



Universidad de Valladolid

ESCUELA DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y DEL TRABAJO DE
SORIA

Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos

TRABAJO FIN DE GRADO

**La Asistencia Social en la Tercera Edad:
Implantación del modelo asistencial "En
mi casa" en Residencia Fuente del Rey.**

Presentado por Eva María Igea Serrano

Tutelado por: Juan Antonio Cano García

Soria, 1 de Julio de 2014

ÍNDICE

ÍNDICE	3
INTRODUCCION	5
CAPITULO I. ANALISIS DE POBLACION ENVEJECIDA: LA ASISTENCIA SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES	13
1.1.-DETERMINANTES DEMÓGRAFICOS Y SOCIALES PARA UNA SOCIEDAD ENVEJECIDA.	13
1.2.- ANALISIS TEMPORAL DE LA ASISTENCIA SOCIAL	22
1.3.- ANALISIS Y TIPOLOGIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES	25
2.4.- ANALISIS DE LOS RECURSOS PÚBLICOS Y PRIVADOS	29
2.5.- CONCLUSIONES DEL ANÁLIS Y DIAGNOSTICO	34
CAPITULO II. LEY DE PROMOCIÓN A LA AUTODEPENDENCIA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.	37
2.2 MODELO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES: PROYECTO “En mi casa”	38
CAPITULO III. PROYECTO “EN MI CASA“ IMPLANTADO EN RESIDENCIA “FUENTE DEL REY”	41
3.1 ESTUDIO DE LA ATENCIÓN ASISTENCIAL EN LA RESIDENCIA “FUENTE DEL REY”	41
3.2 VALORACIÓN DE POSIBLES CANDIDATOS AL PROYECTO “EN MI CASA” PARA RESIDENCIA ”FUENTE DEL REY”	44
3.3 IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO “EN MI CASA” EN RESIDENCIA FUENTE DEL REY	46
CAPITULO IV: PLAN DE VIABILIDAD PARA RESIDENCIA “FUENTE DEL REY”	51
4.1 CONSIDERACIONES GENERALES	51
4.2 CONSIDERACIONES PARTICULARES	51
4.3 PUESTA EN MARCHA EL DEPARTAMENTO DE RRHH Y ORGANIZACIÓN	54
CONCLUSIONES	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	63
ANEXO I	63

INTRODUCCION

El creciente envejecimiento de la población tiene gran trascendencia debido a las consecuencias sociales, culturales, económicas e incluso políticas que este fenómeno provoca en las sociedades desarrolladas. De este modo, la atención a las personas en situación de dependencia constituye uno de los principales retos de la política social de estas sociedades.

En España, los cambios demográficos y sociales que se viene produciendo, están provocando un importante aumento de la población en situación de dependencia, siendo de gran relevancia el crecimiento de de población de más de 65 años, considerando que se ha duplicado esta cifra en los últimos 30 años.

A este hecho, tenemos que añadirle el efecto demográfico denominado “proceso de envejecimiento poblacional” que se está desarrollando en nuestra sociedad, consistente en el aumento de una determinada población con edad superior a 80 años.

Ambas situaciones, forman parte de una nueva realidad social en materia de población mayor, que soporta grandes problemas de dependencia para un colectivo de personas que se encuentran en sus últimas etapas de la vida, siendo un sector de población cada vez más amplio.

Dicho esto y situados en el contexto social en el que nos vamos a desenvolver, nuestro Trabajo Fin de Grado pretende abarcar el estudio desde las distintas materias estudiadas en el Grado de Relaciones Laborales y Recursos Humanos. De este modo, destacamos el área de organización y planificación de métodos de trabajo para llevar a cabo un proyecto de viabilidad que nos permita la implantación del nuevo modelo de atención asistencial a las personas dependientes en un centro residencial.

De igual forma, la toma de decisiones que adoptemos según el resultado del análisis de los varemos económicos y sociales que hayamos considerado nos servirá para evaluar este plan de viabilidad.

Al mismo tiempo, deberemos trabajar en el departamento de recursos humanos para la gestión y organización de la nueva propuesta, que como veremos en capítulos posteriores será necesaria la contratación de nuevos profesionales y el cálculo de sus nóminas, también realizaremos un análisis económico-financiero en el área de dirección y administración para la optimización de dicha implantación,

De igual manera, destacamos los aspectos personales que nos han llevado a realizar dicho estudio, considerando el reto profesional que supone atender las necesidades de nuestros mayores de una forma más personal, individualizada, llegando a conseguir de la residencia, un lugar confortable, acogedor, lo más parecido a su propio hogar, donde la persona pueda mantener el control de su vida, sus gustos y preferencias.

Con este nuevo modelo de atención asistencial a las personas mayores, se pretende dar un paso más en el cuidado de la persona donde se intenta superar el modelo actual basado en la satisfacción de necesidades y provisión de cuidados fundamentalmente asistenciales y sanitarios.

Dicho estudio se localiza en el ámbito geográfico de la ciudad de Soria, concretamente en la residencia para la Tercera Edad “Fuente del Rey” cuya entidad es de carácter privado, sita en la calle Fuente del Rey, s/n. además y como veremos a lo

largo del proyecto, todos los datos expuestos son totalmente reales y actualizados, para la elaboración de este estudio y del plan de viabilidad.

La atención asistencial a las personas mayores, se convierte en un reto importante para los poderes públicos, que requiere una respuesta sostenible y adaptada al actual modelo de sociedad, caracterizada por la ausencia de cuidadores para este colectivo.

No hay que olvidar, que hasta ahora, han sido las familias y más concretamente las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas mayores, constituyendo lo que se viene llamando el “apoyo informal”.

Según comentaremos en el capítulo I, los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de la mujer en el mercado laboral, de casi tres millones a lo largo del siglo XX, crean nuevos retos en una sociedad que hacen necesaria una revisión del sistema tradicional de atención y cuidado a las personas mayores, para asegurar una adecuada capacidad de prestación a aquellos que la necesiten.

Al mismo tiempo, en este contexto social que nos encontramos, debemos señalar que se produce el efecto negativo de una sociedad caracterizada por la acusada baja de natalidad junto con la circunstancia positiva de un aumento en la esperanza de vida de la misma, llegando a producirse el fenómeno que se denomina “proceso de envejecimiento poblacional”.

Como no puede ser de otra manera, por ser nuestro trabajo tutelado durante todo este tiempo por el departamento de historia, realizaremos un estudio de la evolución temporal que ha sufrido la asistencia social para la tercera edad.

Destacaremos el recorrido histórico de la Asistencia social desde los orígenes de la Beneficencia como acción caritativa ejercida por la Iglesia o por determinadas familias de buena posición económica hasta llegar a como la conocemos en la actualidad.

Una asistencia social en los albores de la Edad Contemporánea, cuando el Estado liberal-burgués toma como una de sus responsabilidades la Beneficencia¹, que en sus primeros comienzos, consistía en una mera acción de caridad, fruto del amparo que ofrecía, generalmente, la Iglesia a aquellas personas que se encontraban en situación de marginación o exclusión social.

La exclusión social podía deberse a circunstancias varias como personas que tenían alguna discapacidad física o psíquica que les impidieran desenvolverse en su vida cotidiana, también pertenecían a este grupo niños desamparados, personas dementes y personas ancianas que no tenían familia para poder atender las necesidades básicas derivadas de su situación de vejez.

En la actualidad, la propia consideración de España como “Estado de Derecho” según manifiestan los artículos 49 y 50 del propio texto constitucional, hace mención a la atención de personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos. En el año 1978, el modelo de

¹ Beneficencia pública recoge la concepción de los pobres, clasificándolos en función de su capacidad o no de trabajar, también se incluye a la mujer en el grupo de los que necesitan socorro y la Administración debe socorrerla en las épocas de preñez, parto y crianza. POSADA HERRERA, J. (1845), Beneficencia publica:”Lecciones de Administración”. Madrid. Biblioteca de Google académico.

Estado de Bienestar para todos los ciudadanos se centraba en la protección sanitaria y de la Seguridad Social, pero desde entonces, nuestro país ha experimentado un gran crecimiento social dando a los Servicios Sociales una importancia fundamental, desarrollados principalmente por las Comunidades Autónomas, en colaboración especial con el tercer sector social² y constituyéndose el cuarto pilar del sistema de bienestar, para la atención de personas mayores con dependencia.

Por tanto, la atención y el cuidado a las personas mayores está cambiando en cuanto a la prestación de servicios desde los centros residenciales. Hacemos esta afirmación porque se viene observando como la mayoría de las personas mayores a medida que avanzan en edad, quieren seguir viviendo en su propia casa evitando el ingreso en una residencia, pero a veces esto no es posible.

Con apoyo de la Ley de Autonomía y Atención a la Dependencia y el nuevo modelo de atención residencial, denominado “En mi casa” se plantea hacer de la vivienda alternativa un lugar confortable, acogedor lo más parecido al propio hogar.

Este proyecto piloto “en mi casa” consiste en diseñar pequeñas unidades de convivencia, con una arquitectura, un aspecto y decoración similar a la un hogar familiar. Contando con una atención más personalizada hacia el residente, por parte de su cuidador, respetando sus gustos, apetencias, al mismo tiempo que una mayor estimulación para promocionar su autonomía e independencia, son las fundamentales características del nuevo modelo de atención residencial.

La mayoría de las conclusiones sobre la atención residencial en personas mayores dependientes, fueron debatidas con acierto en el Congreso de Gestores de empresas privadas, que se celebró en Burgos el pasado mes de abril, asistiendo presencialmente y las tomaremos como base para el diseño de nuestro propio plan de viabilidad en la implantación del modelo “En mi casa” adaptando la residencia “Fuente del Rey”.

Entendemos que este estudio puede contribuir de forma muy positiva a la ampliación del número de futuras residencias de gestión privada, que quieran participar en este proyecto, dando lugar a una mayor valoración positiva, por parte de los usuarios de estos centros residenciales y contribuyendo además a la mejora de la imagen de las residencias, que prestan una atención más personal, cercana, respetando en todo momento las decisiones y gustos del residente.

Este proyecto queda enmarcado dentro de un entorno social de gran relevancia para la atención y cuidado a las personas mayores en centros residenciales, ofreciendo unos servicios especiales que hasta ahora no se prestan, cuando la persona no puede seguir viviendo en su propio hogar.

La asistencia social para las personas mayores, ya sea mediante la prestación de los distintos servicios sociales³ o mediante la atención residencial, se considera como una forma de satisfacer las necesidades y cubrir las carencias que emanan como consecuencia de su edad longeva.

² Tercer sector social: Se les denomina a aquellas organizaciones sin ánimo de lucro, que son prestadoras de servicios sociales, educativos, de vivienda, de salud, etc. en colaboración con las Administraciones Públicas. Ejemplo: Caritas Diocesana, Cruz Roja, Proyecto Hombre.... Definición Internet/www.laverdad.es.

³ En la prestación de los Servicios Sociales se distinguen distintos tipos, recogidos en la Ley del Instituto para Mayores de 2005, Real Decreto 1226/2005.

En el ámbito social de la atención y cuidados a nuestros mayores, observamos según los estudios socio-demográficos, que nos encontramos ante un sector de población mayor cada vez más numerosos con respecto a la población total y este a su vez llega a experimentar un aumento en la esperanza de vida hasta llegar a poder hablar de personas mayores de 80 años. Estos factores desencadenan en una población más envejecida y dependiente.

Analizando el ámbito laboral que atiende el cuidado y la atención de la tercera edad, se viene confirmando el descenso de personas cuidadoras. La causa principal en la ausencia de personal cuidador viene provocada, desde principios del siglo XX, por la incorporación de la mujer al mercado laboral, dejando un vacío familiar en su estructura porque la mujer siempre desempeñaba el papel de cuidadora dentro del seno familiar.

De esta forma, se confirma el nacimiento de profesionales cuidadores de las personas mayores, bien sea en su propio hogar o viviendo en centros residenciales.

A pesar de estos factores, la atención a una población más envejecida y con mayor dependencia necesita de un cambio estructural en su gestión.

Este cambio empieza a notarse con, puesta en marcha de la Ley de promoción a la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia⁴ generando un antes y un después en materia de protección social.

Esta atención a las personas dependientes y promoción en su autonomía es uno de los principales retos en la política social de los países desarrollados al producirse las circunstancias de ser una población envejecida con un crecimiento progresivo en edades octogenarias.

En la actualidad, según diversas investigaciones, demuestran que la mayoría de las personas según van avanzando en edad quieren seguir viviendo en su propia casa evitando el ingreso en una residencia porque consideran que pierden sus hábitos de vida y su intimidad, intentando retrasar al máximo esta situación.

Es por tanto necesario un cambio de enfoque de la adaptación en materia de atención residencial. Por ello desde la Conserjería de Familia y Igualdad de Oportunidades apuesta por un nuevo modelo de derechos que gira entorno al principio de autodeterminación de la persona, donde aquella que resida en estos centros, tenga reconocidos sus deseos, gustos y preferencias como usuario y se cree un ambiente lo más parecido al propio hogar. (Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, ley 39/2006).

Por otra parte, nuestra pretensión es poder poner en marcha el nuevo modelo de atención residencial para personas mayores, en la residencia Fuente del Rey. Este proyecto se denomina “En mi casa”, basado en la calidad de vida y cobertura los deseos de los residentes que participen en él.

Consideramos que nuestra propuesta de implantación del proyecto “en mi casa” para la residencia Fuente del Rey, orientada en las nuevas políticas de asistencia en la gestión residencial, ofrecerá un amplio abanico de atenciones y prestaciones cualitativas, que atraerán a usuarios, residentes de otros centros, que no practiquen este modelo, también ofreceremos cobertura a un grupo de usuarios que no encuentran satisfechas sus necesidades de calidad de vida, respecto a su intimidad, autonomía

⁴ Ley 39/2006.La LAPAD.

personal, etc., en el momento de ingresar en una residencia y por supuesto, satisfacción para aquellos residentes que ya viven en ella.

Nuestro objeto principal que defenderemos más adelante en nuestro trabajo es:

- Evaluar la viabilidad de implantar el Proyecto “En mi casa” aprovechando las instalaciones con las que cuenta la residencia Fuente del Rey, ubicada en Soria.

Nos centraremos en el estudio económico-financiero y de recursos humanos, calculando los costes de aplicación de este nuevo modelo asistencial.

En este marco, podemos distinguirlos en los siguientes apartados:

- Análisis de situación del origen de la asistencia social a las personas mayores, realizando un evolución en el tiempo desde sus primeros orígenes hasta nuestros días, para conocer mejor el contexto social en el que nos encontramos.
- Conocimiento de la Ley de Promoción a la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, aplicándola a la gestión de los centros residenciales.
- Conocer el nuevo modelo pionero de atención asistencial Proyecto “En mi casa”, para su posterior aplicación a la práctica de la residencia "Fuente del Rey".
- Evaluación de los costes de implantación del proyecto “En mi casa” en la residencia Fuente del Rey y pronosticar las opciones de solicitudes de plazas residenciales con este nuevo modelo asistencial, para decidir si los costes están relacionados con la calidad del servicio a prestar y si además son factibles desde el punto de vista económico, para el desarrollo positivo de la residencia.
- Diferenciar las funciones y cargos distintos de los profesionales que prestan este nuevo servicio así como las situaciones formales de los nuevos puestos de trabajo a desempeñar, para un cumplimiento óptimo de nuestros objetivos y de un desarrollo eficiente de los servicios prestados por la residencia.
- Análisis de la factibilidad económica y financiera de la residencia con el fin de tener las herramientas necesarias a la hora de tomar decisiones.
- Evaluación del grado de satisfacción personal de los trabajadores en el desarrollo de sus nuevas funciones por las implicaciones profesionales que exige este proyecto.

De este modo, queremos plantear la hipótesis de carácter explicativa, llegando a la confirmación o no, que una atención asistencial más personalizada y individualizada hacia el usuario de una residencia, produce un aumento en su calidad de vida.

De igual forma la persona se siente más confortable y cómoda en su nueva vivienda, favoreciendo una mayor motivación y autonomía personal, repercutiendo en un aumento de solicitudes de plazas residenciales para aquellas personas que todavía no viven en una residencia.

Para la recopilación de datos y desarrollo de nuestro trabajo hemos empleado fuentes de información primaria y secundaria.

En cuanto a la información recogida mediante fuente primaria podemos mencionar las entrevistas y encuestas realizadas a los usuarios que podrían participar en el proyecto piloto “En mi casa”, al mismo tiempo mantuvimos entrevistas personales

con los familiares de estos usuarios para valorar la posible participación activa⁵ de los mismos.

También daremos importancia a los datos recogidos mediante entrevistas, visitas, consultas telefónicas, realizadas a lo largo de este proyecto, mencionando alguna de ellas:

D. Antonio Valdenebro, Alonso, director de residencia pública para mayores “Los Royales”, en Soria, teniendo una entrevista personal, pudimos conocer el proyecto “en mi casa” allí implantado, visitando las unidades de convivencia⁶ donde los usuarios desarrollan este programa.

Dña. Rosa Fraile Castela, Jefa de Servicio del Observatorio de los Servicios Sociales, de la Junta de Castilla y León en Valladolid, pudimos comentar y conocer los requisitos necesarios de coordinación técnica necesarios para la implantación del proyecto.

Al corriente de estas conversaciones telefónicas estuvo Dña. Gracia Alonso Misol, del Servicio de Sistemas de Información e Integración de Procesos en la Gerencia de los Servicios Sociales de Castilla y León, en Valladolid.

D. Eugenio Latorre Martínez, director de la residencia privada “Fuente del Rey”, mediante entrevista personal, manifestó su interés en estudiar el Plan de Viabilidad para poder implantar este nuevo modelo asistencial para las personas mayores, que viene ofrecido desde la Consejería Familia y Igualdad de Oportunidades.

D. Fernando Borrego Yeguas, Trabajador Social de la Residencia “Fuente del Rey”, con él estuvimos analizando el análisis de poner en marcha este proyecto en la residencia, planteando posibles ventajas e inconvenientes que supone la implantación del mismo, como analizaremos en el capítulo III.

Las fuentes de información secundarias nos han permitido sentir el marco teórico de la investigación, destacando fundamentalmente diversas bibliografías consultadas en la Biblioteca Pública de Soria, la biblioteca del Campus de Soria y a través de distintas páginas web.

De páginas web, hemos extraído gran cantidad de datos e información proveniente de diversas fuentes, pero como datos estadísticos de gran importancia para el comienzo de nuestro estudio, hemos tomado los datos oficiales nacionales y provinciales, que publican las siguientes páginas:

- www.INE.es, de donde hemos utilizado datos e información sobre población envejecida, asentando que se han producido una serie de factores sociales demográficos y culturales, a lo largo del s.XX, que han dado lugar al envejecimiento de la población española, como desarrollaremos dentro del capítulo II.

Según proyecciones del INE para el año 2015, habrá más de 15 millones de personas de edad mayor o igual a 65 años.

⁵ En el proyecto “En mi casa” además de la atención más centra individualmente en el residente, requiere de la participación cercana y a cualquier horario del día, de los familiares de los usuarios.

⁶ Unidades de Convivencia son las estancias e instalaciones estructurales del centro residencial, adaptadas para garantizar mejor calidad de vida y cubrir los deseos específicos de los usuarios que participan en este proyecto asistencial.

- www.mssi.gob.es, (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), nos confirma que en España el grado de dependencia funcional de la población de 65 años, aumenta en la medida que las personas van avanzando en edad. En el capítulo III, será desarrollado este aspecto, junto con la Ley 39/2006.
- www.eurostat.es, donde hemos extraído datos oficiales de demografía europea.

En cuanto a las bibliografías consultadas para el desarrollo del trabajo, principalmente nos hemos servido del Diccionario Geográfico-Estadístico Histórico de Madoz extrayendo datos sobre el nacimiento de la Beneficencia en Soria y de la monografía histórica de María Concepción Gracia Segura.

Gracias a ella, hemos podido conocer la trayectoria evolutiva que ha experimentado la Beneficencia⁷ hasta llegar a lo que hoy conocemos como asistencia social para las personas mayores, que hablaremos más adelante en el capítulo I.

- www.jcyl.es, nos explica el concepto y la base del modelo residencial para personas mayores, denominado “En mi casa”. Este apartado lo desarrollaremos con más intensidad a lo largo de los capítulos II.

De distintas páginas web, también hemos podido consultar varias investigaciones sobre las personas mayores y sus preferencias en esta última etapa de la vida, llegando a coincidir en nuestra propia convicción del hecho de que la mayoría de estas personas no quieren abandonar su hogar, a pesar de necesitar los cuidados de otras personas, para poder desempeñar las funciones básicas de su vida cotidiana.

Por ello, es nuestra intención poder comprobar la hipótesis de que convirtiendo los centros residenciales en lugares de vivienda alternativa agradable y acogedora, donde las personas que allí convivan sientan que están en su propia casa y que tienen el control de su vida, para tomar sus propias decisiones y apetencias, pueden mejorar su intimidad y su autonomía personal, repercutiendo esto de forma positiva en el ámbito económico y social de nuestra sociedad.

⁷ Concepto de pobres. Se clasificaban en función de su capacidad o no a trabajar.

CAPITULO I. ANALISIS DE POBLACION ENVEJECIDA: LA ASISTENCIA SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES

1.1.-DETERMINANTES DEMÓGRAFICOS Y SOCIALES PARA UNA SOCIEDAD ENVEJECIDA.

A principio del siglo XX, hasta la actualidad el número de españoles ha ido aumentando, debido a las mejoras en las condiciones de vida generales de la población, llegando a multiplicarse la población española por 2,5, según datos e información obtenida por el Instituto Nacional de Estadística.

Del mismo modo, si hacemos referencia al grupo de edad de 65 años y más observamos cómo este sector de población ha experimentado un mayor incremento en el número de personas de esta edad, como dato estadístico⁸ desde 1900 a 2009, las personas de 65 años y más se han multiplicado por ocho, hablaríamos de un 16,7% y si nos ceñimos a Castilla y León este porcentaje aumenta a un 22,4%.

Determinados agentes demográficos, han provocado esta realidad, destacando como gran inflexión el hecho de que en el año 2001 la población infantil de 0-4 años es superada por la de los 65 años y más, además sigue creciendo la proporción de octogenarios, por ello decimos que en la actualidad la pirámide de población en España está tomando la forma de ánfora.

Según proyecciones del INE, en 2051 habrá más de 15 millones de personas de edad mayor o igual a 65 años, lo que significa en porcentajes un 36,5%. Las personas mayores de 80 años representarían el 36,8% sobre el total de la población mayor.

En España, al igual que en el resto de países del área meridional europea, el proceso de envejecimiento⁹ de la población se inició más tarde pero con una intensidad superior que en el resto de países de su entorno. La proporción de población de 65 años y más ha pasado de representar un 11% en 1975 a un 16,6% en 2009.

Así pues, podemos mencionar que según los datos oficiales del Padrón Municipal de Habitantes, en el año 2009 había 46.745.807 habitantes en España. Las personas de 65 años y más representaban el 16,6% del total es decir 7.782.904 personas.

Haciendo referencia a los mayores de 80 años, han pasado de representar el 12% sobre el total de la población de mayores de 65 años y más, al principio de s.XX, al 14,7% en el año 1960 y al 29% en 2010.

España supera la media europea de población mayor¹⁰. En el año 2010, los mayores de 65 años representaban un 17,2% del total de la población.

A continuación, exponemos mediante una tabla los datos de algunos países del mundo, en ella podemos observar y comparar el número de personas mayores de 65 años y el porcentaje que representa, entre la actualidad, 2010, y la perspectiva que se plantea para el año 2050.

⁸ Dato reales. Fuente: INE:INEBASE

⁹ El proceso de envejecimiento, se mide mediante la fórmula $IE = >65 \text{ años} \times 100$.
Relaciona el porcentaje de personas mayores de 65 años con la población total.

¹⁰ Fuente: INE: INEBASE

TABLA 1.1

Comparativa mundial de población mayor.2010-2050

Países	Población de 65 y más años			
	2010		2050	
	Número (miles)	Porcentaje	Número (miles)	Porcentaje
Japón	28.667	22,6	38.469	37,8
Alemania	16.799	20,5	22.902	32,5
Italia	12.285	20,4	18.977	33,3
España	7.777	17,2	16.298	31,8
Francia	10.626	17,0	18.211	26,9
Reino U.	10.269	16,6	16.553	22,9
Ucrania	7.072	15,6	8.642	24,7
EE. UU.	41.155	13,0	87.127	21,6
China	111.432	8,2	330.579	23,3
Brasil	13.481	6,9	49.248	22,5
México	7.251	6,6	28.554	22,1

Fuente: Eurostat

Comentaremos que el aumento de la población mayor de 65 años que se producirá en la primera mitad del siglo XXI, al que nos hemos referido anteriormente-, tiene bastantes implicaciones, tanto para los países desarrollados como para aquellos en vías de desarrollo.

Lo que concierne a los países en vías de desarrollo, deberán afrontar el problema del desarrollo y la pobreza, teniendo una población más envejecida.

En estos países, donde el acceso a la atención sanitaria es limitado, los sistemas de atención a la salud siguen concentrándose en la niñez, las enfermedades infecciosas y los servicios de salud reproductiva. Por consiguiente lo que refiere a la cobertura de las pensiones está restringida a pequeños segmentos de la población activa (como los trabajadores públicos o de grandes empresas).

Todo esto, debido a la aceleración de la transición demográfica y epidemiológica, junto con niveles inferiores de ingresos y un escaso desarrollo de los sistemas de bienestar, hace que la comprensión de la morbilidad¹¹, no se haya comprendido, puesto que, la probabilidad de pasar un mayor número de años en mal estado de salud aumenta.

En el proceso de envejecimiento, mantener y mejorar la calidad de vida de las personas mayores es uno de los principales retos, para poner conseguir un

¹¹ Morbilidad: El concepto que recibe la condición del prolongación en la esperanza de vida de la población, pero alcanzando una buena calidad de vida y salud. Internet: UNED / Sociología

envejecimiento activo¹² en base a las referencias que nos facilita la Organización Mundial de la Salud¹³.

Por el contrario, en los países desarrollados, el aumento de la longevidad de la población ha ido acompañado de una compresión de la morbilidad, es decir, de una reducción del número de años vividos en mala salud.

Si nos referimos a España en comparación mundial, tenemos que destacar que España es uno de los países con una mayor proporción de población mayor a nivel internacional- recordando que esto es debido en parte, al retraso que ha tenido España con respecto al resto de Europa-, en su desarrollo industrial y social.

La comparación del proceso de envejecimiento mundial posiciona a España entre los países más envejecidos del planeta (17,2% de población de 65 años y más, en 2010). Japón encabeza el ranking de países con mayor proporción de población mayor (22,6%), seguido de Alemania (20,5%) e Italia (20,4%).

Exponemos una tabla, para poder visualizar mejor, en tantos por cientos, el grado de población que registran los distintos países mundiales, tanto si nos referimos a población mayor de 80 años, como a población de 65 años a 79 años.

TABLA 1.2

Comparación población mayor según edades, España 2010

Comparativa mundial de población mayor, con respecto a España. 2010

PAISES	Población, de 65 a 79 años	Población. Mayor de 80 años
REINO UNIDO	11,6	4,5
ALEMANIA	15,3	4,8
ITALIA	14,5	4,8
PORTUGAL	13,2	4,2
ESPAÑA	12	4,6
FRANCIA	11,5	4,5

Fuente: Eurostat. Internet.

Realizando un análisis de la tabla, cabe reseñar, que es Alemania con diferencia a Reino Unido, la que tiene mayor porcentaje de población mayor de 65 a 79 años.

Francia es la que destaca con un porcentaje de población mayor de 80 años, a diferencia de Portugal que es el país con menos población envejecida de más de 80 años.

Debemos indicar que son porcentajes muy cercanos en cuanto a población envejecida mayor de 80 años, esto nos hace reflexionar y creemos que cada vez, se va

¹² Envejecimiento Activo: Es el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Según definición de la O.M.S.

¹³ O.M.S.: Organización Mundial de la Salud.

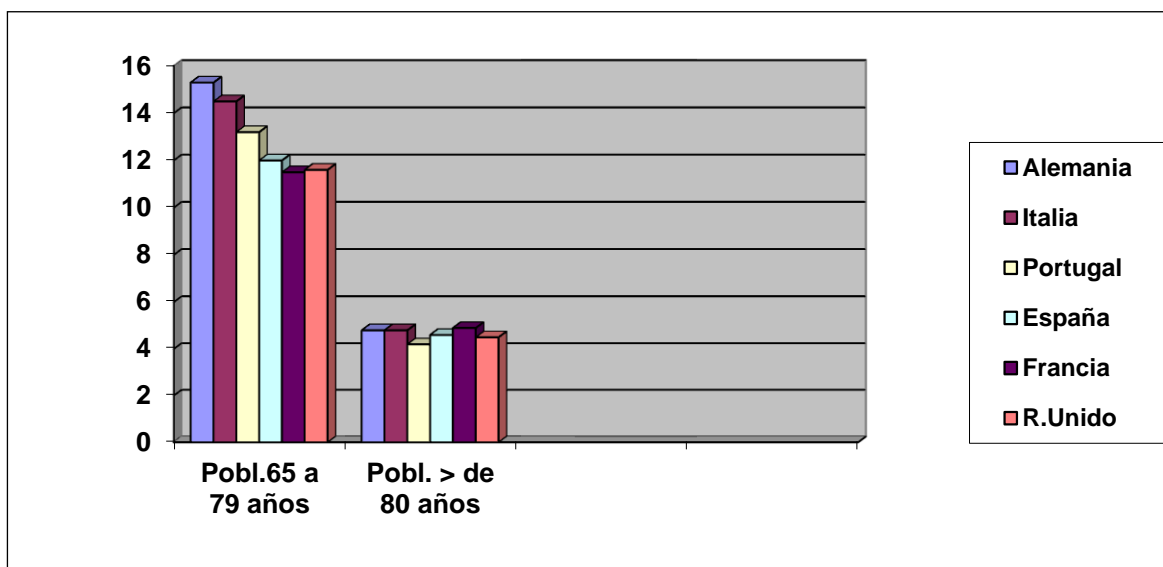
dando mayor número de población que cumplen edades muy avanzadas, superando los 80 años, confirmándose las anotaciones que hemos mencionado en el capítulo I en relación al crecimiento de envejecimiento poblacional.

Por el contrario, con relación a la población de edades comprendidas entre 65 y 79 años, son porcentajes más diferenciados. Destacamos a Francia como país con menos porcentaje de población entre los 65 y 79 años, y en el polo opuesto, situamos a Alemania con un porcentaje de población de 65 años, bastante elevada.

Partiendo de la tabla 1.2 anterior, podemos comprender de forma más visual, mediante una grafica realizada por nosotros mismos, de forma clara y sencilla la comparativa entre estos seis países siendo uno de ellos España y reflexionar mejor sobre la proporción, en tanto por ciento, que tiene cada uno de estos países de población mayor de 80 años y población de 65 a 79 años.

Gráfica 1.3

Comparativa de países con población de 65 a 79 años y población mayor de 80 años.



Fuente: Eurostat. Datos reales 2010

Según las proyecciones de población estudiada apuntan a que en el año 2050, más del 30% de la población de los países anteriores superará los 65 años. En el caso de Japón, el 37,8% de la población tendrá 65 o más años. Los países que destacan con mayores porcentajes de población octogenaria son Japón (15,6%), Alemania (14,1%) e Italia (13,4%). En España, se estima que en el año 2050 el 11,3% de la población tendrá 80 ó más años¹⁴.

En relación a estos datos, en el año 2008, España se situaba en el puesto décimo primero de los países de la Unión Europea con mayor proporción de población mayor

¹⁴ Estos datos han sido facilitados de la web en la página de datos estadísticos Europeos de Eurostat.

de 65 años (16,6%) y en el séptimo lugar entre los que mayor número de población octogenaria tenían, es decir 4,6%.

Expresando nuestro total acuerdo con distintos autores¹⁵ que han escrito sobre este tema, la población a nivel mundial y concretamente en España, se está envejeciendo en términos llamativos y apuntamos los factores que están produciendo este fenómeno:

1. El alargamiento de años de vida, viene acompañado de una buena calidad en la salud de estas personas mayores, teniendo que verse los gobiernos correspondientes, en la necesidad y obligación de una estructuración en sus políticas sociales donde queden cubiertas, las necesidades específicas que manifiesten este nuevo tipo de población envejecida que se nos presenta en próximos años.

2. Determinadas causas sociales y demográficas ocurridas dentro de las dos últimas décadas del siglo XX, suponiendo para la mayor parte de los países desarrollados, la entrada en una nueva fase demográfica, caracterizada por niveles de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo o nacimientos y un aumento en el alargamiento de la esperanza de vida. Destacamos que la edad media de la madre para el nacimiento del primer hijo ha pasado de 25,2 años en 1975 a los 29,3 años en el año 2008.

Estos cambios en los patrones demográficos han provocado un incremento del volumen de personas mayores de 65 años, dado lugar a este envejecimiento¹⁶.

La esperanza de vida, en España a principios de s. XX, era inferior a la de la mayoría de los países europeos; únicamente Rusia y Portugal tenían una esperanza de vida inferior.

Sin embargo, en la actualidad presenta una de las esperanzas de vida más elevadas a nivel internacional (78 años para los hombres y 84,3 años para las mujeres en 2008).

La población española tiene una esperanza de vida a los 65 años, un año mayor que la de sus coetáneos europeos.

Haciendo una diferenciación según comunidades autónomas dentro de nuestro Estado Español, destacamos que el crecimiento natural de la población es mayor en aquellas comunidades más grandes y con una fecundidad más elevada.

Las comunidades autónomas¹⁷ con mayor crecimiento natural registrado son Madrid (34.362), Andalucía (29.733) y Cataluña (24.842); las que tienen menor crecimiento son Galicia (-7.580) y Castilla y León (-6.312).

Como ejemplo a lo comentado hasta ahora representamos mediante tabla los datos demográficos correspondientes para poder apreciar la población según grupos de edad y ubicada por distintos tamaños municipales:

¹⁵ ABELLÁN GRACIA, A. (2001)

¹⁶ Información documental recogida en CARCELES, G., (1995) y CABRÉ, A. (1995).

¹⁷ Fuente: INE, sección CCAA. Padrón Municipal 2009.

CUADRO 1.4

Población por grupos y según tamaño municipal, 2009.

TAMAÑO MUNICIPAL DE LA POBLACIÓN (HABTES).	POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD		
	Menos de 14 años	15-64 años	65 años y más
	Absoluto	Absoluto	Absoluto
TOTAL	6.817.880	32.145.023	7.782.904
Rural			
0-100	2.742	35.366	26.374
101-500	54.669	402.235	222.331
501-2.000	236.216	1.317.729	523.620
Intermedio			
2.001-5.000	443.657	2.120.177	640.804
5.001-10.000	592.978	2.630.328	635.690
Urbano			
10.001-20.000	787.071	3.461.128	773.466
20.001-50.000	1.166.477	5.105.069	1.040.860
50.001-100.000	929.683	4.117.340	807.090
100.001-500.000	1.590.265	7.729.842	1.715.083
>500.000	1.014.122	5.225.809	1.397.586

Fuente: INE, INEBASE. Censo de Población y Vivienda. 2009

Al referirnos al crecimiento natural de una población envejecida, no podemos dejar de mencionar una circunstancia muy especial que se produjo tras la II Guerra Mundial. Esta circunstancia a la que nos estamos refiriendo es la etapa del Baby boom.

El termino Baby boom hace referencia al notable aumento de la natalidad que se produjo en aquella época, que consistió en que durante un período de casi veinte años (1946-1964), la natalidad se incrementó a un nivel sin precedentes en Europa, (EE.UU., Canadá, Australia y Nueva Zelanda, entre otros países).

En España, el fenómeno del Baby-boom también se dio pero se produjo un poco más tarde, lo que hace que las pirámides de población presenten un perfil distinto al de los países del centro y norte de Europa, en la misma época¹⁸.

Una circunstancia que podemos mencionar es la cuestión del aumento de nacimientos, que se produjeron durante los periodos de post-guerra o después de crisis económicas, llegando a producirse un aumento significativo del promedio de nacimientos.

Dicha esta observación, también tenemos que destacar que en España, se produjo con la entrada de los Baby-boom grandes cambios:

A partir de 1996, cuando las numerosas cohortes del Baby-boom alcanzaron las edades jóvenes-adultas (entre 19 y 39 años) entraron a formar parte del mercado de trabajo, demostrándose la gran necesidad de reformas sustantivas en el ámbito laboral.

¹⁸ Reflexiones y opiniones a partir de la consulta de ALLENDE, J. (1992).

Pero este detalle creemos que queda insignificante cuando pasemos a analizar lo que ocurrirá cuando llegue el envejecimiento de la generación del Baby-boom.

Esta situación, según la trayectoria de nuestro sistema económico y social, implicará una importante presión sobre los sistemas de protección social y los sanitarios que reclamaran y necesitaran nuestros mayores del Baby boom.

Se prevé que la generación citada, iniciará su llegada a la jubilación en torno al año 2024, con la consecuencia de la gran presión que estos producirán en el sistema de protección social, en base a documentación consultada de ámbito social y económico¹⁹.

Cuando en el año 2040 la mayoría de esta generación de Baby Boom, haya llegado a la edad de jubilación, las implicaciones en nuestro sistema de políticas sociales serán aún mucho mayores, en comparación con lo que esta generación supuso en el paso por el sistema educativo o en el del mercado laboral²⁰.

En este sentido, no cabe duda que en la actualidad, uno de los temas sociales más relevantes es el futuro de las pensiones y el sostenimiento de nuestro sistema de bienestar social, en base a la información del Instituto Nacional de Estadística que afirma:

- En 2009, por cada 100 personas en edad de trabajar²¹ (de 16 a 64 años) había 24,6 personas de 65 y más años (personas dependientes).
- En el año 2020, se proyecta que la tasa de dependencia de la población de 65 y más años será de un porcentaje del 30% sobre la población total.
- En el año 2049 la estadística señala que la tasa de dependencia o el porcentaje de personas dependientes será de 60,6%.

Estos cambios futuros en la estructura de las edades de la población son evidentes, lo podemos observar en el perfil de la pirámide de población que se va formando en la actualidad, (representado hasta ahora en forma de ánfora).

En el año 2020 las numerosas generaciones del Baby-boom llegarán a la edad de jubilación, y en el 2049 habrán alcanzado los grupos de edad superiores. Como resultado de esto, el perfil de la pirámide volverá a cambiar y tenderá a convertirse en una pirámide en forma de pilar, dependiendo de las tendencias que sigan la fecundidad y las migraciones en los próximos años.

Según el previsible contexto demográfico de las próximas décadas, se debe de implicar las políticas públicas para que se produzca un profundo cambio tanto por razones de eficacia económica²² como de equidad social²³.

¹⁹ Investigación económica y social. www.Dianet.

²⁰ Opinión propia. Lectura de ARAGO, J.M. (1980).

²¹ Personas con edad de trabajar: personas en condiciones óptimas entre los 16 años a los 65 años, dispuestas a prestar sus servicios a la sociedad. Definición propia.

²² Eficacia económica: optimizar los recursos económicos con los que cuenta en estado español, para ofrecer la mejor y mayor cobertura en cuestión de políticas sociales. Definición propia.

²³ Equidad social: reparto de los recursos económicos y sociales de la forman más igualitaria posible y ante las mismas oportunidades para optar a esos recursos sociales y económicos. Definición propia.

3. Retomando las causas por las que nuestra población poco a poco se está volviendo más envejecida y con edades cada vez más avanzadas, podemos destacar como causa principal de envejecimiento “la distribución territorial”.

La distribución territorial, entre otros factores, comprenden la localización geográfica en la que se encuentre y desarrolle una población, puesto que incide bastante la zona geográfica en la que se ubique con sus características de climatología, sus propios agentes geográficos naturales, etc.

De este modo destacamos que en zonas territoriales determinadas, se caracterizan por ser una población más o menos envejecida.

Tanto es así, que encontramos grandes diferencias entre distintas comunidades autónomas de población envejecida.

Tomando datos²⁴ estudiados, hay que destacar que en los últimos seis años (2003-2009), la comunidad autónoma con mayor índice de envejecimiento (población de 65 años y más) es nuestra comunidad de Castilla y León con un porcentaje de 22,4% de población envejecida, a esta comunidad autónoma le sigue Galicia con un porcentaje un poco más inferior del 21,9% y también podemos nombrar a Asturias con un porcentaje de 21,8% de población envejecida.

Sin salirnos de lo puramente estadístico, debemos de seguir nombrando que en España, en el período comprendido entre 2003 y 2009, la población de 65 años y más, se ha incrementado un 7%, con respecto al siglo pasado (1991), pero Canarias es la Comunidad Autónoma en la que ha crecido más la población mayor en este período llegando a un porcentaje del 19,6%, seguida de la Comunidad Valenciana con un aumento en su población mayor del 12,8% y Baleares con un porcentaje de 12,6% en población envejecida.

Dicho esto y en base a estadísticas que hemos podido estudiar²⁵, hacemos una comparativa de Castilla y León como comunidad autónoma de población envejecida con respecto a otras.

Para ello tomamos datos del INE correspondientes a los años 1991 y siguientes, y los contrastamos con datos actuales de nuestro siglo XXI, observamos como destacan, comunidades como Aragón, Castilla-La Mancha y Asturias que encabezaban el ranking de comunidades autónomas con mayor proporción de población de 65 años y más, pero si nos centramos en el estudio de los años 2009 y siguientes, ya puede señalarse que en los primeros puestos de esta clasificación se sitúa Castilla y León en primera instancia, siguiéndole por detrás las comunidades autónomas de Galicia y Asturias.

Otra característica que se va observando en nuestra población envejecida es la presencia de un sector de población Octogenaria²⁶.

Si esta población octogenaria la estudiamos por su distribución geográfica, debemos de centrarnos en el análisis por distintas comunidades autónomas.

²⁴ Fuentes estadísticas de Internet, de INE, INE-base.

²⁵ Datos estadísticos de INE-base y fuentes documentales del Centro de Ciencias Humanas y Sociales.

²⁶ Población Octogenaria, es aquella persona que alcanza la edad de los 80 años y más. Esta expresión de longevidad se relaciona con la última etapa de vida de las personas mayores como es la llamada 4ª edad. Definiciones en Wikipedia y en 20 minutos.es, Internet.

De este modo tenemos que mencionar la comunidad que ha experimentado un mayor incremento de la población de más de 80 años, siendo Murcia con un porcentaje poblacional del 35,1%, le sigue la comunidad del País Vasco con un porcentaje del 32,5% en población octogenaria.

A continuación vamos a presentar una comparativa gráfica de España entre los años 1991 y su previsión para el año 2051, en población total, separando la población de más de 65 años, población de 65 años a 79 años y población de más de 80 años, deteniendo nuestra atención en la población octogenaria.

Con esta tabla que hemos confeccionado²⁷, queremos volver a dejar constancia del proceso de envejecimiento inevitable que se está produciendo en nuestra población española. Al mismo tiempo podemos observar cómo año tras año va incrementando en valores absolutos y de porcentajes, esa tasa de envejecimiento poblacional.

TABLA 1.5

Evolución de la población mayor en España, 1900-2051.

Años 1900	Población total	Población de 65 años y más		Población de 65-79 años		Población de 80 años y más	
	Absoluto	Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje
1910	18.618.086	967.774	5,2	851.859	4,6	115.385	0,6
1920	19.995.686	1.105.569	5,5	972.954	4,9	132.615	0,7
1930	21.389.842	1.216.693	5,7	1.073.679	5,0	143.014	0,7
1940	23.677.794	1.440.739	6,1	1.263.626	5,3	177.113	0,7
1950	26.015.907	1.699.860	6,5	1.475.702	5,7	224.158	0,9
1960	27.976.755	2.022.523	7,2	1.750.045	6,3	272.478	1,0
1970	30.528.539	2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2
1981	34.040.989	3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5
1991	37.683.363	4.236.724	11,2	3.511.593	9,3	725.131	1,9
2001	38.872.268	5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0
2010	41.116.842	7.037.553	17,1	5.404.513	13,1	1.633.040	4,0
2020*	46.951.532	7.929.269	16,9	5.626.363	12,0	2.302.906	4,9
2030*	47.037.942	9.062.634	19,3	6.306.689	13,4	2.755.945	5,9
2040*	47.559.208	11.192.700	23,5	7.853.747	16,5	3.338.953	7,0
2049*	47.932.948	13.766.839	28,7	9.400.818	19,6	4.366.021	9,1
		15.325.273	31,9	9.680.933	20,2	5.644.340	11,8

Fuente: INE, INEBASE. Datos reales y proyecciones

De igual manera elaboramos una grafica de barras para centrar nuestra observación en el fenómeno que viene caracterizando a nuestra población mayor, siendo el incremento de personas mayores con más de 80 años

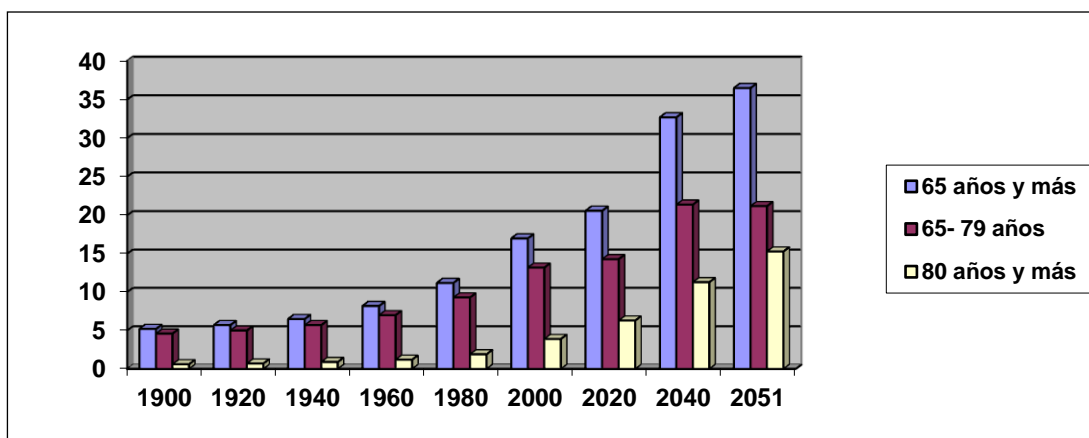
También con esta grafica podemos darnos cuenta como a lo largo de los años ha ido aumentando (tanto en números absolutos como en sus porcentaje), el crecimiento de la población octogenaria, hasta llegar a decir, en tantos por cientos, que esta población experimenta un notable aumento comparando que a principios del siglo XX (1990), se da un porcentaje de 0,6% de población de más de 80 años y llegando a finales del siglo

²⁷ De 1900 a 2011 los datos son reales, censo de población y vivienda. Las proyecciones de población (2021-2051) están calculadas a partir de la población a fecha 1 de enero de 2009. Fuente: INE, INEBASE.

XX. Siendo un porcentaje del 3%. Por consiguiente, podemos llegar a decir que en este periodo de tiempo se multiplica por cinco la población de más de 80 años.

GRAFICA 1.6

Comparación de población española mayor por sectores de edad.1900-2051.



Fuente: INE, INEBASE. Elaboración propia.

1.2.- ANALISIS TEMPORAL DE LA ASISTENCIA SOCIAL

Comenzamos el análisis sobre la Beneficencia, en los tiempos del siglo XVII, donde ésta se basaba en una actitud derivada de la caridad humana de esa sociedad determinada y el gran peso, en la misión de Beneficencia, recaía en el Clero o Iglesia.

Pero de una forma oficial, es cuando en la Constitución Española, en su artículo 335 en la Instrucción de 23 de Junio de 1813, se asignaba que en “Los Establecimientos de Beneficencia” tendrán las Diputaciones Provinciales intervención y desempeñarán los demás cargos que les encomienden las leyes y gobierno.

Con la existencia de un gran vacío para llenar en el campo de la Beneficencia, las Cortes Extraordinarias de 1821 y 1822 elaboraron un texto “Reglamento de Beneficencia” de 27 de Diciembre de 1821, publicado posteriormente en la Ley de Beneficencia de 6 de Febrero de 1822.

En este texto, se pretendió que fuese un texto básico y obligatorio en todas las provincias: “El Gobierno respaldado por las Diputaciones se comprometía a su puesta en marcha junto con la estrecha colaboración de los Ayuntamientos”.

De acuerdo con el título 1º, debería quedar constituida en cada pueblo una Junta Municipal de Beneficencia compuesta por 7 o 9 individuos, según el vecindario de cada población. A estas juntas se les encomendaba detectar los problemas y se pondrían en conocimiento de las Diputaciones correspondientes a efectos de su resolución y elevación al Gobierno.

En el Plan de Beneficencia, entraban en la consideración de establecimientos benéficos, las casas de Maternidad, las casas de Expósitos, de Socorro, hospitales de Enfermos, Convalecientes, de locos, hospitalidad domiciliaria y hospitalidad pública.

Comentando brevemente la situación social y política en Soria, eran a las dos Diputaciones, (1820) que existían, a quienes les correspondieron la atención de un gran

número de centros Benéficos que luego, más adelante, muchos de ellos quedaron fuera de la provincia y pasarían a ser atendidos por la Diputación de Logroño.

La Ley de Beneficencia de 1822, restablecida por el Real Decreto de 8 de Septiembre de 1836, era el texto en vigor en este ámbito, correspondiendo a la Diputación el velar por los Establecimientos Benéficos, puesto que una vez más, como ha ido sucediendo a lo largo de los años desde sus comienzos hasta estos momentos (1840), el Gobierno Central se desembaraza de este tema, derivándoselo a las Diputaciones.

En el Boletín Oficial de la provincia de Soria, se insertaba una serie de cuestionarios, 6 modelos, donde los Centros Benéficos debían contestar y así tanto el Gobierno Político como la Diputación, pudieran conseguir una información fiable y viable para operar en consecuencia, puesto que de lo que se trataba era de conseguir los medios de subsistencia para estos establecimientos Benéficos.

Esta propuesta no fue muy lejos, quedándose en un mero formulario de buenas intenciones, continuando siendo la Beneficencia un tema a resolver.

Cuando nos situamos en época Isabelina, entre el 1854, con la existencia de una filosofía centralista del moderantismo, en la que se destacaba la concentración del poder otorgado al Gobernador civil, las Diputaciones sufrieron un recorte en sus atribuciones de gestión que hasta entonces habían ejercido con mayor libertad y exclusividad.

Desde estos supuestos, uniformitas y centralizadores, se hicieron realidad en las Capitales de Provincia las “Juntas” de Instrucción, de Beneficencia, Públicas, de Agricultura, Comercio, Industria, Montes, Obras Públicas, de Sanidad. Todas ellas con la autoridad suprema del Gobierno, a partir de unas “Juntas Centrales” que entendían de todos estos temas.

De las “Juntas de provincia” emanaban las “Juntas municipales”, aceptando todas ellas las directrices desde arriba en orden a su constitución, organización y funcionamiento.

Esta Juntas, cercaban la capacidad de gestión de las Diputaciones en estas materias, y por supuesto en la que nos ocupa como es la Beneficencia, porque tenía que asumir responsabilidades compartidas con todas ellas. A pesar de estos condicionantes, la Diputación Soriana cumplió con sus cometidos dejando un legado en diferentes campos.

Pasados unos 10 años, hacia el 1865, he de destacar que fue aprobado el Reglamento para la ejecución de la Ley de Presupuestos y Contabilidad Provincial.

Se ordena la desaparición de las Juntas Provinciales y Municipales de Beneficencia, pero esta misión, no era nada fácil, puesto que en estos Centros tenían acogida un gran número de personas, de todas las edades, cuyo nota común entre todas ellas era la de “DESAMPARADOS”. Refiriéndonos a distintos tipos de gente como: niños recién nacidos, los deficientes, los enfermos, los desamparados, los impedidos, los ancianos.

Entorno a estos Centros Benéficos, estaban un gran número de facultativos, hermanas de la Caridad, empleados, capellanes, etc, que informaban en todo momento, de cualquier pormenor, a la Diputación.

Por supuesto, era la Diputación, la que tenía que decidir sobre las admisiones, traslados de enfermos y acogidos, también todas las cuestiones con ellos relacionadas, actuando ya como órgano Gestor, más que de supervisor.

Llegando a los años 1918, observamos gracias a los datos facilitados en los presupuestos ordinarios de 1903-1915 y 1918 de la consulta de diccionario Madoz, como la Beneficencia absorbía una gran parte del Presupuesto ordinario de la Diputación, suponiendo que esa cantidad era insuficiente y había que recurrir a los presupuestos adicionales.

Llegando a los años 1927, las Diputaciones seguían siendo las grandes responsables de todo lo concerniente a la Beneficencia.

A continuación, a modo de información exponemos una tabla donde figuran datos tomados de los Presupuestos Ordinarios, y nos dan una imagen de cómo se distribuyeron los Gastos de Beneficencia y Asistencia Social, en los años 1925-1931.

Tabla 1.7

GASTOS DE BENEFICENCIA Y ASISTENCIA SOCIAL.1925-1931

Años	Casas de expósitos	Beneficencia Hospitalaria	Recursos de indigentes	Instituto de higiene y brigada sanitaria	Calamidades públicas	Servicios especiales	Reclusión Dementes pobres	Total beneficencia
1925-1926	189.568	226.650	3.500	34.000	2.500	2.000	60.000	518.218
1926-1927	196.208	182.900	3.500	37.990	2.500	-	80.000	503.105
1927-1928	205.282	169.850	3.500	37.996	1.500	10.000	80.000	508.129
1928-1929	205.282	177.040	3.500	-	1.500	22.000	80.000	489.922
1929-1930	236.162	175.740	3.500	-	1.500	10.000	80.000	506.902
1930-1931	244.570	183.380	4.000	-	1.500	10.000	105.000	549.450
1931-1932	244.455	202.168	4.500	-	1.500	5.000	125.000	582.623

Datos de Diputación Provincial de Soria. Gracia Segura, M.C.

Llegando la fecha de 22 de Octubre de 1936, se aprobó a nivel provincial, las “Juntas de Beneficencia”, debido a que se involucró la Diputación en materia de Beneficencia, y concretamente, en Soria.

Siendo la situación de gravedad, también el presidente de Diputación entonces, D. Rafael García de Diego, quiso concienciar a los sorianos de esta mala situación, animando a los vecinos de la ciudad a contribuir a la atención de los servicios de la Beneficencia Pública.

En este ambiente, de cooperación ciudadana, próspero “el Auxilio de Invierno”, mediante Orden de 2 de Febrero de 1937, propuesta de la Falange Española (J.O.N.S.), cuya recaudación se invirtió en obras benéfico-sociales, más tarde pasó a llamarse “Auxilio Social”, abarcando las siguientes secciones:

- Auxilio de Invierno,

- Obra Nacional Sindicalista de Protección a la Madre y al Niño,
- Auxilio al Enfermo.

La mayor parte de las recaudaciones, se invirtieron en los Comedores de Asistencia Social de Ágreda, Almazán, Berlanga de Duero, Burgo de Osma, Deza, Medinaceli, El Rollo, San Esteban de Gormaz, Soria y en los de Cogollado, Maranchón y Sigüenza (Guadalajara). En una gran medida en el Asilo de Ancianos de Burgo de Osma.

Expuesto todas estas circunstancias que rodeaban la actualidad de esta época, reflexionamos sobre la necesidad que tenía el Gobierno en exigir más o menos voluntariamente, la colaboración ciudadana, para recaudar recursos económicos.

Al mismo tiempo, venía aumentando el coste de la estancia y cura de los sordomudos y enfermos desplazados fuera de la provincia, al igual que aumenta en número de enfermos crecía cada año.

En Marzo de 1971, la Diputación aprobó el proyecto de su primera Residencia de Ancianos en Ágreda y en 1972 se bendijo la primera piedra de la nueva Residencia, hasta formar el actual entramado residencial, a cargo de nuestra Diputación de Soria, y atender las distintas necesidades físicas, psíquicas o cognitiva, de nuestros mayores.

Al mismo tiempo se atienden las necesidades de personas con distintas incapacidades (sean sordomudos, niños de adopción, dementes, etc.) como consecuencia en una situación de aislamiento o marginación social.

Esta situación de aislamiento o marginación social, de la que hemos comentado, a lo largo de este epígrafe, anteriormente, es lo que se quiere subsanar o al menos cubrir el la mayor medida posible, gracias a la intervención del Gobierno, (que como ya he comentado, principalmente era un papel que le correspondía a las distintas diputaciones que han ido existiendo a lo largo de los tiempos citados) empezando por una cobertura simplemente asistencial, hasta llegar a la cobertura que en nuestra actualidad conocemos.

1.3.- ANALISIS Y TIPOLOGIA DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Los Servicios sociales se engloban en la Red de Servicios Sociales que está dirigida a las personas mayores.

En esta red, se incluyen servicios dirigidos específicamente a personas mayores en situación de dependencia, de marginación o exclusión social²⁸.

La cobertura asistencial que hoy conocemos, viene apoyada por un aumento en la demanda de protección social a nuestros mayores debido a que se está produciendo una progresiva reducción de la capacidad funcional de la familia y al mismo tiempo el número de personas mayores esta aumentado notablemente, como ya hemos visto en el epígrafe 1.1.

²⁸ Marginación social o persona marginada a aquella que no participa en la sociedad en la que se encuentra de forma impuesta, debido a que carece de los instrumentos y recursos necesarios para salir de esa situación. ALEMAN BRAVO, C.(2010).

Ante esta situación, las sociedades que llamamos avanzadas o desarrolladas, responden a esta demanda mejorando el sistema de prestaciones económicas y ampliando los servicios sociales, que hasta entonces eran exclusivamente sanitarios (diabetes, enfermedades crónicas), mejorando la salud a través de la prevención, ejercicio físico y la asistencia rehabilitadora, a las personas con determinadas enfermedades.

En cuanto a las personas mayores con edad avanzada, sienten la necesidad de una atención mucho más amplia en cuanto a Servicios Sociales polivalentes, debiendo destacar como servicios principales:

- La asistencia domiciliaria,
- La tele asistencia,

Pero también debemos destacar aquellos servicios sociales que sirven de apoyo a que las personas mayores permanezcan en el propio hogar, como son los centros de día. No tenemos que olvidar aquellos servicios que forman parte de “programas de respiro”, como las estancias temporales en centros residenciales.

También destacamos los servicios sociales, dirigidos a las personas mayores en general, con independencia de que precisen ayuda para las actividades de la vida diaria, como son los clubs sociales, hogares, casa del abuelo.

Por último debemos mencionar como servicios sociales importantes en nuestra sociedad actual, aquellos que consisten en atender a la persona mayor fuera de su hogar, cuando las necesidades que aparecen en el proceso de su envejecimiento le imposibilitan para permanecer de forma independiente en su domicilio. Los desarrollaremos de forma más extensa en epígrafe 2.4.

Estos servicios pueden ser:

- Programas de familias de acogida,
- La forma más extendida son las Residencias que a su vez pueden ser de 2 tipos de categorías:
 1. Residencia de validos, para aquellas personas independiente que puedan realizar las actividades cotidianas del día a día.
 2. Residencia de asistidos, para aquellas personas que no pueden valerse por sí mismo en el desarrollo diario.

Tampoco queremos dejar de citar aquellos servicios sociales que consisten en la atención a nuestros mayores de forma educativa o de ocio como pueden ser viajes programados para este colectivo de personas, termalismos y las aulas para la 3ª edad.

Si clasificamos los Servicios sociales, en cuanto a la cobertura de asistencia que cada uno de ellos ofrecen debemos primeramente definir al Instituto de Servicios Sociales²⁹ como el órgano gestor encargado de coordinar las actuaciones en materia de tercera edad.

²⁹ IMSERSO, son competencias entre otras, el establecimiento y gestión de centros de atención especializada, la gestión de pensiones de jubilación en su modalidad no contributiva y los servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social para personas mayores. Definición propia. www. IMSERSO.

Estas actuaciones aparecen integradas dentro del Plan Gerontológico Nacional³⁰, que destacaremos como objetivos fundamentales:

- promover la salud y el bienestar de los mayores y ofrecer unos servicios sociales coordinados con el sistema sanitario,
- valorar la percepción del mayor como persona que contribuye de forma activa a la sociedad.

En esta clasificación de los servicios sociales comenzaremos nombrando lo servicios que por excelencia son requeridos en la mayoría de los casos por aquellas personas de edad avanzada con algún tipo de necesidad o carencia, que requieren una atención relativamente amplia, por parte de los servicios sociales polivalentes de “asistencia Domiciliaria” y “Teleasistencia”.

- La asistencia domiciliaria se refiere a la ayuda doméstica, también se le denomina con las siglas SAD.
- La teleasistencia es un servicio socio-sanitario de socorro que actúa también a nivel emocional³¹.

Otros servicios sociales de gran importancia para las personas mayores son aquellos que otorgan a la persona mayor un apoyo a su permanencia en el propio hogar, como son las residencias temporales, estancias diurnas, clubs sociales, hogares, etc. A estos se los denomina servicios de atención diurna.

Por último y acercándonos a nuestro objeto de estudio, citaremos aquellos servicios que consisten en la atención de la persona mayor fuera de su hogar, debido a que resulta imposible permanecer por más tiempo en su domicilio, requiriendo la atención asistencial por parte de profesionales en la materia.

De este modo, realizaremos un breve comentario explicando los distintos servicios sociales que hemos ido citando:

- Del servicio de ayuda a domicilio indicaremos que ha atendido en el año 2010 a un número de 394.403 usuarios, lo que esto supone un 4,97% de las personas mayores de 65 años.

- En teleasistencia, se atienden a 576.165, es decir que se atiende en este servicio un porcentaje del 7,26% de los mayores. Los servicios de atención a domicilio no son incompatibles entre sí, por ello, estos servicios dependen de las necesidades específicas que presentan cada solicitante del mismo.

- Dentro de los servicios de atención diurna, los hogares son los que atienden a un mayor número de personas.

Se consideran unos servicios que permiten mantener y mejorar la actividad diaria de estas personas y que fomentan la participación social.

- Los centros de día, también ofrecen 70.607 plazas, repartidas entre públicas y privadas, las cuales se encuentran distribuidas entre 2.601 centros en toda España.

³⁰ El Plan Gerontológico Nacional fue elaborado entre 1988-1991, resultó ser la primera respuesta global integral de política social dirigida a las personas mayores.

³¹ Definiciones propias. Web UNED/trabajo social.

- En cuanto a los servicios de atención residencial, en enero de 2010, se registran 347.372 plazas públicas y privadas:

- * El 96% (335.380) son plazas pertenecientes a los 5.177 centros residenciales,

- * Las 11.992 plazas restantes se reparten a lo largo de otros modelos residenciales.

Asimismo, del total de plazas en centros residenciales, un 73,34% son plazas para personas en situación de dependencia (245.951), si comentamos las estancias temporales en residencias, se cuenta con 15.295 plazas distribuidas en 821 centros³².

De nuestro análisis demográfico anterior, el perfil del usuario de este tipo de servicios sociales, se caracteriza por ser claramente femenino y por el predominio de personas de edad muy avanzada³³, así pues destacaremos que un alto porcentaje de usuarios del servicio de ayuda a domicilio reúne en él, las dos condiciones mencionadas:

- Ser mujer,
- Tener una edad muy avanzada.

Analizando los datos explicados anteriormente llegamos a la conclusión de que los distintos servicios sociales, han registrado una evolución muy favorable. en el número de usuarios que solicitan estos servicios, ya sea en el caso de atención a domicilio, como el número de plazas destinadas a centros de día y a centros Residenciales.

Ante estos datos³⁴ solo tenemos que reseñar que el índice de cobertura estatal ha crecido, pasando de un porcentaje del 37,45% a un aumento del 43,49%, comparando los años 2002 y 2010, debido al aumento de la demanda de las personas mayores, según epígrafe 1.1 analizado.

Especialmente, nos llama la atención, (según porcentajes facilitados por IMSERSO, 2010), el servicio de Teleasistencia, que en el año 2002, el número de usuarios que hacían uso de él, eran aproximadamente la mitad de personas, con respecto al servicio de Atención a Domicilio.

Pero entre el año 2002 y 2010, el servicio de Teleasistencia ha aumentado en casi cuatro veces más el número de usuarios, así lo manifiesta el índice de cobertura en el año 2010, si lo comparamos con la cobertura que ofrecía según datos del año 2002.

Si pasamos a analizar los centros residenciales, se aprecia claramente un aumento significativo en el número de usuarios con respecto a los centros de día, comparando los datos de los años 2002 con los del 2010.

Por otro lado, en cuanto a los centros de día, podemos apreciar como en el año 2002 apenas era un recurso utilizado, teniendo más importancia el recurso de los Centros Residenciales.

³² Datos estadísticos facilitados por IMSERSO info-2010. Internet

³³ JURADO GUERRERO, T. (2007).

³⁴ IMSERSO. Info-2010. Internet.

Con todo este análisis solo cabe deducir que la población mayor se resiste a abandonar su lugar de residencia, su entorno familiar y social, a pesar de necesitar ayuda y asistencia de terceras personas, para el desarrollo de su vida diaria.

Gracias a estos servicios sociales se puede prolongar la permanencia en la misma, debido a la cobertura en asistencia que ofrecen los mismos.

Los Servicios Sociales, en cuanto a su regulación de competencias se caracterizan por ser servicios de competencia municipal, por ser una prestación básica del sistema público de servicios sociales, gestionada en la red básica municipal, y regulada en el ámbito competencial de las administraciones públicas autonómicas.

Además, desde la inclusión del SAD en el catálogo de servicios y prestaciones del Sistema de autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia participan de su financiación la Administración General del Estado y las comunidades autónomas, aunque las entidades autónomas se sigan encargando de su gestión.

En cuanto a las Comunidades autónomas conviven los dos tipos de servicios, el municipal y el que está enmarcado en la Ley de Autonomía Personal y Atención a las situaciones de Dependencia.

En nuestra opinión, esto sirve para que no se queden sin atención las personas mayores, que aún no tienen reconocida su situación de dependencia o aquellas que presenten otro tipo de necesidades.

2.4.- ANALISIS DE LOS RECURSOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

De todos los distintos Servicios Sociales con los que contamos gracias a la dedicación presupuestaria de nuestro sistema español en Protección Social y exponiendo su relación con los datos estadísticos proporcionados por el IMSERSO³⁵, observamos que más del 12% de la población mayor³⁶ recibe alguno de los recursos públicos o privados³⁷.

Esos servicios sociales se ofrecen a este colectivo de población mayor, con el fin de cubrir aquellas necesidades que puedan surgirles por su condición de persona envejecida, haciendo hincapié en la cobertura de factores de área social, económica y cultural en beneficio de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejezcan.

- Comenzando a citar los servicios de atención diurna, destacamos a los hogares como los centros que atienden a un mayor número de personas.

Aunque no hay registro oficial del número de asociados, creemos según las lecturas³⁸ que hemos realizado anteriormente, estos servicios son uno de los dispositivos sociales, que permiten mantener y mejorar la actividad diaria de las personas mayores y que fomentan la participación social.

³⁵ IMSERSO: Instituto de Mayores para los Servicios Sociales, el cual está regulado por el Real decreto 1226/2005 de 13 de diciembre.

³⁶ Datos facilitados de las fuentes documentales de IMSERSO, en el año 2010.

³⁷ Distinguimos entre recursos públicos o privados y citaremos como recurso público aquel que esta gestionado y dirigido por la administración pública, dando servicio a la persona que lo necesite y ofreciendo sus servicios sin ánimo de lucro. Definición totalmente propia.

³⁸ MOLINERO, S. (1995).

Haciendo distinción entre recursos Públicos y Privados, debemos de reseñar que en mucho de los casos, se dan las dos circunstancias, a la hora de solicitar alguno de los recursos sociales necesarios para cubrir cualquier necesidad, en la que se encuentren nuestros mayores.

Así pues, tenemos que destacar que los centros de día ofrecen 70.607 plazas, distinguiendo que se pueden encontrar tanto en iniciativa pública como privada.

- En cuanto a la oferta de servicios de atención residencial existentes en enero de 2010 se traduce en 347.372 plazas públicas y privadas, de las cuales:
 - Las plazas residenciales que corresponden a el 96% (335.380) pertenecientes a los 5.177 centros residenciales,
 - Las restantes plazas, (11.992) se reparten a lo largo de otros modelos residenciales, como son las viviendas para mayores y los acogimientos familiares.

Asimismo, del total de plazas en centros residenciales un 73,34% son plazas para personas en situación de dependencia (245.951), este tema lo trataremos en el capítulo II, con el estudio de la Ley de Dependencia.

En cuanto a las estancias temporales en residencias, se dispone de 15.295 plazas distribuidas en 821 centros es decir, por las distintas Comunidades Autónomas, el índice de cobertura de los servicios de atención residencial se sitúa en el 4,38%.

A continuación, hacemos referencia a una tabla que representa el número de usuarios y plazas destinadas a los distintos tipos de Servicios Sociales, en España con fecha de enero de 2010.

Tabla 1.9

Tipos de recursos sociales. Plazas residenciales. España 2010

Ámbito Territorial	Usuarios SAD	Usuarios Teleasistencia	Plazas Centros Día	Plazas Residenciales
Andalucía	60.906	157.540	10.303	37.431
Aragón	14.587	18.342	2.150	17.644
Asturias	10.656	10.843	1.628	14.678
Baleares	4.745	6.331	1.436	6.445
Canarias	10.428	5.677	2.078	11.800
Cantabria	4.432	7.446	1.143	5.150
Castilla y León	27.897	26.663	4.070	42.448
Castilla-La Mancha	32.352	41.463	3.209	27.658
Cataluña	63.773	87.047	14.554	62.143
C.Valencia	20.839	37.486	7.976	27.735
Extremadura	20.506	9.587	2.310	12.637
Galicia	15.704	4.075	4.160	21.969
Madrid	76.003	125.673	8.472	24.935
Murcia	5.107	7.933	1.760	4.973
Navarra	3.976	6.772	743	6.676
País Vasco	17.815	21.094	3.957	19.354
La Rioja	3.696	1.197	539	3.160
Ceuta	685	620	40	201
Melilla	296	376	79	335
España	394.403	576.165	70.607	347.372

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE (2010) Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2010. Internet.

A continuación creemos que tenemos que hacer un breve comentario a la forma de financiación de estos recursos sociales, destacando que en este ámbito rige el principio de corresponsabilidad.

El principio de corresponsabilidad significa que convive una aportación de fondos públicos con una aportación de las personas usuarias de este recurso social determinado (copago).

Estas aportaciones económicas por ambas partes, serán distintas en función del tipo de servicio y la competencia territorial donde se lleve a cabo.

Centrándonos de forma más concreta en el tema que nos ocupa:

- La oferta de plazas públicas a nivel Estatal, ha experimentado un incremento similar en el total de las plazas, multiplicándose por cuatro desde el año 2002 hasta el año 2010.
- Si nos centramos en las plazas privadas, también llamadas plazas concertadas, han experimentado un significativo incremento entre 2002 y 2010, puesto que se han multiplicado por seis, destacamos Andalucía como la que más ha crecido.

Continuando con nuestro muestreo estadístico nos centramos en las plazas privadas, observando que en todas las comunidades y ciudades autónomas han experimentado incrementos. A nivel estatal, la oferta de plazas privadas se ha incrementado, en un 165%, y es que ha pasado de 8.459 plazas, en el año 2002, a 22.404 plazas, en el 2010.

Por comunidades autónomas, las que más han aumentado la oferta de plazas privadas ha sido Galicia, que ha multiplicado su oferta por once, seguida de Castilla y León, que lo ha hecho por nueve.

De este estudio estadístico queremos reflexionar sobre cómo se distribuyen el número de centros residenciales, diferenciando si esos centros son de titularidad privada o pública.

En Castilla y León, a pesar de contar con una población en general, en números de habitantes, bastante más inferior que otras comunidades autónomas como por ejemplo Andalucía o Cataluña, tiene mayor número de plazas residenciales, con respecto a estas.

Tabla 1.9

**DISTRIBUCION DEL NÚMERO DE PLAZAS RESIDENCIALES,
SEGÚN TINTULARIDAD.**

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CENTROS RESIDENCIALES SEGÚN TITULARIDAD. ENERO 2010			
Ámbito Territorial	C. Residenciales	Centros Residenciales	Nº Total
	Titularidad Pública	Titularidad Privada	Centros Residenciales
Andalucía	127	458	585
Aragón	80	226	306
Asturias	44	255	299
Baleares	27	34	61
Canarias	52	117	169
Cantabria	3	52	55
Castilla y León	161	493	654
Castilla-La Mancha	167	227	394
Cataluña	159	1.087	1.246
C. Valenciana	66	278	344
Extremadura	155	74	229
Galicia	92	112	204
Madrid	57	160	217
Murcia	12	44	56
Navarra	31	43	74
Álava	15	25	40
Guipúzcoa	25	41	66
Vizcaya	32	111	143
País Vasco	72	177	249
La Rioja	9	21	30
Ceuta	1	2	3
Melilla	1	1	2
España	1.316	3.861	5.177

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. INE (2010) Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2010. Internet.

2.5.- CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS Y DIAGNOSTICO

Comenzando a analizar cuantitativamente la situación en términos demográficos globales, hemos ido analizando a lo largo de este estudio, que la sociedad actual se caracteriza por un progresivo envejecimiento en su población, esto debido fundamentalmente al aumento de la esperanza de vida por parte de las personas mayores-gracias a una mejora en la calidad de vida.

Otros factores que han influido en esta realidad demográfica es la inflexión demográfica que se produjo cuando en el año 2001, la población infantil de 0 a 4 años es superada por la de 65 años y más, es decir se está produciendo un descenso de la fecundidad.

El declive de la salud física y el de nuestro propio cuerpo son uno de los principales factores para la comprensión y la asimilación de la llegada de una nueva etapa en nuestras vidas como es la VEJEZ.

A modo de anotación, comentaremos que el sexo que predomina en la vejez es el femenino, hay un 76% más de mujeres que de varones a partir de los años 80. Esto es debido a que se da una mayor tasa de mortalidad masculina, por tanto existe una mayor supervivencia femenina.

El sustancial incremento del volumen de personas mayores que se producirá en las próximas décadas, fundamentalmente en las sociedades desarrolladas, conlleva significativas consecuencias en áreas centrales de la sociedad, como la social, la política y la económica, además, a este sector de personas mayores se les caracterizan por un progresivo incremento de población en situación de dependencia.

A las personas mayores dependientes se les ha atendido tradicionalmente, pero no cabe duda que con la aprobación de la Ley 39/2006, ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, se les reconoce todos los derechos para la atención de las necesidades que tengan, por encontrarse en esa situación de vulnerabilidad, requiriendo el apoyo para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzando mayor autonomía personal.

De igual forma, el ratio de apoyo familiar va aumentando progresivamente en los últimos años, de manera que serán menores los recursos familiares de apoyo a las personas mayores.

A esto hay que añadirle lo que ya estudiamos en el capítulo 1.1, con respecto a la incorporación de la mujer al mercado laboral y el vacío que deja la figura de cuidadora familiar.

En los países con una población fuertemente envejecida es probable que se enfrenten a dificultades para proporcionar atención sanitaria y asistencial, prestaciones públicas y otros bienes y servicios esenciales para su población³⁹ por eso, en España el envejecimiento demográfico⁴⁰ implica profundos cambios sociales que afectan a la

³⁹ información facilitada de JURADO GUERRERO, T.(2007).

⁴⁰ El envejecimiento demográfico ocurre cuando baja la tasa de natalidad y por otro lado se da un aumento en la esperanza de vida, debido a los avances tecnológicos, sobre todo en medicina. Del mismo modo también se ha producido la radicación de algunas enfermedades infecciosas,-que producían elevadas tasas de mortalidad-, hay que añadirle los factores ambientales que también favorecen la mejora en la calidad de vida y por supuesto los comportamientos sociales, económicos, etc. Es una opinión propia como conclusión de la lectura de JURADO GUERRERO, T.(2007).

estructura y composición de las familias, como el aumento del número de hogares unipersonales, la reducción del tamaño medio de las familias y el debilitamiento de las redes familiares y personales.

También implica cambios económicos la situación que se prevé en el año 2024 donde la población nacida en la época del Baby-boom iniciará la llegada a la jubilación, provocando una fuerte presión sobre los sistemas de protección social.

En este momento, la normativa vigente, según hacemos alusión en el anexo del trabajo, es la que dirige y organiza la intervención social en la atención y cuidado de nuestra población envejecida, la cual se caracteriza por una edad octogenaria con la presencia de grandes discapacidades.

Los análisis confirman que la tasa de discapacidad crece con la edad, de este modo, a los 80 años la mitad de los españoles tienen problemas para actividades de la vida diaria que requieren ser atendidos por los servicios sociales de forma informal, desde su domicilio, o permanentemente en un centro residencial, para poder realizar las actividades básicas del día a día.

Por ello en la actualidad la totalidad de las personas mayores reciben alguna prestación económica del sistema público de pensiones, para hacer frente a esta situación de dependencia.

A continuación, del análisis cualitativo de la evolución temporal en la Asistencia Social extraemos la trayectoria histórica que ha realizado la beneficencia, en sus primeros momentos como una acción social voluntaria, principalmente ejercida por la Iglesia, hasta llegar a nuestros días, donde llegamos a una cobertura de protección-asistencial por parte del Sistema de Asistencia Social de los servicios sociales, para la atención a nuestros mayores.

En nuestra provincia de Soria, las Diputaciones han desarrollado un importante papel en la gestión y dirección de las entidades públicas, destinadas a la atención y cuidado de las personas en situación de marginación ó exclusión social.

El dato en la evolución asistencial más llamativo es que tendrá que darse la necesidad de crear un sistema social, el cual pueda sostener la gran cantidad de población que en la actualidad están envejeciendo.

La tendencia de este grupo de población de edad longeva, es manifestar grandes necesidades asistenciales y de dependencia teniendo el derecho de disfrutar de unas políticas sociales satisfactorias, que les puedan cubrir aquellas necesidades sociales, asistenciales y de ocio, que les surjan por su condición de ser personas mayores de 65 años o más.

En este punto queremos destacar que en España, entre el año 2003 y el 2009, la población de 80 años y más, se ha incrementado en un 26%, según estudios facilitados por Consejo superior de investigación científica incluso se llega a plasmar que el proceso de envejecimiento octogenario es un hecho generalizado a nivel mundial, pero en España se acentúa en mayor proporción, llegando a pronosticar que para el año 2050, cerca del 30% de la población española será octogenaria. De aquí observamos que si comparamos porcentajes poblacionales entre el siglo XX y el siglo XXI. llega a multiplicarse casi hasta por cinco el porcentaje poblacional de mayores de 80 años.

Los análisis que hemos realizado a lo largo de este capítulo nos llevan a conocer a una población envejecida, cuya característica principal es tener problemas de dependencia para desenvolverse en el desarrollo diario.

Al mismo tiempo se da la tendencia mayoritaria de estas personas por querer seguir viviendo en su propia casa, a pesar de sus graves problemas derivados de su larga edad.

Manifiestan la necesidad de tener a otra persona a su lado, para que les ayude a realizar las actividades más básicas del día a día.

Con la Ley de Promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, que estudiaremos en el capítulo II, se pretende atender las necesidades de estas personas que viven en un centro residencial y al mismo tiempo recuperar por parte de estos usuarios el "derecho a la persona.

Centrándonos en el objeto de nuestro estudio, expuesto en el capítulo I, nos referimos a la atención asistencial prestada en los centros residenciales, implantando un nuevo modelo de atención a nuestros mayores, donde gira alrededor de la persona y en su calidad de vida, mejorando la independencia mediante su autonomía personal.

CAPITULO II. LEY DE PROMOCIÓN A LA AUTODEPENDENCIA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

2.1 INTERPRETACIÓN DE LA LEY DE LA DEPENDENCIA PARA LAS PERSONAS MAYORES

Para llegar a una mejor comprensión de la atención que necesitan nuestros mayores, debemos primeramente conocer los aspectos que confieren a la Ley⁴¹ en cuanto a su función.

Expondremos brevemente que el objeto de esta ley es regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, mediante la creación de un sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía del administración General del Estado para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.

En cuanto a la atención a las personas mayores, esta ley marca un antes y un después de esta, puesto que reconoce un “derecho subjetivo” a las prestaciones económicas y de servicios, teniendo las primeras carácter prioritario.

De este modo, las prestaciones y servicios contemplados en esta Ley, están integrados en la Red de servicios sociales de las respectivas Comunidades Autónomas, en el ámbito de las competencias que las mismas tienen asumidas. Tanto es así que desde la Junta de Castilla y León, se pretende lograr determinados objetivos, con el fin de mejorar la calidad de vida de nuestros mayores.

Los objetivos que se marca, los destacamos como:

1. Facilitar el envejecimiento positivo, mediante programas de prevención y de desarrollo personal.
2. Potenciar la participación de las personas mayores en todos los ámbitos de la vida, especialmente en las relaciones entre generaciones y promoción de actitudes solidarias hacia este colectivo.
3. Garantizar a las personas mayores un alojamiento digno y adaptado a sus necesidades, facilitando la atención residencial adecuada, donde se prima la calidad de la persona. Este apartado lo desarrollaremos a continuación en el siguiente epígrafe.

Esta LAPAD⁴² ha evolucionado en consonancia con la Unión Europea, dando una noción de atención a la dependencia que prima los cuidados de larga duración.

⁴¹ Definición: www.inforesidencias.com

⁴² LAPAD: Ley de promoción a la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Elaboración propia

Consideramos que en el futuro, la Ley tenga como finalidad las políticas de envejecimiento activo y de cuidados de larga duración, para personas mayores que vivan o no en una residencia.

2.2 MODELO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES: PROYECTO “En mi casa”

Desde la Conserjería de Familia e Igualdad de Oportunidades, apuesta por un modelo de atención en los centros residenciales basado en la atención más personalizada hacia el usuario, donde se prima más el interés de la persona y no tanto el interés de la organización del centro.

Se trata de dar un paso más en el modelo residencial actual, centrado en la satisfacción de necesidades y provisión de cuidados, fundamentalmente asistenciales y sanitarios.

Las ventajas que podemos señalar de este nuevo modelo de atención residencial a las personas mayores las resumimos en el confort que supone vivir en un entorno con aspecto de “hogar”, para ello, dispone de muebles y elementos decorativos que ellos mismos aportan o eligen.

Pero lo que realmente llena a estas personas residentes es el respeto que se les otorga a sus gustos, preferencias y horarios dentro, en todo momento. Todo esto se consigue gracias a una atención personalizada y estable, prestada por los profesionales que les cuidan.

La organización que se establece para gestionar este nuevo modelo de atención a las personas mayores, se basa en “Unidades de Convivencia”.

Estas Unidades de Convivencia son zonas habilitadas para el desarrollo del proyecto “En mi casa”, formadas por 12 residentes por unidad. En ellas, se valida el modelo asistencial, aplicando la atención integral y centrada en la persona.

En estas Unidades de Convivencia se desarrollan cambios ambientales y organizativos requeridos por este modelo para conseguir ambiente de hogar acogedor, por ejemplo se aumenta la superficie de las habitaciones de los usuarios, se crea una sala común para que puedan estar leyendo, viendo la tele, etc.

Disponen con una cocina para que puedan cocinar su propia comida o para sus familiares, se les prepara rincones, estanterías y armarios para que ellos puedan dejar sus cosas. También debemos destacar que se producen cambios en las intervenciones y planificación de la residencia centrados en el residente, basados en su biografía, gustos y preferencias.

En cuanto a la terapia ocupacional que en estas unidades de Convivencia realizan los residentes están basadas en el propio ejercicio de la vida cotidiana, colaborando en las tareas de hacer su cama, elaboración de su propia comida, participación en el cuidado del jardín o huerto, gusto por elegir su vestuario, etc.

En la organización de estas Unidades de Convivencia, predomina un perfecto equilibrio entre el usuario de la residencia, la familia con su participación constante, los trabajadores y el centro con su adaptación arquitectónica.

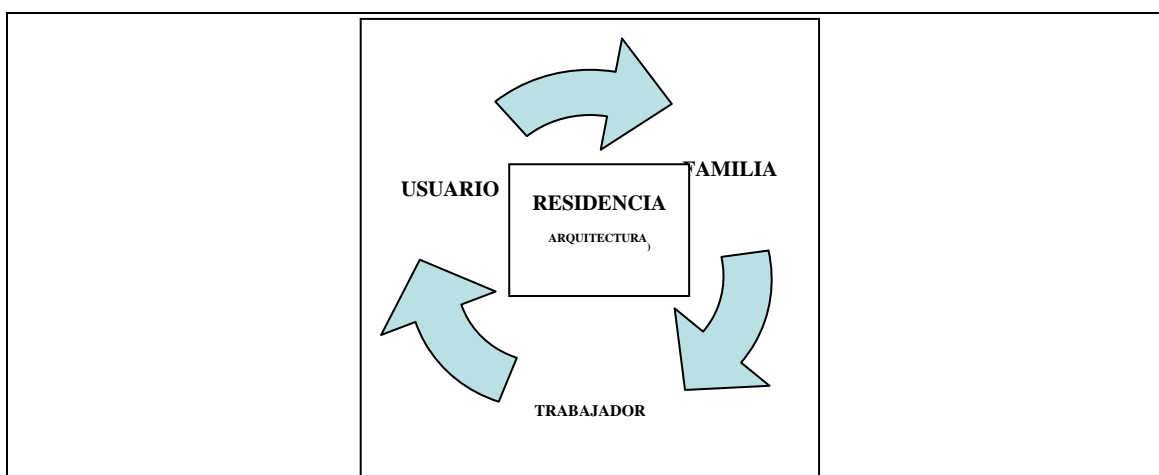
Los profesionales que atienden cada Unidad de Convivencia son los mismos, favoreciendo la relación entre ellos y los residentes. Cada residente tiene un profesional de referencia que le conoce bien como persona y le ayuda directamente en todo lo necesario:

- ✓ los residentes consiguen una mayor relación social con sus compañeros.
- ✓ los residentes ven aumentada su autoestima e independencia personal.

Para una mejor visualización de lo anteriormente explicado, elaboraremos un organigrama de los factores que influyen en la organización de las Unidades de Convivencia.

Cuadro 3.1

ORGANIZACIÓN BASADA EN EL EQUILIBRIO DE CUATRO FACTORES



Datos Junta de Castilla y León. Elaboración propia.

Los profesionales que prestan sus servicios en el cuidado y atención personal a los usuarios deben recibir previamente formación adecuada para la nueva forma de atención asistencial.

Punto clave en el proyecto “En mi casa” como terapia ocupacional es la participación activa y directa por parte de los familiares de los residentes.

La normativa de la Junta de Castilla y León que recoge este nuevo modelo de atención residencial para personas mayores:

- Ley 5/2003 de atención y protección de las personas mayores.
- Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

CAPITULO III. PROYECTO “EN MI CASA” IMPLANTADO EN RESIDENCIA “FUENTE DEL REY”

3.1 ESTUDIO DE LA ATENCIÓN ASISTENCIAL EN LA RESIDENCIA “FUENTE DEL REY”

Para el análisis de la atención asistencial que presta actualmente el centro residencial “Fuente del Rey”, se nos ha facilitado todo tipo de documentación e información para poder conocer cómo se organiza el mismo y que atenciones asistenciales prestan a los usuarios del centro.

Además de los documentos oficiales, que son obligatorios cumplir según la normativa específica que los regula⁴³, todos los departamentos profesionales que en él se desarrollan ponen en práctica una serie de principios profesionales y éticos con la finalidad de conseguir la mejor organización y funcionamiento de la residencia, repercutiendo todo ello en el bienestar y buena integración de nuestros mayores a su nuevo hogar residencial.

Como principios básicos más destacados que todo trabajador profesional de la residencia conoce y pone en práctica, se debe dar el principio de integración del residente en el centro y en su entorno social desde el mismo momento de su ingreso.

Desde la actuación de los profesionales, fomentan la normalización, entendida como el desarrollo de un estilo de vida similar al del entorno de referencia, y no se descuida la atención a las necesidades básicas de los residentes.

Para garantizar el máximo de autonomía personal del usuario, se respeta la individualidad, intimidad y el trato diferenciado de cada residente.

Como último principio que se práctica en la residencia es la participación y corresponsabilización de los profesionales en el seguimiento de la evolución de los usuarios del centro.

A continuación mediante una tabla representamos cómo se organiza y se estructura el centro residencial, colocando en primer lugar el cargo de mayor responsabilidad, tanto profesional como civilmente de lo que pueda ocurrir dentro de esta residencia, hasta llegar a cargos de menor responsabilidad pero no menos importantes y necesarios como el resto de los cargos que cubren las distintas áreas funcionales.

⁴³ Normas legislativas de los servicios sociales en Castilla y León. Anexos

Tabla 3.1

TABLA DE ORGANIZACIÓN EN LA RESIDENCIA “FUENTE DEL REY”

ORGANO DE DIRECION.			
Áreas Funcionales (Estructura Organizativa)			
Unidades	AREA DE ADMINISTRACIÓN.	AREA DE SERVICIOS GENERALES.	AREA TECNICOASISTENCIAL
	Administración.	Cocina.	Atención sanitaria y farmacológica.
	Almacén.	Mantenimiento	Unidad de apoyo personal y social.
	Control, comunicaciones y vigilancia.	Lavandería	Unidad de apoyo psicológico.
		Limpieza.	
		Comedor	

Información residencia Fuente del Rey. Elaboración propia

Cuando nos referimos a las distintas áreas funcionales en las que se puede dividir la organización de la residencia debemos hacerlo en función de aquellas unidades que prestan sus servicios a los usuarios que en ellas residen.

Debemos diferenciar el área de Administración, donde se registra el almacén, el control, la comunicación y la vigilancia, en el área de Servicios Generales se encuentran la cocina, el mantenimiento, lavandería, limpieza y comedor) y el área Técnico-Asistencial se registran la unidad de atención sanitaria y farmacológica, y por supuesto la unidad de apoyo personal, social y psicológico.

Debemos mencionar la existencia de una unidad de atención a nuestros residentes relacionada con el desarrollo de la unidad de servicios sociales.

Esta unidad es la sanitaria, correspondiéndole la realización de diversas actividades tan relevantes como:

a) El reconocimiento médico de los nuevos residentes, del mismo modo, en los primeros días del ingreso del residente deberá realizar la apertura, conservación y actualización del historial médico y de enfermería de cada residente.

b) El seguimiento de la evolución de los residentes y el desarrollo de tratamientos para su mantenimiento, mejora física y psíquica y prevención de las enfermedades.

c) La atención, aseo y limpieza de enfermos y encamados.

d) La ayuda en las actividades de la vida diaria a los residentes impedidos o dependientes y en general a los sometidos a control continuado.

e) El mantenimiento de las medidas de vigilancia implantadas sobre los residentes sometidos a control continuado, dando cuenta de cualquier anomalía observada.

f) La administración de medicamentos a los residentes sometidos a control continuado, enfermos y encamados.

g) Atender e informar a los familiares o tutores de los residentes en las situaciones de emergencia por enfermedad o defunción.

Por último cuenta con el servicio religioso a los residentes.

En cuanto a la atención y cuidado que precisan los residentes que conviven en la residencia existen unos objetivos marcados.

Citando alguno de los más relevantes:

- Mejorar y mantener, hasta donde sea posible, la capacidad funcional,
- Prevenir el incremento de la dependencia mediante terapias y programas adecuados, del mismo modo se deberá controlar y seguir terapéuticamente las enfermedades y trastornos detectados en nuestros residentes.
- Ofrecer un régimen de alimentación sana, equilibrada y variada.
- Funciones destinadas a favorecer las buenas relaciones sociales entre los residentes, familiares y el personal del centro, interviniendo profesionalmente cuando se detecten conflictos.
- Sentimiento de los profesionales que prestan sus servicios en considerar a la persona mayor como un adulto, merecedor del mayor respeto, practicando la escucha activa con ellos, integrándoles tanto como sea posible, en la participación de la vida de la residencia.
- Función de garantizar las libertades básicas y derechos de las personas, como la intimidad, la libertad para comunicarse por, teléfono, carta, etc.
- La unidad de atención sanitaria actúa en el primer momento cuando la persona mayor decide ingresar en la residencia.

En los primeros días de su llegada, se le practicará el reconocimiento médico y se le abrirá el historial médico y de enfermería. En este historial figurarán todos los aspectos sanitarios, médicos y de enfermería que sean oportunos, las sucesivas hojas de evolución y el informe médico incluido en el expediente de ingreso.

En estos primeros momentos del ingreso en la residencia será la unidad de administración la que elaborará y custodiará el expediente personal de cada residente. que al menos debe contener la siguiente documentación:

Según opiniones recogidas por los residentes que viven de forma permanente en la residencia, la atención sanitaria y farmacológica, es una de las funciones de los servicios prestados que más se valoran, siendo esta función complementaria de la pública o privada, a la que pudiera pertenecer el residente.

Del mismo modo los residentes ejercen la función de solicitar consulta al personal sanitario siempre que lo estime necesario, de acuerdo a las normas u horarios.

Se realiza gran esfuerzo en la función de apoyo personal y social que ofrece la residencia, puesto que con esta prestación de servicio los residentes se encuentra de manera más positiva integrados en el ambiente social que les rodea e interrelacionan mejor con sus compañeros residentes.

Los servicios que se prestan que están incluidos en la estancia de la Residencia. El abono del precio público establecido, confiere el derecho de recibir sin desembolsos adicionales, los servicios de alojamiento, manutención (desayuno, comida, merienda y cena), el lavado, planchado, reparación y distribución de la ropa, la utilización adecuada de sus instalaciones, por supuesto está incluida la atención sanitaria y farmacológica y el transporte con estos fines, los servicios de apoyo personal, social y servicios religiosos

Realizando el análisis de la asistencia que presta la residencia Fuente del Rey, podemos concluir diciendo que desde un principio la forma de gestionar la atención y cuidado de los usuarios que allí conviven, se aproxima bastante a los principios básicos del nuevo modelo asistencial para los centros residenciales, explicado anteriormente en el capítulo II.

De este modo, siguiendo con el objetivo de nuestro trabajo de implantar este proyecto piloto denominado “En mi casa”⁴⁴ en la residencia “Fuente del Rey”, creemos que resulta de gran facilidad, adaptando medidas como la reestructuración arquitectónica de la 2ª planta de la residencia, implantando una unidad de convivencia, donde convivirán 12 usuarios, en habitaciones individuales con zonas de estar y cocina para su exclusivo uso.

3.2 VALORACIÓN DE POSIBLES CANDIDATOS AL PROYECTO “EN MI CASA” PARA RESIDENCIA “FUENTE DEL REY”

En primer lugar debemos valorar si en la residencia "Fuente del Rey", reúne los candidatos idóneos para la práctica de este proyecto "En mi casa", hemos aprendido que este proyecto está destinado a personas con dependencia de grado I y grado II, situación que confirmamos que reside este tipo de usuario en la residencia.

Gracias a las entrevistas realizadas al Trabajador Social, Fernando Borrego, según dejamos constancia en la introducción, como responsable de la puesta en marcha del proyecto “En mi casa” en la residencia Fuente del Rey, hemos podido presenciar uno de los pasos esenciales en el estudio de viabilidad para implantar el programa.

Consiste en una adecuada selección de usuarios que se ajusten a los objetivos a conseguir por dicho programa y que puedan beneficiarse de las ventajas que le puede otorgar este nuevo proyecto.

⁴⁴ Proyecto “En mi casa”: Nuevo modelo de atención residencial para personas mayores, basado en la calidad de vida y pretende cubrir los deseos de cómo quieren vivir, sus gustos y preferencias, durante este periodo de vida. Definición propia.

La primera selección la hacemos descartando todos aquellos residentes que no están en situación de dependencia. El programa “En mi casa” está diseñado para usuarios en situación de dependencia. Así eliminamos como posibles usuarios a 59 residentes que no son dependientes, de un total de 122 residentes que viven en la residencia.

La siguiente selección la hacemos a través de la aplicación del test Minimental; se trata de una escala psicosométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas.

Consideramos que usuarios con una puntuación menor a 10 puntos no son susceptibles de beneficiarse de este programa, por tener un deterioro cognitivo severo.

De los 63 usuarios de la residencia a los que aplicamos el Test Minimental 34 usuarios no superan los 10 puntos necesarios.

La selección del resto de los residentes, es decir 29, la realizamos a través de una entrevista individual a cada residente y sus familiares, buscando unos perfiles asistenciales diferenciados que tengan un deterioro de medio a moderado.

A los familiares le explicamos las características del programa y nos entrevistamos con ellos para valorar:

- La disponibilidad para la participación activa de los familiares en el programa.
- El interés que muestren en que al usuario se le introduzca en dicho programa.

De esta última selección salen los 12 usuarios que consideramos más aptos para beneficiarse de este nuevo modelo de atención y para formar parte del módulo de unidad de convivencia que se pretende crear.

Del número final de usuarios, 5 son hombres y 7 mujeres, las personas integrantes de la unidad de convivencia que se pone en marcha en la residencia Fuente del Rey, para la implantación del modelo de atención centrada en la persona.

A continuación explicaremos el cuestionario que presentamos a los familiares para la selección de los residentes participantes del proyecto.

Indicamos que previamente a la entrevista de los familiares han sido informados mediante varias reuniones a lo largo de los meses de preparación del proyecto, las características y funcionamiento del programa “En mi casa”.

La entrevista se vertebra en seis preguntas abiertas, y se realiza de forma oral:

1. En qué cree usted que podría mejorar la calidad de vida de su familiar la aplicación del Programa "En mi casa".
 2. Cómo podría participar usted en el buen funcionamiento del programa.
 3. ¿Confía usted en la profesionalidad del equipo que va a llevar a cabo la implantación del programa?
¿Porque?
 4. ¿Qué opinión tiene sobre el hecho de que su familiar (usuario) participe en algunas tareas domesticas de las instalaciones en las que va a vivir?
 5. ¿Está usted dispuesto a colaborar en las evaluaciones y en los controles de mejora y corrección del programa?
 6. ¿Está usted dispuesto a asistir a las sesiones de formación y asesoramiento para familiares que se impartan en este centro?
- De este modo queda realizada la selección de los usuarios que van a participar en el programa "en mi casa", para la residencia "Fuente del Rey".

3.3 IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO "EN MI CASA" EN RESIDENCIA FUENTE DEL REY

La finalidad del proyecto piloto "En mi casa" persigue la creación de una Unidad de Convivencia en el centro residencial para personas mayores Fuente del Rey, siendo este de carácter privado en funcionamiento desde el año 1999, con una gestión asistencial tradicional.

Para llegar a conseguirlo, además de los cambios ambientales y organizativos requeridos por el modelo de atención integral y centrada en la persona, se desarrollan cambios en las intervenciones puesto que los usuarios, que se basarán en la biografía⁴⁵, los gustos y preferencias de las personas.

Para este proyecto hemos tenido de referencia las prácticas y experiencias evaluadas de los países con más tradición y solvencia en atención a personas en situación de dependencia tanto europeas como norteamericanas, pero como modelo más cercano a nosotros, nos hemos apoyado en la residencia pública para mayores "Los Royales".

Hemos decidido realizar la reconversión en la segunda planta del Centro, puesto que ella cuenta con una estructura arquitectónica favorable, concretamente remodelaremos una de sus alas que ya tiene una estructura de apartamentos para plaza individual y plaza individual compartida.

Esta planta cuenta con la capacidad para 12 habitaciones, las cuales se repartirían en habitaciones individuales, con un total de 12 personas participantes.

Se crea una única unidad de convivencia en la que participaran residentes con un deterioro homogéneo, nos referimos a personas con dependencia de grado I, y II.

⁴⁵ Documento que deja plasmado cuestiones tan relevantes como, quién ha sido el residente, qué logros personales y profesionales ha conseguido a lo largo de su vida, cuáles son sus proyectos frustrados,

Cada una de estas habitaciones disponen de una zona de estar individual, con televisión y nevera.

La residencia realiza cambios arquitectónicos de pequeña envergadura destinados a estas unidades, recreando los entornos hogareños, colocando mesitas auxiliares, lámparas de pie o de mesa, luces indirectas en zona de pasillos para dar mayor sensación de lugar acogedor personalizando los colores de las habitaciones, decoración con muebles y enseres que los propios residentes o sus familiares pueden traer.

En la planta de esta unidad de convivencia se dota de un salón destinado únicamente al uso de estos residentes. Al mismo tiempo, este salón dispone de dos zonas distintas de confort, la zona de lectura y la zona destinada a ver la televisión, además colocaremos estanterías o rincones para que los usuarios puedan dejar sus cosas personales.

De igual modo se habilitará un office-cocina, con el fin de que los propios residentes preparen alimentos básicos para ellos y sus familiares que más tarde podrán disfrutarlos con ellos.

Por último, se requiere una zona para el uso del lavabo dentro de esta unidad, que en el caso de la residencia Fuente del Rey, ya dispone de él.

El proyecto comenzó en enero de 2014 y finaliza en junio de 2014, con una duración prevista de 6 meses.

- En enero de 2014 se realizar diversas entrevistas para la valoración de los posibles candidatos a la participación en esta unidad de convivencia.

- Se valoran los residentes según su grado de dependencia, y por supuesto se incluyen en el proyecto aquellos usuarios y familiares de los mismos, que estén interesados en participar.

- En febrero de 2014 se nombra cuidador de referencia⁴⁶.

- Durante el transcurso del mes de febrero y marzo de 2014 se realizaron los cambios ambientales y de personalización del entorno asistencial de la residencia Fuente del Rey.

- En el mes de febrero de 2014, se iniciará simultáneamente la formación a los trabajadores y familiares de los residentes, para la adaptación del nuevo concepto de atención a la dependencia, según Ley estudiada en nuestro capítulo III.

- En marzo de 2014 el personal auxiliar al cuidado de la persona mayor desarrollará el modelo de atención centrada en la persona.

El nuevo personal contratado para atender las Unidades de convivencia proviene de la bolsa interna de la residencia (currículum del departamento de personal y recursos humanos), si no es posible encontrar al candidato adecuado se recurre a la bolsa de empleo.

⁴⁶ Cuidador de referencia: Es un miembro de personal de atención directa que asume la función de valedor de la persona y se ocupa de gestionar su proyecto de vida, en todos los aspectos que la persona requiera. Junta de Castilla y León.

Para una mejor información y conocimiento de las cualidades de cada residente se necesita la realización de una historia de vida⁴⁷ como elemento determinante.

Con este conocimiento del residente se elabora un proyecto de vida y un Decálogo de preferencias, en el que el residente, su familia y cuidador elaboran el día a día de la vida en la Unidad de Convivencia.

En materia que concierne a la terapia ocupacional se aleja de modelos tradicionales practicados hasta el momento en los residentes de la residencia Fuente del Rey y la participación y el apoyo en la vida diaria constituye como la mejor herramienta ocupacional para la mejora en su calidad de vida.

A lo largo de estos meses hemos realizado un estudio de parámetros para medir y valorar, preferentemente los efectos sociales ante nuestros usuarios y sus familias y aspectos económicos y de recursos humanos que inciden en la gestión de dirección del centro.

De este modo, podremos conocer las cuestiones que afectan o pueden afectar a nuestro plan de viabilidad para la implantación del modelo de asistencia “en Mi casa”.

Con nuestro proyecto queremos analizar desde una evolución temporal-histórica el nacimiento de la Asistencia Social en la tercera edad, cuyos orígenes se remontan al siglo VII en concepto de Beneficencia llegando a hasta la Asistencia social como un nuevo concepto de atención residencial de nuestros mayores, donde prima el derecho de la persona y gira sobre el principio de autodeterminación de la misma.

Se pretende superar el modelo actual basado en la satisfacción de necesidades y provisión de cuidados fundamentalmente asistenciales y sanitarios para el residente.

El presente proyecto pretende analizar la viabilidad de la implantación del modelo asistencial pionero “En mi casa”, en un centro residencial de carácter privado.

Este centro residencial se encuentra situado en la calle fuente del rey, en la ciudad de Soria.

En el capítulo I hemos analizado la evolución de la asistencia social y los distintos tipos de servicios sociales que en la sociedad actual se prestan para la atención y cuidado a las personas mayores.

En capítulos posteriores analizaremos en qué consiste el modelo asistencial “En mi casa”. El objeto de estudio de este proyecto es tratar de estudiar y valorar los efectos sociales, económicos y de recursos humanos que destacamos en nuestra investigación y relacionarlos con las materias estudiadas en el Grado de Relaciones Laborales.

Por este motivo, centraremos el análisis de viabilidad para la residencia Fuente del Rey en las áreas de organización, métodos de trabajo y recursos humanos, como aparece recogido en el epígrafe 4.3 del mismo modo trataremos aspectos legislativos vinculados al proyecto según se manifiesta en los anexos I y II y en último lugar, factores de gestión de la residencia comentados en el epígrafe 4.4

Entendemos que esta propuesta de viabilidad para la implantación del proyecto piloto “En mi casa” en la residencia Fuente del Rey, puede contribuir positivamente a la

⁴⁷ Historia de vida: Documento que refleja los acontecimientos más importantes de la vida del residente, aspectos positivos, sus capacidades, sus ilusiones, sus relaciones. Junta de Castilla y León.

ampliación de iniciativas en más residencias privadas y públicas, hasta llegar al 100% de la totalidad de los centro existentes y de futura creación.

Al mismo tiempo este proyecto piloto proporciona mayor conocimiento de la persona residente en sus gustos y preferencias, puesto que se trata de dar más interés a la persona y no tanto al interés de la organización del centro.

CAPITULO IV: PLAN DE VIABILIDAD PARA RESIDENCIA “FUENTE DEL REY”

4.1 CONSIDERACIONES GENERALES

Comenzaremos explicando que un plan de viabilidad es aquel estudio, valoración o simulación de la evolución económico-financiera futura de la empresa, siendo herramienta importante de evaluar si conviene o no llevar a cabo las inversiones previstas.

Si nos ceñimos a nuestro plan de viabilidad para evaluar si conviene o no la implantación de un nuevo modelo de atención a las personas mayores que viven en una residencia, debemos de utilizar una metodología que valore varios presupuestos de inversión, financiación, previsión de ventas, plan de tesorería y cuenta de resultados, coordinándolos entre sí.

Globalmente para nuestro plan de viabilidad no se requiere la precisión detallada de estos presupuestos, debido a que nos situamos en un centro residencial ya construido, con un rendimiento económico positivo, debido a que la ocupación de plazas se encuentra casi en su totalidad.

De esta forma, aplicando a la práctica de la residencia, podemos estudiar el plan de inversiones, donde refleja la decisión que tendremos que tomar de invertir en la residencia, realizando una remodelación arquitectónica de una planta del edificio para poder realizar la implantación del modelo asistencia.

En todo Plan de inversión, se requiere invertir en inmovilizado material e inmaterial.

4.2 CONSIDERACIONES PARTICULARES

Nuestro Plan de inversión se realizará únicamente con inmovilizado material, de esta manera:

- Compraremos pequeños muebles auxiliares, lámparas de luces indirectas para una decoración de la 2ª planta lo más agradable posible, para hacernos recordar a nuestro propio hogar.
- La adquisición de mobiliario de cocina para la zona destinada a cocina-comedor.
- La colocación en planta de una mampara de cristal con puertas, que haga de separación entre la zona de unidad convivencia integrada en el proyecto piloto y la zona de planta donde residen el resto de los usuarios del centro, que no pertenecen a este nuevo programa de atención asistencial.

Todo este inmovilizado asciende a una previsión de 5.800 euros.

A continuación confeccionamos una tabla explicativa de lo anterior.

Cuadro 4.1

Plan de Inversión

Adaptación	Importe
2ª planta residencia	
Mobiliario auxiliar decoración.	850 €
Cocina-comedor instalación, mobil.	3.425 €
Mampara cristal, puerta separación.	1.525 €
Total importe:	5.800 €

Comentando las previsiones de ventas, las denominamos como aquellas herramientas esenciales a la hora de gestionar y tomar decisiones en una empresa.

Tiene como objetivo adecuar lo más cercano a la realidad las inversiones, la producción y la distribución de las cifras que se prevén.

Extrapolando esta herramienta a nuestro Plan de viabilidad, contabilizamos que se pondrán en funcionamiento 12 habitaciones, las cuales se repartirán en 12 habitaciones individuales.

Estudiando el plan de Tesorería, generalmente tiene por objeto calcular cuales serán los cobros y los pagos previstos en la empresa para un determinado periodo de tiempo.

En nuestro caso particular, no tendrá gran relevancia este cálculo debido a que el centro residencial se abastece principalmente de clientes privados, de esta forma el incremento económico que supone el mantenimiento de estas nuevas plazas residenciales será sufragado en su totalidad por el centro residencial, mientras se practique este proyecto piloto como fase de estudio, hasta el día que se implante en su globalidad como forma de organización empresarial.

La cuenta previsional de pérdidas y ganancias, es aquel documento que consiste en el desglose de los ingresos y de los gastos en distintas categorías, obteniendo resultados antes y después de los impuestos.

Contabilizaremos la plaza del usuario en 1500 €/mes cada uno, en su grado I y II de dependencia.

El sueldo o salario a pagar a cada auxiliar de enfermería que presta sus cuidados a estos 12 residentes es de 1328 €/mes por cada una.

Necesitamos la contratación de 6 nuevas auxiliares de enfermería para este nuevo modelo de atención residencial.

A continuación realizamos la tabla que representa la cuenta de pérdidas y ganancias para las 12 habitaciones que habilitamos en la planta segunda de la residencia:

Cuadro 4.2

CUENTA DE PREVISION PÉRDIDAS Y GANANCIAS

INGRESOS	IMPORTES
12 plazas asistenciales	18000 €
Total ingresos...	18000 €

GASTOS	IMPORTES
Compra de mobiliario auxiliar - decoración	850 €
Reparación y conservación	1375 €
Sueldos y Salarios trabajadores	7968 €
Seguridad Social a cargo de la empresa	2208 €
Parte proporcional de Suministros	3100 €
Manutención	3600 €
Parte proporcional de servicios de profesionales independientes	3200 €
Cursos de formación a trabajadores	2000 €
Dotación para la amortización	250 €
Total gastos.....	21351 €

INGRESOS – GASTOS:..... - 3351 €

Después de exponer cada una de las aplicaciones que hemos tenido que utilizar para la realización de nuestro propio plan de viabilidad, llegamos a la conclusión previo estudio del plan económico presentado, que a pesar de darse una diferencia negativa en el resultado de ingresos menos gastos, creemos que podemos considerar que es un proyecto viable, porque genera nuevos puestos de trabajo en este centro residencial y

por lo tanto de forma global supone un incremento en la tasa de empleo, al mismo tiempo que genera crecimiento económico para nuestra sociedad.

En contraprestación, la nueva contratación de personal auxiliar que supone la puesta en marcha de este proyecto "En mi casa" en la residencia, supone un coste mensual adicional al gasto presupuestario destinado a sueldos y salarios.

Para hacer frente a este incremento de gasto, el departamento de administración de la residencia, ha dispuesto que mientras el proyecto se mantenga como programa piloto y llegue hasta su total consolidación como experiencia, será la residencia la que soporte en su totalidad estos gastos de salarios adicionales.

Cuando se pruebe la idoneidad de este modelo, procediendo a la adaptación del centro en su globalidad, el departamento de gestión y administración ha procedido a la creación de dos vías de servicios dentro de la residencia, las cuales dispondrán de dos listas de precios diferente, para que la propia persona pueda decir su preferencia:

- Vía tradicional de atención al usuario/plaza/precio 1500 €/al mes.
- Nueva vía "En mi casa" al usuario/plaza/precio $1500 + 35\%$ €/al mes.
es decir: $1500 + 525 = \dots\dots 2025$ €/mes, la plaza en el programa "En mi casa".

Este incremento del coste en la plaza residencial de un 35 % más, se debe al siguiente desdoble:

1. 30 % del incremento de la plaza sirve para soportar el gasto del aumento de personal.
2. 5 % de incremento de la plaza sirve para soportar la amortización de la obra realizada, que hemos mencionado anteriormente en relación a su remodelación arquitectónica de la residencia "Fuente del rey".

Aunque este plan de viabilidad no lo registre, debemos comentar que existe un modelo de evaluación integral para usuarios, trabajadores y familia donde se valora la conformidad y satisfacción de este programa piloto implantado en "Fuente del rey".

Es un programa dirigido y controlado por el profesional Fernando Borrejo, en calidad de Trabajador Social del centro. De esta evaluación, los tres sectores han quedado muy satisfechos a pesar del esfuerzo personal de dedicación centrada en el residente.

4.3 PUESTA EN MARCHA EL DEPARTAMENTO DE RRHH Y ORGANIZACIÓN

Como ya hemos hecho referencia en el capítulo III de nuestro trabajo, la implantación del modelo "En mi casa" para la residencia "Fuente del Rey", supone el aumento de contratación profesional para el cuidado personal individualizado hacia el residente, como una de las características fundamentales del programa.

Desde el Departamento de recursos humanos y organización de la residencia, se pautan los nuevos horarios a seguir por los profesionales. Al mismo tiempo destacamos de este programa pionero la forma de organización de los trabajadores, siendo estos turnos fijos de mañanas a lo largo de la semana y turnos rotativos de tardes y de noches.

Dicho lo cual, especificamos la contratación de seis nuevas auxiliares de enfermería para atender a la unidad de convivencia formada por 12 residentes.

El resto del personal participante en este programa proviene de la plantilla consolidada de la residencia.

A esta unidad de convivencia se le asigna específicamente un coordinador de enfermería al mismo tiempo que un personal de estimulación, (nuestro trabajador social Fernando Borrego).

Nuestra Terapeuta ocupacional (Teresa Vera), elabora un programa de estimulación específica para esta unidad de convivencia, cambiando el sistema que hasta ahora ejercía con los residentes.

De este modo, la terapia ocupacional se centra en el desarrollo de la vida cotidiana, se acompaña al residente a preparar según su gusto, el vestuario para ponerse al día siguiente, conversar con él de los temas que al residente le motiven, acompañarle en la realización de alguna terapia, etc.

Todo ello, en base a que el residente se motive a tomar sus propias decisiones, según sus preferencias en cada momento y haciendo participe de las mismas, de forma muy activa a sus familiares.

Además de lo mencionado, la unidad de convivencia cuenta con los servicios de un equipo de enfermería, formado por el médico y sus enfermeras. También tiene la presencia del fisioterapeuta, personal de servicio, cocina, conductor para salida a consultas, lavandería y administración.

A continuación elaboramos tabla con la relación de puestos de trabajos más relevantes para este programa de atención a las personas mayores.

Tabla 4.3

RELACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO

PUESTOS DE TRABAJO	DE	CATEGORIA PROFESIONAL	Fecha de contratación	Nuevos puestos de trabajos
Responsables de la residencia		Gerente	Anterior al proyecto "En mi casa"	---
Administración		Aux. Administrativo		---
Médico		Médico	Anterior al proyecto "En mi casa"	---
Enfermería		Enfermera de referencia	Anterior al proyecto "En mi casa"	1
Aux. enfermería		Aux. enfermería	Febrero de 2014	6
Trabajador Social		Coordinador de la unidad de convivencia	Enero de 2014	1
Terapeuta Ocupacional		Equipo de estimulación	Febrero de 2014	
Fisioterapia		Fisioterapeuta	Anterior al proyecto "En mi casa"	
Cocinero		Jefe de cocina	Anterior al proyecto "En mi casa"	
Aux. cocina		Auxiliar cocina	Anterior al proyecto "En mi casa"	
Limpiadora		Aux. de limpieza	Anterior al proyecto "En mi casa"	
Lavandera		Aux. lavandería	Anterior al proyecto "En mi casa"	

CONCLUSIONES

El proyecto de viabilidad para la implantación del proyecto asistencial “en mi casa” en la residencia Fuente del Rey, se ha realizado por iniciativa propia, con el propósito de poder demostrar que a pesar de que las personas mayores no quieren abandonar su hogar encontrándose en situación de dependencia, como hemos visto en capítulos anteriores, existe un cambio de actitud en su comportamiento, cuando se conoce la nueva gestión integral para la persona que participa en el programa.

Además de este hecho social tan relevante para nosotros, debido a nuestra dedicación profesiones ya mencionada, también tiene gran importancia la gestión asistencial del proyecto “en mi casa” porque supone un aumento en la contratación del personal auxiliar y profesional, ligado a la atención y cuidado de nuestros mayores.

Hemos comprobado que para considerar la residencia como un hogar propio y acogedor para el usuario, es necesario hacer una serie de ajustes a las necesidades que manifiestan nuestros mayores, ofreciéndoles una protección de atenciones y cuidados con los que hasta ahora no cuentan.

Básicamente nos referimos a la Ley de Dependencia, la cual defiende los derechos integrales de las personas mayores que viven en una residencia, por eso hemos querido hacer una breve interpretación de la misma, y aplicarla a nuestro caso de estudio particular, donde defendemos que una atención asistencial basada en el trato directo al residente favorece alcanzar mayor autonomía e independencia personal y mejora de la calidad de vida de estas personas, aprendiendo a mejorar la relaciones sociales con sus semejantes. Del mismo modo, se confirma un descenso en el número de caídas de los residentes.

Esta atención al residente se plantea desde el conocimiento de la persona de forma individual y centrada en ella, intentando potenciar sus capacidades buscando el apoyo de sus cuidadores y familiares para solventar las limitaciones que vayan surgiendo por el cumplimiento de los años. Esta nueva forma de atención a la tercera edad cuando residen en una residencia, se denomina: MODELO ASISTENCIAL "EN MI CASA".

Llegado este momento, hemos conseguido el principal objetivo de nuestro proyecto fin de grado: la valoración y posterior implantación del modelo pionero "en mi casa" de atención asistencial, en la residencia "Fuente del rey" en la ciudad de Soria.

Después de meses de planteamientos, asistencia presencial a congresos visitas a centros públicos residenciales donde ya practican este programa "en mi casa", se valoró mediante el plan de viabilidad las opciones para poner en marcha el proyecto y en enero del 214, comenzamos esta andadura.

Si tenemos en cuenta el análisis económico financiero de este plan de viabilidad, nos resulta negativo, debido a que los cambios estructurales arquitectónicos y el aumento de plantilla de profesionales que se dedican al cuidado directo de usuario son superiores a los ingresos que soporta la residencia, provenientes del cobro mensual de las plazas residenciales.

Debemos destacar que la residencia "Fuente del rey" es un ente privado y se abastece principalmente de sus clientes, teniendo que soportar ellos mismos el importe

adicional que supone el pago de estas plazas que se caracterizan por tener más servicios individuales y personalizados para cada residente que participa en el proyecto "en mi casa".

De esta nueva forma de gestionar la atención asistencial en la residencia, hemos comprobado mediante evaluadores de opinión, que los residentes y familiares del mismo, se encuentran más satisfechos e integrados en el entorno ambiental y social en el que viven, debido a que en todo momento se intenta cubrir por parte de los cuidadores, las expectativas que cada usuario manifiesta.

Esta satisfacción personal también es reconocida por parte de los trabajadores que prestan cuidados a los residentes, manifestando públicamente que el programa "en mi casa" les otorga mayor motivación, debido a la toma de decisiones propias que tienen que tomar para favorecer el proyecto

En relación a los nuevos puestos de trabajos surgidos por la puesta en marcha del proyecto, según hemos estudiado en el capítulo IV, nos suponen un aumento en el gasto de presupuestos de sueldos y salarios. Este incremento del gasto, repercutirá casi en su totalidad en un aumento añadido al coste mensual de la plaza residencial.

A pesar de este incremento en el coste de la plaza para el usuario que participa en el programa "en mi casa" observamos que los usuarios están más interesados en esta nueva forma de atención a las personas mayores, porque en cada momento del día pueden hacer lo que prefieran. Se sienten más valorados y participes de su entorno residencial, tomando sus propias decisiones.

Analizando la situación que nos confiere nuestro trabajo fin de grado, comprobamos que para atender la unidad de convivencia creada para gestionar el proyecto "en mi casa" en la residencia "Fuente del rey", necesitamos el aumento en personal de plantilla de seis auxiliares de enfermería para atender a 12 residentes-usuarios.

Creemos que la residencia acertará más en la apuesta por ofrecer nuevos servicios enfocados a los derechos y gustos del usuario, y dedicaremos más tiempo a pensar en cómo pueden evolucionar las necesidades de los usuarios-residentes y cómo pueden influir ellos en el futuro asistencial de las personas mayores.

De igual manera, con la experiencia piloto de estos meses de implantación del programa "en mi casa" en la residencia "Fuente del rey" según explicamos en el capítulo III, se opta por mantener durante un año, dos vías de servicios con dos tarifas de precios distintos, ofreciendo en primer lugar una vía donde la atención y cuidado al residente se basa en participar en las unidades de convivencia con sus correspondientes criterios hacia la persona mayor y con un precio de coste de la plaza, superior.

Por otro lado se ofrece la vía tradicional de atención al residente, que venía ofreciendo la residencia, desde sus orígenes, manteniendo el precio de la plaza que en la actualidad rige, siendo 15000 euros.

Esta determinación, la tomamos con el convencimiento de poder llegar al mayor número de personas mayores para que puedan conocer y probar la nueva forma de asistencia a la situación de dependencia que se gestiona en la residencia "Fuente del rey".

A pesar de nuestra valoración positiva en la implantación de este programa piloto a la residencia "Fuente del rey", debemos mencionar que esta situación tan

personal, volcada en la atención personal e individual del residente, provoca un aumento del riesgo psicosocial a los profesionales y cuidadores que están al cargo de estos, en las unidades de convivencia.

Estos riesgos psicosociales que pueden manifestar los trabajadores-cuidadores, pueden ser del tipo:

- Afrontamiento del duelo, cuando se produce la pérdida o deterioro de la persona que se cuida, por su relación tan cercana.
- Mayor esfuerzo y responsabilidad personal de los dos usuarios-residentes que tienen a su cargo.
- Mayor implicación familiar.

Para esto, desde el departamento de Recursos Humanos se plantea un seguimiento de los mismos, basado en cursos de formación y terapias de grupos, de forma periódica, semestralmente.

Estas sesiones se llevarán a cabo entre los propios compañeros y profesionales de la materia.

Por último debemos enmarcar toda la práctica de nuestro trabajo fin de grado, en un entorno social y demográfico muy determinado.

Para ello, realizamos un estudio del nacimiento de la Asistencia social para la Tercera edad desde sus orígenes, en el siglo XIX, como acción benéfica ejercida por la Iglesia, hasta llegar a nuestros días, según la conocemos.

El desarrollo de la sociedad española se caracteriza por un gran envejecimiento de su población, la cual hemos estudiado, en el capítulo I pudiendo comprender mejor, cuales son los factores que desencadenan el envejecimiento poblacional.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN, J. L. (1996): *Envejecer en España: manual estadístico sobre el envejecimiento de la población, en las actividades económicas de las personas mayores*, Madrid, Alianza.

ALEMÁN BRACHO, C. (2010): *Fundamentos de los Servicios Sociales* "La Asistencia Social a los Servicios Sociales, s.XIX". Madrid. Tirant lo Blanch.

ALLENDE, J. (1992): *La Tercera Edad ante la sociedad post-industrial. Aspectos socioeconómicos*, Valencia. Promolibro.

ARAGO, J. M. (1980): *Prologo a la Edición Española*, "El proceso de envejecimiento: aspectos psicológicos". Barcelona, Morata.

ATTIAS-DONFUT, C. (1987): *Consecuencias sociales del envejecimiento. El envejecimiento, una oportunidad para las sociedades del futuro*, Barcelona, Fundación la Caixa.

BARBERO FERRAN CORTES, J. (2005): *Trabajo comunitario organización y desarrollo social*. Madrid, Alianza editorial.

CABRÉ, A. (1995): *Envejecimiento demográfico en España*. Barcelona, Centre d'estudis demografics.

CÁRCELES, G. (1995): *Cambio social en España y políticas para los mayores en el contexto europeo*. En las actividades económicas de las personas mayores, Madrid. Secot.

CASTELLS, M. (1992): *Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo*. Instituto Nacional de Asuntos Sociales. Madrid.

COLECTIVO IOÉ (1995): *Cuidados en la vejez: el apoyo informal*. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid.

FERNANDEZ MUÑOZ, J.N. (1992-1997): "El informe de valoración del Plan gerontológico estatal". Madrid. Instituto de mayores y servicios sociales.

GARCÍA SEGURA, M^a C. (2003): *Historia de la Diputación Provincial de Soria*, Soria, Diputación Provincial.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (2010): IMSERSO "Encuesta para mayores". Internet.

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES Y CONFEDERACIÓN NACIONAL DE RESIDENCIAS PRIVADAS DE LA TERCERA EDAD (1994): *Análisis psicosocial de la adaptación del anciano al centro residencial*, Madrid.

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES (1999): "Año internacional de las personas mayores". Madrid.

JURADO GUERRERO, TERESA. (2007): *Cambios familiares y trabajo social*. Madrid, Ediciones Académicas, s.a.

MADOZ. P. (1845): *Diccionario Geográfico-Estadístico Histórico Madoz*. Madrid. Imp. del Diccionario.

PÉREZ, L. (1993): *Bienestar económico y residencial en la Tercera Edad*. Madrid. Caja Madrid.

POSADA HERRERA, J. (1845): *La Beneficencia Pública*: “Lecciones de Administración”. Madrid.

RODRÍGUEZ, P. (1992): *Familia y vejez en la sociedad actual. Independencia versus soledad*. Madrid. Ponencia del IV congreso español de Sociología.

ANEXOS

ANEXO I

LEGISLACIÓN QUE REGULA LA ASISTENCIA A LA TERCERA EDAD

De forma lo más suave posible, queremos hacer una breve referencia a las normativas y leyes que han formado parte en el transcurrir y desarrollo de la Asistencia Social para la tercera Edad.

Desde nuestro juicio, la legislación que regula y proporciona los servicios, las instituciones asistenciales y prestaciones con las que cuentan nuestra población mayor, tiene una importancia relativa, en el desarrollo de nuestro trabajo, por ello citaremos aquella legislación más relevante para la Asistencia de la Acción Social en España, procurando dar nuestra opinión siempre que nos sea posible.

La Asistencia Social⁴⁸, que hoy conocemos no es otra acción que la que comenzó siendo, a principios de siglo XIX, un gesto voluntario de caridad, por parte de algunas familias pudientes, en materia económica y social, para aquellas personas que se encontraban en situación de desamparo, soledad, enfermedad o vejez.

Este gesto caritativo, posteriormente fue asumido por la Iglesia de manera más formal –proporcionando refugio para aquellos que no tenían hogar, suministrando alimentos, cuidados a los enfermos y atención de hospicio, para aquellos niños y ancianos que no tenían familia que les atendieran.

1.1.- Referencias legales en la materia

Toda esta asistencia social, a la que hacemos referencia, en nuestro estudio sobre la atención a la tercera edad, viene regulada por unas determinadas Leyes, Decretos, Estatutos y demás normativa que a continuación vamos a mencionar.

Comienza esta andadura de la asistencia social con realidad social de una sociedad del siglo XVIII, en la que se daban las circunstancias de grandes carencias para una gran parte de la población.

Estas carencias, se basaban esencialmente en la exclusión y marginación de un sector de la población que por dificultades económicas, por enfermedad o invalidez, por orfandad o vejez, no tenían familiares ni recurso alguno para poder hacer frente a esta situación de soledad.

Una acción caritativa que empezó realizándose de forma voluntaria por parte de los vecinos de esa población, fue tomando fuerza, pasando a hacerse cargo de estas gestiones de beneficencia la Iglesia y posteriormente, como ya hemos explicado, fueron

⁴⁸ La Asistencia Social, es la respuesta que la sociedad organiza para cubrir los problemas sociales que afectan a la autonomía personal y la interacción con la sociedad. Las relaciones que mantienen las personas entre sí y en sus ambientes, son múltiples y complejas, por eso, allí donde se susciten los conflictos, o en su defecto las carencias, estará la asistencia social para salvaguardar los derechos de los afectados por los mencionados problemas. Definición propia de la consulta a MANUEL BARBERO, J. y CORTES, F. (2005).

las Diputaciones Provinciales de cada Comunidad Autónoma las que se vieron obligadas a ser responsables en su totalidad, de la organización y dirección de la acción benéfica.

La aprobación de la Ley de Beneficencia, destinada a la gestión de situaciones de necesidad y desamparo para las personas marginadas⁴⁹, incapacitadas y desprotegidas de aquella época, se fue desarrollando y especializando a lo que hoy en día conocemos como la Acción Social de los servicios sociales, que consisten en la intervención social⁵⁰ por parte de unos profesionales que dan respuesta ante ciertas necesidades que se planteen ante la vida de una persona que experimenta alguna carencia

- Dicho esto, mencionaremos primeramente la CONSTITUCIÓN LIBERAL DE 1812, donde establece en su capítulo 3º, la obligación de los españoles a ser justos y benéficos haciendo responsable al Gobierno de dicho cometido. Pone a cargo de los Ayuntamientos el cuidado de los hospitales, los hospicios, las casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia bajo las reglas que se prescriban. A las Diputaciones provinciales, también se les encarga cuidar que los establecimientos piadosos y de beneficencia cumplan sus objetivos.
- La LEY DE BENEFICENCIA DE 1822, continuando el recorrido histórico-normativo de la beneficencia, es en este momento cuando el Estado pasa a asumir un papel cada vez más importante en Beneficencia, en detrimento de la iglesia, constituyéndose la misma, como sistema público en su objeto, su gestión y su financiación.

Los recursos destinados a cubrir las necesidades sociales no daban respuesta a problemas planteados por la sociedad. Con la industrialización, el malestar en el campo, el empobrecimiento de la población, reclamaba medidas de protección urgentes. La gestión es encomendada a los Ayuntamientos a través de las Juntas Municipales de Beneficencia. En esta época, se prohíbe pedir limosna y se suprime la beneficencia privada.

Las Diputaciones Provinciales intervienen como órgano intermedio entre Ayuntamiento y Gobierno.

Si embargo, esta Ley de Beneficencia de 1822, no pudo aplicarse, y se restableció por el real Decreto de 8 de septiembre 1836, aunque solo fue de nombre, ya que hasta 1849 no habrá otra Ley en España⁵¹.

Como dato curioso, mencionaremos que en 1845, D. Posada Herrera, publicó su “Estudio sobre la Beneficencia Pública”. En este estudio queda recogido la concepción de a quién se les consideran como pobres, haciendo una clasificación en función de su capacidad o no de trabajar, distinguiendo entre los que no pueden de los que no quieren.

⁴⁹ Persona marginada o excluida de la sociedad, se aquella que no participa de forma voluntaria o impuesta dentro de la sociedad en la que vive, donde sus expectativas son inciertas porque carecen de los instrumentos y recursos necesarios para salir de esa situación. Definición propia de la consulta a MANUEL BARBERO, J. y CORTES, F. (2005).

⁵⁰ La Intervención social es la actuación concreta destinada a la satisfacción de problemas que atañen a una persona o a un grupo de personas. Esta actuación se lleva a cabo mediante los servicios sociales. Definición de MANUEL BARBERO, J. y CORTES, F. (2005).

⁵¹ Información documental extraída de la página web de la UNED, en su sección de sociología.

Cabe mencionar, que es en este momento, donde se incluye a la mujer en el grupo de los que necesitan socorro debiendo prestar atención por parte de la administración, en las épocas de preñez, parto y de crianza⁵².

- Es en el año 1849, cuando se aprueba esta ley de beneficencia, que ofrece prestaciones gratuitas y voluntarias aunque no estén sujetas a derecho. Esta ley es un paso más en la intervención pública.

Disminución del papel del municipio y reforzamiento de la provincia y de la administración central. Según la naturaleza de los servicios se clasifican los establecimientos en: Generales, Provinciales y Municipales⁵³.

- DECRETO de 14/2001, de 18 de enero: como regulador de las condiciones y requisitos para la Autorización y el Funcionamiento de los Centros de carácter social para las personas mayores.

Con la experiencia acumulada en estos años y fruto de la aplicación del Decreto 109/1993, de 20 de mayo, -por el que se regula la autorización, la acreditación y el registro de las entidades, servicios y centros de carácter social de Castilla y León-, se ha configurado una realidad social, dando soluciones de forma puntual a nuevas situaciones, siendo aconsejable la publicación de una disposición que se adapten a las nuevas necesidades de la sociedad de este momento y que haga realidad un modelo comunitario de atención a las personas mayores.

El gran cambio que se ha producido en las necesidades de las personas mayores, así como la aparición de otras nuevas, tiene gran influencia en la tipología de los centros, en las distintas modalidades de prestación de servicios y en el personal que los presta.

Se ha visto la necesidad de fomentar la polivalencia de los centros para la prestación de los nuevos servicios, con el objeto de rentabilizar tanto las instalaciones existentes como los recursos humanos, para poder conseguir una adecuada atención con costes que puedan ser asumidos por la comunidad.

El instrumento de esta polivalencia es la división de las prestaciones en unidades, de modo que un centro podrá estar constituido por una o varias, siempre que no tenga más de una de cada tipo.

Para hacer eficaz el rendimiento de la red de centros, se han respetado las condiciones en que fueron autorizados éstos.

Se les permite que puedan realizar mejoras en sus instalaciones, para adecuarlas a las necesidades de los usuarios, aplicándoles el régimen jurídico anterior a la entrada en vigor de este Decreto, en los casos que las modificaciones no supongan aumento en el número de plazas autorizadas.

El esfuerzo de inversión en los centros realizados en los últimos años por las administraciones públicas y por las entidades privadas, hace aconsejable el aprovechamiento máximo de la red generada.

El detalle pormenorizado de las condiciones arquitectónicas así como de las prestaciones que se deben garantizar en los centros, no serviría para definir un buen

⁵² Información histórica de la Asistencia Social, derivada de ALEMÁN BRACHO, C. (2010).

⁵³ Esta documentación ha sido facilitada por UNED en su sección de Políticas Sociales. Internet.

nivel de los servicios si no se complementara con la determinación del personal mínimo que debe prestarlos.

Sin embargo las diferentes necesidades que precisan el colectivo de personas mayores, ha obligado a establecer una detallada tipología de usuarios, siendo necesario complementariamente, establecer lo que se ha denominado «circunstancias indicadoras del grado de dependencia», tanto para los usuarios de las unidades residenciales como de las de estancia diurna.

Estas circunstancias deberán ser acomodadas a las nuevas necesidades, por lo que se precisa una respuesta ágil por parte de la Administración y a tal efecto, -en la Disposición Final Primera de este Decreto-, se faculta al Gerente de Servicios Sociales para que mediante resolución lo establezca.

Toda esta información ha sido facilitada por la web relacionada a la legislación que controla todo este campo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en materia de personas mayores⁵⁴.

Como quiera que el Decreto que ahora se aprueba, regula las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social destinados a la atención de las personas mayores, el ya citado Decreto 109/1993, no será de aplicación a estos centros a partir de la entrada en vigor de la presente disposición, si bien continuará vigente respecto de los demás centros de carácter social previstos legalmente.

- REAL DECRETO de 1226/2005, de 3 de Octubre, por el que se establece la estructura orgánica y las funciones del Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

El nacimiento del Instituto Nacional de Servicios Sociales se crea como Entidad Gestora de la Seguridad Social por el Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la seguridad social, la salud y el empleo, para la gestión de los servicios complementarios de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social.

En cumplimiento del Real Decreto 1600/2004, se pasa a desarrollar la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Se procede a la reestructuración de este Instituto –que pasa a denominarse Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)–, teniendo en cuenta las competencias que han asumido otros órganos administrativos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y las que se le atribuyen en su nueva configuración funcional, -en la que asume las competencias en materia de personas mayores-, excepto el reconocimiento y pago de las pensiones contributivas.

Se incorpora, entre ellas, las que se deriven de la creación y puesta en funcionamiento del sistema de protección a las personas en situación de dependencia y el desarrollo de políticas y programas en relación con el envejecimiento activo de la población.

Todo esto derivado de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Madrid y en aplicación de los principios y medidas de igualdad de trato establecidas en

⁵⁴ Legislación facilitada por web. ulls/docencia/políticas sociales.

la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.

Según documentación facilitada por el IMSERSO, a este le corresponde también la gestión de los servicios sociales complementarios del sistema de la Seguridad Social y la gestión de los planes, programas y servicios de ámbito estatal para personas mayores y para personas con dependencia.

Asimismo, este real decreto atribuye al IMSERSO la elaboración de propuestas de normativa básica que garanticen la igualdad de los ciudadanos y el desarrollo de políticas de cohesión social ínter territoriales según relación con las materias antes enumeradas.

La reforma que se le acomete en esta entidad gestora, ha de permitir que la gestión y administración de la entidad se lleve a cabo con sujeción a principios de simplificación, racionalidad, economía de costes, eficacia y coordinación que deben presidir la acción de la Administración, recogidos en el artículo 103 de la Constitución. y de racionalización y la no duplicidad en la gestión consagrados en la Ley 6/1997, de organización y funcionamiento de la Administración General del Estado.

- LEY ORGANICA de 9/1992. de 23 de diciembre, en relación a la transferencias y las competencias a las CCAA, que alcanzaron su autonomía mediante el artículo 143 de la Constitución.

Pero en este punto, vamos a remitirnos al artículo 16 de esta Ley, donde queda recogidas las competencias sobre gestión de las prestaciones y servicios sociales del Sistema de Seguridad Social, es decir INSERSO.

La transferencia de la competencia sobre gestión de las prestaciones y servicios sociales del Sistema de Seguridad Social correspondientes al IMSERSO comprendiendo las siguientes funciones como:

1. La gestión de centros, servicios y establecimientos. La gestión de prestaciones sociales del Sistema de Seguridad Social.
2. El ejercicio de estas facultades se realizará de acuerdo con las siguientes condiciones:
 - a) La determinación de las prestaciones del sistema y los requisitos para establecer la condición de beneficiario se realizará por la normativa estatal.
 - b) La financiación se efectuará de acuerdo con las normas que ordenen y regulen el régimen económico de la Seguridad Social.
 - c) El seguimiento y evaluación del funcionamiento del sistema de servicios y prestaciones sociales en su conjunto y el seguimiento del gasto se efectuará de acuerdo con los instrumentos y mecanismos establecidos por el Estado.
 - d) El Estado podrá establecer Planes Generales de necesidades, programas y servicios y en su caso, reservarse la creación y gestión de centros de ámbito estatal o la gestión de planes de este mismo ámbito.

- REAL DECRETO 1226/2005, de 13 de Octubre, que establece la estructura Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales nació como Entidad Gestora de la Seguridad Social por el Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión

institucional de la seguridad social, la salud y el empleo, para la gestión de los servicios complementarios de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social.

Según Real Decreto 1600/2004, de 2 de julio, se modificó este organismo pasando a llamarse Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Asumió las competencias del departamento en materia de personas mayores del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, excepto el reconocimiento y pago de las pensiones contributivas.

Entre ellas, también se tienen en consideración las que derivan de la creación y puesta en funcionamiento del sistema de protección a las personas en situación de dependencia y el desarrollo de políticas y programas en relación con el envejecimiento activo de la población. Todo esto extraído de la celebración de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento.

Adjudicándole también la gestión de los servicios sociales complementarios del sistema de la Seguridad Social y la gestión de los planes, programas y servicios de ámbito estatal para personas mayores y para personas con dependencia.

En este Real Decreto, también queda recogidas las disposiciones, como:

1. Denominación, naturaleza y atribuciones:

Aquí queda reflejado que el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) es una Entidad Gestora de la Seguridad Social, adscrita al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.

Con naturaleza de entidad de derecho público y capacidad jurídica para el cumplimiento de los fines -que le están encomendados a tenor del artículo 59.1 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social-, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio. En su condición de entidad gestora le será de aplicación la disposición adicional sexta de la Ley 6/1997, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

2. Las competencias del IMSERSO:

Estas competencias corresponden a las siguientes materias:

a) La gestión y seguimiento de las pensiones de invalidez y jubilación en sus modalidades no contributivas y en la forma prevista en la disposición adicional decimoctava del referido texto refundido.

b) Los servicios complementarios de las prestaciones del sistema de Seguridad Social.

c) El seguimiento de la gestión de las prestaciones económicas derivadas de la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, sin perjuicio de la gestión directa de estas prestaciones en las Ciudades de Ceuta y Melilla.

d) La propuesta de normativa básica que garantice los principios de igualdad y solidaridad para la determinación de los baremos, a los efectos del reconocimiento del grado de minusvalía.

e) La propuesta y ejecución, en su caso, de las funciones atribuidas a la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, por las que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

f) El fomento de la cooperación con las organizaciones y entidades que agrupan a las personas mayores.

g) El establecimiento y gestión de centros de atención especializada o de aquellos a los que se les asignen objetivos especiales de investigación de ámbito de actuación estatal en el campo de acción del Instituto.

h) La propuesta, gestión y seguimiento de planes de servicios sociales de ámbito estatal en las áreas de personas mayores y de personas dependientes.

i) Las relaciones con organismos extranjeros e internacionales y la asistencia técnica a los programas de cooperación internacional en materias y colectivos de su ámbito de acción.

3. Estas competencias se atribuyen sin perjuicio de las que se asignan a otros órganos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en el Real Decreto 1600/2004, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Especialmente, las materias relativas al seguimiento y coordinación de las relaciones internacionales que le corresponden a la Secretaría General Técnica también las de impulso y coordinación en materias de discapacidad y de servicios sociales que corresponden: en primer lugar a la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales, -sobre la discapacidad- y en segundo lugar a la Dirección General de Servicios Sociales, respectivamente.

- LEY DE DEPENDENCIA, de 30 de Noviembre de 2006. es la que se refiere a Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, comentada en el capítulo III.

ANEXO II

LEGISLACIÓN QUE REGULA LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

- Ley 5/2003, de Atención y Protección a las personas mayores de Castilla y León.
- Decreto 56/2001 de 8 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento regulador del régimen de acceso a las plazas en los centros residenciales para personas mayores, dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y a las plazas concertadas en otros establecimientos.
- Decreto 24/2002 de 14 de febrero, por el que se aprueba el estatuto básico de centros de personas mayores de Castilla y León.
- Decreto 16/2002 de 24 de enero, por el que se aprueba el reglamento regulador del régimen de acceso a las plazas en unidades de estancias diurnas.
- Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores.
- Resolución de 15 de diciembre de 2008, por la que se determina la puntuación mínima exigida para el acceso al listado de demanda de plazas en los centros

residenciales para personas mayores dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y a las plazas concertadas en otros establecimientos.

- Resolución de 5 de noviembre de 2009, por la que se establece el coste máximo por día de plaza ocupada, relativo a la acción concertada en materia de reserva y ocupación de plazas en centros de servicios sociales.
- Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores.
- Decreto 12/1997, de 30 de enero, por el que se regula la acción concertada en materia de reserva y ocupación de plazas en centros de Servicios Sociales para Personas Mayores y Personas Discapacitadas.

Por último, solo me queda tratar la normativa que regula los servicios sociales de Atención Residencial, en el ámbito de Castilla y León.

Al igual que los dos servicios anteriores, sus normativas incluyen la normativa de acceso, precios de concierto, normativa específica sobre ratios de personal, referida a la cualificación del personal de atención y cualquier otra legislación específica que regule el servicio.

- Ley 5/2003, de Atención y Protección a las personas mayores de Castilla y León.
- Decreto 24/2002 de 14 de febrero, por el que se aprueba el estatuto básico de centros de personas mayores de castilla y León.
- Decreto 56/2001 de 8 de marzo, por el que se aprueba el reglamento regulador del régimen de acceso a las plazas en los centros residenciales para personas mayores dependientes.
- Orden de 31 de mayo de 2007 de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, por la que se aprueban los baremos para la valoración de solicitudes de ingreso y de traslado en centros residenciales para personas mayores dependientes.
- Decreto 30/2001, de 1 de febrero, por el que se aprueba el Plan de mejora de la calidad asistencial en los centros residenciales para personas mayores dependientes de la administración de la comunidad de Castilla y León.
- Resolución de 15 de diciembre de 2008, por la que se determina la puntuación mínima exigida para el acceso al listado de demanda de plazas en los centros residenciales para personas mayores dependientes de la administración de la comunidad de Castilla y León y a las plazas concertadas en otros establecimientos.
- Resolución de 5 de noviembre de 2009, por la que se establece el coste máximo por día de plaza ocupada, relativo a la acción concertada en materia de reserva y ocupación de plazas en centros de Servicios Sociales.
- Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones para la autorización y el funcionamiento de los Centros de carácter social para personas mayores.

- Decreto 12/1997, de 30 de enero, por el que se regula la acción concertada en materia de reserva y ocupación de plazas en centros de Servicios Sociales para personas mayores y personas discapacitadas.