

INFORME ESPECIAL DEL JUSTICIA DE ARAGÓN

“CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES. UN SUPUESTO ESPECIAL: EL MALTRATO”

Zaragoza, 23 de marzo de 2004

1. INTRODUCCIÓN

2. LOS MALOS TRATOS A LAS PERSONAS DE EDAD

2.1. Planteamiento

2.2. Definiciones

2.3. Tipologías

2.4. Sujetos activos y pasivos

2.5. Cifras y datos

2.6. Detección

2.7. Respuestas y medidas: prevención e intervención

3. OTRAS CUESTIONES QUE AFECTAN A LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS DE EDAD

3.1. La soledad y el abandono

3.2. La vivienda y las barreras arquitectónicas.

3.3. Los servicios sociales

3.4. La atención residencial

3.5. La asistencia sociosanitaria

4. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1. INTRODUCCIÓN

La longevidad, como hecho social, constituye un fenómeno relativamente nuevo y propio de nuestro tiempo. Los cambios sociológicos producidos en nuestro país en los últimos tiempos (el desarrollo demográfico de la pirámide de nuestra población, las exigencias derivadas de la moderna tecnificación, la mutación de la función social de la familia...) ofrecen entre sus resultados la aparición de necesidades que si bien no pueden calificarse de enteramente nuevas, sí puede afirmarse que son muchísimo más acusadas.

El desarrollo ha invertido la pirámide de crecimiento y se calcula que en el año 2020 un tercio de la población española tendrá más de 65 años. Además, mientras que esta población se ha multiplicado por siete en menos de un siglo, la de octogenarios lo ha hecho por trece: hoy, los mayores de 80 años representan el 4% de la población española y se espera que en el año 2050 sean el 10%.

En este contexto, Aragón es la región geográfica europea cuyos habitantes tienen una edad media más elevada, con 252.538 personas mayores de 65 años, de las que 110.235 se concentran en Zaragoza, respondiendo todo ello a varios indicadores: disminución del índice de fertilidad, descenso de la población joven, aumento de la esperanza de vida -para los aragoneses es hoy de 76,6 años y para las aragonesas de 82,4 años-, alto índice de envejecimiento y crecimiento del sobrevejecimiento (en Aragón hay 60.000 personas mayores de 80 años).

Junto a estos datos, hay que señalar que nuestra Comunidad soporta una acusada regresión poblacional debido a las características socioterritoriales de Aragón. Así, además de la concentración demográfica que representa Zaragoza, existe una fuerte dispersión de núcleos de población, siendo precisamente los pueblos más pequeños, más dependientes y con menos servicios los que albergan la población más envejecida.

Todo ello constata la importancia creciente de los mayores en el conjunto de la sociedad. En los próximos años no sólo habrá más personas mayores sino que éstas vivirán más tiempo. Esta prolongación de la vida debe ir unida indefectiblemente a la consecución de una calidad de vida digna, como una de las dimensiones fundamentales de la lucha por el progreso social.

A nuestros mayores les debemos buena parte de lo que nosotros somos, por lo que es justo tratar de compensarles por todo lo que nos han dado, desarrollando así una obligada labor de solidaridad. Esta labor requiere continuidad e ilusión y exige un serio esfuerzo de toda la sociedad por comprender y atender adecuadamente a los ancianos. No hay que olvidar que las personas mayores son titulares de unos derechos que deben ser respetados, sin que podamos consentir que les invada un sentimiento de

marginación o desarraigo en una sociedad de la que ellos forman parte esencial.

Hay que destacar el importante papel que, en este cometido, están obligados constitucionalmente a desarrollar los poderes e instituciones públicas, como representantes de toda la sociedad quienes, como señala el artículo 50 de nuestra Constitución, están obligados no sólo a garantizar la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad, sino a promover su bienestar general *“mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”*.

Por ello, el Justicia de Aragón, atento siempre a las situaciones y problemáticas de los colectivos más vulnerables, ha querido a través de este estudio reflejar una problemática tan real como oculta como es el maltrato a las personas mayores, poniendo de manifiesto asimismo diversas situaciones que pueden suponer, cuando menos, factores de riesgo de este fenómeno, siendo conscientes de que la ancianidad es un estado del ciclo vital a menudo devaluado en las sociedades desarrolladas, lo que conlleva la aparición de situaciones de maltrato a las personas mayores en diferentes ámbitos.

Para la elaboración de este Informe, hemos solicitado información a diversos organismos y entidades, queriendo agradecer especialmente las aportaciones realizadas por la Fundación Federico Ozanam, Cáritas Diocesana de Zaragoza, la Diputación General de Aragón, el Ayuntamiento de Zaragoza y el Consejo Aragonés de la Tercera Edad.

Señalar, por último, que en el Anexo de este Informe reflejamos los Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas Mayores, proclamados con motivo de la celebración en 1999 del Año Internacional de las Personas Mayores.

2. LOS MALOS TRATOS A LAS PERSONAS DE EDAD

2.1. Planteamiento

Desde la Declaración Universal de Derechos Humanos hasta la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en 2002, las Naciones Unidas han manifestado una constante preocupación por las problemáticas que afectan a las personas mayores y el reconocimiento de sus derechos. Así, se han venido definiendo los derechos de las personas de edad, especialmente los relativos a su independencia, la participación, los

cuidados, la autorrealización y la dignidad, plasmándose en diversas conferencias y cumbres diversos compromisos y principios rectores de la promoción de los derechos de las personas mayores.

En este sentido, la resolución 46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas incluyó los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad para dar más vida a los años que se han agregado a la vida, exhortando a los Gobiernos a que incorporasen estos principios en sus programas nacionales cuando fuera posible. Resalta entre ellos el principio del reconocimiento y respeto de la dignidad de las personas mayores que implica el poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales así como el recibir un trato digno y ser valoradas independientemente de su contribución económica.

Y es que la creciente sensibilización respecto de los derechos de los hombres y mujeres de edad ha llevado a considerar el maltrato de las personas mayores como una cuestión de derechos humanos y un grave problema social, con raíces que son culturales y psicológicas. No importa el nivel económico y educativo de quien lo ejerce o lo padece. El maltrato vulnera los derechos fundamentales de las personas, por eso es un problema de toda la sociedad.

2.2. Definiciones

El primer problema que presenta este fenómeno es la ausencia de una definición unánime sobre lo que se considera maltrato, pues la existencia de un concepto claro al efecto va a influir lógicamente a la hora de interpretar la realidad, de establecer unos datos fiables y, lo más importante, de intervenir en el problema. Y es que, como señalan expertos en metodología, *“ el problema de la carencia de una definición operativa compartida de lo que entendemos por maltrato, acaba provocando un confusionismo analítico que permite la extracción de conclusiones divergentes, incluso contrarias a un mismo problema”*.

A falta de una definición universal aceptada, las definiciones actuales de los malos tratos contra las personas de edad reflejan distinciones entre lo que se considera aceptable e inaceptable en materia de comportamiento interpersonal y comunal en deferentes sociedades, teniendo en cuenta que las percepciones y definiciones de la violencia y los malos tratos varían según las distintas sociedades y dentro de una misma sociedad. Se puede estar hablando de malos tratos haciendo referencia a supuestos de desatención, de abandono y aislamiento, de negligencia, de abusos, de violencia, de discriminación, de violación de derechos humanos...

Así, la Asociación Médica de Estados Unidos considera maltrato al anciano todo acto u omisión que da lugar a daño o amenaza de daño contra la

salud o el bienestar de una persona mayor. Otra definición que ha ido ganando apoyo en los últimos veinte años considera abusivo cualquier acto único o repetido, o falta de acción apropiada que ocurra en cualquier relación supuestamente de confianza, que cause daño o angustia a una persona de edad.

El Consejo de Europa considera maltrato todo acto u omisión cometido contra una persona mayor en el cuadro de la vida familiar, la seguridad económica, la integridad física-psíquica, su libertad o que comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad.

En la Declaración de Almería sobre el maltrato al anciano de 4 de mayo de 1995 se define el maltrato más extensamente como cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas mayores de 65 años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente, o percibido subjetivamente.

2.3. Tipologías

Las formas que pueden adoptar los malos tratos a las personas de edad son, como decimos, variadas y por ello existen diferentes clasificaciones. Las tipologías más frecuentes engloban los siguientes tipos de maltrato:

-- Los abusos físicos, que conllevan agresiones, golpes, quemaduras, apaleamientos...

-- La negligencia física se refleja en el anciano a través de la deshidratación, malnutrición, la higiene inadecuada, una vestimenta inapropiada, la incorrecta administración de medicamentos o la falta de cuidados médicos.

-- Los malos tratos emocionales o psicológicos, que implican tanto las agresiones verbales como los silencios ofensivos, el aislamiento social provocado, las amenazas de abandono o institucionalización...

-- Abusos sexuales de diversa índole.

-- La explotación económica, que incluye hurtos y robos, abuso o mal uso del dinero, ocultación de bienes materiales...

Otras clasificaciones distinguen entre las situaciones de malos tratos de carácter doméstico y el maltrato institucional. Los primeros son perpetrados por un miembro de la familia, que suele ser el principal encargado de cuidar a la

persona de edad. Se suelen ocultar, no son fáciles de detectar y no se denuncian en la gran mayoría de los casos. Esta violencia se considera un resultado de las tensiones sociales y económicas que sufren los hogares con escasos recursos, en los que los miembros de edad son considerados una carga para su red inmediata de apoyo social.

Los malos tratos institucionales se asocian desde hace tiempo con el cuidado a largo plazo en centros institucionales. En los países más desarrolladas, se cifra entre el 4% y el 7% el índice de las personas de edad que residen en estos establecimientos. Además de estos centros, los familiares ancianos y delicados a veces permanecen en hospitales como pacientes de larga estancia o en hogares para personas de edad indigentes o discapacitadas.

Las repercusiones de los malos tratos de las personas de edad se centran, según los casos, en el deterioro de la calidad de vida, el dolor y el sufrimiento emocionales, la desconfianza y la pérdida de la autoestima, la discapacidad y la muerte prematura. A largo plazo, la salud física y psíquica de las víctimas puede presentar daños permanentes como consecuencia de lesiones físicas, dependencia respecto a medicamentos o del alcohol, deterioro de la respuesta del sistema inmunológico, trastornos alimentarios crónicos y malnutrición, tendencia a infligirse daño y al autoabandono, susceptibilidad a la depresión, miedo y ansiedad, tendencias suicidas y muerte.

Las consecuencias del maltrato de las personas de edad dependen, en cualquier caso, del tipo de heridas o daños sufridos y de la intención, gravedad, intensidad, frecuencia y duración de los malos tratos. La disponibilidad y prontitud del apoyo médico y social también afectan a los resultados finales.

2.4. Sujetos activos y pasivos

Las personas de edad que son vulnerables a los malos tratos suelen ser personas con cierto grado de dependencia y pérdida de autonomía, que se encuentran en una situación de alto riesgo. Suelen padecer impedimentos psíquicos o físicos, debido a condiciones como la demencia senil o la discapacidad. Otros factores de riesgo incluyen la pobreza, el hecho de no tener hijos, de vivir solo, el aislamiento social y la falta de apoyo institucional.

Así, se consideran grupos de riesgo a los ancianos que viven en su domicilio o en el del cuidador, que requieren numerosos cuidados y excederán en breve la capacidad familiar para asumirlos; a aquellos cuyos cuidadores expresan frustración en relación con la responsabilidad de asumir dicho papel y muestran pérdida de control de la situación o presentan signos de estrés; a ancianos que viven con familiares que han tenido una historia previa de violencia familiar o que conviven en un entorno familiar perturbado por otros

factores (pérdida de trabajo del cuidador, relaciones conyugales deterioradas...). En este sentido, desde Cáritas Diocesana de Zaragoza se indica que *“puede ocurrir que la familia, como cuidadora principal y primera de los mayores, en algunos casos presente su propia problemática para garantizar una adecuada atención; y en otros, bien por desconocimiento de los recursos sociales y sanitarios a su alcance, bien por otras causas diversas, no propician esa atención, cayendo el anciano en una situación que podríamos llamar de trato inadecuado, voluntario o involuntario, por parte del familiar “.*

En este sentido, el Instituto Gerontológico de Madrid ha elaborado un posible perfil de las víctimas, indicando que estos casos se presentan más frecuentemente entre mujeres, viudas, de 75 años en adelante, con un importante deterioro funcional, dependientes de un familiar para la mayoría de las actividades de la vida diaria y con el que conviven, con problemas y conductas anómalas (incontinencia, agresividad, agitación nocturna), que presentan antecedentes previos de lesiones inexplicables y recurrentes, con signos de malnutrición, deshidratación, mala higiene o intoxicación medicamentosa y en situación de aislamiento social.

Los sujetos activos suelen ser frecuentemente miembros de la familia, amigos o conocidos. No obstante, también puede tratarse de desconocidos que se aprovechan de las personas de edad (piénsese en la frecuencia con que los medios de comunicación informan de que un anciano ha sido víctima de una estafa por parte de timadores...), de organizaciones comerciales que defraudan a sus clientes (denuncias de consumidores...) y de individuos que, en el ejercicio de su función como encargados de cuidar a estas personas, las someten a malos tratos o las abandonan. Algunos autores tienen una relación de dependencia emocional o económica con la víctima.

En los casos de ancianos institucionalizados, las deficiencias que pueden presentarse en el sistema de atención a estas personas, incluida la insuficiente capacitación de la plantilla, la sobrecarga de trabajo, las bajas remuneraciones, una disciplina demasiado estricta o una sobreprotección así como el deterioro de las instalaciones, son factores que de presentarse pueden hacer más difíciles las interacciones entre la plantilla de estos centros y los residentes al generar actitudes pesimistas en las personas a cargo, lo cual puede dar lugar a malos tratos, abandono y explotación.

En cualquier caso, y como se señala desde Cáritas, *“el agredido está en situación de inferioridad, bien por su situación de dependencia física, psíquica, social, ambiental, etc. de otra persona que le presta una ayuda o servicio que él mismo no puede satisfacer por sus propios medios ”.*

Sobre la personalidad del agresor, las investigaciones distan de ser unánimes. Así, algunas de ellas postulan que los agresores de ancianos pueden presentar psicopatologías más graves que los agresores de otros

colectivos (*Finkelhor y Pillermer, 1987; Wolf, 1986*). Actualmente, sin embargo, se apunta la idea de considerar cada vez más al agresor como un individuo no tan desviado de la norma.

2.5. Cifras y datos

El valor de la información disponible actualmente como base de datos sobre el maltrato de las personas de edad se ve limitado debido a la falta de definiciones claras y trasladables de un contexto a otro, la escasez de datos fiables y válidos y los fallos de metodología. Además hay pocos estudios que recojan las percepciones y experiencias de las propias personas de edad en lo que respecta a este problema. La falta de una definición unánime interfiere de forma importante especialmente a la hora de elaborar cuestionarios capaces de determinar la verdadera prevalencia e incidencia del problema y el grado del maltrato.

En cualquier caso, nos encontramos ante un problema social que no es de reciente aparición. La novedad radica en el examen, en la forma de abordarlo que se inicia a finales de los años 70. El análisis del fenómeno del maltrato comienza primero respecto a los niños, posteriormente se trató específicamente el de las mujeres y en los años 80 países como Canadá, Estados Unidos y Francia han abordado la problemática del maltrato a las personas mayores.

Los estudios llevados a cabo en entornos desarrollados han concluido que la proporción de personas de edad que, según informes, sufre malos tratos o abandono oscila entre el 3% y el 10%, situando las cifras otras investigaciones entre el 5% y el 8%. En Canadá se descubrió que el abandono era la forma más común de maltrato en contextos comunitarios y domésticos: el 55% de los casos, mientras que el 15% correspondía a maltrato físico y el 12% a la explotación económica. En Estados Unidos se registró, entre los años 1986 a 1996 un aumento del 150% en los incidentes de maltrato declarados por los servicios estatales de protección de adultos. Los autores de malos tratos solían ser los hijos adultos (37%), seguidos de los cónyuges (13%) y de otros miembros de la familia (11%), siendo la negligencia la forma más común de maltrato (cuatro de cada diez casos).

En contextos institucionales se disponen de pocos datos. Un estudio realizado también en Estados Unidos concluyó que el 36% del personal de enfermería había sido testigo de un incidente de maltrato físico, el 10% había cometido al menos un acto de maltrato físico, el 81% había observado algún incidente del maltrato psicológico y el 40% había abusado verbalmente de un residente en el periodo de un año.

El Consejo de Europa cifra en nueve millones los ancianos dependientes que en este continente son víctimas de maltrato, abandono y falta de cuidados,

señalando que cada año unos 10.000 ancianos mueren a causa de la situación catastrófica de los servicios de cuidado. Las negligencias afectan a un 20% de personas de entre 65 y 75 años de edad en Alemania, Bélgica, Francia, Italia y otros países.

Así, en 1992 se llevó a cabo en Francia una investigación a través de un cuestionario que pretendía valorar el abuso ejercido sobre los ancianos en sus hogares; este estudio reveló que la mayoría de los abusos se producían tras diez meses de convivencia con los cuidadores. Como factores precipitantes del maltrato, el estudio señala los problemas de alcohol, la percepción por parte del cuidador de problemas de conducta en el anciano y las dificultades económicas.

En España se empieza a hablar de la problemática en fechas recientes, no existiendo prácticamente datos al respecto. En 1995 se celebró en Almería la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. El grupo de investigación de Psicogerontología de la Universidad de Granada lleva dos años impartiendo cursos monográficos de doctorado sobre el maltrato de ancianos, observándose que en nuestro país la conciencia del abuso de ancianos no se ha formado todavía, careciéndose de programas de formación para profesionales y de información específica. En el año 2003 las IX Jornadas Geriátricas y Sociosanitarias del Pirineo abordaron la problemática de las negligencias y malos tratos a las personas mayores y el Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia ha celebrado recientemente en Valencia un Congreso internacional sobre la materia.

Ciertamente es difícil conocer las cifras reales de este fenómeno, teniendo en cuenta que las personas mayores integran un colectivo especialmente vulnerable y expuesto a situaciones de indefensión, como ocurre con la infancia. En muchas ocasiones el anciano, como el niño, no se queja o no llega a denunciar el problema por miedo a represalias de las personas que le atienden, incluso en algunos casos se dan sentimientos de culpabilidad asociados. Además los ancianos con demencia no entran en los grupos de estudio, siendo un colectivo con alta incidencia teórica de malos tratos, un importante grupo de riesgo. Todo ello deriva en consideraciones sobre la existencia de un fenómeno *iceberg*, en el que influye en gran medida la sensibilidad de la propia comunidad, de los medios de comunicación, de los profesionales implicados...

Aragón no es una excepción a la hora de investigar sobre las cifras de este fenómeno. La información recabada por esta Institución de los Servicios de Urgencias de los hospitales generales de nuestra Comunidad Autónoma denota una insuficiente concienciación sobre la problemática con la consiguiente ausencia de datos, estadísticas y actuaciones protocolizadas. En este sentido, el Director Gerente del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza nos indicó que, "*a diferencia de lo previsto para los casos*

de malos tratos domésticos, a cuyo respecto existe un protocolo específico, en este centro no se realiza un seguimiento especial de los supuestos de malos tratos a Personas Mayores”.

Por su parte, el Hospital “Miguel Servet” de Zaragoza informa de dos consultas sobre esta problemática en el año 2002, si bien no se especifica la edad de los afectados. El Hospital “San Jorge” de Huesca nos indica la atención en el servicio de Urgencias durante el año 2000 de 27 personas mayores de 60 años que refirieron como causa de sus lesiones la agresión, señalando que *“en dos casos los pacientes declararon haber sufrido maltrato en su entorno familiar, precisando hospitalización en uno de ellos, y realizando una exploración ginecológica en el segundo ante una presunta agresión sexual. En todos los casos comentados fue remitido el preceptivo parte al Juzgado de Guardia”.* El Hospital “Obispo Polanco” de Teruel refiere dos casos de personas mayores de 65 años de los que se informó al Juzgado de Guardia por presentar lesiones causadas en agresión, pero que al no identificarse como supuestos de maltrato no dieron lugar a la puesta en marcha de ningún protocolo.

Todo ello contribuye a incrementar la dificultad en la detección y actuación ante estas situaciones, siendo no obstante que en los últimos años han aumentado las denuncias por malos tratos a ancianos, aunque siguen siendo muy escasas. Un indicio de esto último puede deducirse de forma indirecta de los datos que aporta el Consejo Económico y Social de Aragón en el informe correspondiente al año 2001, en el que al analizar el fenómeno de la violencia doméstica sobre las mujeres por edades, sitúa sólo en un 1,2 % a las mujeres mayores de 65 años que fueron atendidas en el Servicio de Atención y Valoración del Ayuntamiento de Zaragoza por situaciones de maltrato.

No obstante, estas cifras tan bajas de incidencia del fenómeno consideramos que ofrecen dudas sobre la dimensión de la problemática al contrastarlas con otros datos de que disponemos, reflejados en el minucioso estudio elaborado por el prestigioso médico forense D. Juan Antonio Cobo Plana (*“Las lesiones por agresión o en accidente de tráfico como indicadores de salud en la sociedad de Zaragoza “.- Informes y Estudios del Justicia de Aragón 2002*). El estudio, elaborado con base en cinco años de casuística, señala que se han atendido a 285 personas mayores de 64 años por haber sufrido una agresión violenta, siendo que más de la mitad fueron lesionados en el contexto y seno de la vivienda propia o sus accesos. El Dr. Cobo indica que, al valorar las lesiones por agresión de estas personas, sobre todo de los mayores de 80 años, puede entrever como casi siempre son agresiones < con historia >, es decir, que la protagonista no es la lesión en sí, sino la historia de angustia y tensión que estas personas tienen en sus espaldas y que, en ocasiones, es salpicada por agresiones como testimonio de su realidad habitual.

Así pues, el análisis de los datos y cifras que se barajan en los países desarrollados unido a los que hemos podido contrastar en nuestra Comunidad Autónoma, si bien no nos permiten realizar afirmaciones tajantes sobre las dimensiones del maltrato a las personas mayores, sí nos llevan a concluir en la existencia de la problemática en nuestro entorno y la necesaria sensibilización pública que su tratamiento exige.

2.6. Detección de la problemática

La detección del maltrato de las personas de edad depende de la concienciación, el conocimiento y la comprensión de este problema, así como del reconocimiento de los indicadores y los efectos manifiestos del fenómeno. Tanto los profesionales como los legos en la materia pueden no detectar los abusos si presuponen que cierto comportamiento o estado físico de una persona de edad se debe únicamente a su edad avanzada o su mala salud. Sin una concienciación al respecto, sólo podrán llamar la atención los casos graves de maltrato.

Las personas de edad que son víctimas de malos tratos y no utilizan los servicios médicos o sociales difícilmente pueden hacerse notar. Además, existen barreras psicológicas y de situación a la hora de denunciar que se está siendo víctima de malos tratos: el miedo a ser ingresado en una institución o a sufrir represalias, el deseo de proteger al autor de las consecuencias de sus actos, la sensación de deshonra y vergüenza, la percepción de que los malos tratos son algo normal o merecido. Además, las personas con impedimentos cognitivos o con escasa capacidad de comunicación muchas veces no pueden expresar verbalmente o informar con claridad sobre los incidentes de maltrato.

Todo ciudadano tiene la obligación ética y legal de notificar a las autoridades los casos de sospecha. Cualquier persona que esté relacionada con el anciano debe prestar atención a los signos y síntomas de maltrato. Los profesionales de la Sanidad y los Trabajadores Sociales tienen especial obligación de identificar y actuar en los casos con razonable sospecha de maltrato.

En este sentido, el fenómeno del maltrato de ancianos es cada vez más reconocido por establecimientos médicos y organismos sociales. Los médicos tuvieron un papel prominente en el movimiento de maltrato del niño, al definir y hacer público el problema; sin embargo, el maltrato del anciano ha llamado la atención de la profesión médica más recientemente. Así, la problemática fue abordada en la 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong-Kong, 1989), estableciéndose los siguientes “*principios generales*”:

1. Los ancianos deben tener los mismos derechos a atención, bienestar y respeto que los demás seres humanos.

2. Es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y psíquicos de los ancianos.

3. El médico debe velar, si es consultado por el anciano directamente, el hogar o la familia, por que el anciano reciba la mejor atención posible.

4. El médico que constate o sospeche de maltrato debe discutir la situación con los encargados, sea la familia o el hogar. Si se confirma la existencia de maltrato o se considera una muerte sospechosa, debe informar a las autoridades correspondientes.

5. Para garantizar la protección del anciano en cualquier ambiente, no debe haber restricciones a su derecho de elegir libremente el médico.

El primer paso para prevenir el abuso y abandono de los ancianos es aumentar la conciencia y conocimiento entre los médicos y otros profesionales de la salud. Una vez que se han detectado los casos de alto riesgo y sus familias, los médicos pueden participar en la prevención primaria del maltrato, al referir dichos casos a centros de servicios sociales y comunitarios apropiados. Los médicos también pueden participar al entregar ayuda e información directamente a los pacientes y sus familias sobre los casos de alto riesgo.

En este sentido, la Asociación Médica Mundial ha formulado las siguientes “recomendaciones” dirigidas a los profesionales médicos que atiendan a ancianos:

- Identificar al anciano que pueda haber sufrido maltrato y/o abandono, proporcionando una evaluación y tratamiento médico por los daños producidos.

- Permanecer objetivos y no emitir su opinión.

- Intentar establecer o mantener una relación terapéutica con la familia (por lo general, el médico es el único profesional que mantiene un contacto duradero con el paciente y la familia).

- Informar de toda sospecha de casos de maltrato y/o abuso de ancianos, conforme a la legislación vigente.

- Utilizar un equipo multidisciplinario de tratantes de las profesiones médica, servicio social, salud mental y legal, cada vez que sea posible.

- Estimular la generación y utilización de recursos comunitarios de apoyo que aporten servicios domiciliarios, reposo y disminución del estrés, a las familias de alto riesgo.

Para facilitar la detección, notificación y derivación de las situaciones de maltrato a las personas de edad, sería conveniente la elaboración de una guía o protocolo de actuación dirigida a la población en general y a los profesionales más directos en particular que contuviera la información necesaria para poner en marcha el proceso, canalizando las denuncias o notificaciones para su adecuado estudio y valoración. En este sentido, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales editó en el año 2001 una Guía de estas características referida a las situaciones de maltrato infantil que podría servir de base para esta actuación, lógicamente con las peculiaridades propias del fenómeno en relación con las personas mayores.

2.7. Respuestas y medidas: prevención e intervención

Hoy en día y en los entornos más desarrollados se han ido elaborando una variedad de respuestas para combatir los distintos tipos de maltrato de las personas de edad, centradas generalmente en actividades de sensibilización y comprensión del problema, de promoción del respeto y la dignidad de estas personas y, por tanto, de protección de sus derechos. Su efectiva aplicación incumbe a todos.

Así, la necesidad de concienciar al público acerca del maltrato de las personas de edad se refleja en la amplia cobertura que dan los medios de comunicación a los actos graves de maltrato y los casos flagrantes de abandono. Los medios de comunicación desempeñan un papel crítico a la hora de señalar a la atención del público el maltrato y de fomentar las correspondientes respuestas normativas.

En numerosos países se han establecido las llamadas Unidades de Alerta y también líneas telefónicas de ayuda, de forma definitiva o como parte de proyectos experimentales, a fin de educar a los usuarios de dichas líneas sobre el maltrato de las personas de edad y los recursos disponibles, remitiéndoles a organismos de ayuda. Y es que se considera esencial ofrecer recursos que permitan romper la dependencia de uno u otro carácter que suele existir entre el maltratador y el maltratado.

Los mecanismos de protección de las personas de edad también pueden incluir cartas de derechos y responsabilidades de los residentes de los centros asistenciales, el establecimiento de normas de atención y de requisitos para la contratación de personal, así como los protocolos al efecto y las inspecciones periódicas de las residencias. Ahora bien, el éxito de los programas de intervención en entornos institucionales depende en gran medida del

compromiso que mantenga la dirección de un centro con la calidad de los cuidados, las buenas condiciones de trabajo y la creatividad en la solución de problemas. Los criterios para la contratación de personal que seleccionen a aquellos que demuestren empatía con las personas de edad y capacidad de sobrellevar el estrés y de afrontar las situaciones de conflicto pueden desempeñar un papel importante. En este sentido, la Comisión Europea de los Derechos Humanos propone elaborar un reglamento modelo que defina las condiciones mínimas de respeto de los derechos humanos en las instituciones que los acogen y sugiere la creación de un observatorio para evaluar e inspeccionar las prácticas de cada país en la materia.

Por otra parte, desde instancias fiscales se ha puesto de manifiesto la necesidad de que las personas mayores encuentren una suficiente protección legal ante estas situaciones. En este sentido, y sin perjuicio de los posibles delitos o faltas que pueden constituir las agresiones físicas a los ancianos, nuestro ordenamiento jurídico penal contempla como una falta que lleva aparejada una sanción pecuniaria leve la conducta de *“los que dejaren de prestar asistencia o, en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de edad avanzada o discapacitada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados”* (art. 619 C.P.).

Ya en el Estudio del Defensor del Pueblo sobre la atención sociosanitaria en España (Madrid, 2000), se recomienda, con base en el informe elaborado por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, incrementar la protección legal de las personas mayores frente a los malos tratos, en concreto, tipificando o delimitando con mayor concreción aquellas acciones que suponen <maltrato> a las personas de edad. En este sentido, la reciente reforma del Código Penal, operada por la *Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros*, especifica como posibles sujetos pasivos del delito de maltrato habitual a las *“personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados”*, en una clara referencia a las personas mayores - y también a los menores- que se encuentran institucionalizados (artículo 173.2 C.P.).

Otra cuestión es la efectiva aplicación de la legislación que protege de los malos tratos a las personas de edad en los países que existe. Así, se ha señalado que los profesionales no siempre invocan el ordenamiento jurídico para lograr compensaciones para los afectados o castigar a los autores de los malos tratos o sólo recurren a él cuando hay pruebas incontrovertibles de que se han producido. No obstante, es importante apoyar la instauración de marcos normativos destinados a precisar las directrices que definen los malos tratos y la negligencia, apoyados por la creación de los servicios necesarios.

Desde el punto de vista de la prevención, se apunta la necesidad de intervenciones en materia de sensibilización de los profesionales, de los cuidadores, la educación de los mayores, la educación de los hijos y la educación ciudadana, de forma que pueda reconocer los signos e indicadores prototípicos del maltrato y las ayudas disponibles. En este sentido, las campañas de educación general se valoran de forma muy positiva en el tratamiento de este fenómeno.

En la protección de mujeres mayores víctimas de malos tratos, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales y el Instituto Aragonés de la Mujer vienen colaborando en la prevención y atención de estos casos. Así, se prioriza el ingreso en la red de centros del Gobierno de Aragón de las mujeres mayores que sean víctimas de maltrato por parte de sus maridos, compañeros o hijos y que cumplan el resto de los requisitos que para el ingreso en los mismos estén estipulados. También se facilita el acceso al programa de estancias temporales en estos centros a la mujer mayor que haya sido objeto de malos tratos y que tenga que abandonar su domicilio en tanto se tramitan las medidas judiciales provisionalísimas que le permitan el regreso a su domicilio familiar.

En este sentido, sería conveniente aplicar medidas de protección frente al maltrato similares a las ya existentes para afrontar la violencia hacia otros colectivos, como los centros asistenciales específicos, la atención psicológica y jurídica, las ayudas económicas y las ordenes de alejamiento.

Resulta también interesante señalar la conveniencia de instaurar un sistema de evaluación sobre la eficacia de los distintos programas que se puedan poner en funcionamiento, pues los programas de intervención y prevención que existen en la actualidad no disponen de instrumentos de evaluación a efectos de valorar su eficacia. Asimismo, los expertos internacionales reclaman mayor apoyo institucional para posibilitar nuevas investigaciones que permitan conocer mejor la realidad del fenómeno.

En definitiva, el maltrato del anciano es un problema social que a todos afecta, por lo que se precisa tanto la colaboración ciudadana como la intervención coordinada de todos los servicios públicos y profesionales que, por sus funciones y competencias, pueden detectar con mayor facilidad estas situaciones y actuar en consecuencia.

Una mejor información acerca de la frecuencia del problema, esfuerzos multidisciplinarios en la definición e identificación específica de cada caso, y acuerdos o protocolos sobre tipos de intervenciones pueden contribuir a disminuir este problema tan real como oculto.

3. OTRAS CUESTIONES QUE AFECTAN A LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS DE EDAD

La dificultad ya señalada en la detección e intervención en los casos de maltrato de mayores, que se patentiza en la ausencia de datos reales sobre el fenómeno, hace que resulte conveniente llamar la atención sobre algunos de los factores o situaciones que pueden incidir en la producción de estos sucesos.

Y es que durante el proceso individual e inevitable de envejecer, se van produciendo una serie de modificaciones morfológicas y funcionales que unidas a un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas e invalidantes, hacen que, a pesar de la gran capacidad de adaptación de las personas de edad, en ocasiones las limitaciones en su autocuidado sean tan importantes que pasen de una situación de independencia a otra de dependencia de familiares, servicios sociales y/o sanitarios. Ello propicia la consideración de la vejez como una etapa del desarrollo humano donde los factores de riesgo de padecer maltrato aumentan al mismo tiempo que la edad.

En este sentido, consideramos interesante reflejar algunos de estos factores de riesgo y variables que pueden favorecer la aparición de una situación de maltrato, al vulnerar o poner en peligro los derechos de las personas mayores, entendiendo por maltrato no sólo aquellas situaciones en que se ha producido un daño constatable de forma objetiva sino también cuando existe un riesgo que puede conllevar un daño o perjuicio para el anciano.

3.1. La soledad y el abandono

En la pasada celebración del Día Internacional de las Personas Mayores, se resaltó, entre las principales cuestiones y problemáticas que afectan a este colectivo, el sentimiento de soledad y abandono que invade en muchas ocasiones a nuestros mayores. En este sentido, se habla de dos formas diferentes de soledad, ciertamente relacionadas: la de carácter objetivo, el aislamiento físico, y la subjetiva, el sentimiento de soledad.

Algunos estudios indican que uno de cada siete ancianos vive solo y el problema surge cuando esa soledad viene impuesta y conlleva la pérdida de toda unión con el mundo exterior (familia, vecinos, instituciones...). El número de los hogares con un único miembro que supera los 65 años de edad aumenta progresivamente, siendo ello un fenómeno ligado, entre otras razones, al propio proceso de envejecimiento que padecen los países occidentales, a las

profundas transformaciones de la institución familiar y a las modificaciones en las pautas de mortalidad y fecundidad.

Los efectos perniciosos de este aislamiento se dejan notar en menor medida en las zonas rurales y en las poblaciones pequeñas debido a la cercanía de las relaciones sociales. Es sobre todo en los núcleos urbanos y grandes ciudades donde se perciben con mayor intensidad y en una tendencia alista. Así, en Zaragoza el 22,61% de las personas mayores viven solas, lo que representa unos veinticinco mil habitantes de la ciudad.

Y es que la estructura del hogar en el que el anciano vive condiciona y determina el entorno en el que se mueven sus relaciones sociales y la ayuda que puede recibir. La familia cumple funciones básicas de ayuda a las tareas cotidianas, al mismo tiempo que atiende buena parte de las necesidades que este colectivo presenta; desempeña también tareas difícilmente sustituibles de apoyo psicológico y bienestar personal.

La unidad de convivencia se convierte pues en una institución clave no sólo por la función asistencial que ejerce, sino también porque las relaciones familiares van a contribuir de forma positiva a la integración y a la conexión del anciano con la sociedad. Por el contrario, la inexistencia o la ruptura de relaciones familiares propicia el aislamiento y la exclusión social. Su ausencia se convierte en causa importante de los sentimientos de soledad y abandono de los ancianos.

El hecho de vivir solo se convierte en un indicador clave para identificar grupos de alto riesgo y determinar demandas asistenciales. Las personas solteras y viudas y la llamada cuarta edad, en la medida en que tienen mayor posibilidad de verse afectados por la soledad física, se convierten en grupos especialmente vulnerables, estando más expuestos a padecer las consecuencias que de esta situación se derivan.

Así, los estudios realizados constatan que, si bien el sentimiento de soledad no es generalizable a toda la población anciana, existen determinados factores como el sexo, la edad, el estado civil, el nivel de estudios, la salud, el tipo de convivencia... que influyen en su percepción. Así, las mujeres, los viudos, las personas de más edad y las más enfermas suelen ver acrecentada la sensación de soledad, presentando una situación más desfavorable en este aspecto y convirtiéndose en grupos de riesgo especialmente expuestos a padecerla con mayor frecuencia e intensidad. La soledad física también influye lógicamente, pero el hecho de vivir solo no implica necesariamente sentirse solo. De hecho, las encuestas denotan que muchas personas mayores de 65 años que viven solas en el medio rural no manifiestan sentirse solas normalmente.

En ocasiones los medios de comunicación informan del fallecimiento en su domicilio de algún anciano que vivía solo y en condiciones precarias, sin que nadie se apercibiera del deceso hasta varios días después. Estos sucesos ponen de manifiesto el desamparo en que se encuentran los ancianos y la insuficiencia de unas prestaciones asistenciales que evitarían en la medida de lo posible estas situaciones de maltrato social.

Los cambios en la organización social, en la composición familiar, donde ya no es la norma de convivencia en un mismo espacio físico de tres generaciones, la desaparición de las tiendas de barrio y su sustitución por grandes superficies anónimas, la supresión de las porterías, etc., pueden favorecer que la persona mayor se encuentre en una situación de necesidad que pase desapercibida a los demás. En este sentido, se apunta como idea que el padrón municipal de habitantes facilita información de la edad de las personas, de su residencia y de las personas que conviven en un mismo domicilio, disponiéndose así de una herramienta que podría ser utilizada por los servicios sociales primarios para localizar a todo el que llegue a una edad prefijada e informar sobre los recursos disponibles.

Ciertamente, las administraciones han puesto en marcha una diversa gama de servicios asistenciales adecuados, pero que con frecuencia sólo llegan a sectores reducidos. Otras veces se detecta la insuficiencia de la publicitación de los servicios, pues dadas las especiales circunstancias de los necesitados de estas ayudas, sería más acertado ofrecer información y proponerlas de forma individual.

También debería destacarse la función que el voluntariado puede desarrollar en este ámbito y los efectos beneficiosos de los programas de acompañamiento.

En esta necesidad y conveniencia de mantener el nexo con el mundo exterior, evitando el aislamiento y la soledad insana, tiene un peso relevante el movimiento asociativo. Así, la importancia de este colectivo en la sociedad actual ha motivado la constitución del Consejo Nacional de Mayores, organismo que desde la sociedad civil quiere promover la integración de los ancianos en un único movimiento asociativo para defender sus reivindicaciones.

En su Declaración fundacional, el Consejo Nacional de Mayores ha realizado un triple llamamiento: a las familias, para que sigan considerando y atendiendo como parte de ellas a los mayores, tanto por su valor como punto de integración como por su valiosa ayuda en la vida familiar; a la sociedad, a fin de que no convierta el envejecimiento en un proceso de marginación y soledad sino que lo capitalice al servicio del bienestar general; y a los poderes públicos y distintas administraciones, demandando que además de los derechos de participación y representación, se reconozca a los mayores la

igualdad de oportunidades en materia de educación permanente, la posibilidad de una jubilación gradual y flexible, el derecho a una pensión suficiente para llevar una vida digna, unos adecuados servicios de salud y atención sociosanitaria y el derecho a un ocio enriquecedor.

Y es que los efectos de la falta de participación de los mayores se consideran muy negativos, tanto para ellos mismos como para el conjunto del entramado social que necesita la aportación de todos sus miembros, y muy especialmente de la experiencia de aquellos. El afán encomiable de avance permanente se traduce en la necesidad de mantener un ritmo apresurado que algunos colectivos, como el de las personas mayores, difícilmente pueden mantener. Por ello sería deseable fomentar la participación de las personas mayores en la planificación y ejecución de la política social que les afecte. En Aragón, el Consejo Aragonés de la Tercera Edad es el órgano que desarrolla funciones consultivas en esta materia, promoviendo asimismo el asociacionismo y la participación en la vida comunitaria.

Y es que, como hemos apuntado, la soledad no es un sentimiento que puede surgir exclusivamente entre aquellos ancianos que viven solos, sino que en ocasiones el abandono de los mayores se siente especialmente en los casos de institucionalización, cuando existiendo familiares incluso cercanos, estos se desentienden del anciano al considerar que los cuidados que precisa ya se le prestan en el centro o residencia en cuestión, situaciones que han podido constatarse a través de las visitas que esta Institución viene realizando a los establecimientos geriátricos de nuestra Comunidad Autónoma. Esto lógicamente acrecienta la sensación de soledad y abandono del anciano y suele acompañarse de un acelerado deterioro que le produce esa insatisfactoria relación parental. Se pone pues de manifiesto nuevamente que la importancia y valor que la familia otorgue al anciano influye decisivamente en la situación psicofísica de éste, siendo innegable la responsabilidad familiar en la calidad de vida del Mayor.

3.2. La vivienda y las barreras arquitectónicas

Se considera una premisa básica la posibilidad de que las personas de edad puedan permanecer en sus propios hogares el mayor tiempo posible, aunque necesiten atención y cuidados. En este sentido, ya el Plan Gerontológico contemplaba como objetivo importante la permanencia de la persona mayor en su domicilio habitual: *“... hay que conseguir que el domicilio habitual de la persona mayor reúna las condiciones necesarias de acceso y habitabilidad, así como los servicios para facilitar su desenvolvimiento”*.

Ahora bien, las características de las viviendas condicionan la posibilidad de que los ancianos puedan continuar en sus hogares sin necesidad de desarraigarlos del medio social en el que se ha venido desarrollando su vida

en años anteriores. La accesibilidad de la vivienda constituye por sí misma un principio básico para facilitar la integración social de los mayores en una sociedad urbana.

En principio, el hecho de ser propietario de la vivienda da la posibilidad de una mejor calidad de vida. La mayoría de los ancianos en Zaragoza (el 71% en Delicias, el 60% en la Zona Centro y el 56% en Las Fuentes) son propietarios de la vivienda en la que habitan. No obstante, se observa como son los más desfavorecidos los que viven en más pisos cedidos o alquilados, con la inseguridad que esto puede suponer para ellos. Asimismo, el porcentaje de ancianos con piso propio disminuye conforme avanza la edad y también es mayor el número de mujeres mayores con piso en usufructo o alquiler.

Diversos estudios ponen de manifiesto que un porcentaje alto de la población anciana afirma que su vivienda necesitaría algún tipo de reparación. En la mayoría de los casos se trata de pequeñas reparaciones, pero para el 13% del colectivo la vivienda necesitaría obras importantes. Hay que tener en cuenta que para un elevado número de ancianos los gastos de mantenimiento de las viviendas suponen una parte sustancial de sus ingresos.

Así, las barreras interiores más frecuentes que pueden encontrarse son las siguientes: falta de agua caliente, falta de calefacción, estado de los sanitarios (dificultades de acceso a bañeras, deficientes instalaciones, falta de asideros y losas antideslizantes, inodoros demasiado bajos), cocinas no adaptadas, carencia de electrodomésticos básicos, ausencia de teléfono, instalación de luz a 125 voltios, goteras y/o humedad en el interior, deterioro de techos y paredes, limitada anchura de puertas para sillas de ruedas, falta de luz natural...

Esta ausencia de equipamiento básico agrava la situación a medida que aumenta la edad. Así, son las viviendas de los mayores de 84 años las que alcanzan índices más elevados de deterioro o mal estado, una situación más negativa en su nivel de bienestar. Considerando que las limitaciones más frecuentes a estas edades son las del aparato locomotor, se pone de manifiesto la imposibilidad total o parcial para desplazarse y comunicarse con el exterior, pues además frecuentemente existen barreras arquitectónicas en el edificio como son los escalones de patios y rellanos o la inexistencia de rampas.

En este sentido, las condiciones de habitabilidad de la vivienda pueden incidir negativamente en la salud. Piénsese en las personas inválidas, semiinválidas o con estado de salud deficiente que no disponen de ascensor o calefacción. Otros problemas frecuentes en las viviendas antiguas, como la humedad, resultan muy negativos para personas en edad avanzada, en las que se da una fuerte incidencia de enfermedades osteoarticulares. No hay que olvidar al grupo de alto riesgo constituido por los ancianos que viven solos o

únicamente con una persona de 70 o más años, puesto que el estado de la vivienda puede añadir más dificultades y mayor riesgo de incomunicación. Sólo la falta de ascensor puede obligar a estas personas a permanecer en casa, sin poder relacionarse, ir a la compra o acudir a la consulta del médico. En este sentido, en la ciudad de Zaragoza el 42% de las familias con personas minusválidas o dependientes mayores de 65 años no disponen de ascensor en su vivienda, siendo la situación más problemática conforme se va elevando la altura en la que se sitúa el domicilio.

Para resolver estas situaciones que se están presentando en muchas viviendas habitadas por personas de edad, sería conveniente habilitar un conjunto de ayudas económicas y técnicas dirigidas a solucionar estos problemas de adaptación residencial y los problemas sociales que de ellos se derivan, de forma que se facilite la reestructuración de estas viviendas o la movilidad de las personas respetando su <habitat>. En este sentido, las medidas y programas propuestos por los agentes sociales afectados inciden en las siguientes actuaciones:

- Ayudas financieras para la realización de obras de reparación y adaptación en los hogares en los que reside un anciano.

- Reserva de viviendas de nueva construcción adaptadas a las condiciones biológicas de los ancianos en proyectos de viviendas de protección oficial y viviendas sociales.

- Regular la posible permuta de la vivienda propiedad de la persona mayor, inadecuada a sus necesidades, por otra que reúna las condiciones precisas, bien sea de titularidad pública o privada.

- Compra por la Administración de las viviendas que carecen de las condiciones para ser habitadas por personas mayores, posibilitando posteriormente las adecuaciones precisas y ampliando el parque de viviendas accesibles tanto en tamaño como en condiciones, que eliminara barreras para este colectivo, con servicios comunes, donde reubicar en forma de alquiler razonable a los titulares de las viviendas vendidas. Esta actuación mejoraría los recursos de las personas mayores que actualmente están imposibilitadas de acceder a viviendas adecuadas cuyos precios son inasequibles a sus rentas.

Por otra parte, indicar que, antes de llegar a la vejez, pocas personas se plantean un modelo de alojamiento que se aparte significativamente del estándar de la vivienda unifamiliar. Los alojamientos colectivos quedan de ordinario en esta etapa de la vida reservados para momentos y ocupaciones muy concretas. En las edades avanzadas, sin embargo, se plantea a veces la necesidad de encontrar fórmulas alternativas de alojamiento. La soledad que se experimenta tras la muerte del cónyuge, cuando los hijos hace un tiempo

que abandonaron el hogar, el deterioro del estado de salud, la falta de autonomía personal o la propia inadecuación de la vivienda hacen preciso buscar soluciones.

En esta línea, y enlazando con el fenómeno de la despoblación y el envejecimiento en Aragón, se ha constatado que, en algunas zonas rurales, las personas mayores emigran fuera de su localidad natal para tener acceso a un servicio sanitario que les permita vivir con calidad, lo que aconseja la adopción de alguna medida paliativa. Así, en la localidad turolense de Aguaviva está en marcha de forma experimental un centro de apoyo al anciano con el objetivo de ofrecer a los residentes los servicios sanitarios y asistenciales necesarios con un coste económico mínimo, lo que podría extenderse a otras localidades aragonesas con el fin de fomentar que las personas mayores no abandonen su entorno, a la vez que se crearía empleo de calidad y dirigido a mujeres.

En otro orden de cosas, es necesario señalar que la accesibilidad y adecuación de las viviendas donde residen personas de edad debe correr pareja a la eliminación de las barreras arquitectónicas del espacio exterior para permitir la movilidad de los ancianos. En este sentido, la Resolución del Parlamento Europeo de 16 de abril de 1999 indica que el mantenimiento de la movilidad es indispensable para que las personas de edad puedan llevar una vida independiente.

La cuarta parte de los ancianos españoles declara tener verdaderas dificultades para desplazarse por las calles de la ciudad en la que reside, ante la inadaptación del entorno: aceras demasiado altas, problemas de accesibilidad y adaptación de los transportes públicos, escasez de zonas peatonales, indicando las personas afectadas incluso la falta de tiempo suficiente para cruzar la calzada en determinados semáforos.

En este sentido, es revelador el estudio elaborado por el Dr. Cobo, al que hemos hecho referencia al hablar de los malos tratos a personas mayores, cuando refleja la edad de las personas lesionadas en accidente de tráfico al circular por la vía pública como peatones, señalando la tendencia a que sean personas de edad las más afectadas. En palabras de este experto forense, *“la existencia de cierto desprecio del conductor de vehículos hacia los peatones, fundamentalmente nuestros mayores, parece protagonizar estos hechos en más de un caso. Aunque la norma establece el rojo para parar y el verde para pasar, no es una licencia para hacerlo sobre un peatón mayor, ni siquiera para llenarlo de improperios, ya que en muchas ocasiones es portador de algunas discapacidades físicas o psíquicas que le provocan un cierto grado de inadecuación de conducta a la <norma absoluta> del parar/pasar, rojo/verde, entre otras”*.

También resultan significativos los datos que aporta este estudio cuando analiza a los lesionados como usuarios de autobús urbano, pues llama la

atención que por cada lesionado hombre existen casi tres mujeres y que la media de edad es la más elevada con diferencia del resto de accidentes. Las posibles razones de ello deben ser buscadas lógicamente en la menor capacidad de respuesta de los más mayores frente a situaciones de <disfunción> súbita en el trayecto, tanto por su situación física como de nivel y rapidez de respuesta. Así pues, parece necesario que se insista en este “perfil de riesgo” de los mayores y fundamentalmente de las mujeres para mejorar los elementos de seguridad de estos usuarios de bus, teniendo en cuenta que las lesiones suelen producirse en los momentos de acceder o salir del autobús o por desplazamientos internos ante maniobras o frenazos bruscos.

Todas estas consideraciones deben hacernos pensar que quizá las características de nuestras ciudades no sean las más < adecuadas > para las personas de edad. De ahí la importancia de que se cumpla rigurosamente la legislación existente en materia de supresión de barreras arquitectónicas, del transporte y de la comunicación y de que, en su aplicación, se adopten las medidas precisas que, teniendo en cuenta estas problemáticas, favorezcan la integración de las personas de edad en la sociedad.

3.3. Los servicios sociales

La importancia de los programas sociales en la prevención de situaciones de maltrato no necesita ser probada. La red de servicios sociales para las personas de edad ha crecido considerablemente durante los últimos años, tanto en capacidad como en la variedad de la oferta. Así, la construcción de residencias de gran capacidad fue seguida de la dotación de unos servicios de asistencia a domicilio y de la provisión de atenciones en centros de día, servicios sociosanitarios, etc. A continuación se intentaron nuevas experiencias, como apartamentos vigilados, telealarmas, estancias temporales en residencias, programas intergeneracionales, etc. Se ha construido un amplio abanico de actuaciones capaz de atender un porcentaje considerable de personas mayores.

En este sentido, desde el Ayuntamiento de Zaragoza se nos ha puesto de manifiesto lo siguiente:

“Los Servicios Sociales Municipales han experimentado un acercamiento constante a las necesidades sociales planteadas por los cambios que se han producido en la realidad social. No es de extrañar, por ello, que la atención al colectivo “mayores” estuviese presente en los mismos inicios de la acción municipal y que ésta se haya ido consolidando y creciendo a lo largo de los últimos años.

Así, en 1852 se abre la Casa de Amparo en unos locales cedidos por la Casa de la Misericordia con la intención de servir de <asilo y amparo de

menesterosos>. La evolución de esta institución sigue en nuestros días, en lo que continúa adaptándose a los requerimientos de la realidad, transformándose poco a poco en una residencia destinada a dependientes.

Posteriormente se han ido creando otros recursos, como los diez primeros Clubs municipales de 1980 que han aumentado hasta los 22 actuales, el Servicio de Ayuda a Domicilio (1981), el Servicio de Teleasistencia (1995), el Programa Respiro (2001) y la construcción de 14 apartamentos tutelados (2001), además de actuaciones específicas como el arreglo de viviendas para personas mayores.

Desde los Servicios Sociales Municipales, se ha atendido a las siguientes personas mayores, con sus correspondientes familias, a lo largo del año 2001:

- Servicio de Ayuda a Domicilio: 3.048 familias distintas*
- Servicio de Teleasistencia Domiciliaria: 3.256 familias distintas*
- Programa Respiro: 325 familias distintas*
- Arreglo de viviendas para personas mayores sin recursos: 35 viviendas*
- Casa Amparo: 192 camas (82 válidos, 110 asistidos)*

Además, el Ayuntamiento de Zaragoza ha firmado una serie de convenios (5) y subvenciones (8) con entidades sociales que tienen como finalidad la intervención con mayores “.

Sin embargo, a pesar del crecimiento tan importante que la red de servicios sociales ha experimentado estos últimos años, se constatan importantes déficits en recursos para atender a esta población. Ciertamente, las limitadas disponibilidades presupuestarias exigen una rigurosa planificación para poder dar cobertura al mayor número de personas posible. En este sentido, señala Cáritas que “la falta de planificación lleva a respuestas lentas que no se adaptan a la realidad emergente sino a paliar situaciones, adaptando, en muchos casos, las personas a los recursos en vez de los recursos a las personas”.

Como ya hemos señalado, el propio domicilio es el entorno más natural y el que proporciona más elementos de identidad e intimidad, impidiendo que se rompan las relaciones con la red de apoyo: familia, amigos, vecinos, comunidad. Por ello, los servicios de atención domiciliaria creemos que son, actualmente, un elemento clave para conseguir que las personas de edad que requieren ayuda puedan continuar viviendo en su casa el máximo tiempo posible, tanto si viven solas como si conviven con otras personas que necesitan un poco de apoyo.

En Zaragoza, son más de 6.500 personas las que necesitan los servicios de teleasistencia o ayuda a domicilio debido a las cargas familiares que

soportan y la demanda crece día a día. Según los datos disponibles, el 37,14% de los mayores viven en un hogar en el que todas las personas que conviven son mayores de 65 años, lo que supone que la primera y más cercana labor de ayuda en los casos de dependencia o falta de autonomía se está ofreciendo por parte de otra persona también mayor; ello aumenta las posibilidades de realizar sobreesfuerzos y repercusiones negativas en las condiciones de vida de los cuidadores informales.

En este sentido, en España el 80% de los cuidadores son familiares. Así, en Aragón 3.000 personas ejercen de cuidadoras. El 97% de ellas acaba manifestando alguna afección psíquica o física. La tristeza, la soledad o el “síndrome del cuidador” son problemas a los que se enfrentan cuando deben simultanear las tareas domésticas y laborales y, además, hacerse cargo de conflictos psicofamiliares o debidos a la situación de discapacidad o dependencia de algún miembro del hogar. Ello indudablemente constituye un factor de riesgo de maltrato al anciano, al disminuir la calidad y calidez del cuidado, y pone de manifiesto, como señala Cáritas, *“las carencias en el apoyo a las familias cuidadoras, tanto a nivel asistencial, atención psicosocial y formativa, lo que genera estrés, angustia, sobrecarga y tratos inadecuados a los mayores”*. Resulta necesario que el cuidado de los mayores corra a cargo de personas con una experiencia apropiada.

Hay que destacar también que la labor de apoyo suele ejercerse fundamentalmente por la mujer, debiendo resaltar la feminización del colectivo de personas mayores conforme avanza la edad debido, básicamente, a la mayor esperanza de vida de las mujeres. En este sentido, el Estudio 2.279 del CIS revela que, en nuestro país, las mujeres dependientes son cuidadas principalmente por sus hijas (41%) y sus maridos (15%); en cambio, los hombres dependientes son cuidados por sus mujeres (36%) y por sus hijas (33%). En todo caso, por cada cuidador suele haber en torno a 2,5 o 3 cuidadoras.

Ahora bien, la progresiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, especialmente durante los últimos diez años, está produciendo efectos muy significativos tanto en la familia como en la organización social. La tradicional dedicación de las mujeres al papel de cuidadoras de las personas enfermas o dependientes va siendo sustituida, poco a poco, por el acceso de las mujeres al mercado laboral y la consecuente contratación de terceras personas - mayoritariamente procedentes de la inmigración - para cubrir, aunque sólo sea en parte, dichas tareas y atender las necesidades familiares.

Así pues, cada vez es mayor la demanda de inmigrantes para realizar los denominados <servicios familiares>, tradicionalmente cubiertos por el ama de casa, y es justo reconocer la importancia de estos puestos de trabajo indispensables y el elevado nivel de eficacia en su desempeño, siendo las mujeres de procedencia iberoamericana las que mayoritariamente concentran

sus actividades en las labores domésticas y cuidados familiares. A este respecto, señalar que estas personas suelen aportar en su quehacer diario una serie de valores de respeto y cohesión familiar procedentes de sus países de origen que en nuestra sociedad no siempre se encuentran.

Un informe sobre el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) elaborado por el Consejo Económico y Social de Aragón señala *“la necesaria redefinición de los servicios y programas, así como la urgente elaboración de políticas encaminadas a ofrecer soporte a quienes lo prestan”*. Si el envejecimiento de la población y el aumento de las demencias ponen a la familia en el centro del problema, los recursos con los que cuentan no responden al protagonismo que se les otorga. Los técnicos del SAD indican que muchas personas se pagan este servicio con la ayuda de las familias y otros se ven abocados a recurrir a empresas privadas. Por su parte, la Fundación *Federico Ozanam* nos ha informado que, de las personas mayores que acuden a la entidad demandando atención residencial, el 44% no utiliza ningún recurso y los que los utilizan (servicio de atención a domicilio, teleasistencia, centro de día) en el 50% de los casos tiene carácter privado, situándose en el 6% los que reciben atención pública, apreciándose una falta de información sobre los recursos alternativos a la institucionalización.

Esta entidad nos ha transmitido la detección de diversas dificultades para el accesos al Servicio de Ayuda a Domicilio, como son las siguientes:

“- Falta de apoyo al cuidador

- Falta de ayudas técnicas y material ortoprotésico para una mejor atención del enfermo en su domicilio e inadaptación de la vivienda y su equipamiento

- A nivel público, existen grandes listas de espera y no se cubren las necesidades de dependencia.

- A nivel privado, hay una gran oferta de recursos pero inaccesibles, por cuestión económica, a la mayoría de los mayores, quienes acaban solicitando aquellas prestaciones que cubren sólo parte de sus necesidades.

- La falta de ayudas por parte de la Administración Pública a las Entidades Sociales que prestan este servicio les supone déficits importantes “

Según el Estudio Diagnóstico de Necesidades Sociales en Zaragoza (2001), sólo el 13% de las familias que tienen en su seno un mayor dependiente reciben apoyo profesional para su cuidado, demandando este apoyo un 57% de las familias. También destaca este Estudio que el 43% no demanda apoyo profesional teniendo en su seno un mayor con limitación de autonomía, lo que puede deberse, entre otros factores, al nivel educativo de los

mayores en la ciudad (el 16,7% o son analfabetos absolutos -2,4% - o son analfabetos funcionales -14,3% -). Esta carencia cultural repercute en la falta de recursos personales para conocer los derechos, hacerlos valer y reivindicarlos cuando estos se vulneran.

Por ello, sería aconsejable incrementar las posibilidades de este recurso, de tal manera que llegue a todas las personas que quieran continuar viviendo en su domicilio pero tengan graves dificultades para atender sus necesidades de autonomía en los actos de la vida cotidiana. Los estudios realizados estiman que este servicio debe cubrir al 8% de los mayores de 65 años.

Ocurre también que muchas personas mayores que necesitarían estar ingresadas en una residencia y que no pueden acceder por falta de plazas, son atendidas por los servicios de atención domiciliaria, aunque no den el perfil de usuarios de los mismos, lo que provoca el colapso en su funcionamiento normal, como consecuencia de una sobredemanda. Para evitar estas situaciones, entendemos que se tendría que poder disponer de una gama de opciones de servicios con una oferta diversificada y flexibilizada según las necesidades, para conseguir un aprovechamiento eficaz y rentable de las diversas modalidades de recursos.

Igualmente, parece conveniente impulsar los programas que permiten el ingreso en centros residenciales durante todos o algunos fines de semana o en vacaciones, para coadyuvar a la atención que presta la familia, permitiendo un descanso a aquellos de sus miembros que dedican sus esfuerzos a atender a los mayores. En este sentido, en Aragón se puso en marcha en el año 2001 el "Programa Respiro", una iniciativa destinada a "aliviar" al cuidador durante una temporada. Este proyecto cuenta con plazas para estancias temporales en residencias públicas (24 en Zaragoza, 11 en Teruel y 4 en Huesca en un principio) que, dada la demanda suscitada, parece que se va a ir ampliando hasta ocupar el 9% de las plazas públicas.

A medio camino entre la atención domiciliaria y la residencial, está el centro de día. Es un servicio especializado que permite que la persona continúe viviendo en su casa, recibiendo prestaciones como la alimentación, el control sanitario, la animación socio-cultural... Destacar el importante papel que cumplen también para descargar al cuidador de los esfuerzos de atención continua de los ancianos.

Las problemáticas detectadas por la Fundación *Federico Ozanam* en el acceso a este tipo de recurso se centran en las siguientes:

"- Existencia de barreras arquitectónicas en las viviendas que hace inviable el salir del domicilio.

- *Falta de transporte adaptado y apoyos necesarios para facilitar al usuario el traslado del domicilio al lugar de recogida del transporte adaptado.*

- *Horarios limitados.*

- *Elevados precios de los Centros privados que los usuarios deben compaginar con sus gastos cotidianos.*

- *Rotación de los mayores con los hijos.*

- *Escasez de plazas públicas y/o concertadas “*

Por otra parte, y atendiendo la necesidad de fomentar las alternativas a la atención residencial para nuestros Mayores, favoreciendo a su vez la permanencia en el entorno y el desarrollo de la solidaridad social, desde esta Institución se realizó un estudio sobre la figura del acogimiento familiar de ancianos, instando a la implantación de un programa experimental al respecto.

Si bien esta fórmula tiene escasa tradición en España, en otros países, sin embargo, es una medida que se ha venido desarrollando, con mayor o menor éxito, desde hace ya varias décadas (Rumanía, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Francia).

En nuestro país, hay que señalar que el Plan Gerontológico señalaba el establecimiento de un programa de “Acogida Familiar” que permitiera atender, de forma permanente o temporal, a personas mayores en situación de soledad por familias de la localidad, ajenas a la suya propia, regulando las obligaciones de las partes, las posibles subvenciones públicas y el control y seguimiento del Servicio.

Así, la acogida familiar de ancianos es un programa introducido en España en el marco de la Diputación Foral de Guipúzcoa y posteriormente implantado en otras Autonomías (Madrid, Galicia, Cataluña, Asturias).

-- *Se trata de una medida de protección, perteneciente al ámbito de los servicios sociales de atención especializada, que consiste en la integración de un anciano (de modo temporal o indefinido) en el seno de una familia -sin mediar, en ningún caso, lazos de parentesco- por carecer aquél de las más básicas condiciones materiales y afectivas, garantizándose, de esta manera, la convivencia mutua, la salud, la seguridad y el bienestar físico y psíquico.*

-- Los objetivos que persigue esta medida son básicamente tres: el mantenimiento del anciano en su medio social habitual, el fomento de la participación del mayor en su entorno y evitar el internamiento en una residencia.

-- Sin perjuicio del catálogo de derechos y deberes que pueden establecerse en el contrato que al efecto se suscriba, las obligaciones básicas del anciano se centran en destinar el importe de la ayuda económica que recibe a sufragar los gastos derivados del acogimiento, evitando así que la familia acogedora cargue con los costes de su atención y cuidado, así como en poner en conocimiento del organismo competente las incidencias que puedan producirse respecto a la continuidad del acogimiento.

-- Los deberes que ha de asumir la familia acogedora se centran en prestar al anciano la atención y cuidados ordinarios, así como los extraordinarios si cuenta con los debidos apoyos, respetar la intimidad del acogido, fomentar su integración y participación social y comunicar al organismo competente las circunstancias relevantes de la situación del acogido a fin de poder realizarse un adecuado seguimiento del caso.

-- Este deber de comunicación de la familia acogedora enlaza con la actividad de control y supervisión que corresponde a los servicios sociales, generando así una obligación correlativa de colaboración y codecisión. Además, implica una relación de cooperación administrativa pues, si bien esta medida es competencia de los servicios sociales de la correspondiente Comunidad Autónoma, su desenvolvimiento posterior suele quedar, en buena parte, en manos de los servicios municipales en función de la descentralización de competencias.

En resumen, podemos concluir que la figura del acogimiento familiar de personas mayores representa una opción beneficiosa para ellas y también para las familias que, con la debida formación, se muestren receptivas a esta solidaria finalidad, considerando que por las características demográficas de Aragón, el programa señalado podría tener una buena acogida. En algunas Comunidades Autónomas incluso se ha promovido un plan para que los universitarios vivan gratuitamente en pisos de ancianos a cambio de ofrecerles compañía y ayuda en el hogar.

Por último, hay que destacar que si bien todos estos servicios sociales son necesarios, no lo es menos el darlos a conocer entre la población, ya que hay ciudadanos, personas mayores que viven solas y en situación de necesidad, con derecho a recibir ayudas de servicios sociales y que no los demandan porque desconocen su existencia y el derecho a beneficiarse de ellos, o bien porque incluso les da vergüenza pedirlos. Así, expone el informe de Cáritas que *“existe una falta de información de los recursos y derechos que poseen, en especial, de aquellas personas que por sus características socio-sanitarias carecen de recursos personales para acceder a la información y solicitud de los mismos”*.

En esta línea, también se pueden aprovechar los contactos de los ancianos con otras prestaciones públicas, como las sanitarias. En este sentido,

hay que destacar la importancia en esta tarea de los trabajadores sociales adscritos a los centros sanitarios, como medio de diagnosticar necesidades y ofrecer posibles soluciones.

3.4. La atención residencial

La permanencia de las personas de edad en su propia casa, aun con las ayudas precisas, se torna en ocasiones extremadamente complicado por diversas circunstancias, fundamentalmente, el estado de salud físico y psíquico o la imposibilidad familiar de atención continua. Es entonces cuando el recurso más apropiado se ha de orientar hacia la atención residencial donde el anciano pueda recibir los cuidados adecuados. El envejecimiento de la población y los cambios de rol en la familia ha producido un notable incremento de los ingresos en las residencias geriátricas y la consiguiente proliferación de estos establecimientos tanto en el sector público como en el privado.

Así, en Aragón existen actualmente 4.070 plazas en residencias públicas (35%). Las residencias privadas de carácter mercantil cuentan con 3.995 plazas (34%) y las de carácter social aportan otras 3.689 plazas (31%). En la última década se ha duplicado el número de estos centros en nuestra Comunidad Autónoma y, en el caso de los centros privados, la cifra ha experimentado un crecimiento del 64% en tres años. En Zaragoza, el 3,7 % de las personas mayores se encuentran ingresadas en una residencia.

Aún así, las listas de espera existentes para acceder a una residencia pública sigue siendo motivo de preocupación para muchas familias, teniendo en cuenta que los precios de los centros privados no son asequibles para las economías de muchos ancianos que disponen exclusivamente de una pensión de cuantía variable. En este sentido, la Fundación *Federico Ozanam* nos ha indicado que existe *un considerable número de personas pertenecientes a una clase media que no tienen acceso a residencia pública ni a ningún tipo de ayuda por parte de la Administración, ni pueden optar por una residencia privada con un mínimo de condiciones.*

A este respecto, consideramos que el criterio fundamental debe centrarse en la necesidad de asistencia del afectado, de tal modo que las personas válidas sean básicamente receptoras de otro tipo de servicios sociales. De todas formas, somos conscientes de la dificultad que supone en muchas ocasiones el determinar en términos reales la situación de una persona como válida o asistida, pues a ciertas edades son excepcionales los casos de ancianos que pueden desarrollar una vida plenamente autónoma sin ningún tipo de apoyo y los problemas de salud física o psíquica suelen afectarles en mayor o menor medida, sin perjuicio de las personas que, pasado cierto tiempo desde el ingreso, se van deteriorando y precisan cada vez más atención y cuidados.

Una de las principales actuaciones que la Institución realiza de oficio en la protección y defensa de las personas mayores se centra en las continuas visitas que anualmente se realizan a los centros y establecimientos geriátricos, sean públicos, privados o de carácter social, para personas válidas o asistidas. Esta actuación nos permite entrar en contacto directo con los residentes, visitarles, comentar su situación y recoger sus sugerencias y problemáticas que nos plantean. También nos permite conocer de forma directa las residencias, su configuración y su funcionamiento así como los servicios que prestan, estando especialmente atentos a las posibles situaciones de maltrato en sentido amplio que podamos apreciar, especialmente en el respeto al ejercicio de los derechos de los usuarios.

La detección de irregularidades o situaciones anómalas son puestas en inmediato conocimiento de la Administración, a quien compete la vigilancia y control de estos centros, informando del resultado de la visita girada e instando las actuaciones de inspección precisas. Y es que el primer rendimiento obtenido de estas visitas no lo constituye tanto la detección de posibles irregularidades, como el impulso de la acción inspectora y de definición de requerimientos de calidad en la prestación del servicio por parte de las administraciones competentes.

El plan de inspección de la D.G.A. prevé que, anualmente, se revise un 30% de las residencias. El equipo inspector de Zaragoza está compuesto por un jefe de inspección, un ingeniero técnico, un trabajador social y dos funcionarios del I.A.S.S. que refuerzan la plantilla, trabajando también un médico y un enfermero. En Huesca se dispone de dos profesionales y en Teruel de uno. La proliferación de estos centros de carácter social aconseja poder disponer de una plantilla adecuada que permita desarrollar las labores de inspección con la periodicidad oportuna. Las inspecciones sanitarias son muy frecuentes, con una periodicidad bimensual normalmente.

A lo largo de las visitas realizadas, hemos podido comprobar que las condiciones de habitabilidad, estado de las instalaciones, capacidad, servicios que prestan... varían en gran medida de unos establecimientos a otros. Tratándose de centros privados hay que resaltar que en esta materia no se puede generalizar y considerar que por el hecho de que una residencia tenga carácter mercantil o ánimo de lucro no funcionan como un verdadero servicio social prestando a los usuarios la debida atención. De hecho, hemos visitado establecimientos de este tipo en que no sólo se cumplía la normativa sino que de la visita se extrajo una grata impresión en general del centro, su funcionamiento y el trato al residente.

En cuanto al personal que trabaja en las residencias de carácter público no se ha detectado incumplimiento de la normativa vigente en cuanto al número y la cualificación. Ahora bien, el elevado número de residentes que

suelen encontrarse en estos centros que precisan cada vez una mayor asistencia pone de manifiesto la conveniencia de incrementar en determinados casos las plantillas, especialmente en cuanto a los trabajadores que atienden directamente a los usuarios, a fin de evitar sobrecargas de trabajo en detrimento de la prestación de una adecuada atención. En las residencias privadas se suelen cumplir los mínimos legales (las residencias sociales funcionan frecuentemente con voluntariado) pero la cualificación profesional que exige el cuidado de ancianos asistidos no siempre se encuentra, supliéndose en muchas ocasiones la falta de titulación con la experiencia en trabajos similares y la asistencia a cursos de formación.

En cuanto a la documentación administrativa pertinente, la gran mayoría no disponen de la licencia de apertura definitiva y no están inscritos en el registro al efecto. La falta de inscripción en el Registro de entidades, servicios y establecimientos de acción social puede obedecer a diversas razones: la clandestinidad del centro, no teniendo la Administración conocimiento de su existencia; no tener la licencia municipal de apertura; el incumplimiento de algún requisito de tramitación o la necesidad de realizar pequeñas modificaciones estructurales. En ocasiones, la residencia cumple todos los requisitos y se encuentra a la espera de que la inspección de centros realice la visita de comprobación para su concesión.

El cumplimiento por el centro de estos requisitos puede afectar a los usuarios en cuanto a la concesión de las becas de atención que se otorgan por la Administración para ayudar al residente a sufragar el coste de la plaza privada, pues si la residencia no los cumple no se conceden estas ayudas. En este sentido, también hemos realizado algunas actuaciones pues, dados los precios que suelen fijarse en estos establecimientos, el percibo de una ayuda económica complementaria es esencial en muchos casos y la denegación de la misma para los usuarios que la venían percibiendo con anterioridad les irroga un perjuicio injustificado, en la medida en que la denegación se basa en circunstancias ajenas al usuario. Hay que tener en cuenta que las personas mayores suelen tener unos ingresos escasos y que la reducción, aunque mínima, de las ayudas económicas que perciben les afectan sobremanera en su nivel y calidad de vida. Por otra parte, hay que valorar el carácter del incumplimiento o irregularidad en que recae el centro como causa de la denegación de las becas, distinguiendo entre las deficiencias insubsanables y las que suponen la mera falta de algún requisito de trámite.

La existencia de órganos de participación y representación de los usuarios de estos centros viene condicionado en gran medida por la capacidad de la residencia y el tipo de personas a las que atiende, especialmente en los centros privados. Es comentario común en este tipo de establecimientos que si los residentes son personas válidas suelen llevar una vida independiente sin tener, en ocasiones, mucha relación entre ellos; y si son personas asistidas, la limitación de sus capacidades suele ser un obstáculo serio para la constitución

de este tipo de representaciones. Todo ello condiciona asimismo el establecimiento de programas de actividades fijos, pues los residentes no muestran normalmente excesivo interés por ellos, prefiriendo ver la televisión, jugar a las cartas o asistir a algún lugar de reunión fuera del centro. Ya hemos señalado a este respecto, la importancia de fomentar la participación del mayor en su entorno y en todas las decisiones que le afectan.

Algunas residencias tienen contratados servicios de terapia ocupacional, pero no parecen ser muy demandados por los usuarios. Las labores de asistencia social que desarrollan las personas contratadas en algunas residencias para estos fines se consideran especialmente útiles y apropiadas (contactos con la familia, historial social y sanitario del usuario, tramitación de las becas...).

La media de edad de los usuarios es elevada, siendo la mayoría mayores de 80 años y mujeres. Los estados físicos y psíquicos que presentan son variados, pero normalmente suelen presentar procesos degenerativos consecuentes a su edad. Se han incrementado los casos de ancianos válidos que acuden directamente al centro, sin intervención familiar. Ello denota un cambio de mentalidad respecto a estos establecimientos y la función social que desarrollan.

En los contratos de admisión suele estar prevista la firma indistinta del usuario o de la persona que se responsabiliza de él, considerando la Institución que si el afectado no está legalmente incapacitado habría de suscribirlo en todo caso él mismo, pues el ordenamiento jurídico le presume capaz para realizar todo tipo de actos y contratos. En este sentido, indicar que son excepcionales los casos de residentes que han sido declarados judicialmente incapaces, a pesar de padecer enfermedades o deficiencias claramente invalidantes. Ello obedece, según nos indican en algunos centros, a la reticencia de las familias en iniciar el proceso sobre la base de un desconocimiento general acerca del contenido y efectos de esta institución protectora. Por otra parte, la desconfianza que presentan los ancianos hacia terceros por norma general hace que deleguen en sus familiares las firmas necesarias.

Ante todo ello, debemos realizar una labor de información general sobre la situación jurídica de los residentes. Informamos a los directores de sus funciones como guardadores de hecho de los usuarios y de su obligación de poner en conocimiento de la Fiscalía la situación de los residentes que presentan imposibilidad de valerse por sí y atender su cuidado y el de su patrimonio. En las residencias públicas, se suele comunicar de oficio a Fiscalía la existencia de presunta causa de incapacidad en cualquiera de los residentes acompañando informe del médico del centro al efecto. Y es que si la familia no existe o no quiere actuar, ha de ser el Ministerio Fiscal el que ha de instar la incapacitación y consiguiente nombramiento de la institución protectora adecuada: un tutor, un curador o un defensor judicial.

Hay que tener en cuenta que el mero hecho del ingreso de una persona en una residencia requiere la prestación de su válido consentimiento, pues se encuentra afectado su derecho a la libertad personal. Si esta persona no consiente o no se encuentra en condiciones de prestar ese consentimiento nadie puede suplir su voluntad, debiendo ser la autoridad judicial la que se constituya en garante del anciano y autorice en su caso ese internamiento. De hecho, si la persona está incapacitada incluso el propio tutor ha de solicitar esa autorización del juez para proceder al ingreso, no pudiendo por el hecho de ser el representante legal del incapaz prescindir de esa garantía que afecta a un derecho personalísimo del afectado.

También puede ocurrir, y en la práctica sucede frecuentemente, que una persona ingrese voluntariamente en un centro y con posterioridad vaya sufriendo un deterioro de sus funciones psíquicas que exijan, igualmente, una intervención judicial a fin de garantizar el respeto de sus derechos.

3.5 La asistencia sociosanitaria

La capacidad de vivir más años no quiere decir que se mantenga también la independencia todos estos años; así, se ha venido produciendo un aumento en la necesidad de cuidados y atención de las personas mayores.

En general, hasta los 75 años las personas mayores disfrutan una buena situación de autonomía y competencia personal. Tienen capacidad para llevar una vida independiente. Sin embargo, a partir de los 80 años la mayoría, que son mujeres, se encuentran en situación de gran necesidad de cuidados y atención. Las actividades para las que frecuentemente necesitan ayuda son: bañarse o ducharse el 14%, realizar tareas domésticas 11% y subir y bajar escaleras el 9%. En Zaragoza, el 15,1% de las personas mayores padecen una limitación de su autonomía.

Y es que el incremento en la expectativa de vida ha traído consigo, por lo que aquí nos interesa, un incremento del número de personas dependientes. Esto conlleva necesariamente mayores necesidades de atención a este tipo de enfermedades y la necesidad de articular los elementos necesarios para, en primer lugar, intentar prevenir esa dependencia y, en segundo lugar, cuidar de la mejor manera posible a los afectados. No hay que olvidar que la dependencia es otro factor de riesgo en la aparición de situaciones de maltrato, por lo que el refuerzo de los programas de apoyo a la dependencia se plantea como una necesidad básica.

Las personas mayores son, como grupo, los usuarios más frecuentes de asistencia sanitaria: así, los mayores de 65 años y los pensionistas consumen cerca del 70% del farmacéutico en atención primaria y en los hospitales

alrededor de un 50% de las camas son ocupadas por ellos, elevándose la tasa de ingresos al cuadruple cuando se trata de personas mayores de 75 años. Si a cualquier ciudadano, con independencia de su edad, le afecta un prolongado tratamiento o el ingreso en una institución sanitaria (cambio de hábitos, alimentación, entorno hostil, falta de información, disminución del contacto afectivo), la situación se agrava cuando el paciente es un anciano. A la ansiedad general, se puede unir el miedo, el aislamiento que frecuentemente padece el mayor hospitalizado y la desorientación, problema que puede conducirle a situaciones de demencia transitoria, de mayor o menor duración, pero siempre unida a un gran sufrimiento.

Por otra parte, también son los usuarios que utilizan estos recursos de forma más justificada, al ser la parte de la sociedad portadora de más enfermedades y problemas de salud. Además, hay que tener en cuenta las peculiaridades que presentan en su modo de enfermar y en sus necesidades de asistencia sanitaria, como son que:

- Padecen enfermedades específicas: como las derivadas de la patología cardiovascular (accidentes cerebro-vasculares, insuficiencia cardiaca), del aparato locomotor (artrosis, osteoporosis), neurológicos (alzheimer y otras demencias), órganos de los sentidos (sordera, cataratas)...

- Es frecuente la existencia de pluripatologías en una misma persona.

- Sus enfermedades adquieren modos de presentación diferente con manifestaciones atípicas e inespecíficas y patrones evolutivos peculiares con tendencia frecuente hacia la incapacidad y la dependencia.

- Tienen además repercusión en diferentes áreas de la persona, y si el tratamiento no es adecuado o es tardío, el deterioro puede ser más rápido y acentuado y la recuperación más lenta y difícil que en los adultos más jóvenes.

Estas y otras peculiaridades hacen preciso un modelo de atención sanitaria que atienda a estas necesidades específicas y que desarrolle unos niveles de calidad al menos iguales que el de los adultos más jóvenes, disfrutando así las personas mayores del mismo acceso a la tecnología y a los medios diagnósticos y terapéuticos. En este sentido, se aprecian discriminaciones por razón de edad en las denuncias efectuadas por expertos oncológicos que señalan la frecuencia con que los pacientes ancianos son excluidos de importantes ensayos clínicos y no se les ofrecen las mismas opciones de tratamiento que a los jóvenes.

En este sentido se ha pronunciado la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, que aboga por que la atención geriátrica sea un derecho básico, considerando que la atención específica a la salud de las personas mayores permite disminuir la frecuencia y la intensidad de la dependencia con medidas

como la educación sanitaria, la prevención, el control y el adecuado manejo de enfermedades.

Por otra parte, la información remitida por Cáritas indica que *“se desarrollan Programas de Promoción de la Salud, pero paradójicamente nuestros Centros de Salud no llegan a todos los mayores, fundamentalmente a aquellos con problemas de autonomía y aislamiento social que son los más necesitados.*

Faltan recursos alternativos entre hospital y residencia/domicilio, evitando largos ingresos hospitalarios. Esto provoca que las personas mayores vuelvan a sus domicilios cuando todavía no se han recuperado plenamente y, en muchos casos, no existe cuidador. En otros casos, la persona pasa a ser dependiente en gran medida para las actividades de la vida diaria, y regresa a su domicilio sin haber podido organizar una red de atención adecuada, bien por inexistencia de cuidador, bien por la escasez e insuficiencia de los Servicios de apoyo a domicilio. En otros casos, se gestiona el ingreso en residencias de bajo coste, que no reúnen condiciones mínimas para atender a estas personas dependientes o con enfermedades terminales, repercutiendo negativamente en la calidad de vida de los mismos.

No hay suficientes servicios adecuados a domicilio. En el Plan Gerontológico Nacional se propone el apoyo sanitario a residencias, que normalmente suele contar con el rechazo de los facultativos. Actualmente se cuenta con el Equipo de Soporte Domiciliario (ESAD), pero la demanda debe partir del personal sanitario del centro de salud, quienes deben estar sensibilizados con la realidad de los mayores y ser conscientes de sus necesidades y limitaciones, para considerar la tramitación de dicho servicio “.

Si bien se ha avanzado en ésta como en otras áreas que afectan a las personas mayores, también se ha detectado que el sistema sanitario público presenta ciertos déficits de médicos especialistas en geriatría y enfermeras expertas en este área en los centros sanitarios. En este sentido, viene recomendada la presencia de un geriatra por cada 10.000 personas mayores de 65 años.

Igualmente, se ha detectado la necesidad de mejorar la disponibilidad de las prestaciones rehabilitadoras y, sobre todo, de incrementar la coordinación de los servicios sanitarios de atención a las personas de edad tanto entre sí como con los servicios sociales, a fin de lograr una intervención integral y garantizar los derechos del mayor.

4. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

4.1. La creciente sensibilización respecto de los derechos de los hombres y mujeres de edad ha llevado a considerar el maltrato de las personas mayores como una cuestión de derechos humanos y un grave problema social, con raíces que son culturales y psicológicas. Las prácticas y los comportamientos abusivos hacia los mayores pueden considerarse una violación de los derechos fundamentales garantizados en los pactos internacionales y consagrados en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

A falta de una definición universal aceptada, las definiciones actuales de los malos tratos contra las personas de edad reflejan distinciones entre lo que se considera aceptable e inaceptable en materia de comportamiento interpersonal y comunal en deferentes sociedades, teniendo en cuenta que las percepciones y definiciones de la violencia y los malos tratos varían según las distintas sociedades y dentro de una misma sociedad.

4.2. Un posible perfil de las víctimas apunta de forma más frecuente hacia mujeres, viudas, de 75 años en adelante, con un importante deterioro funcional, dependientes de un familiar para la mayoría de las actividades de la vida diaria y con el que conviven, con problemas y conductas anómalas (incontinencia, agresividad, agitación nocturna), que presentan antecedentes previos de lesiones inexplicables y recurrentes, con signos de malnutrición, deshidratación, mala higiene o intoxicación medicamentosa y en situación de aislamiento social.

Los sujetos activos suelen ser frecuentemente miembros de la familia, amigos o conocidos. No obstante, también puede tratarse de desconocidos que se aprovechan de las personas de edad, de organizaciones comerciales que defraudan a sus clientes y de individuos que, en el ejercicio de su función como encargados de cuidar a estas personas, las someten a malos tratos o las abandonan.

En cualquier caso, el agredido suele estar en situación de inferioridad, bien por su situación de dependencia física, psíquica, social, ambiental, etc. de otra persona que le presta una ayuda o servicio que él mismo no puede satisfacer por sus propios medios.

4.3. En los casos de ancianos institucionalizados, las deficiencias que pueden presentarse en el sistema de atención a estas personas, incluida la insuficiente capacitación de la plantilla, la sobrecarga de trabajo, las bajas

remuneraciones, una disciplina demasiado estricta o una sobreprotección así como el deterioro de las instalaciones, son factores que de presentarse pueden hacer más difíciles las interacciones entre cuidadores y residentes lo que puede dar lugar a su vez a malos tratos, abandono y explotación.

4.4. En nuestro país la conciencia del abuso de ancianos no se ha formado todavía, careciéndose de programas de formación para profesionales y de información específica.

Es difícil por ello conocer las cifras reales de este fenómeno, teniendo en cuenta que las personas mayores integran un colectivo especialmente vulnerable y expuesto a situaciones de indefensión, como ocurre con la infancia. En muchas ocasiones el anciano, como el niño, no se queja o no llega a denunciar el problema por miedo a represalias de las personas que le atienden, incluso en algunos casos se dan sentimientos de culpabilidad asociados. Además los ancianos con demencia no entran en los grupos de estudio, siendo un colectivo con alta incidencia teórica de malos tratos. Todo ello deriva en consideraciones sobre la existencia de un fenómeno *iceberg*, en el que influye en gran medida la sensibilidad de la propia comunidad, de los medios de comunicación y de los profesionales implicados.

Aragón no es una excepción a la hora de investigar sobre las cifras de este fenómeno. La información recabada por esta Institución de los Servicios de Urgencias de los hospitales generales de nuestra Comunidad Autónoma denota una insuficiente concienciación sobre la problemática con la consiguiente ausencia de datos, estadísticas y actuaciones protocolizadas. No obstante, del análisis de los datos y cifras que se barajan en los países desarrollados unido a los que hemos podido contrastar en nuestra Comunidad Autónoma, si bien no nos permiten realizar afirmaciones tajantes sobre las dimensiones del maltrato a las personas mayores, sí nos llevan a concluir en la existencia de la problemática en nuestro entorno y la necesaria sensibilización pública que su tratamiento exige.

4.5. Todo ciudadano tiene la obligación ética y legal de notificar a las autoridades los casos de sospecha. Cualquier persona que esté relacionada con el anciano debe prestar atención a los signos y síntomas de maltrato. Los profesionales de la Sanidad y de los Servicios Sociales tienen especial obligación de identificar y actuar en los casos con razonable sospecha de maltrato. Se precisa tanto la colaboración ciudadana como la intervención coordinada de todos los servicios públicos y profesionales que, por sus funciones y competencias, pueden detectar con mayor facilidad estas situaciones y actuar en consecuencia.

Para facilitar la detección, notificación y derivación de las situaciones de maltrato a las personas de edad, sería conveniente la elaboración de una guía o protocolo de actuación dirigida a la población en general y a los profesionales más directos en particular que contuviera la información necesaria para poner en marcha el proceso, canalizando las denuncias o notificaciones para su adecuado estudio y valoración.

4.6. Como mecanismos de protección establecidos en numerosos países se señalan las llamadas Unidades de Alerta y también líneas telefónicas de ayuda, de forma definitiva o como parte de proyectos experimentales, a fin de educar a los usuarios de dichas líneas sobre el maltrato de las personas de edad y los recursos disponibles, remitiéndoles a organismos de ayuda. Y es que se considera esencial ofrecer recursos que permitan romper la dependencia de uno u otro carácter que suele existir entre el maltratador y el maltratado. Por ello, sería conveniente instaurar medidas de seguridad y protección similares a las ya existentes para afrontar la violencia hacia otros colectivos, como los centros asistenciales específicos, la atención psicológica y jurídica, las ayudas económicas y las ordenes de alejamiento.

También se indica la conveniencia de establecer cartas de derechos y responsabilidades de los residentes de los centros asistenciales, el establecimiento de normas de atención y de requisitos para la contratación de personal, así como los protocolos al efecto, sin olvidar las inspecciones periódicas de las residencias.

4.7. Desde el punto de vista normativo, se viene recomendando en nuestro país el refuerzo de la protección legal de las personas mayores frente a los malos tratos, en concreto, tipificando o delimitando con mayor concreción aquellas acciones que suponen <maltrato> a las personas de edad. Otra cuestión es la efectiva aplicación de la legislación que protege de los malos tratos a las personas de edad en los países que existe.

4.8. En materia de prevención, se apunta la necesidad de intervenciones en materia de sensibilización de los profesionales, de los cuidadores, la educación de los mayores, la educación de los hijos y la educación ciudadana. En este sentido, las campañas de educación general se valoran de forma muy positiva en el tratamiento de este fenómeno.

Resulta también interesante señalar la conveniencia de instaurar un sistema de evaluación sobre la eficacia de los distintos programas que se puedan poner en funcionamiento, pues los programas de intervención y prevención que existen en la actualidad no disponen de instrumentos de evaluación a efectos de valorar su eficacia. Asimismo, los expertos

internacionales reclaman mayor apoyo institucional para posibilitar nuevas investigaciones que permitan conocer mejor la realidad del fenómeno.

Una mejor información acerca de la frecuencia del problema, esfuerzos mutidisciplinarios en la definición e identificación específica de cada caso, y acuerdos o protocolos sobre tipos de intervenciones pueden contribuir a disminuir este problema tan real como oculto.

4.9. La familia cumple funciones básicas de ayuda a las tareas cotidianas, al mismo tiempo que atiende buena parte de las necesidades que este colectivo presenta; desempeña también tareas difícilmente sustituibles de apoyo psicológico y bienestar personal. La importancia y valor que la familia otorgue al anciano influye decisivamente en la situación psicofísica de éste, siendo innegable la responsabilidad familiar en la calidad de vida del mayor.

Los cambios en la organización social, en la composición familiar, donde ya no es la norma de convivencia en un mismo espacio físico de tres generaciones, la desaparición de las tiendas de barrio y su sustitución por grandes superficies anónimas, la supresión de las porterías, etc., pueden favorecer que la persona mayor se encuentre en una situación de necesidad que pase desapercibida a los demás, convirtiéndose el hecho de vivir solo en un indicador clave para identificar grupos de alto riesgo y determinar demandas asistenciales. En este sentido, el padrón municipal de habitantes facilita información de la edad de las personas, de su residencia y de las personas que conviven en un mismo domicilio. En consecuencia, se dispone de una herramienta que podría ser utilizada por los servicios sociales de atención primaria para localizar a todo el que llegue a una edad prefijada e informar sobre los servicios sociales disponibles.

Ciertamente, las administraciones han puesto en marcha una diversa gama de servicios asistenciales adecuados, pero que en ocasiones sólo llegan a sectores reducidos. Otras veces se detecta la insuficiencia de la publicitación de los servicios, dadas las especiales circunstancias de los necesitados de estas ayudas, por lo que sería más acertado ofrecer información y proponerlos de forma individual.

4.10. Las características de las viviendas condicionan la posibilidad de que los ancianos puedan continuar en sus hogares sin necesidad de desarraigarlos del medio social en el que se ha venido desarrollando su vida. La accesibilidad de la edificación constituye por sí misma un principio básico para facilitar la integración social de los mayores. La falta de equipamiento básico agrava la situación a medida que aumenta la edad y puede incidir negativamente en la salud. En la ciudad de Zaragoza el 42% de las familias con personas minusválidas o dependientes mayores de 65 años no disponen

de ascensor en su vivienda, siendo la situación más problemática conforme se va elevando la altura en la que se sitúa el domicilio.

Para resolver estas situaciones que se están presentando en muchas viviendas habitadas por personas de edad, sería conveniente habilitar un conjunto de ayudas económicas y técnicas dirigidas a solucionar estos problemas de adaptación residencial y los problemas sociales que de ellos se derivan, de forma que se facilite la reestructuración de estas viviendas o la movilidad de las personas respetando su <habitat>.

Estas medidas deben correr parejas a la eliminación de las barreras arquitectónicas del espacio exterior para permitir la movilidad de los ancianos. La cuarta parte de los ancianos españoles declara tener verdaderas dificultades para desplazarse por las calles de la ciudad en la que reside, ante la inadaptación del entorno: aceras demasiado altas, problemas de accesibilidad y adaptación de los transportes públicos, escasez de zonas peatonales, indicando las personas afectadas incluso la falta de tiempo suficiente para cruzar la calzada en determinados semáforos. Resulta llamativo el elevado número de personas mayores que sufren lesiones en la vía pública al transitar como peatones o como usuarios de autobús. De ahí la importancia de que se cumpla rigurosamente la legislación existente en materia de supresión de barreras arquitectónicas, del transporte y de la comunicación y de que, en su aplicación, se adopten las medidas precisas que, teniendo en cuenta estas problemáticas, favorezcan la integración de las personas de edad en la sociedad.

4.11. A pesar del crecimiento tan importante que la red de servicios sociales ha experimentado estos últimos años, se constatan ciertos déficits en recursos para atender a esta población. Las limitadas disponibilidades presupuestarias exigen una rigurosa planificación para poder dar cobertura al mayor número de personas posible. Según el Estudio Diagnóstico de Necesidades Sociales en Zaragoza (2001), sólo el 13% de las familias que tienen en su seno un mayor dependiente reciben apoyo profesional para su cuidado, demandando este apoyo un 57% de las familias. También destaca este Estudio que el 43% no demanda apoyo profesional teniendo en su seno un mayor con limitación de autonomía, lo que puede deberse, entre otros factores, al nivel educativo de los mayores en la ciudad (el 16,7% o son analfabetos absolutos -2,4% - o son analfabetos funcionales -14,3% -). Esta carencia cultural repercute en la falta de recursos personales para conocer los derechos, hacerlos valer y reivindicarlos cuando estos se vulneran.

4.12. Los servicios de atención domiciliaria son, actualmente, un elemento clave para conseguir que las personas de edad que requieren ayuda puedan continuar viviendo en su casa el máximo tiempo posible, tanto si viven

solas como si conviven con otras personas que necesitan un poco de apoyo, por lo que deberían incrementarse las posibilidades de este recurso.

Igualmente parece conveniente impulsar el acceso a los centros de día y los programas que permiten el ingreso en centros residenciales durante todos o algunos fines de semana o en vacaciones, para coadyuvar a la atención que presta la familia, permitiendo un descanso a aquellos de sus miembros que dedican sus esfuerzos a atender a los mayores.

4.13. Se estima que en Aragón 3.000 personas ejercen de cuidadoras, siendo en su mayoría mujeres. El 97% de ellas acaba manifestando alguna afección psíquica o física. La tristeza, la soledad o el “síndrome del cuidador” son problemas a los que se enfrentan cuando deben simultanear las tareas domésticas y laborales y, además, hacerse cargo de conflictos psicofamiliares debidos a la situación de discapacidad o dependencia de algún miembro del hogar. Ello indudablemente constituye un factor de riesgo de maltrato al anciano, al disminuir la calidad y calidez del cuidado, y pone de manifiesto las carencias en el apoyo a las familias cuidadoras, a nivel asistencial, de atención psicosocial y formativa, lo que genera estrés, angustia, sobrecarga y tratos inadecuados a los mayores. Resulta necesario que el cuidado de los mayores corra a cargo de personas con una experiencia apropiada. Destacar el papel que las personas inmigrantes están realizando en el desempeño de los denominados servicios familiares.

4.14. Atendiendo la necesidad de fomentar las alternativas a la atención residencial para nuestros mayores, favoreciendo a su vez la permanencia en el entorno y el desarrollo de la solidaridad social, el Justicia ha instado a las Administraciones implicadas a la implantación de un programa de acogimiento familiar de ancianos que, por las características sociodemográficas de Aragón, podría tener una buena acogida. En algunas Comunidades Autónomas se ha promovido un plan para que los universitarios vivan gratuitamente en pisos de ancianos a cambio de ofrecerles compañía y ayuda en el hogar.

4.15. Las listas de espera existentes para acceder a una residencia geriátrica de carácter público sigue siendo motivo de preocupación para muchas familias, teniendo en cuenta que los precios de los centros privados no son asequibles para las economías de muchos ancianos que disponen exclusivamente de una pensión de cuantía variable.

La proliferación de estos centros sociales aconseja poder disponer de los medios personales suficientes para poder desarrollar las labores de inspección con una periodicidad adecuada.

El elevado número de residentes que precisan cada vez una mayor asistencia pone de manifiesto la conveniencia de incrementar en determinados casos las plantillas, especialmente en cuanto a los trabajadores que atienden directamente a los usuarios, a fin de evitar sobrecargas de trabajo en detrimento de la prestación de una adecuada atención.

4.16. En los contratos de admisión en residencias geriátricas suele estar prevista la firma indistinta del usuario o de la persona que se responsabiliza de él, siendo que si el afectado no está legalmente incapacitado habría de suscribirlo en todo caso él mismo pues el ordenamiento jurídico le presume capaz para realizar todo tipo de actos y contratos, encontrándonos en ocasiones con situaciones que vulneran el respeto a la capacidad jurídica del mayor. En este sentido, indicar que son excepcionales los casos de residentes que han sido declarados judicialmente incapaces, a pesar de padecer enfermedades o deficiencias claramente invalidantes. Si el anciano no tiene familia o ésta se niega a actuar, se deben poner los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal a fin de que inste, si procede, la incapacitación y consiguiente nombramiento de la institución protectora adecuada, considerando a este respecto la conveniencia de potenciar las instituciones tutelares públicas de carácter social.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que el mero hecho del ingreso de una persona mayor en una residencia requiere la prestación de su válido consentimiento, pues se encuentra afectado su derecho a la libertad personal. Si esta persona no consiente o no se encuentra en condiciones de prestar ese consentimiento nadie puede suplir su voluntad, debiendo ser la autoridad judicial la que se constituya en garante del anciano y autorice en su caso ese internamiento.

4.17. El incremento en la expectativa de vida ha traído consigo asimismo un aumento del número de personas dependientes. La dependencia es otro factor de riesgo en la aparición de situaciones de maltrato, por lo que el refuerzo de los programas de apoyo a la dependencia se plantea como una necesidad básica.

Se hace asimismo preciso un modelo de atención sanitaria que atienda a las necesidades específicas de los ancianos y que desarrolle unos niveles de calidad al menos iguales que el de los adultos más jóvenes, disfrutando así las personas mayores del mismo acceso a la tecnología y a los medios diagnósticos y terapéuticos. La atención específica a la salud de los mayores permite disminuir la frecuencia y la intensidad de la dependencia con medidas como la educación sanitaria, la prevención, el control y el adecuado manejo de enfermedades.

Si bien se ha avanzado en ésta como en otras áreas que afectan a las personas de edad, se ha detectado que el sistema sanitario público presenta ciertos déficits de médicos especialistas en geriatría y enfermeras expertas en este área en los centros sanitarios. En este sentido, viene recomendada la presencia de un geriatra por cada 10.000 personas mayores de 65 años.

Igualmente, se ha detectado la necesidad de mejorar la disponibilidad de las prestaciones rehabilitadoras y, sobre todo, de incrementar la coordinación de los servicios sanitarios de atención a las personas de edad tanto entre sí como con los servicios sociales, a fin de lograr una intervención integral y garantista de los derechos del mayor.

ANEXO

PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS A FAVOR DE LAS PERSONAS MAYORES. Año internacional de las Personas Mayores 1999

Independencia

Acceso a la alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.

Oportunidad de trabajar o de acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.

Poder participar en la determinación de cuando y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.

Acceso a programas educativos y de formación adecuados.

Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales.

Poder residir en su domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación

Poder permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.

Poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.

Poder formar movimientos o asociaciones de personas mayores.

Cuidados

Poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad en conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

Acceso a servicios de atención de la salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.

Acceso a los servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidados.

Acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.

Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados y tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y calidad de vida.

Autorrealización

Poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.

Acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Dignidad

Poder vivir con dignidad y seguridad, y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.

Recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y ser valoradas independientemente de su contribución económica.