículo 7 la minusvalía como: *“toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales”*. Será oficialmente minusválida la persona que obtiene la calificación legal de minusvalía que se llevará a cabo a partir de grados expresados en porcentajes.

Recientemente, el 22 de mayo de 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha aprobado mediante la Resolución WHA 54.21, la revisión de “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la

Salud” (CIF), heredera de la de 1980. Dicha nueva clasificación ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades”, tal y como aparecía en la clasificación de la OMS de 1980 (IMSERSO, 1983), a ser una clasificación de “componentes de salud” (OMS, 2001).

La CIF modifica el concepto tradicional de discapacidad, no presentándolo como un problema minoritario o como si las deficiencias fueran visibles. La CIF proporciona diferentes perspectivas para encauzar las medidas pertinentes y optimizar la capacidad del afectado para seguir formando parte del mercado de trabajo y disfrutar de una vida plena en la comunidad de la que forma parte. También tiene en cuenta los aspectos sociales de la discapacidad.

Autonomía

La *autonomía* aparece en el Anteproyecto de “Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia” como la *“capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias”* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006).

Personas con discapacidad

En 1999 aparece expresamente, en la Ley 1/1999 de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía, la diferenciación entre personas con discapacidad y personas con minusvalía. El mismo planteamiento se recoge en el Anteproyecto de Ley de dependencia (2006), donde se plantea expresamente la sustitución de los términos “minusvalía” o “personas con minusvalía” por *“persona o personas con discapacidad”* que ya habían sido utilizados en la LISMI.

De esta manera, en la mencionada ley andaluza una “persona con discapacidad” es definida como *“aquella que tenga una ausencia o restricción de la capacidad de realizar una actividad como consecuencia de una deficiencia. Se entiende por deficiencia la pérdida o anomalía de una estructura o función psíquica, fisiológica o anatómica”* (Ley 1/1999: 16.581). Y la “persona con minusvalía” es aquella que “como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, se encuentra en una situación de desventaja que le limita o impide el desempeño de un papel, que es normal, en su caso, en función de su edad, factores sociales y culturales, y así haya sido calificada la minusvalía por los órganos de las administraciones públicas que tengan atribuida esta competencia, de acuerdo con la legislación vigente” (Ley 1/1999: 16.581).

Accesibilidad y barreras

En esta pionera ley andaluza la accesibilidad también es objeto de definición, asociada a lo que se consideran barreras. La primera de ellas consiste en el *“conjunto de características de las infraestructuras, del urbanismo, los edificios, establecimientos e instalaciones, el transporte o las comunicaciones que permiten a cualquier persona su utilización y disfrute en condiciones de seguridad”* (Ley 1/1999: 16.581).

Y las barreras son *“todas aquellas trabas u obstáculos físicos o sensoriales que limitan o impiden el normal desenvolvimiento o uso de los bienes y servicios por las personas con discapacidad”* (1999: 16.581). Este término ha sido analizado por diversos investigadores y plantea nuevos retos en su definición que le añaden aspectos derivados de prejuicios sociales que emergen de los valores y normas sociales que presentan a la persona con discapacidad como globalmente discapacitada (Giménez y Ramos, 2004a; Giménez y Ramos, 2004b y Ramos, 2004).

Actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria

Otro de los términos que conviene precisar en la dependencia son las actividades de la vida diaria que las personas con discapacidades tienen dificultades de llevar a cabo. Por este motivo, diversos autores consideran dos tipos de actividades: por un lado, las Actividades de la Vida Diaria (AVD), es decir, las *“tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas”* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006). Estas actividades aparecen en algunos trabajos como actividades de autocuidado, las denominadas de funcionamiento físico o habilidades para hacer una vida independiente en el hogar (bañarse, vestirse, alimentarse o ir al servicio) (VVAA, 1996). Por otro, las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) contribuyen al mantenimiento de la infraestructura. Por su carácter instrumental requieren manejo en el mantenimiento y administración del hogar (gestión de las propiedades, preparación de alimentos, tareas domésticas, uso del transporte, etc.) (VVAA, 1996).

Por tanto, en las AVDs, la población mayor discapacitada presenta grandes dependencias, en la mayoría de las ocasiones por pérdida de capacidad funcional. Por consiguiente, se consideran dependientes tanto las personas que necesitan ayuda para las AVDs como para las AIVDs. Los resultados obtenidos en una reciente investigación (Casado y López 2001:55) muestran cómo un 35% de la población mayor española tiene dificultades para llevar a cabo alguna clase de actividad de la vida cotidiana. Y el número de ancianos que necesita ayuda en las AIVDs es mayor que el de aquellos que lo necesitan exclusivamente en las AVDs, con diferencias significativas en los niveles de dependencia. De las tres categorías de dependencia (leve, moderada y severa) la dependencia severa sólo afecta al 8,7% de personas que tienen dificultades en las AIVDs, mientras que el grupo más numeroso lo constituyen aquellos que tienen un grado de dependencia leve, constituido por el 76,7%. Y los individuos con dependencia moderada alcanzan el 14,6% de los mayores (Casado y López, 2001: 60).

Cuidados familiares (informales) y profesionales (formales)

Conviene resaltar el tipo de cuidados que las personas con dependencia reciben. Los cuidados familiares (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006) consisten en la *“atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada”*. Los investigadores se refieren a este tipo de ayuda como cuidados informales (VVAA, 2002 y Casado y López, 2001). Cuando se hace referencia, en el Anteproyecto de *“Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”*, a cuidados profesionales (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006), lo que otros autores denominan cuidados formales (VVAA, 2002 y Casado y López, 2001), se refiere a la *“atención prestada por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro”*.

Dependencia

Por su parte, el Consejo de Europa (1998) define la dependencia como el *“estado en el que se encuentran personas que por razones ligadas a la falta de o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana”*. Este término ha sido recogido en el Anteproyecto de *“Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006).

Al considerar la discapacidad se puede comprobar cómo más frecuentemente consiste en la dificultad para desplazarse fuera del hogar, tanto sin medio de transporte como con él (ya sea público o privado). Hasta tal punto que

1.350.827 personas mayores de 65 años con discapacidades se ven afectadas por esta limitación. En segundo lugar habría que destacar la discapacidad para llevar a cabo tareas del hogar y otras relacionadas con la movilidad. El número de personas con discapacidades entre las personas de 65 y 79 años asciende hasta el 62%, y en el grupo de 80 y más con 3 o más discapacidades, llega hasta el 78% de la población perteneciente a este grupo de edad.

La población de los discapacitados mayores constituye un grupo importante, aumentando ésta en la misma proporción que aumenta la variable edad. A consecuencia del envejecimiento aparecen bastantes discapacidades asociadas a enfermedades del corazón, a la artritis y a la pérdida del oído y la vista. La edad se constituye en sí misma como origen de discapacidades. Existe, por tanto, una asociación directa entre las limitaciones en la capacidad funcional y el incremento de la edad, aumentando considerablemente en los grupos de más edad. Por otro lado, las personas dependientes mayores de 65 años forman el grupo más numeroso dentro de la población afectada por la discapacidad, tal y como se verá más adelante.

El grupo de deficiencia más frecuente para toda la población es el de las articulaciones y huesos que causa discapacidad a más de 1,2 millones de personas (INE, 2002). Si consideramos la forma en que la dependencia comienza en las personas mayores de 65 años, que les lleva a no poder realizar AVD, podemos encontrar un modelo de recorrido expuesto en el *Informe 2004. Las personas mayores en España* (Sancho, 2005).

La dependencia es el estado en el que se encuentran personas que por razones ligadas a la falta de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia para realizar las actividades de la vida cotidiana

Generalmente existen cinco enfermedades comunes a partir de esa edad que desencadenan las dificultades en la autonomía de los mayores para realizar AVD y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Con mucha frecuencia las personas mayores de 65 años se enfrentan a enfermedades comunes como la artritis, el infarto o los accidentes cardiovasculares; la demencia o el alzheimer; el parkinson o la distrofia muscular. Algunos pueden aparecer

juntos. A partir del diagnóstico de alguna de esas enfermedades aparecen efectos en la salud que limitan las habilidades de los enfermos para desenvolverse en sus vidas.

De esta manera surgen la mala visión, los problemas en el aparato cardiovascular, las deficiencias osteoarticulares (tanto en las extremidades inferiores como en la columna), procesos degenerativos que provocan deficiencias múltiples y demencias que tienen como consecuencia que el mayor muestre dificultades para desplazarse fuera del hogar y le sea difícil salir sin ayuda (AIVD como hacer la compra, etc.). Por otra parte, la sinergia de las deficiencias osteoarticulares, los procesos degenerativos, las demencias y las deficiencias en el sistema nervioso dificultan la movilidad dentro del propio hogar, hasta tal punto que asearse, vestirse u orientarse (AVD) pueden plantear graves limitaciones que generan dependencia. Por último, los procesos degenerativos, las demencias y las deficiencias del sistema nervioso llegan a hacer dependiente al mayor hasta tal punto que necesiten ayuda para comer y evitar las consecuencias de la incontinencia.

En definitiva, entre las deficiencias con mayor incidencia en las personas mayores, son las osteoarticulares, las mentales y las múltiples (estas últimas debidas a procesos degenerativos propios de edades avanzadas) las que originan, en un elevado porcentaje, discapacidades que tienen que ver con la autonomía, el cuidado personal (AVD) y las tareas domésticas (AIVD), derivando en muchos casos en situaciones de fragilidad general y dependencia de otras personas. Estos grupos de deficiencias son los que provocan por término medio un mayor número de discapacidades (gráfico 1).

Gráfico 1
Enfermedades del envejecimiento que generan dependencia

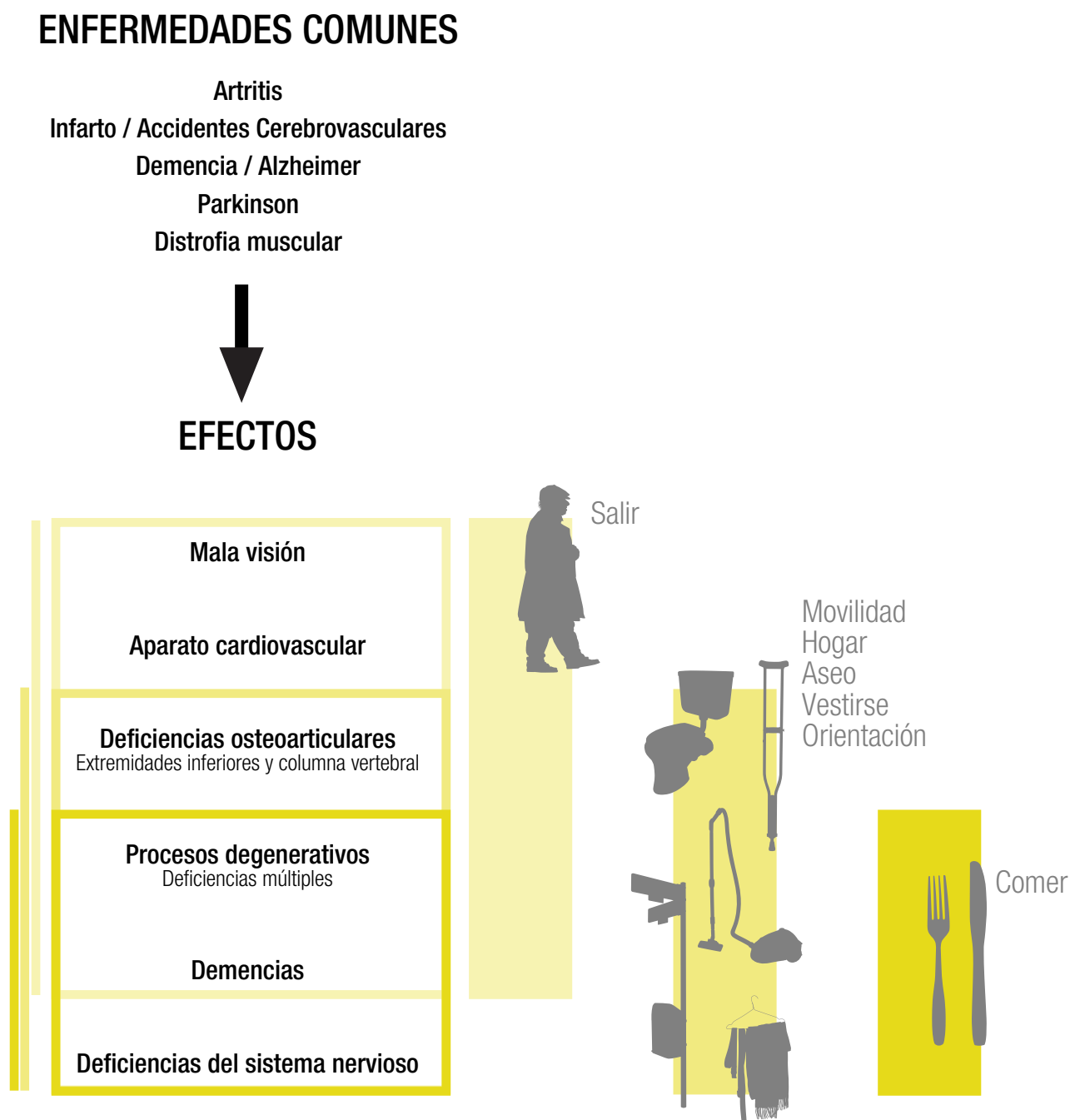


Gráfico 1. Fuente: Elaboración propia a partir de Sancho (2005:807)



Determinantes sociodemográficos de la dependencia

Consideraciones sobre la discapacidad en mayores en España



Población de 65 y más años

En el año 2003 había contabilizadas en España 7.276.620 personas de 65 y más años; 434.477 más según el *Informe 2004* del IMSERSO. Ambas cifras corresponden a la revisión del padrón municipal de habitantes, de 1 de enero de 2003 y 2000, respectivamente. En ambas fechas las personas mayores de 65 años alcanzaban el 17,0% de toda la población (Sancho, 2005).

Tal y como aparece en el Informe 2004. *Las personas mayores en España*, las proyecciones de población de Naciones Unidas para 2050 han quedado muy desfasadas. Si bien este organismo vaticinaba que España sería el país más viejo del mundo en 2050, con un 37,6% de la población con 65 o más años, seguido de Japón, Italia, Croacia y la República Checa, una nueva revisión de Naciones Unidas¹ que vio la luz en 2003 asignaba a España de nuevo para 2050 un 35% de personas de 65 y más años. Es decir, más de 13 millones de personas, por detrás de Japón (36,5%) y por delante de Italia (34,4%), Eslovenia (34,0%) y Grecia (33,2%), los países más envejecidos del mundo (Sancho, 2005).

De cualquier modo, e independientemente del puesto en el "ranking" del envejecimiento, lo más destacado será no sólo el envejecimiento de la población sino el envejecimiento de los ya ancianos. Los octogenarios son el colectivo que más crece en la última década, mientras que los jóvenes de hasta 20 años es el grupo que más población pierde. Hasta un 53% se ha incrementado el número de personas de 80 y más años entre 1991 y 2003, cuando el total de población lo ha hecho en un 9,9%, incluyendo a la población inmigrante. En la actualidad existen 1.756.844 personas mayores de 80 años en España, el 4,1% de la población total. A partir de proyecciones se vaticina que en 2050, el porcentaje alcanzará el 11,4% (más de 6 millones de personas). De este modo, a partir de la revisión de proyecciones de 2002 de

Naciones Unidas, España se situaría en el 12,6% de octogenarios, por detrás de Japón (15,5%), Italia (13,5%) y Suiza (13,4%). Pero, sin lugar a dudas, lo más relevante para este análisis es que la proporción de mayores no va a dejar de incrementarse durante los próximos años, y que el aumento de la edad de la población y el de las discapacidades es directamente proporcional (Sancho, 2005).

En España existen alrededor de 3,5 millones de discapacitados de los cuales aproximadamente el 70% superan los 65 años

Población de 65 y más años con discapacidad o discapacidades

En España existen alrededor de 3,5 millones de discapacitados, el 9% de la población española, de los cuales aproximadamente el 70% superan los 65 años. En este último grupo, los que superan los 80 años constituyen el 54,5% del total, y los que están entre los 65 y los 79 años, alrededor del 26%. En total, 2.072.652 personas de 65 y más años, es decir, el 32%, tiene alguna discapacidad. A partir de los 80 años las tasas de personas con discapacidades aumentan sustancialmente. Casi la mitad de las personas de edades comprendidas entre 80 y 84 años tienen alguna discapacidad (47,4%) y, en el caso de las personas muy mayores, de 85 y más años, llega al 63,6% (INE, 2002).

En este sentido, es importante señalar que, una vez que un mayor se ve afectado por una discapacidad, la propensión a padecer una codiscapacidad aumenta, especialmente a partir de los 80 años (Sancho, 2005:805). En términos generales, al analizar las tasas por mil habitantes, comprobamos que se produce un incremento paulatino a medida que aumenta la edad, en la proporción de discapacitados mayores de 65 años, salvo en los intervalos entre 65 y 69 años y entre los 80 y 84 años, donde se aprecian dos ligeros puntos de inflexión que recuperan su vigor ascendente en el intervalo siguiente (gráfico 2).

1. *World Population Prospects: The 2002 Revision*, publicada en 2003, <http://esa.un.org/unpp>

Gráfico 2 Tasa de personas que sufren discapacidad por grupos de edad a partir de los 65 años en España (‰)

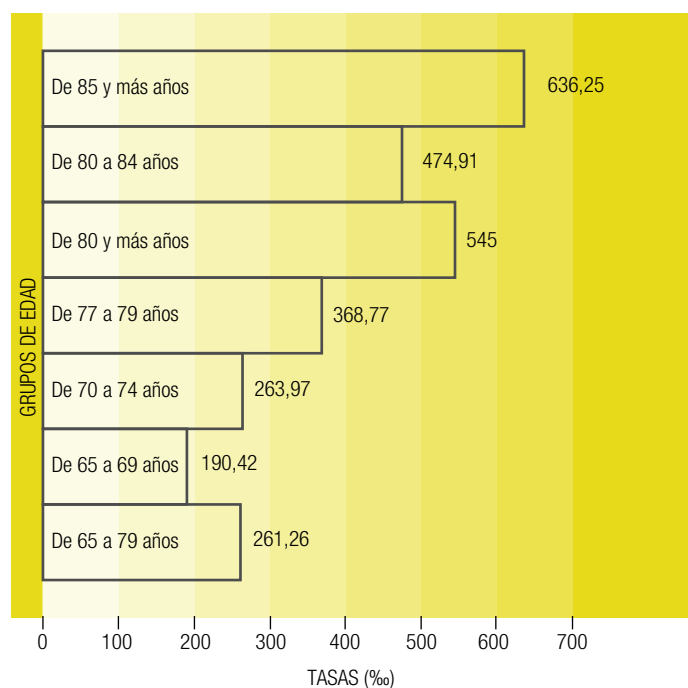


Gráfico 2. Fuente: Castón, Ramos y Moreno, 2004: 276 a partir de INE, 2002

Si comparamos la población discapacitada mayor de 65 años con la que tiene su misma edad, pero carece de limitaciones en la capacidad funcional, los resultados nos muestran, de nuevo, que las proporciones de discapacidades en estos intervalos de edad son las más altas de la población. En el intervalo de edad comprendido entre los 65 y los 79 años la población con discapacidad supone el 26%, y la de 80 años y más duplica esa proporción (54%).

Al considerar las variables sexo y edad, se comprueba que las mujeres con limitaciones funcionales son mucho más numerosas que los varones al hacerse mayores. En el intervalo 65–79 años, las mujeres suponen un 29% de la población con discapacidad, frente al 22,5% compuesto por los varones. El aumento es aún mayor en el siguiente grupo de edad: mientras que el 57% de las mujeres mayores de 80 años cuenta con algún tipo de discapacidad, la proporción de hombres discapacitados es del 49% (tabla 1). La razón es un mayor número de mujeres que de hombres en esas edades.

Tabla 1 Población total y población discapacitada española mayor de 65 años

(Valores absolutos y % horizontales)

65 / 79 AÑOS			
	TOTAL	Discapacitados	% de Discapacitados por sexo
Varones	2.241.487	502.396	22,5 %
Mujeres	2.812.998	818.137	29 %
TOTAL	5.054.485	1.320.533	26 %
80 AÑOS Y MÁS			
	TOTAL	Discapacitados	% de Discapacitados por sexo
Varones	468.319	231.413	49 %
Mujeres	911.720	520.706	57 %
TOTAL	1.380.039	752.119	54 %

Tabla 1. Fuente: Castón, Ramos y Moreno, 2004: 277

Consideraciones sobre la discapacidad en las Comunidades y Ciudades Autónomas

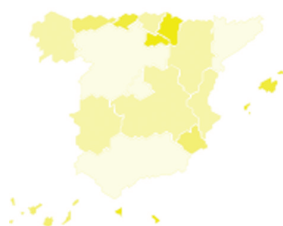
Por Comunidades Autónomas, las que tienen una mayor proporción de población española con discapacidad mayor de 65 años son, por orden decreciente, Andalucía, Cataluña, Madrid y Castilla y León. En estas cuatro Comunidades Autónomas vive el 54% del total de la población mayor de 65 años discapacitada de España.

Donde encontramos una menor población de estas características es en Baleares, Cantabria y Navarra. En La Rioja, Ceuta y Melilla la proporción de población discapacitada mayor de 65 años es inapreciable (mapa 1).

Mapa 1 Población española discapacitada mayor de 65 años por comunidades autónomas

(% del total de la población)

	% del total nacional
Andalucía	19
Aragón	3,5
Asturias	3
Baleares	1
Canarias	2,5
Cantabria	1
Castilla y León	9,5
Castilla La Mancha	5,5
Cataluña	16
Comunidad Valenciana	9
Extremadura	3,5
Galicia	8
Comunidad de Madrid	10
Murcia	3
Navarra	1
País Vasco	4,5
La Rioja	0
Ceuta	0
Melilla	0



Mapa 1. Fuente: Elaboración propia a partir de INE, 2002

Sin embargo, al considerar la proporción de población discapacitada sobre la población total de las comunidades y ciudades autónomas obtenemos numerosos matices. Las diferencias en la estructura social demográfica entre las Comunidades Autónomas que configuran España influye sobre la dependencia. La edad se relaciona de un modo directo con la discapacidad, y la estructura por edades interviene en la tasa de discapacidad. A mayores niveles de envejecimiento de una población dada, mayores tasas de discapacidad. Comunidades autónomas como Aragón, Galicia y Asturias, por ejemplo, verían reducirse sus tasas de discapacidades si tuvieran una estructura demográfica menos envejecida. Al mismo tiempo, Canarias, que cuenta con una estructura demográfica muy joven, cuenta con bajas tasas de discapacidad (Sancho, 2005: 785 y ss.).

Al considerar la tasa de discapacidad de los mayores de 65 años, encontramos que Melilla, Andalucía y Murcia configuran las Comunidades Autónomas con las tasas de discapacidad más altas. Les siguen, por debajo de la tasa media española (322,1‰), Comunidades Autónomas como Castilla y León, Extremadura, Castilla-La Mancha, Cataluña o Galicia. Por encima del 300‰, aunque por debajo de la media española, se encuentran Cantabria, la ciudad autónoma de Ceuta y la Comunidad Valenciana. La Rioja presenta la tasa más baja con diferencia, un 138‰ menos que la media nacional (tabla 2).

Tabla 2 Población mayor de 65 años con discapacidad por comunidades autónomas

Comunidades autónomas	Personas de 65 y más años con discapacidades	Tasa por 1.000 habitantes
Melilla	3.227	426,0
Región de Murcia	62.558	404,9
Andalucía	388.837	394,4
Castilla y León	191.087	372,7
Extremadura	67.189	357,3
Castilla La Mancha	107.881	339,6
Cataluña	339.553	328,6
Galicia	168.620	324,3
TOTAL	2.072.652	322,1
Cantabria	29.748	315,3
Ceuta	2.604	303,6
Comunidad Valenciana	187.954	300,5
Principado de Asturias	63.776	299,8
Navarra	26.124	287,8
Canarias	51.891	272,2
Aragón	64.548	268,2
Comunidad de Madrid	197.804	263,2
Islas Baleares	29.684	259,6
País Vasco	80.693	239,2
La Rioja	8.877	183,3

Tabla 2. Fuente: Elaboración propia a partir de INE, 2002

Si comparamos las CCAA en números absolutos, Andalucía en primer lugar y Cataluña en segundo son las que cuentan con un mayor número de personas mayores de 65 años con discapacidad. Le siguen la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana. En términos absolutos, las que menos personas mayores con discapacidades albergan son las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, seguidas de La Rioja (tabla 2).

Perfil de la población mayor de 65 años en Andalucía

Al analizar detenidamente la composición de la población mayor de 65 años en Andalucía, a partir del censo 2001² por provincias, se observa que las que tienen un mayor número total de habitantes, por encima del millón, son Sevilla, Málaga y Cádiz y, las que tienen una población por debajo de esta cifra son Huelva, Almería, Jaén, Córdoba y Granada. La población mayor de 65 años cumple estrictamente esta pauta de distribución. Es decir, donde hay más personas mayores de 65 años es en Sevilla, Málaga y Cádiz.

Sin embargo, si tenemos en cuenta la población relativa de cada una de las provincias de la Comunidad Autónoma de Andalucía, son Cádiz y Sevilla las que tienen una composición de la población más joven. Y Jaén y Córdoba son las más envejecidas demográficamente (tabla 3).

Tabla 3
Población por provincias andaluzas 2001

Provincia	Población mayor de 65 años	Población total	Población mayor de 65 años (% sobre el total)
Córdoba	128.417	769.625	17 %
Jaén	112.605	645.781	17,4 %
Huelva	69.623	461.730	15 %
Sevilla	217.318	1.747.441	12,4 %
Granada	132.234	812.637	16,3 %
Almería	71.218	533.168	13,4 %
Málaga	179.830	1.302.240	13,8 %
Cádiz	134.666	1.131.346	12 %
TOTAL	1.045.911	7.403.968	14 %

Tabla 3. Fuente: Elaboración propia. Fundación La Caixa (2003)

Entre la población mayor de 65 años de Andalucía, el grupo que acumula la mayor parte de individuos es la de 75 y más años, que alcanza casi el medio millón. La mencionada situación es similar a la del resto de España, donde este grupo también es mayoritario (tabla 4). Esta característica de mayores de 65 años es relevante porque, al aumentar la edad en este grupo, aumentan las necesidades y demandas de servicios para desenvolverse en la vida cotidiana. Es decir, aparecen más situaciones de discapacidad y dependencia que requieren la ayuda de la comunidad, la familia, los servicios sociales, etc.

Tabla 4
Población por edades a partir de los 65 años 2001

	Grupos de edad		
	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 años y más
Andalucía	347.101	294.534	448.680
España	2.110.393	1.853.382	3.073.778

Tabla 4. Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2003)

Además, si tenemos en cuenta que la esperanza de vida al nacer en la Comunidad Autónoma de Andalucía ha aumentado desde 1990, alrededor de los 74 años en el caso de los hombres y, hasta los 81 en el caso de las mujeres, según el censo de 2001 (tabla 5). En el futuro, especialmente en el grupo de las mujeres, hay una gran probabilidad del aumento de la población en el grupo de edad antes mencionado, el de 75 y más años (tabla 5).

Tabla 5
Esperanza de vida al nacer en Andalucía

		Andalucía	España
1990	Varones	72,45	73,35
	Mujeres	79,61	80,57
	Diferencia	7,16	7,22
1995	Varones	73,48	74,44
	Mujeres	80,73	81,63
	Diferencia	7,25	7,19
1998	Varones	73,99	75,25
	Mujeres	80,98	82,16
	Diferencia	6,99	6,91
1999	Varones	74,33	75,51
	Mujeres	81,16	82,39
	Diferencia	6,83	6,88

Tabla 5. Fuente: INE (2003)

De los 1.045.911 mayores de 65 años que viven en Andalucía (tabla 3), 388.837 sufren discapacidades (tabla 2). Es decir, algo más del 37% de la población andaluza que supera los 65 años sufre discapacidades. Tienen dificultades para desplazarse fuera del hogar el 21%, y para realizar tareas del hogar el 19%. Desplazarse dentro del propio hogar es la limitación que le sigue (12%), además de cuidar de sí mismo o utilizar los brazos y manos (10% respectivamente). Otras limitaciones que presenta la población andaluza discapacitada mayor de 65 años es la visión (7%), relacionarse con otras personas (6%), aprender, aplicar conocimientos o desarrollar tareas (6%), además de oír (5%) y comunicarse (4%) (gráfico 3). Todas estas limitaciones implican el aislamiento de su entorno familiar y vecinal, especialmente cuando se vive solo³.

2. Se hace referencia a los datos del censo de Población de 2001 porque son los más cercanos al análisis de la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999*, dado que es la última encuesta sobre discapacidad realizada.

3. Sobre soledad en las personas mayores, consultar los excelentes trabajos López Doblas (2005) e Iglesias de Ussel (2001).

Gráfico 3
Población con discapacidad mayor de 65 años en Andalucía que necesita ayuda de asistencia personal por tipo de discapacidad

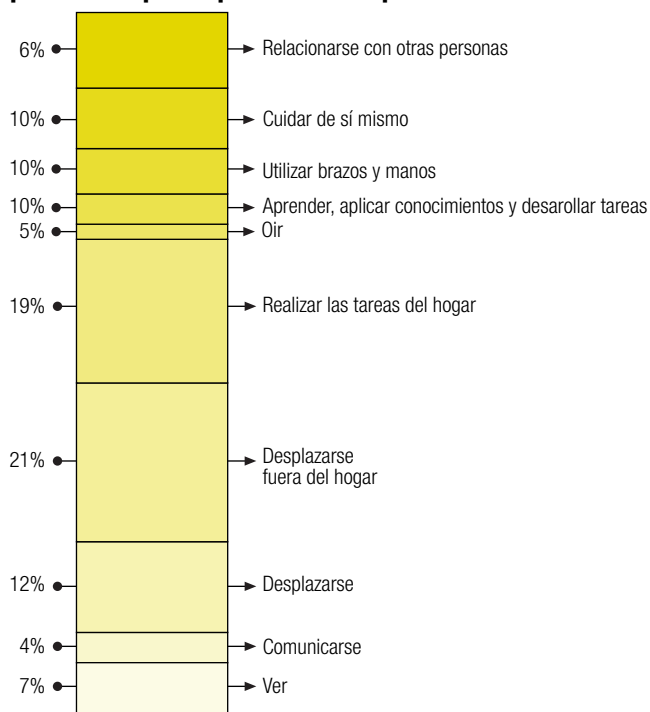


Gráfico 3. Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2002)

Y si consideramos la población discapacitada mayor de 65 años y el tipo de servicio que recibe, comprobamos cómo este grupo social, en un 47% de los casos ha necesitado algún servicio y/o lo ha recibido, un 44% no lo ha necesitado y un 7% considera que ha necesitado servicios pero no los ha recibido (gráfico 4).

Gráfico 4
Población mayor de 65 años en Andalucía que ha recibido o no servicios sanitarios y sociales

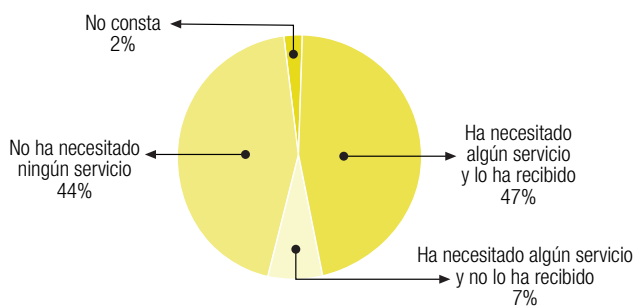


Gráfico 4. Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2002)

Sólo un 13% de los mayores de 65 años en Andalucía padece exclusivamente una discapacidad, un 12% dos y el 75% declara tener, además de la discapacidad principal, dos o más de otro tipo (gráfico 5).

Gráfico 5
Número de discapacidades que sufren las personas mayores de 65 años

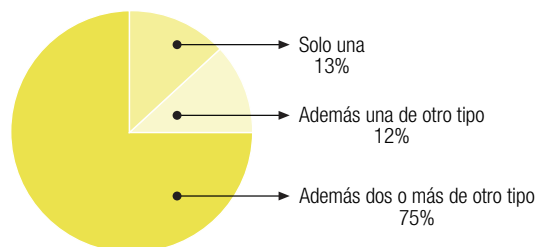
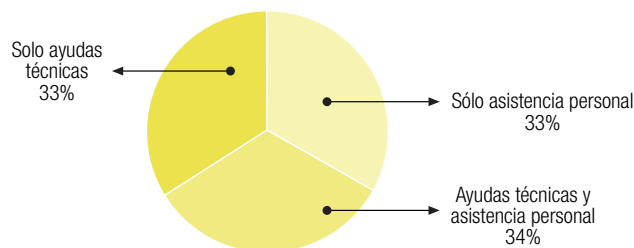


Gráfico 5. Fuente: Elaboración propia a partir de INE (2002)

Casi del mismo modo se reparte en Andalucía por igual la necesidad de ayudas técnicas (33%), de asistencia personal (33%) y de ayudas técnicas y asistencia personal al mismo tiempo (34%) (gráfico 6).

Gráfico 6
Población mayor de 65 años discapacitada en Andalucía por ayudas que recibe



Recursos económicos destinados a la dependencia

El esfuerzo económico que el Estado está llevando a cabo en materia de dependencia sigue las siguientes pautas. El Ministerio de Economía y Hacienda, en los Presupuestos Generales del Estado, ha librado diversas partidas con el objetivo de "impulsar la puesta en marcha del sistema nacional de atención a las personas dependientes [lo que en el Anteproyecto de Ley se denomina "Sistema Nacional de Dependencia"] y *facilitar la coherencia entre las actuaciones de los distintos niveles de la Administración Pública*"⁴ (Ministerio de Economía y Hacienda, 2005:93).

4. En adelante Comunidades Autónomas (CCAA) y Entes Locales (EELL)

En los Presupuestos de 2006 entre las Políticas de Gasto se han librado 100 millones de euros para promover el desarrollo y la cofinanciación de programas relacionados con la atención a la dependencia; para garantizar la integración social de las personas con discapacidad y para las familias cuidadoras 4,95 y 3,98 millones de euros, respectivamente, con el fin de subvencionar planes de acción para cubrir las necesidades básicas de los discapacitados en el hogar y sus familias, para programas de ONG's en materia de dependencia, para todo tipo de programas de promoción e integración social. También, con cargo a los presupuestos de 2006 del Estado, tal y como se viene haciendo tradicionalmente, se financian los créditos para el pago de las pensiones derivadas de la Ley de Integración Social de Minusválidos (LISMI) con una dotación de 86,94 millones de euros (Ministerio de Economía y Hacienda, 2005). Con este esfuerzo económico se trata de dinamizar las estructuras necesarias para el establecimiento en 2007 del Sistema Nacional de Dependencia que se recoge en el Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, que se analizará más adelante.

El pago de alrededor de 200 millones de euros para mejorar la vida de las personas con discapacidad y sus familiares es el principal objetivo del Estado. Considerando el reparto de esta partida presupuestaria por Comunidades Autónomas, se observa una desigual distribución de dinero, que se corresponde con un supuesto índice de discapacidad que el Estado negoció con las Comunidades Autónomas a partir del número de personas con discapacidades que viven en cada una de ellas.

Tabla 6
Distribución del presupuesto para atención a la dependencia

Comunidad Autónoma	Presupuesto	% del total
Andalucía	34.463.636	17,2
Aragón	7.647.664	3,8
Asturias	6.839.780	3,4
Baleares	3.928.748	1,9
Canarias	7.363.336	3,6
Cantabria	3.116.608	1,5
Castilla La Mancha	10.562.928	5,2
Castilla y León	16.717.912	8,3
Cataluña	31.901.188	15,9
Extremadura	6.594.816	3,2
Galicia	17.896.692	8,9
Madrid	22.948.884	11,4
Murcia	5.369.784	2,6
La Rioja	2.000.000	1,0
Comunidad Valenciana	20.648.024	10,3
Ceuta	1.000.000	0,5
Melilla	1.000.000	0,5
TOTAL	200.000.000	100

Tabla 6. Fuente: Presupuesto Generales del Estado 2006 (Ministerio de Economía y Hacienda, 2005). Navarra y País Vasco no se incluyen porque cuentan con fiscalidad propia a tenor de su carácter foral.

Cataluña y Andalucía juntas alcanzan el 32% del presupuesto destinado a mejorar el nivel de vida de las personas con discapacidad, seguidas de Madrid, Valencia y Galicia. Además de las Ciudades Autónomas de Melilla y Ceuta, son las Comunidades Autónomas de La Rioja, Cantabria y Baleares las que menos reciben, el 4,4% del total presupuestado (tabla 6).

Por tanto, si comparamos la tabla 2 con la anterior resulta que Andalucía es la que más transferencias recibe para el cuidado de personas con discapacidad y, al mismo tiempo, es también la que mayor número de población de mayores con discapacidad alberga que es cuidada en su propio domicilio, tal y como se desprende de la configuración técnica de la Encuesta *EDDES*⁵.

Los principales cuidadores

Los resultados detallados de la Encuesta sobre *Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999*, conocida como *EDDES*, muestran que el cuidado principal de las personas de 80 y más años que residen en viviendas familiares recae, en el 40% de los casos, sobre sus hijas. Sólo un 6% de los mayores tiene como cuidador principal a un hijo varón (INE, 2002). Según este estudio, entre las personas mayores la discapacidad se incrementa con el paso de los años. Si bien entre los 65 y 84 años la discapacidad afecta al 29%, y los que superan la segunda edad llegan a alcanzar hasta el 64% de la población (INE, 2002).

El factor edad es muy importante en la composición y estructura de los hogares. Mientras que solo el 4,9% del conjunto de la población vive en hogares unipersonales, quienes presentan alguna discapacidad representan el 14,1% de este tipo de hogar.

Los cuidadores principales son mayoritariamente mujeres (el 73,7%), y cuentan con un promedio de edad que permite hablar de mujeres "maduras" (INE, 2002). Es decir, entre 50 y 60 años, edad en la que las mujeres tienen una alta probabilidad de contar con progenitores en una fase avanzada de la vida y maridos con una edad superior a la suya (unos 6 años mayores de promedio) y, por tanto, con un alto riesgo de comenzar a padecer alguna discapacidad. Además de ser menos numerosos los cuidadores principales varones, son personas de más edad y, se supone, sobre todo cuidan a sus propias mujeres.

Si tenemos en cuenta la relación entre los cuidadores y los cuidados, la mayoría de los cuidados que reciben los mayores discapacitados son de tipo informal, es decir, son realizados principalmente por familiares de los mayores discapacitados. Un 63% de cuidados los prestan los propios hijos, un 27%

5. Consultar anexo.

el otro cónyuge si vive (siendo las mujeres más que los varones los que dedican más tiempo a estos cuidados), y un 10% otros familiares, como hermanos y sobrinos (Casado y López, 2001:123). El Informe 2000 sobre los mayores (Sancho, 2002), realizado cinco años después de la *EDDES*, proporciona la misma información.

EDDES presenta los mismos datos: que la familia es la que facilita los cuidados informales a la población mayor discapacitada en la mayoría de los casos; que los discapacitados mayores, entre 65 y 79 años, son cuidados, principalmente, por su cónyuge (32%) y, en segundo lugar, por alguna hija (25%). Cuando los mayores discapacitados superan los 80 años, quien cuida, por encima de los demás cuidadores, es la hija (39,4%). La familia sigue ocupando un lugar primordial, siendo otro pariente quien, en segundo lugar, ofrece cuidados (18,5%). En ambos tramos de edad, los servicios sociales no alcanzan el 4% como principales cuidadores de los mayores discapacitados (gráfico 7).

Gráfico 7
Principal cuidador de personas mayores de 65 años con discapacidad por grupos de edad

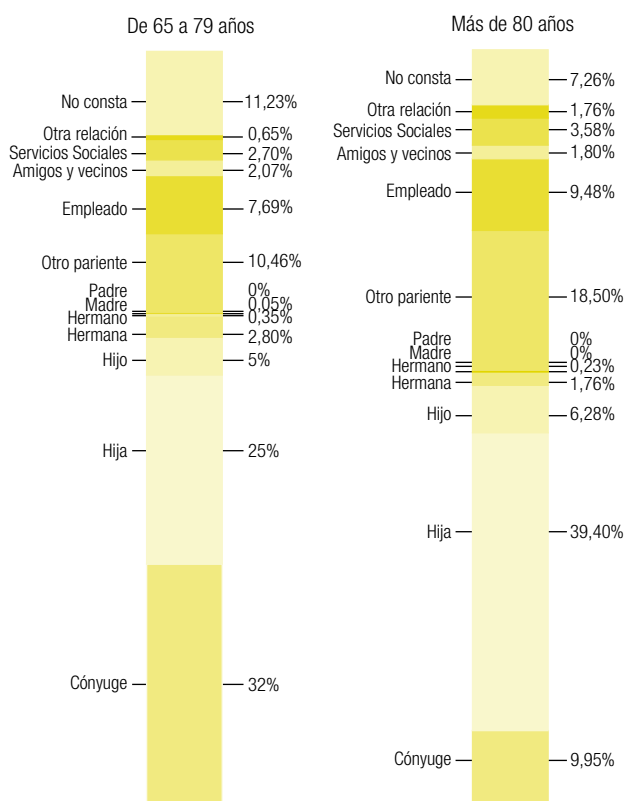


Gráfico 7. Fuente: Castón, Ramos y Moreno (2204: 289) y elaboración propia a partir de INE, 2002.

Si nos atenemos a las horas que son necesarias en el cuidado de las personas con discapacidad, la gran carga recae sobre las mismas familias cuidadoras. Un grupo muy numeroso necesitan más de 40 horas a la semana. Es decir, el cuidador dedica una jornada semanal laboral, a tiempo completo, al cuidado de estos enfermos (gráfico 8). Los mayores con limitaciones en la capacidad funcional son especialmente dependientes; por tanto, si se realizara un análisis parcial exclusivamente de este colectivo, las horas de cuidados serían muchas más.

Gráfico 8
Población con discapacidad que recibe ayuda de asistencia personal y horas de dedicación a la semana del cuidador

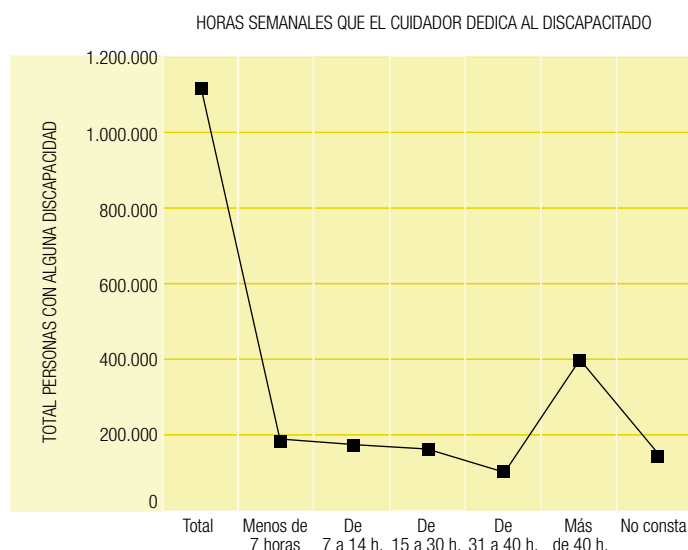


Gráfico 8. Fuente: Castón, Ramos y Moreno (2204: 290) y elaboración propia a partir de INE, 2002.

Hablar del tiempo dedicado por la familia al cuidado y la atención a los mayores con limitaciones en la capacidad funcional es hablar, sobre todo, del papel que la mujer ha desarrollado a lo largo de la historia, en la gestión y organización del ámbito familiar, entre cuyas funciones se encuentra la de cuidar a sus mayores. La incorporación de la mujer al mundo laboral y las tendencias en la igualdad de roles están logrando cierta equiparación en algunas de estas funciones sociales.



Acciones para facilitar la inclusión social de las personas con dependencia y sus familias

Europa



El Consejo de Europa (1998), en su Recomendación R (98) 9, dice que *“Las personas con discapacidades tienen derecho a su independencia, integración social y participación en la vida de la comunidad”*. De estas afirmaciones se desprende el derecho de las personas con discapacidad a su autonomía.

A comienzos de la década de los 90, la Recomendación (92) 6 establecía la necesidad de una política destinada específicamente a la cohesión e integración de los ciudadanos con discapacidad en las sociedades europeas. Una de sus propuestas consistía en instar a los países a la elaboración de políticas sociales específicas dirigidas a las personas con discapacidades para alcanzar, entre otros objetivos, prevenir, diagnosticar, administrar tratamientos, promocionar el empleo, informar e investigar. Regularmente se actualiza esta recomendación para la implementación de nuevas políticas sociales dirigidas a personas con discapacidades en Europa y se revisan las políticas nacionales adoptadas en esta materia, entre otros aspectos las relaciones con la eliminación de barreras arquitectónicas, el especial tratamiento de la edad como promotor de discapacidad o el uso de las nuevas tecnologías.

El año 2003 fue declarado “Año Europeo de las personas con discapacidad”, lo que supuso un gran logro en material de encuentros (académicos, políticos, administrativos, etc.) de alcance europeo e internacional para la reflexión y sensibilización de toda población sobre los problemas con los que se enfrenta la población discapacitada.

La Unión Europea en la actualidad trabaja en la aprobación del *Tratado por el que se establece una Constitución Europea*⁶. Todas sus propuestas van encaminadas a promover la igualdad entre los ciudadanos de los países miembros de la Unión (título III de la parte II, artículo II) y se menciona, expresamente, la integración de las personas con discapacidad.

España

En España, la Ley General de la Seguridad Social garantiza, a través del Sistema de Seguridad Social, prestaciones económicas periódicas. Éstas se constituyen como uno de los elementos más relevantes de protección social pública para las personas mayores, en general, y las que padecen discapacidades en particular, constituyendo en la mayoría de los casos la única o principal fuente de ingresos.

El Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI) es de incapacidad permanente absoluta, jubilación y viudedad. Incluye las pensiones recibidas por aquellas personas que, con fecha anterior al momento de sustitución de este sistema por el Régimen General, el 1 de enero de 1967, hubiesen cubierto el período de cotización exigido en dicho régimen o estuviesen afiliados antes de 1940 (mediante el Régimen de Retiro Obrero Obligatorio), y en caso de que los afectados no tengan derecho a otra pensión con cargo a la Seguridad Social (IMSERSO, 2002).

Los servicios públicos que permiten a los mayores con discapacidades vivir en su casa son los centros de día, las estancias temporales y los servicios de ayuda a domicilio

La LISMI establecía, en su artículo 16, el Subsidio de Ayuda por Tercera Persona especialmente para personas mayores discapacitadas. Podrían beneficiarse de ella los minusválidos mayores de edad que carecieran de medios económicos y cuyo grado de minusvalía excediera el establecido por ley y que necesitaran la asistencia de otra persona para realizar actividades de las AVDs que permiten autonomía. La Ley 16/1990 modificó la LISMI sobre prestaciones no contributivas de la Seguridad Social. Aquellos discapacitados que recibían ayudas gracias a la LISMI las seguían cobrando sin poder percibir el Subsidio de Garantía de Ingresos Mínimos ni el Subsidio de Ayuda por Tercera Persona. Por tanto, los que reúnen los requisitos pueden cobrar una pensión no contributiva.

6. Diario oficial C310, de 16 de diciembre de 2004.

Varios son los servicios públicos que permiten a los mayores con discapacidades leves vivir en su casa: los centros de día, las estancias temporales y los servicios de ayuda a domicilio. Los centros de día contribuyen a cuidar a los mayores con pérdidas funcionales. Tratan de retardar la pérdida total de dichas funciones y alivian a las familias en la dura tarea de cuidar a los mayores discapacitados que, en países europeos con un mayor desarrollo del Estado de Bienestar, corre totalmente a cargo del Estado. Las estancias temporales establecen un régimen residencial en períodos más bien de corta duración. Y los servicios de ayuda a domicilio atienden algunas o todas las tareas domésticas y ayudas requeridas por el usuario. En ocasiones, contar con ingresos medios y tener familia puede ser motivo de denegación de estos servicios por parte de la administración. También existen otros servicios, como los que contribuyen a la eliminación de barreras arquitectónicas y el servicio de asistencia.

Cuando la permanencia en el domicilio propio o familiar de un mayor dependiente no es posible, las alternativas son las residencias. También existen fórmulas mixtas que prevén plantear diversos grados de internamiento, entre los que se encuentran las unidades de convivencia para personas mayores dependientes, los apartamentos para mayores, las mini residencias o las viviendas tuteladas. Recientemente han aparecido algunas iniciativas para mayores discapacitados y sus familiares, como los programas de vacaciones y de termalismo.

Cuando la permanencia en el domicilio propio o familiar de un mayor dependiente no es posible, las alternativas son las residencias

El impulso del estudio desde la Administración Pública como estrategia para hacer frente a las limitaciones en la capacidad funcional en mayores es otra de las intervenciones desde el sector público⁷. La investigación en nuevas tecnologías, aplicadas a la mejora de las condiciones de vida de las personas con discapacidad, está siendo impulsada especialmente por el IMSERSO, el Ministerio de Ciencia y Tecnología y el Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV), cuyas líneas de investigación prioritarias son el conocimiento de su aplicación en la situación actual de la tecnología de rehabilitación en España⁸. El propio IMSERSO⁹, a partir del actual Plan Nacional I+D+I contempla, entre otras actividades, la promoción de diversos proyectos innovadores, entre cuyas prioridades se encuentran los estudios sobre envejecimiento: las tendencias demográficas de la población española, el profundo cambio de

la estructura familiar y el incremento de personas muy mayores sometidas a situaciones de dependencia. En esta misma línea se ha puesto en funcionamiento en la Unión Europea el V Programa Marco de I+D dentro de la Acción Clave *Envejecimiento de la Población y Discapacidades*. Este plan recoge potenciar, especialmente en el ámbito sanitario, las actuaciones dirigidas a la mejora de la competitividad de la estructura industrial de este sector, a disminuir la dependencia exterior y a aumentar la eficacia de los actuales procesos asistenciales. En este sentido destacan las tecnologías de rehabilitación para personas con discapacidad¹⁰, priorizando las actuaciones a corto plazo relacionadas con la mejora de los productos, la incorporación en su diseño de criterios funcionales de ajuste para el usuario, o actuaciones de mejora y creación de infraestructuras accesibles en diversos ámbitos.

Desde un punto de vista técnico, el IMSERSO cuenta con el Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT)¹¹. Este Centro Tecnológico de ámbito estatal tiene como objetivos mejorar la calidad de vida de los ciudadanos con discapacidad en general, especialmente los mayores, a través de la tecnología y la accesibilidad integral, el desarrollo de la tecnología y la optimización de ayudas técnicas para todos.

Indudablemente la legislación desarrollada desde los niveles nacionales y autonómicos en materia de discapacidades tiende a proteger cada vez más a las personas en situación de dependencia¹². Cabe destacar la aprobación de la LISMI, que estableció las bases para garantizar los derechos sociales básicos de las personas con discapacidad. Esas bases posteriormente se incorporaron a algunas Leyes Generales del Estado, dando lugar al desarrollo del Estado de Bienestar en España¹³. Medidas específicas que establece esta ley son el subsidio de ayuda a terceras personas, el subsidio de garantía de ingresos y el subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte. La ayuda a terceras personas consiste en una prestación económica dirigida a personas afectadas por alguna minusvalía que, a causa de algunas carencias funcionales o anatómicas, necesite a otra persona para poder realizar las AVDs. La garantía de ingresos constituye una ayuda de carácter económico para cubrir las necesidades básicas de aquellos que no tienen medios suficientes y que, por su minusvalía, no estén capacitados para lograrlos sin ayuda. El subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte permite obtener una prestación económica para los desplazamientos fuera del hogar a los minusválidos que no puedan utilizar los transportes de carácter colectivo (IMSERSO, 2002).

Con esta intención de protección apareció la Ley 40/1998, que reformó el IRPF, modificando el tratamiento fiscal que recibe la familia cuando dedica ayuda y cuidados de larga duración a alguno de sus miembros. Con anterioridad, la Ley 18/1991 permitía a las familias que tuvieran algún mayor ascendiente

7. Para conocer más los diversos aspectos relacionados con *La situación de las personas con discapacidad en España* consultar el trabajo publicado por el Consejo Económico y Social con este título en 2004.

8. El 21 de noviembre de 2001 se firmó un convenio de colaboración entre el IMSERSO y el IBV cuyo objetivo es conocer la situación actual de la oferta en España de tecnologías al servicio de personas mayores sin y con discapacidad.

9. El 11 de marzo de 2002 la dirección del IMSERSO

aprobó el Orden TAS 128/2002, de 15 de enero. Esta orden establece las bases reguladoras de la concesión de ayudas para la realización de proyectos de I+D+I en el ámbito de la tecnología de la rehabilitación y de los estudios sobre envejecimiento.

10. Recogidos en la Norma UNE-EN ISO 1999.

11. Creado a través de O. M. de 7 de abril de 1989.

12. Ver anexo legislativo.

13. Algunas de ellas son la Ley General de Seguridad Social de 1994 o la Ley General de Sanidad de 1996.

acogido, deducir de su cuota líquida hasta 80.000 pesetas (480 euros) si los ingresos del familiar cuidado no superaban el Salario Mínimo Interprofesional y su grado de minusvalía fuera valorado en más del 33 %. La reforma del IRPF de 1998 actúa directamente sobre la base del impuesto. Cuando el mayor discapacitado tiene ingresos por debajo del Salario Mínimo Interprofesional, el sujeto pasivo aumentará el mínimo familiar exento en una cuantía diferente dependiendo del grado de minusvalía. Varía entre 300.000 y 600.000 pesetas (1.803,04 y 3.606,07€) según el grado de minusvalía se establezca en el 33%, o si supera el 65%, respectivamente (Casado y López, 2001:210).

La Ley 39/1999¹⁴ se promulgó para facilitar a los trabajadores ocuparse de los familiares dependientes, a través de excedencias y reducciones en la jornada laboral. Las excedencias podrán ser de un año como máximo, sin percepción de salario. Cuando el familiar que recibe cuidados no dispone de recursos económicos, la reducción de la jornada podrá ser entre el 33% y el 50% de la misma, con disminuciones en la retribución económica proporcionales a la disminución de la jornada.

Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia

En materia de avances sobre dependencia conviene también recordar la publicación del *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004). Sus principales propuestas ponen de manifiesto futuras líneas de actuación administrativa que han sido adoptadas en la elaboración del *Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia*, actualmente en tramitación en el Congreso de los Diputados.

El Libro Blanco propone la creación de un Sistema Nacional de Dependencia que sería *“el conjunto de prestaciones y servicios que garantizan, en las mismas condiciones para todos los ciudadanos, la protección de las personas en situación de dependencia”*¹⁵.

Se plantea establecer prestaciones económicas para facilitar la ayuda a la persona con dependencia, dirigidas directamente a la persona que necesita

los cuidados. La excepción puede producirse en el caso de que el principal cuidador no cuente con empleo retribuido en más de 30 horas, en cuyo caso deberá suscribir un documento en el que acepta el desempeño de los cuidados. El principal planteamiento responde al lema de “Envejecer y vivir en casa” el mayor tiempo posible. A pesar del esfuerzo realizado por las Administraciones, las entidades privadas y el voluntariado, el importante crecimiento de la proporción de personas mayores en España ponen de manifiesto la imperiosa necesidad de incrementar los servicios sociales.

En el *Libro Blanco*, al Estado le corresponde regular mediante ley todos aquellos aspectos que configuran el alcance y contenido del derecho a la atención a las personas en situación de dependencia, los beneficiarios de la prestación y los sistemas de financiación y de gestión, así como la aprobación y actualización de los baremos de valoración de la dependencia, con el fin de garantizar la igualdad en el acceso a la protección y, como consecuencia, a los diferentes servicios del sistema. Asimismo, al Estado le correspondería el seguimiento, control y evaluación del sistema, la información estadística y el análisis comparado de los índices de incorporación de personas dependientes en los distintos ámbitos territoriales. En el ámbito del Estado debería establecerse un Observatorio de la Dependencia, a disposición de todas las Administraciones y agentes que intervienen en la prestación de servicios de dependencia, en el que se analicen tendencias, se realicen prospecciones, estudios e investigaciones y se difundan experiencias y buenas prácticas nacionales e internacionales.

El Libro Blanco propone la creación de un sistema de dependencia que sería el conjunto de prestaciones y servicios que garantizan la protección de las personas en situación de dependencia

A las CCAA les correspondería la valoración de la dependencia mediante la aplicación de los baremos aprobados por el Estado y el reconocimiento del derecho a la prestación de dependencia en los términos que determine la ley. Asimismo, correspondería a las CCAA garantizar que, en el ámbito de su territorio, se pongan a disposición de los ciudadanos los servicios y centros

14. BOE nº266, de 6 de noviembre de 1999.

15. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004: Capítulo XII: 25)

necesarios para que las personas con dependencia sean atendidas adecuadamente. Ello conlleva, por una parte, la gestión de los centros y servicios propios y la creación de otros nuevos y, por otra, el impulso y la concertación de centros y servicios de la iniciativa privada con y sin ánimo de lucro para su incorporación al sistema. También correspondería a las CCAA potenciar los actuales equipos de valoración de la discapacidad para hacer frente a la especificidad de la valoración de la dependencia y al incremento de la demanda que la implantación del sistema, sin duda, generará; crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios de Dependencia en cada comunidad autónoma, facilitando la correspondiente acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos básicos y los estándares de calidad imprescindibles; crear los órganos de gestión administrativa para informar adecuadamente a los beneficiarios, proceder al reconocimiento del derecho a la prestación y elaborar el programa de servicios que le corresponde según el dictamen del equipo de valoración; inspeccionar y, en su caso sancionar, los incumplimientos sobre requisitos mínimos y estándares de calidad de los centros y servicios, y respeto de los derechos de los beneficiarios, evaluar el funcionamiento del sistema en su territorio respectivo.

Para los familiares se abre la posibilidad de conceder una prestación económica directa a la persona cuidadora

En definitiva, parece haberse alcanzado un acuerdo entre el Gobierno y agentes sociales¹⁶ para conseguir la materialización de las ayudas a los familiares que se prevén para el año 2007, desde el momento en que el Sistema Nacional de Dependencia se articule. Tal y como el propio *Libro Blanco* plantea, este sistema se va constituir como el Cuarto Pilar (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004). A partir de estas medidas “se establece el derecho de las personas dependientes a recibir asistencia, sufragada por la Administración Central, las autonómicas y, también, mediante la aportación de los beneficiarios en función de su capacidad económica personal”¹⁷.

Lo más destacado que afecta a los familiares es que se abre la posibilidad de conceder una prestación económica directa a la persona cuidadora. Se prevé que los cuidadores familiares puedan recibir una compensación económica por su labor, además de darse de alta en la Seguridad Social. Esto es una clara apuesta por mantener a los discapacitados en su hogar y

entorno social habitual. Es decir, permanecer con su familia, siempre que sea posible. El pariente cuidador percibirá una compensación económica (variable según el grado de ayuda que precise la persona dependiente y la capacidad económica que tenga) y una formación adecuada para su tarea. Según el acuerdo, se regulará la incorporación de los cuidadores al régimen de la Seguridad Social que se determine. La cotización empresarial correrá a cargo del Sistema Nacional de Dependencia.

Anteproyecto de Ley de Autonomía Personal y Dependencia

A partir de la publicación del *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*, se ha elaborado un Anteproyecto de “Ley de Autonomía Personal y Dependencia” que implica a numerosos actores sociales y que contribuirá, tras su aprobación, a la configuración de tejido social que limite la exclusión social de las personas dependientes y sus familiares cuidadores. Esta Ley de *Autonomía Personal y Dependencia* vendrá a sustituir, en algunos aspectos, y a complementar, en otros, a la mencionada LISMI¹⁸, aprobada ahora hace casi 25 años.

Como consecuencia del análisis del Anteproyecto de Ley se ponen de manifiesto numerosos aspectos que mejoran la situación social de los mayores de 65 años.

Entre los principios de esta futura ley se encuentran la promoción de la autonomía; la permanencia en el entorno siempre que sea posible; la sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a la dependencia; la colaboración entre los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Dependencia y las CCAA; y la participación privada en los servicios y prestaciones, además de la cooperación entre las Administraciones (artículo 3).

Los requisitos para poder disfrutar de los beneficios de la futura ley son tres principalmente: Situación de dependencia en algunos de los grados establecidos; tener tres o más años de edad y residir en territorio español o haberlo hecho durante 5 años, dos de ellos inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud (artículo 5).

16. Los sindicatos UGT y CCOO, las CEOE y CEPYME.

17. Nogueira, Ch. (20 de diciembre de 2005) “Los familiares que cuidan a un mayor dependiente podrán cobrar un sueldo”, El País. Acceso: <http://www.elpais.es/> (20 de diciembre de 2005).

18. Ley 13/1982 de 7 de abril, BOE 20 de abril de 1982.

Una serie de nuevas estructuras de bienestar serán creadas a partir de la aprobación de la “Ley de Autonomía Personal y Dependencia”. Los principales son el establecimiento de un Sistema Nacional de Dependencia (SND), previsto tal y como se ha indicado en el *Libro Blanco* y la creación de un Consejo Territorial dependiente del primero.

El SND tratará de coordinar y hacer eficientes los recursos públicos y privados, así como la coordinación entre los tres niveles administrativos (Estado, CCAA y EELL), con el objeto de promocionar a las personas con discapacidades a partir de dos pilares básicos y complementarios: la promoción de su autonomía y la atención a las necesidades de las personas con dificultades para realizar las AVD.

Y será el Consejo Territorial del SND el encargado de articular la cooperación entre las administraciones a partir de la elaboración de Planes de Acción Integral (artículo 7), así como otras atribuciones de coordinación de las administraciones públicas y de los servicios disponibles para las personas con discapacidad.

Las Comunidades Autónomas serán las encargadas de planificar, ordenar, coordinar y dirigir los servicios de atención a las personas en situación de dependencia en el ámbito de su territorio

Las CCAA serán las encargadas de, al amparo del Sistema Nacional de Dependencia, planificar, ordenar, coordinar y dirigir los servicios de atención a las personas en situación de dependencia en el ámbito de su territorio; gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia; establecer los procedimientos de coordinación sanitaria, creando los órganos de coordinación que procedan; crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios, facilitando la debida acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad; asegurar la elaboración del correspondiente Programa Individual de Atención; inspeccionar y, en su caso, sancionar los incumplimientos sobre requisitos y estándares de calidad de los centros y servicios y respecto de los derechos de los beneficiarios; y, por último, evaluar el funcionamiento del sistema en su territorio (artículo 8). El papel de los entes locales será colaborar en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia (artículo 9).

Las prestaciones irán destinadas, específicamente, a promover la autonomía en el medio habitual a través de ayudas técnicas para facilitar el desenvolvimiento en las AVD, la eliminación de barreras arquitectónicas y las adaptaciones estructurales en la vivienda para facilitar los desplazamientos.

Del mismo modo se promoverá la participación y el bienestar de las personas dependientes y sus familias cuidadoras, entre otros medios favoreciendo el asociacionismo. Además se prestarán servicios de atención y cuidado a través de centros públicos y privados y, solamente, cuando los Programas Individuales de Atención, elaborados para cada persona con discapacidad, lo requieran, se prevén prestaciones económicas para los familiares cuidadores. De cualquier modo, en el acceso a los servicios y las prestaciones se considerarán el grado de dependencia y la capacidad económica del solicitante o la edad (artículo 12).

En el catálogo de servicios para atender la dependencia se recogen dos tipos en función de los pilares mencionados: los destinados a promover la autonomía personal y los de atención y cuidado. Tal y como se recoge en la Sección 2ª, los servicios de promoción de la autonomía personal van dirigidos a prevenir las situaciones de dependencia, consecuencia de las discapacidades por medio de la elaboración de *Planes de Prevención de las situaciones de Dependencia*. Del mismo modo, haciendo uso de las tecnologías de la comunicación e información se cubrirán las situaciones de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento mediante un servicio de teleasistencia (artículos 19 y 29).

De otro lado, los servicios de atención y cuidado, recogidos en la Sección 3ª, se configuran en la ayuda a domicilio, los centros de día y de noche o los centros residenciales. El primero de ellos se encargará, tal y como lo viene haciendo hasta el momento, de la atención a los AVD y las AIVD (artículo 21). Tanto los centros de día como de noche tratarán de favorecer la autonomía y apoyar a los familiares cuidadores (artículo 22). Los centros residenciales pueden tener un carácter definitivo o bien cubrir estancias temporales (convalecencias, vacaciones, fines de semana, enfermedad de los cuidadores y periodos de “respiro” en general).

En lo que se refiere a los grados de dependencia, la nueva ley establecerá tres: *Grado I* descrito como Dependencia Moderada, cuando la persona necesita ayuda en las AVD una vez al día; *Grado II*, Dependencia Severa, cuando la ayuda se requiere dos o tres veces al día y *Grado III*, Gran Dependencia, cuando la ayuda se necesita más veces y es necesaria la presencia continua del cuidador (artículo 24).

La financiación del SND será realizada por la Administración General del Estado en colaboración con las Comunidades Autónomas, al menos a partes

iguales (artículo 31). Los beneficiarios también contribuirán a la financiación según el tipo y coste del servicio y de su nivel económico (artículo 32).

Por último, al considerar el Anteproyecto es necesario poner de relieve que, a pesar de todos los logros y normas que proporciona para mejorar el apoyo de las personas en situación de dependencia, el propio Consejo Económico y Social (CES)¹⁹, al aprobar un dictamen en referencia al *Anteproyecto de Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, estableció algunas salvedades. De modo particular, algunos miembros del CES plantearon una serie de cuestiones entre las que se encuentran que no garantiza la cobertura universal ni pública. Los aspectos que ponen de relieve las limitaciones de cobertura universal, según algunos miembros del CES, serían: no garantiza derechos efectivos; los grados de dependencia se determinan mediante un sistema que no se concreta en el texto; se establece un sistema de copago; los menores de tres años quedan excluidos, así como la mayoría de los inmigrantes; solo se establece el gasto público del 1% del PIB y el plazo para la entrada en vigor es hasta 2015²⁰.

En cuanto a su cobertura pública, no está garantizada, puesto que se plantea que parte de la cobertura la realicen entidades privadas o personas individuales. Tampoco se jerarquiza entre los servicios públicos y privados, dando lugar al desarrollo de los servicios y seguros privados. Se fomenta la permanencia en los hogares el mayor tiempo posible de la dependencia.

Haciendo uso de las tecnologías de la comunicación e información se cubrirán las situaciones de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento mediante un servicio de teleasistencia

Comunidad Autónoma de Andalucía

Si comparamos la Comunidad Autónoma de Andalucía con las demás CCAA que configuran el Estado español, obtenemos que el tratamiento que reciben las personas con dependencia y sus familias es ventajoso respecto a los ciudadanos que viven en otras CCAA²¹. La CA de Andalucía es la que más ha avanzado en este sentido, en función de sus competencias transferidas y de su capacidad financiera, principalmente a partir de la aprobación de legislación específica en 1999 y 2002. Durante 1999 tuvo lugar la aprobación de varias leyes que contribuyen a mejorar la vida de los mayores y las personas con dependencia: la propia *Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las personas con discapacidad en Andalucía*²², anterior a la ley en tramitación dirigida a las personas con dependencias y la *Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores*²³. Durante 2002, también se aprobaron la *Orden de 6 de mayo de 2002, por la que se regula el acceso y el funcionamiento de los programas de estancia diurna y respiro familiar*²⁴ y el *Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas*²⁵.

La Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las personas con discapacidad en Andalucía, tiene como objetivo el regular las actuaciones destinadas a la "atención y promoción del bienestar de las personas con discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales con el fin de hacer efectiva la igualdad de oportunidades y posibilitar su rehabilitación e integración social, así como la prevención de las causas que generan deficiencias, discapacidades y minusvalías"²⁶ (p. 16.581). En definitiva, lo que pone de manifiesto esta ley en relación a los mayores con dependencia es el interés por promover la iniciativa social siguiendo principios de integración, normalización, fomento de investigación y reconocimiento de derechos. Además, considera aspectos tan relevantes como la asistencia sanitaria y la rehabilitación; los servicios sociales a través de los Servicios Sociales Comunitarios y Especializados (Centros de valoración, residencias y unidades de día); la accesibilidad de las ciudades, en el transporte y la comunicación.

19. En Sesión Ordinaria del Pleno de 20 de febrero de 2006. Acceso disponible: <http://www.ces.es>

20. Consultar: CES (2006) Dictamen 3. Sobre el Anteproyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. CES. Madrid, pp. 24 y ss.

21. Consultar anexo legislativo.

22. BOJA nº 107, de 5 de mayo de 1999, pp.16.579-16.592.

23. BOJA nº 87, de 29 de julio de 1999, pp. 9.592-9.601.

24. BOJA n.º 55, de 11 de mayo de 2002, pp. 7.694 y ss.

25. BOJA nº 52, de 4 de mayo de 2002, pp. 7.127-7.134.

26. BOJA nº 107: 16.581.

Ese mismo año, la aprobación de la *Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores* establece medidas específicas destinadas a personas mayores en Andalucía a través del apoyo a las familias, los Servicios Sociales Comunitarios y los Especializados; atención socio-sanitaria específica, de vivienda; promoción de la educación y formación (Aulas Universitarias, fomento de la participación de los más mayores, sensibilización con las personas mayores, investigación, preparación a la jubilación, etc.); cultura, ocio, turismo y deporte; protección económica y jurídica ante situaciones de vulnerabilidad.

Andalucía es la Comunidad Autónoma que más ha avanzado en el tratamiento que reciben las personas con dependencia y sus familias

Cuatro años más tarde, las medidas normativas de 2002 constituyeron un paso más desde la Junta de Andalucía en el cuidado de las personas mayores que presentan dependencias. *La Orden de 6 de mayo de 2002* regula el acceso y el funcionamiento de los programas de estancia diurna y respiro familiar. Inciden en el papel social de las familias y la mujer como cuidadoras de las personas en situación de dependencia. Los programas se desarrollan en Centros Específicos o compartiendo instalaciones con Centros Residenciales. Para la Junta de Andalucía los Programas de Estancia Diurna consisten en el “conjunto de actuaciones que prestándose durante parte del día están dirigidas a una atención integral mediante servicios de manutención, ayuda a las actividades de la vida diaria, terapia ocupacional, acompañamiento y otros, que mejoren o mantengan el nivel de autonomía personal de los/las usuarios”. Y los Programas de Respiro Familiar serían el “conjunto de actuaciones descritas en el apartado anterior, que se prestaran, en régimen residencial, en períodos que oscilen entre veinticuatro horas y un mes, con carácter prorrogable, por motivos de descanso, enfermedad u hospitalización, emergencias y otras circunstancias análogas”²⁷.

Por su parte, el *Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas* constituye un gran avance en la ayuda a las familias con personas mayores discapacitadas, en la medida en que recoge la protección y ayuda ante necesidades de las familias cuidadoras que, como ya se ha comprobado, son las principales cuidadoras de mayores con dependencias. El capítulo VII se refiere expresamente a las medidas a favor de los/as mayores y personas

con discapacidad, estableciendo, sobre todo, medidas sanitarias (cuidados a domicilio, fisioterapia y rehabilitación, Plan Andaluz de Alzheimer o desarrollo de dispositivos socio-sanitarios de Salud Mental); medidas sociales en el domicilio, como adecuación básica de viviendas; medidas de carácter social en centros (Centros de Día, Servicios de Comedor, programas de estancia diurna y de respiro familiar, Centros Residenciales, dotación de equipos informáticos, etc.). Medidas como el mencionado Plan Andaluz de Alzheimer, por ejemplo, son medidas pioneras en toda España.

27. BOJA nº 55, de 11 de mayo de 2002: 7.695.

Bibliografía

Casado Marín, David y Guillén López i Casanovas (2001)

Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro, Barcelona, Fundación La Caixa.

Castón, Pedro, María del Mar Ramos, Jose Manuel Moreno (2004)

"Mayores y discapacidad en el Estado de Bienestar", en M. Herrera y A. Trinidad, Administración Pública y Estado del Bienestar, Thomson Civitas, Madrid.

Consejo de Europa (1998)

Recomendación del Comité del Consejo de Europa relativa a la dependencia, R (98) 9.

Fundación La Caixa (2003)

Anuario social de España, Fundación La Caixa, Barcelona.

Giménez López, Dulce y Ramos Lorente, María del Mar (2004a)

"La discriminación de las mujeres discapacitadas en España", Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales nº 45, 61-76.

Giménez López, Dulce y Ramos Lorente, María del Mar (2004b)

"Las barreras sociales son más difíciles de superar que las arquitectónicas: mujer, discapacidad y empleo", VIII Congreso español de Sociología, Alicante, 23-25 septiembre, 2004.

Iglesias de Ussel, Julio (dir.) (2001).

La soledad de las personas mayores. Influencias personales y sociales. Análisis cualitativo. IMSERSO Madrid.

IMSERSO (1983)

Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. IMSERSO, Madrid.

INE (1987)

Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías, Madrid, INE.

INE (2002)

Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, CD-ROM, Madrid, INE, IMSERSO y Fundación ONCE.

INE (2005)

Censos de población y viviendas 2001. Resultados definitivos. Acceso libre: <http://www.ine.es/> (Consulta, 25 de marzo de 2006).

López Doblas, Juan (2005)

Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Ministerio de Economía y Hacienda (2005)

Presentación del Proyecto de Presupuestos Generales del Estado 2006. Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos <http://www.meh.es/portal/>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004) Libro Blanco

Atención a las personas en situación de dependencia en España. IMSERSO. Madrid. Acceso libre disponible: http://www.tt.mtas.es/periodico/serviciossociales/200501/libro_blanco_dependencia.htm

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006)

Anteproyecto de "Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. IMSERSO. Madrid. Acceso libre disponible: <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/legislación/normas/doc-3201.pdf>

Naciones Unidas (2002)

"Una sociedad para todas las edades. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento" <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/productivo.pdf> (Recuperado 14 enero 2004).

OMS (2001)

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). WHO/OMS (2001).

Ramos Lorente, María del Mar (2004)

"La formación y el empleo de las mujeres con discapacidad: facilitar el acceso", REDSI, nº 3, Acceso libre: <http://redsirevista.cebs-es.org/>

Sancho, Mayte (coord.) (2005)

Informe 2004. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas, Tomo I, Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO, Madrid.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/estadisticas/informe-mayores/2004/pdf/tomo-1/opm-tomo1-completo.pdf>

Sancho, Mayte (coord.) (2002)

Informe 2000. Las personas mayores en España: Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas, CD-ROM, Madrid, Observatorio de las Personas Mayores IMSERSO, pp. 862-911.

WAA (1996)

"Self-Report of Difficulty in Performing Functional Activities Identifies a Broad Range of Disability in Old Age", en Journal of American Geriatrics Society, 44/12, 1421-1428.

WAA (2002)

"La atención formal e informal en España", en Mayte Sancho (coord.) Informe 2000. Las personas mayores en España: Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas, CD-ROM, Madrid, Observatorio de la Personas Mayores IMSERSO, pp. 862-911.



Anexos

Anexo I

Ficha técnica EDDES

FICHA TÉCNICA

Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (EDDES).

Objetivo

Conocer aspectos relacionados con las discapacidades y los problemas de salud que afectan a la población en España para planificar políticas sociales y sanitarias adecuadas.

Entidad

Instituto Nacional de Estadística, IMSERSO y Fundación ONCE

Tamaño de la muestra

Para conseguir los niveles óptimos de fiabilidad a nivel nacional y provincial, se seleccionó una muestra de 79.000 hogares, a partir de 3.000 secciones censales. Además, la muestra se distribuyó entre provincias asignando una parte uniforme y otra proporcional al tamaño de cada provincia. El número medio de entrevistas por sección fue de 25, lo que ha llevado a investigar a 218.000 personas en toda España. No se recogió en la muestra a los residentes en centros colectivos.

En Andalucía se ha entrevistado a 13.265 familias.

ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

Poblacional

La investigación cubre el conjunto de personas que residen en viviendas familiares principales. Cuando una misma vivienda esté constituida por dos o más hogares, el estudio se extiende a todos ellos, pero de manera independiente para cada hogar.

Geográfico

La encuesta se realiza en todo el territorio nacional, incluidas Ceuta y Melilla.

Temporal

La recogida de la información se realizó durante el segundo trimestre de 1999.

Observaciones

Para cada persona entrevistada se recogieron todas las discapacidades que padece, ya sean independientes o no entre sí. Se considera que una actividad está limitada gravemente cuando así lo estima el propio sujeto, es decir, se trata de cuantificar las discapacidades percibidas por la población española. Se establecieron tres grupos de edad. Un primer grupo para los comprendidos entre 0 y 5 años, el segundo grupo para los comprendidos entre los 6 y 64 años, y el tercero para los que tienen 65 y más años. Respecto a este último grupo, se llevó a cabo una explotación completa de todas las variables que se analizan en la encuesta.

Anexo II

Índice de tablas, gráficos y mapas

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.

Población total y población discapacitada española mayor de 65 años

Tabla 2.

Población mayor de 65 años con discapacidad por Comunidades Autónomas

Tabla 3.

Población por provincias andaluzas (2001)

Tabla 4.

Población por edades a partir de los 65 años (2001)

Tabla 5.

Esperanza de vida al nacer en Andalucía

Tabla 6.

Distribución del presupuesto para atención a la dependencia

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.

Enfermedades del envejecimiento que generan dependencia

Gráfico 2.

Tasa de personas que sufren discapacidad por grupos de edad a partir de los 65 años en España

Gráfico 3.

Población con discapacidad mayor de 65 años en Andalucía que necesita ayuda de asistencia personal por tipo de discapacidad

Gráfico 4.

Población mayor de 65 años en Andalucía que ha recibido o no servicios sanitarios y sociales

Gráfico 5.

Número de discapacidades que sufren las personas mayores de 65 años

Gráfico 6.

Población mayor de 65 años discapacitada en Andalucía por tipo de discapacidad y ayudas que recibe

Gráfico 7.

Principal cuidador de personas mayores de 65 años con discapacidad por grupos de edad

Gráfico 8.

Población con discapacidad que recibe ayuda de asistencia personal y horas de dedicación a la semana del cuidador

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1.

Población española discapacitada mayor de 65 años por Comunidades Autónomas

Anexo III

Legislación básica estatal y autonómica

LEGISLACIÓN BÁSICA

Estatal

Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)

Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de Sociedad de la Información y del Comercio Electrónico

Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de protección a las familias numerosas

Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad

Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social (Igualdad de trato en el empleo)

Real Decreto 946/2001, de 3 de agosto, por el que se aprueba el Estatuto del Real Patronato sobre Discapacidad

Real Decreto 177/2004, de 30 de enero, por el que se determina la composición, funcionamiento y funciones de la Comisión de protección patrimonial de las personas con discapacidad

Orden de 17 de junio de 1999 por la que se crea el Consejo Estatal de las Personas con Discapacidad

Comunidades Autónomas

Comunidad Autónoma de Andalucía

Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía

Junta de Galicia

Ley 10/2003, de 26 de diciembre, sobre el acceso al entorno de las personas con discapacidad acompañadas de perros de asistencia

Comunidad de Madrid

Decreto 342/1999, de 23 de diciembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas con Discapacidad Física y Sensorial

Generalitat Valenciana

Ley 11/2003, de 10 de abril, sobre el Estatuto de las Personas con Discapacidad
Decreto 5/2000, de 11 de enero, del Gobierno Valenciano, por el que se crea la Comisión Interdepartamental para la integración de las personas con discapacidad

Generalitat de Catalunya

Decreto 271/2003, de 4 de noviembre, de los servicios de acogida residencial para personas con discapacidad

País Vasco

Decreto 256/2000, de 5 de diciembre, por el que se regula la tarjeta de estacionamiento para personas con discapacidad y se adapta al modelo comunitario uniforme.

01 02 03 04 05 06 07 08

NÚMEROS ANTERIORES

Actualidad 01

Aportaciones para entender el efecto de la inmigración en Andalucía

Actualidad 02

Cómo entender el debate de la Financiación Autonómica

Actualidad 03

La Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía: contexto e inicio

Actualidad 04

Valores democráticos de la II República

Actualidad 05

El gasto y el endeudamiento en las familias españolas

Actualidad 06

¿Es viable el copago en el sistema de financiación sanitaria?

Actualidad 07

La brecha digital de Andalucía

Actualidad 08

Dependencia en personas mayores en Andalucía

