

BID T 6140

VNIVERSITAT ID VALÈNCIA

Facultad de ciencias sociales.

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA SOCIAL.



**ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN
SOCIOSANITARIA EN LA COMUNIDAD
VALENCIANA: Características y
necesidades de la demanda atendida.**

Tesis doctoral

Presentada por:

FRANCISCO JOSÉ RÓDENAS RIGLA.

Dirigida por:

DR. JORGE GARCÉS FERRER

Valencia, 2003

UMI Number: U607527

All rights reserved

INFORMATION TO ALL USERS

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.

In the unlikely event that the author did not send a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if material had to be removed, a note will indicate the deletion.



UMI U607527

Published by ProQuest LLC 2014. Copyright in the Dissertation held by the Author.
Microform Edition © ProQuest LLC.

All rights reserved. This work is protected against
unauthorized copying under Title 17, United States Code.



ProQuest LLC
789 East Eisenhower Parkway
P.O. Box 1346
Ann Arbor, MI 48106-1346



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA



D. JORGE GARCÉS FERRER, doctor en Psicología por la Universitat de València, Catedrático de Escuela Universitaria de la Universitat de València,

Certifica:

Que el presente trabajo, titulado "ESTUDIO SOBRE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DE LA DEMANDA ATENDIDA", ha sido realizada por D. FRANCISCO JOSÉ RÓDENAS RIGLA, bajo mi dirección, y constituye su Tesis para optar al Grado de Doctor.

Para que conste, firmo la presente en Valencia a dieciséis de junio de dos mil tres.

Fdo. Jorge Garcés Ferrer.

b 16699609

i 18827871

CB 0001661316

AGRADECIMIENTOS

Desde que comencé este trabajo de investigación en el ámbito de la atención sociosanitaria son muchas las personas que me han ayudado y han contribuido al desarrollo del mismo. A todas quiero expresar mi agradecimiento, en especial:

Al Dr. Jorge Garcés Ferrer, director de la tesis, que confió en mi trabajo desde el principio, me ayudó a implicarme en el tema y me orientó en todo momento. Su respaldo fue decisivo para desarrollar esta investigación.

A los miembros de la unidad de investigación "*Políticas de Bienestar Social*" por su comprensión y apoyo. En particular, al Dr. Vicente Sanjosé por su ayuda a la hora de realizar el planteamiento metodológico y el análisis estadístico de los datos.

Al personal de los centros sociales y sanitarios, por hacer posible el contacto con la población atendida. Y muy especialmente a todas aquellas personas anónimas que se prestaron, desinteresadamente, a ser sujetos de esta investigación, sin las cuales este trabajo hubiese sido imposible.

A mi familia, y en particular a Irene, por su espera, su apoyo incondicional y su comprensión.

Fdo. Francisco José Ródenas Rigla.

*A mis padres,
Paco y Encarna.*

ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. DEPENDENCIA Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.....	13
2.2. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.....	28
2.2.1. Envejecimiento de la población.....	28
2.2.2. El aumento de la dependencia.....	40
2.2.3. Crisis del apoyo informal.....	63
2.3 LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE LA DEPENDENCIA EN EUROPA.....	67
2.3.1. Modelo nórdico o escandinavo.....	70
2.3.2. Modelo anglosajón.....	73
2.3.3. Modelo bismarckiano o continental.....	74
2.3.4. Modelo meridional.....	78
2.4 LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA.....	82
2.5. INICIATIVAS SOCIOSANITARIA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	99
2.5.1. Modelo de Atención Sociosanitaria de Cataluña, “Vida als Anys”.....	102
2.5.2. Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León.....	105
2.5.3. Programa de Atención Sociosanitaria de la Xunta de Galicia.....	107
2.5.4. El Plan Foral de Atención Sociosanitaria de Navarra.....	111
2.5.5. Plan de Atención Sociosanitaria del Mayor de Cantabria.....	112
2.6. LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.....	116
2.6.1. Recursos sociales y sanitarios que configuran la red de cuidados de larga duración en la comunidad valenciana.....	127
2.6.1.1. Recursos de asistencia comunitaria.....	128
2.6.1.2. Recursos de asistencia domiciliaria.....	137
2.6.1.3. Recursos institucionales.....	139
3. FUENTES Y MÉTODO.....	147

3.1. FUENTES DE DATOS.	150
3.1.1. Demanda sociosanitaria atendida.	151
3.2. MÉTODO.....	159
3.2.1. Universo y tamaño muestral.	159
3.2.2. Estratificación, afijación y selección de la muestra.	160
3.2.3. Ponderación de la muestra.	166
3.2.4. Instrumento: Estructura y validación.	169
3.2.4.1. Elaboración y estructura del cuestionario de necesidades sociosanitarias.	175
3.2.4.2. Validación del cuestionario de necesidades sociosanitarias: Estudio piloto.	186
3.2.5. Recogida de datos: procedimiento y control de sesgos.	189
3.2.6. Pruebas estadísticas utilizadas.	191
4. RESULTADOS.	193
4.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA DEMANDA ATENDIDA.....	194
4.2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA DEMANDA ATENDIDA.	203
4.3. VIVIENDA Y ENTORNO PRÓXIMO DE LA DEMANDA ATENDIDA.....	213
4.4. CAPACIDAD FUNCIONAL DE LA DEMANDA ATENDIDA	220
4.5. ESTADO COGNITIVO Y EMOCIONAL DE LA DEMANDA ATENDIDA.....	228
4.6. COMBINACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y EL ESTADO COGNITIVO.	232
4.7. APOYO SOCIAL DE LA DEMANDA ATENDIDA.	236
4.8. CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES.	246
4.9. DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA ATENDIDA POR RECURSOS.....	253
4.9.1. Residencia para personas mayores.	253
4.9.2. Residencias discapacitados.	268
4.9.3. Centros específicos para enfermos mentales crónicos (CEEM).....	278
4.9.4. Hospital de atención a crónicos y larga estancia (HACLE).	286
4.9.5. Unidad médica de corta estancia (UMCE).	299

4.9.6. Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP).	311
4.9.7. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).	323
4.9.8. Teleasistencia.	337
4.9.9. Ayudas para el cuidado de ancianos.	348
4.9.10. Unidad de hospitalización a domicilio (UHD).....	360
4.9.11. Centro de día en residencia para mayores.....	373
4.9.12. Centro de rehabilitación e integración social para enfermos mentales crónicos (CRIS).....	383
4.9.13. Unidades de conductas adictivas (UCA).	392
4.9.14. Unidad de salud mental (USM).	404
4.10. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS.....	420
5. CONCLUSIONES.	447
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	459
7. ANEXOS.	481
ANEXO 1. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias (CNSS).	482
ANEXO 2. Revisión del formato y preguntas del CNSS.	513



1. INTRODUCCIÓN.

Los países europeos se encuentran en un proceso de convergencia que conlleva el afrontamiento de similares problemas sociales, económicos y políticos, pese a la disparidad de modelos de protección social¹, característica de Europa, y puesta de relieve por autores como Picó (1996). En particular, el bienestar se empieza a concebir como un valor supranacional que requiere de la conjunción de criterios y esfuerzos para su mantenimiento ante problemas sobrevenidos en todos los países, como son el aumento de la ratio de pensionistas y el incremento de la demanda de cuidados de larga duración (Garcés, 2000); ambos muy relacionados con el envejecimiento de la población europea, que significan una carga creciente sobre los sistemas públicos de salud (Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2002a y 2002b) y de pensiones (Economic Policy Comité, 2001 y 2002). Además, en los Estados meridionales concurre otro fenómeno que afecta directamente a la provisión del bienestar, concretamente la incorporación de la mujer al mundo laboral que tiene asociada una progresiva desfamilización de la sociedad. Ante la ruptura de la solidaridad familiar que ello trae asociado, aparece un incremento de la demanda de cuidados sociosanitarios hacia el Estado que grava aún más el gasto público. Estos problemas comunes se producen en conyunturas aún diferentes en cada modelo de bienestar, pero la convergencia europea supone plantear respuestas que, a largo plazo, sean útiles para todos los países.

La consecuencia de los problemas planteados es una situación en la que no se puede renunciar a la cobertura de bienestar público, ya que ello violaría los principios éticos que son la base del Estado del

¹ Existen estudios en castellano que aportan datos comparativos sobre los sistemas de bienestar europeos, como el de González y Mendoza (1996), Muñoz, García y González (2000), Moreno (2000) o Muñoz de Bustillo (2000). Pero la mayoría de la bibliografía está en inglés, tanto los libros que analizan la evolución histórica comparada de los sistemas de bienestar social, como Koehler, Zacher & Parkington (1982) y Gustafsson & Klevmarken (1989); y aquellos que estudian comparativamente la situación actual de estos sistemas, como Munday (1993), Munday & Ely (1996), OECD (1996 y 1998d), Bonoli, George & Taylor-Gooby (2000) o Kautto, Fritzell, Hvinden, Kvist & Uusitalo (2001).

bienestar, como la solidaridad, la justicia social y la dignidad de la persona, pero es difícil sostener esa cobertura, porque implicaría aumentar la carga impositiva sobre los trabajadores más jóvenes hasta límites insostenibles en beneficio de los mayores (Jakson & Howe, 2003), lo que estaría en contra del valor de la solidaridad intergeneracional y la justicia social. La respuesta que se está dando hasta el momento en toda Europa implica aumentar el gasto público, al mismo tiempo que se introducen más medidas de evaluación selectiva para el acceso a las ayudas. Esto supone una regresión en el camino de la universalidad hacia una creciente selectividad y una menor accesibilidad de los ciudadanos al bienestar.

El presente estudio se aproxima a la situación de una población típicamente meridional -como la valenciana- con necesidades sociosanitarias, considerando que la atención de las mismas debe estar asentada sobre principios como la sostenibilidad social de los sistemas de protección -juzgando las dimensiones diacrónica y sincrónica del bienestar-, la calidad de vida -como valor esencial y subjetivo-, y la corresponsabilidad social y financiera que suponga una aportación solidaria y activa de la sociedad satisfecha a la insatisfecha.

La sostenibilidad del sistema sanitario y social, requiere una política social que diseñe y planifique, a medio y largo plazo, una oferta de servicios sociosanitarios con corresponsabilidad de la sociedad y el mercado. Esta oferta debe ser capaz de aliviar la sobrecarga asistencial y financiera del sistema sanitario (Saltman & Figueras, 1998; Mossialos, Dixon, Figueras & Kutzin, 2002), racionalizando y optimizando el sistema de servicios sociales, con una nueva cartera de servicios sociosanitarios basada en recursos domiciliarios y ambulatorios, esencialmente.

El aumento de los índices de dependencia, el envejecimiento de la población y la crisis del apoyo informal, junto con la necesidad de optimización de los actuales sistemas de protección social y sanitario, van a potenciar una serie de consecuencias tangibles que afectan a la demanda de servicios sociosanitarios, inabordables, de forma aislada desde cada uno de los sistemas de bienestar públicos actuales.

El envejecimiento progresivo de la población supone un aumento del coeficiente de dependencia económica relativa a los mayores (nº de pensionistas jubilados/nº trabajadores activos) que conlleva un progresivo incremento de la carga económica sobre el sistema de Seguridad Social (Comisión Europea, 2000a, 2001), aun considerando los procesos inmigratorios permitidos por las actuales políticas. Además, el periodo de soporte económico de una persona jubilada es cada vez mayor, dado el incremento de la esperanza de vida en la población.

Pero el alargamiento de la vida se ha visto acompañado por un aumento de la morbilidad. Es decir, cada vez hay más personas enfermas que alcanzan edades avanzadas. Asimismo, muchas patologías antes terminales se han convertido en enfermedades crónicas por el avance de los tratamientos médicos. El resultado es que, tanto entre los ancianos, como entre los jóvenes, se detecta un aumento progresivo de personas que requieren cuidados de larga duración debido a procesos cronificados que suelen acabar en estados clínicos complejos y pluripatológicos. La consecuencia obvia de todo ello es el aumento de la demanda de cuidados sociosanitarios.

Esta demanda debe ser atendida en todo Estado de bienestar, y de hecho así es ocurre en los países de nuestro entorno europeo. Sin embargo, las diferencias de índole histórico, económico, político, cultural y demográfico entre estados producen resultados y previsiones muy diversas². En el contexto europeo, estas diferencias

² La complejidad europea a la hora de viabilizar el bienestar social, ha intentado simplificarse a través de planteamientos que diferencian fundamentalmente dos concepciones enfrentadas: modelos "institucionales-integrados" versus modelos "residuales-diferenciados" (Titmuss, 1963; Wilensky y Lebeaux, 1965; Mishra, 1992). No obstante, autores como Therborn (1987) o Jones (1985) amplían el número de modelos en un continuum que utiliza como referentes los conceptos de capitalismo y bienestar. Esping-Andersen (1990) o Abrahamson (1995) inciden también sobre el enfrentamiento, pero en este caso partiendo de posturas político-ideológicas tradicionales, denominando a los modelos liberal, conservador/corporativo o socialdemócrata. En esta línea, Ferrera (1993) establece una clasificación con diferentes subgrupos que contraponen los modelos ocupacionales y universales, y Leibfried (1993) incorpora aspectos culturales y geopolíticos estableciendo una clasificación por regiones (modelo escandinavo, bismarckiano, anglosajón y latino). Otros autores como Korpi & Palme (1994) combinan grupos de población con alguno de los criterios anteriores, y definen como modelos los orientados hacia grupos concretos, voluntarios, corporatistas, de seguridad básica y comprensivos.

relativas a la atención a la dependencia, y en particular la organización de la atención sociosanitaria, se hacen patentes al considerar el desarrollo desigual de los seguros de dependencia (ya establecidos en Alemania, Austria y Luxemburgo), o la preocupación de determinados organismos como la OCDE (ThanDang, Antolini & Oxley, 2001) o la UE (Comisión Europea, 2002) en la defensa y adaptación de los sistemas de protección sanitarios y sociales, que aseguren una protección de calidad contra el riesgo de enfermedad y de dependencia, en particular ante el envejecimiento demográfico.

En España, y más concretamente en la Comunidad Valenciana, al igual que en otros países de la Europa mediterránea, el pilar del bienestar ha sido tradicionalmente la familia, que ha provisto los cuidados y atenciones a las personas dependientes, en especial, aquellos que caen dentro del ámbito no sanitario. Los elevados costes de los servicios privados relativos a los cuidados de larga duración y el cambio acelerado que ha registrado la estructura familiar en los últimos 20 años, con una rápida disminución del número de cuidadoras potenciales en el seno de la familia, no se ha visto acompañado por un pacto político global que permita la construcción y consolidación de un sistema de bienestar que evolucione a la par que lo hace la demanda de servicios.

No obstante, una muestra de la preocupación por el problema de la dependencia (centrada sobre el grupo de personas mayores y discapacitados) es la firma por la Administración central, CC.OO y las principales organizaciones empresariales, en abril de 2001, del *Acuerdo para la mejora y desarrollo del sistema de protección social*. En este acuerdo se ponen de manifiesto las ejes actuales de la intervención pública ante este problema: (1) las prestaciones económicas sustitutivas de salarios o compensaciones de necesidades, en especial para mayores; (2) el modelo sanitario universalizado, con el desarrollo de especialidades que permitan atender sus necesidades; y (3) el desarrollo de servicios que complementen a las pensiones y a la asistencia sanitaria, centrados en la convivencia y la integración social y familiar de las personas mayores (como la Ley 39/1999 de conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras). No obstante, este acuerdo reconoce que la dependencia va más allá de

la atención a personas mayores y/o discapacitadas, y que comporta la asistencia adecuada de las personas que requieran cuidados especiales y de aquéllas que las asistan (cuidadores). Se propone la constitución de una Comisión de Trabajo (con representantes de las administraciones locales, autonómicas y central), para elaborar propuestas sobre el marco jurídico en el que debe incardinarse la cobertura de las situaciones de dependencia y elaborar las líneas básicas de actuación en esta materia, a lo largo del año 2002.

En este contexto, el estudio que se presenta constituye un acercamiento empírico al problema de la dependencia y la atención sociosanitaria en la Comunidad Valenciana. Establece un precedente significativo en el marco de la investigación sociosanitaria, que se sitúa dentro de la investigación e innovación para la salud y las estrategias generadoras de salud recogidas en el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004, ya que aborda cuestiones fundamentales para poder plantear la futura planificación de la atención sociosanitaria, estableciendo vías de conexión entre los sistemas social y sanitario.

Esta tesis no solo permitirá incrementar el conocimiento sobre el problema de la dependencia en la Comunidad Valenciana, y más concretamente en la provincia de Valencia, sino que puede inducir cambios en los sistemas de protección social y sanitario, promoviendo la intervención de la Administración³ y abriendo vías de participación del mercado en la atención sociosanitaria, en un momento en el que este tema está inmerso en un proceso de sistematización racional. De esta forma, la necesaria vinculación entre universidad, Administración, empresas y tercer sector⁴, se plasma en la generación de conocimiento y en su transferencia desde la primera hacia el sector público, el mercado y tercer sector para su aplicación en la realidad.

³ Como expone nuestro Estatuto de Autonomía, es responsabilidad de las instituciones públicas la elaboración de políticas sociales, que modifiquen sustancialmente y afronten las nuevas necesidades derivadas de las estructuras de las sociedades en que vivimos y de los estilos de vida que en éstas predominan.

⁴ Para autores como Herrera (1998) este ámbito de la esfera social, caracterizada por una alta motivación altruista, induce a los sujetos a individualizar necesidades colectivas no atendidas suficientemente por la acción del Estado o del mercado.

La atención sociosanitaria se enfoca en este estudio desde una postura científica práctico-racional, ya que buscamos conocer para hacer, haciendo uso de las herramientas metodológicas que nos aportan las ciencias sociales, y más concretamente la sociología. Se intenta proporcionar respuestas utilizables en la manipulación democrática y ética de la realidad social, como instrumento para el conocimiento de problemas sociales específicos vinculados con el aumento de la población dependiente y el envejecimiento de la sociedad valenciana.

La finalidad de esta tesis es describir e interpretar la situación de la demanda sociosanitaria atendida en la provincia de Valencia –primer objetivo general-, analizando si existe una adecuación entre los recursos utilizados y las necesidades de las personas que los utilizan (adecuación entre oferta y demanda atendida) –segundo objetivo general-. Los objetivos específicos perseguidos son los siguientes:

- Cuantificar la demanda sociosanitaria atendida en la provincia de Valencia.
- Delimitar las características sociodemográficas de la demanda sociosanitaria atendida en la provincia de Valencia.
- Estudiar los factores que inciden en la dependencia y generan necesidades en la demanda sociosanitaria atendida en la provincia de Valencia (diagnóstico clínico, capacidad funcional, estado cognitivo y emocional, vivienda y entorno próximo, y apoyo social).
- Definir el perfil de sus cuidadores. Establecer sobre quién recae la carga de cuidados informales y qué consecuencias tiene la atención de personas dependientes sobre el cuidador.
- Analizar la ubicación de los usuarios atendidos, en recursos sociales y sanitarios, en la provincia de Valencia en función de sus características y los factores que inciden en la dependencia, estableciendo si es o no adecuada.

El documento recoge en primer lugar el *marco teórico*, en éste se delimita el concepto de dependencia utilizado en el estudio y se define la atención sociosanitaria. A continuación, se justifica la necesidad de este tipo de atención, vinculada a los cuidados de larga duración, sobre factores sociodemográficos. Dicha justificación, así como la

permeabilidad entre los diques que separan actualmente el sistema de servicios sociales y el sanitario, podemos encontrarla, en parte, en determinados indicadores demográficos y factores sociales relacionados con la supervivencia y la longevidad en la Comunidad Valenciana y en el resto de España. Entre estos indicadores se consideran los siguientes: el envejecimiento de la población, el aumento de la dependencia y la crisis del apoyo informal.

En el marco teórico también se revisan los planteamientos europeos, nacionales y de las Comunidades Autónomas en materia sociosanitaria, relativos a los cuidados de larga duración de personas dependientes. En la Comunidad Valenciana, se analizan los antecedentes, se identifican los grupos de población susceptibles de recibir atención sociosanitaria, y se describe la cartera de recursos sociales y sanitarios existentes para atender esta demanda.

El siguiente apartado, *marco metodológico*, recoge la operativización de las preguntas de investigación, la descripción de las fuentes de datos, la delimitación de la población estudiada (universo, muestra y muestreo), los instrumentos utilizados y su validación (*cuestionario de necesidades sociosanitarias* -CNSS-), así como los criterios y procedimientos empleados, y las pruebas estadísticas utilizadas. La demanda sociosanitaria atendida en la provincia de Valencia es considerada la población de referencia, es decir, el universo muestral a partir del cual establecer la muestra del estudio.

En el apartado de resultados, se analiza la información recogida y se ofrecen datos referidos al total de población atendida en recursos sociales y sanitarios de la provincia de Valencia, contemplando: las características sociodemográficas de la demanda sociosanitaria atendida, los factores que inciden en la dependencia y generan necesidades de atención integral (diagnóstico clínico, vivienda y entorno próximo, capacidad funcional, estado cognitivo y emocional y apoyo social), y el perfil de sus cuidadores. A partir de los datos obtenidos, se realiza un análisis por recursos y se plantea la adecuación de los mismos. Para ello, se recurre a la determinación de los perfiles de necesidad de los usuarios de recursos sociales y

sanitarios, evidenciando posteriormente que en la actualidad existen personas mal ubicadas.

El documento finaliza con las conclusiones, las referencias bibliográficas utilizadas y los anexos. Dentro de este último punto los lectores encontrarán el cuestionario utilizado en el trabajo de campo – CNSS- y los cambios introducidos en éste tras la prueba piloto.

2. MARCO TEÓRICO.

En la actualidad, la atención sociosanitaria de la dependencia en la Comunidad Valenciana está en proceso de definición y estructuración, dentro de un modelo de protección social meridional, caracterizado – entre otros factores- por el papel principal que juega la familia en la provisión de cuidados de larga duración.

La atención sociosanitaria de la dependencia, enmarcada en los sistemas de protección social, está vinculada al concepto de *bienestar social*. El bienestar social, como valor consensuado que forma parte del sistema cultural europeo, es decir, del conjunto del aparato simbólico en que se inspira la acción social (valores y principios), requiere una concreción a través del *sistema social*, referido a las interacciones entre actores y grupos reales que forman colectividades concretas. Este último, en el caso que nos ocupa, se correspondería con la configuración de los Estados del Bienestar europeos⁵ –como forma de organización política que se da la sociedad a sí misma para gestionar los asuntos públicos y conseguir el bien común⁶ (Garcés,

⁵ Parece estar consensuado el hecho de que la expresión *Estado Social de Derecho* data de la República de Weimar (1918-1933) en Alemania, donde se promulgó la primera Constitución con contenido social y económico. Igualmente se acepta que la primera referencia al término Estado del bienestar fue posterior, y que ésta se encuentra en el informe de Beveridge (1942) *Social Insurance and Allied Services*, en el que reconoce la necesidad de establecer un *Welfare State* a partir de una redistribución de la renta nacional a través de seguros sociales y subsidios familiares. No obstante, autores como Moix (op.cit.) señalan que en dicho texto la expresión utilizada fue *Social-Service State*, y que, aunque no pueda precisarse quién y cuándo la puso en circulación, el vocablo *Welfare State* puede proceder del alemán *Wohlfahrtsstaat*, utilizado a partir de 1883 para referirse al conjunto de seguros sociales creados por Bismarck. La versión inglesa de esta expresión posiblemente fue acuñada en los años treinta por Alfred Zimmern, quien la utilizó para contraponerla al *Power State* de los países totalitarios, y que apareció impresa en el libro de William Temple *Citizen and Churchman*, en 1941.

⁶ De esta forma, en palabras de Montagut (1994), “el Estado claramente asume un papel activo en la economía [...], por lo tanto un papel interventor, regulador, productor y coordinador de las fuerzas productivas. El Estado interventor tiene importancia no sólo por el hecho de actuar como agente económico, sino por la función de distribución que comporta” (p. 40). Montoro Romero (1997) expresa esta idea de la siguiente forma: “en algunas cuestiones definidas como básicas (educación y sanidad), todos los ciudadanos son tratados de

1996)-, operativizando la voluntad de intervención a través de la política social⁷ –que ordenará los medios adecuados para realizar aspectos concretos del bienestar social-, que a su vez requiere de unos instrumentos que den una respuesta válida a las necesidades concretas de los individuos, grupos o comunidades (como las vinculadas con la atención sociosanitaria), desde la proximidad a los mismos, es decir, necesita de sistemas de protección social, que en el caso de los cuidados de larga duración, están relacionados con sanidad y servicios sociales.

El bienestar social va más allá del mero hecho de trasladar las necesidades individuales al contexto social (Moix, 1986; Franco Jiménez, 1996; Díez Collado, 1994). Puede concebirse, de forma limitada -incluso negativa-, para referirse a la asistencia económica y otros servicios prestados a los necesitados (analizándolo exclusivamente desde un punto de vista económico, al relacionarlo con indicadores como el PIB o la renta per cápita); y de forma más amplia y positiva, como la responsabilidad colectiva asumida por la comunidad, para hacer frente a las necesidades universales de la población (teniendo en cuenta no solo las condiciones objetivas de vida, sino también la percepción y experiencia subjetiva de las

igual forma, aunque no todos contribuyen financieramente de igual manera, sino que lo hacen en función de sus rentas personales y de su trabajo; en función, por tanto, de sus capacidades” (p. 35), en este contexto el Estado recauda y redistribuye los recursos.

Las políticas redistributivas no ponen el acento en minimizar la dispersión de rentas respecto al valor medio como garantía de una distribución más igualitaria o equitativa, sino que, como señala Segura (1988) “en una economía social de mercado y con un sistema universal de protección, una distribución mejor de la renta es aquella que, aunque permita mayores dispersiones de las rentas individuales, garantice mayores rentas a los individuos peor tratados de la sociedad” (p. 853). No se trata pues de igualar sino de incrementar de forma desigual el nivel económico de todos los ciudadanos.

⁷ Montoro Romero (1997), desde un punto de vista histórico, y como ya hiciera Marshall (1965), define la política social en función de su vinculación con el Estado moderno como instrumento de éste (si bien no tiene por qué sustentarse necesaria y totalmente sobre la oferta pública). En esa línea, Setién y Arriola (1997) entienden por política social la “actuación gubernamental deliberada y racional dirigida a establecer normas y principios, así como a organizar y ordenar medios para conseguir fines relacionados con el bienestar social” (p. 324), priorizando las necesidades a satisfacer. Donati y Lucas (1987) plantean la política social como campo de estudio y resolución de problemas sociales, y “cuyo objetivo es el análisis de la acción social para dar solución al problema del bienestar humano, en función de unas metas determinadas de manera jerárquica (sistema de valores) y buscando la máxima racionalidad” (p. 58).

mismas). En este sentido, la dependencia, entendida como la pérdida de capacidad física y/o psíquica que afecta a una persona que requiere ayuda de otros para la realización de las actividades de la vida diaria (Consejo de Europa, 1998), se configura como una nueva necesidad social. Aunque no se trata de un fenómeno nuevo, sí lo es la dimensión que está alcanzando en la actualidad, dados determinados factores sociodemográficos como el envejecimiento de la población o el aumento del número de personas con enfermedades crónicas que requieren cuidados de larga duración. Todo ello en un contexto en el que se aprecian cambios importantes en la estructura y en la solidaridad familiar, que hace prever una crisis del apoyo informal, que conferirá unas características propias a la demanda asistencial futura.

La atención sociosanitaria representa la fórmula desarrollada en los países europeos para hacer frente a la dependencia. No obstante en nuestro contexto más próximo -el ámbito nacional y autonómico- no pasa de ser una alternativa a explorar, que no está todavía generalizada. Aunque algunas Comunidades Autónomas ya han diseñado programas estratégicos en este ámbito, como Cataluña, Comunidad Valenciana, Castilla-León, Cantabria, Navarra o Galicia. La responsabilidad indelegable que incumbe al Estado de garantizar la satisfacción de necesidades fundamentales (Monereo y Moreno, 1997), debe presidir la organización de la atención sociosanitaria, lo que conlleva la provisión pública de una serie de servicios de bienestar. Cómo conseguir la sostenibilidad de los sistemas de protección social sin quebrantar principios como el de justicia social y universalidad, dado el incrementando del número de ciudadanos que acceden a los servicios que ofrecen cuidados de larga duración y la demanda de una mayor calidad asistencial en los mismos, es uno de los retos al que nos enfrentamos aquellos que nos dedicamos a estudiar el problema de la dependencia.

En este apartado reflexionaremos sobre la dependencia y la atención sociosanitaria, fenómeno que no se restringe a la Comunidad Valenciana. Explorando las respuestas que los países de nuestro entorno europeo están ofreciendo al respecto, y aquellas que se aplican

en el ámbito nacional y autonómico en el que debemos situar cualquier propuesta de actuación.

2.1. DEPENDENCIA Y ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

Los estudios sobre dependencia como los promovidos por la International Healthy Life Expectancy Network, creada en 1989, o los trabajos auspiciados por organismos internacionales como la OCDE (Hennessy, 1995; Jacobzone et al., 1999), han explorado empíricamente la variación de las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia y la utilización de recursos sociales y sanitarios en países europeos como Francia, Alemania, Holanda, Suecia y Reino Unido, además de otros como Australia, Canadá o EE.UU. En este último, existen encuestas que recogen información específica sobre dependencia, como la *Nacional Long-term Care Survey* que incluye datos relativos al periodo 1982 y 1994 (Casado y López, 2001), que permiten analizar su prevalencia (Waidmann y Manton, 1998; Manton et al., 1997).

La Unión Europea también ha promovido diversos estudios sobre la dependencia, en particular los relativos a la protección de los mayores ante este tipo de problemas (Pacolet et al., 1999), y cuenta con determinadas operaciones estadísticas armonizadas para los países miembros que ofrecen datos sobre aspectos relacionados con los cuidados de larga duración. En esta línea, desde 1994, el *Panel de hogares (PHOGUE)* permite realizar un seguimiento de la cohesión social, el estudio de las necesidades de la población y el impacto de las políticas sociales y económicas sobre los hogares y las personas, así como preparar el diseño de nuevas políticas. Entre la información que recoge destacamos los datos sobre pobreza, protección social mínima e igualdad de trato (incluyendo solo datos sobre la evolución de la familia monoparental, las tasas de actividad femenina y los cambios en la distribución del trabajo no remunerado y otras actividades –cuidado de menores y ancianos, relaciones sociales-), y sobre jubilaciones, pensiones y status socioeconómico de las personas mayores (con datos relativos a las condiciones de vida –vivienda, integración social, apreciación subjetiva del bienestar-, factores

determinantes – como el fallecimiento del cónyuge- y estado de salud y la atención sanitaria).

En España, la investigación de ámbito nacional realizada en los últimos años sobre dependencia, sea de mayores, de enfermos crónicos, de discapacitados u otros grupos de población, ha recurrido a diferentes encuestas, que constituyen los antecedentes del presente estudio. Todas ellas tratan de forma parcial aspectos vinculados con la dependencia o los cuidados de larga duración, sin ofrecen una visión global del problema. No obstante, han sido utilizadas en trabajos como los del IMSERSO sobre dependencia en mayores (IMSERSO, 1999 y 2002) o personas adultas con grave discapacidad (Aiguabella y Gonzalez, 1996), o los promovidos por administraciones autonómicas como la Catalana (Generalitat de Catalunya, 2002), organismos como el Consejo Económico y Social (Martínez Zahonero, 2000) o entidades privadas como la Caixa (Casado y López, 2001) o la fundación PFIZER (Puga y Abellán, 2002) relativos a cuidados de larga duración y dependencia en mayores.

Entre las encuestas más significativas⁸ cabe destacar la encuesta del Instituto Nacional de Estadística –INE- de 1986 *sobre discapacitados, deficiencias y minusvalías*, como uno de los primeros estudios nacionales que utilizó la clasificación internacional de discapacidad de la OMS. Esta encuesta fue reformulada en 1999 bajo el título *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*, en la que además del INE participó la ONCE. Esta última se ha adaptado a la realidad actual incluyendo temas fundamentales, como los tipos de ayudas, e introduciendo conceptos como la dependencia para las actividades de la vida diaria.

⁸ El listado de encuestas que se presenta no pretende ser exhaustivo, ya que, por ejemplo no se mencionan las encuestas autonómicas de salud, las encuestas de satisfacción de los usuarios de atención primaria del INSALUD de 1997 y 2000, o las diversas encuestas sobre salud, apoyo a mayores, uso del tiempo y demandas sociales vinculadas al cuidado de la salud del Centro de Investigaciones sobre la Realidad Social (CIRES) realizadas entre 1990 y 1996 y financiadas por diversas fuentes como la fundación BBV, la Fundación Bilbao Bizkaia y la Fundación Caja Madrid.

Entre los estudios vinculados con las personas mayores, la *Encuesta sobre ayuda informal* de 1994 o la *Encuesta sobre la soledad en las personas mayores* de 1998 del Centro de Investigaciones Sociológicas ofrecen información sobre aspectos vinculados a: la dependencia para las actividades de la vida diaria de los mayores solos; el perfil y tipo de apoyo informal que realizan los cuidadores; las características sociodemográficas y económicas, el estado de salud y las condiciones en las que viven las personas atendidas; el apoyo externo –familiar, profesional e institucional- que reciben los cuidadores, y la opinión de éstos sobre temas como las medidas que debería adoptar la Administración, las preferencias de género en el cuidado de personas mayores o el pronóstico de dónde vivirán cuando sean mayores y qué cuidados desearían. Este tipo de encuestas se complementan con otras que recogen información sobre el tiempo dedicado a actividades no remuneradas (Durán, 2000), entre ellas el cuidado de ancianos o enfermos, como la *Encuesta sobre actividades no remuneradas* de 1995 del Centro Superior de Investigaciones Científicas.

Existen también estudios más amplios, vinculados con los sistemas de protección social, como la *Encuesta de bienestar social* de 1996 promovida por la ONCE. El cuestionario proporciona datos relevantes, entre otros temas, sobre los cuidados en la vejez, las pensiones, la discapacidad, el acceso al cuidado médico y social, la forma de cobertura o el apoyo social e institucional y la responsabilidad del mismo. La información obtenida permite realizar una descripción de la estructura socioeconómica de la población española, de las necesidades y problemas en el hogar, la desigualdad social y la pobreza, las redes sociales de apoyo y las ayudas institucionales, el papel del Estado, las dimensiones del bienestar social (medio ambiente, empleo, pensiones, educación y asistencia sanitaria) y los problemas y necesidades de los discapacitados (Muñoz, García y González, 1997).

Otro ámbito en el que podemos encontrar aspectos vinculados con la dependencia son los estudios sobre salud. Las *encuestas nacionales de salud* del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1987, 1993, 1995 y 1997, no sólo ofrecen datos de percepción del estado de salud, enfermedades crónicas o interrupción de actividades cotidianas

motivadas por éstas, sino que al tratar los estilos de vida incluyen información, relativa a personas mayores de 65 años, sobre la posibilidad de realizar las actividades de la vida diaria –AVD-. En la Comunidad Valenciana, la Conselleria de Sanidad ha promovido dos *encuestas de salud* una entre 1990 y 1991, y otra entre 2000 y 2001. La primera de ellas, entre otros datos, incluía información relativa a problemas de restricción de la actividad y, en personas mayores de 65 años, reducción de la movilidad y de la autonomía. La más reciente, incorpora la perspectiva de género en temas como la relación del trabajo remunerado y no remunerado con la salud, y recoge información sobre la convivencia con personas que no son capaces de cuidarse por sí mismas (ancianos, menores y discapacitados) y, en el caso de la población mayor de 65 años, se pregunta por la posibilidad de realización de las AVD.

En el ámbito sanitario, también resultan de interés los datos relativos a la atención hospitalaria, en particular los diagnósticos vinculados a enfermedades crónicas y de larga evolución como las oncológicas, distinguiendo variables como la edad, el género o la estancia media. Este tipo información puede consultarse en la *Encuesta de morbilidad hospitalaria*, implantada en 1951 y elaborada anualmente por el INE, con datos nacionales totales, desagregados por comunidades autónomas y provincias. Dentro de la atención hospitalaria, también encontramos instrumentos que se centran en determinados grupos de enfermedad con connotaciones sociosanitarias como el VIH/SIDA. Así en la *Encuesta hospitalaria sobre utilización de recursos y características de los pacientes VIH/SIDA en la Comunidad Valenciana* de 1996, 1997 y 1999, realizada desde la Conselleria de Sanidad, se ofrece información sobre los cambios que se están produciendo en la utilización de recursos hospitalarios por parte de estos pacientes, que puede ser utilizada para la toma de decisiones organizativas y para la asignación de recursos (Conselleria de Sanitat, 2000a).

En este estudio, el término *dependencia* hace referencia, en el contexto de la protección social y la atención sociosanitaria⁹, a la necesidad de atención y cuidados, sociales y sanitarios, que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida diaria (AVD). En este sentido, el Consejo de Europa (1998) propuso la siguiente definición, “son personas dependientes quienes, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante (que se identifica como *ayuda de otra persona*) para la realización de las actividades de la vida diaria”. En este campo, la dependencia queda delimitada por dos aspectos (Generalitat de Catalunya, 2002): a) la funcionalidad (capacidad para realizar las AVD), frente al planteamiento tradicional de las ciencias de la salud de “normalidad” anatómica y fisiológica; y b) la adaptación de/al entorno, como compensación de la limitación en la actividad.

En la tesis que se presenta, la *dependencia de tercera persona* queda definida por la necesidad de ayuda permanente temporal para desarrollar las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales. Las actividades básicas están relacionadas con la posibilidad de mantener una autonomía personal y un nivel mínimo de calidad de vida (como ir al servicio, realizar transferencias o vestirse), en este estudio medidas a través del test de Barthel (Mahoney, 1965). Las actividades instrumentales, más complejas, requieren la toma de decisiones o la interacción con el medio (hacerse responsable de la medicación, prepara comidas o utilizar medios de transporte), evaluadas por medio del índice de Frenchay (Holbrook y Skilbeck, 1983)¹⁰. La dependencia puede venir dada por limitaciones

⁹ Debe delimitarse el contexto en el que se utiliza el término dependencia, ya que según éste podemos estar haciendo mención a diversos aspectos, así hablamos de *dependencia demográfica*, como la relación entre grupos de edad, jóvenes y mayores respecto a los adultos; *dependencia económica*, al incidir en la relación entre la población económicamente inactiva y la activa; *dependencia psicológica*, relacionada con las capacidades intelectuales y necesidades afectivas/emocionales; o *dependencia social y política*, generada por la extensión de los beneficios del Estado del bienestar a la población mayor, a través de las pensiones y los servicios sociales y sanitarios, al tiempo que ésta pierde su capacidad de iniciativa y adquiere actitudes pasivas (Puga y Abellán, 2002).

¹⁰ No obstante, existen otros instrumentos para medir las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, entre ellos el índice de Katz o la escala de Lawton y Brody, respectivamente.

funcionales asociadas con problemas físicos, o por la merma de la conciencia o de la capacidad de razonar. Por ello, debe ser evaluada tomando ambos tipos de factores en cuenta. Así, hemos considerado conjuntamente la capacidad funcional (en relación con las AVD básicas e instrumentales) y el estado cognitivo –medido por medio de la adaptación del Mini Mental State Examination de Folstein realiza por Lobo y Ezquerro (1979)-. Además de determinar el porcentaje de personas dependientes, las escalas utilizadas nos permiten establecer el grado de dependencia (ligero, moderado, severo o total), puesto que la intensidad y el tipo de servicios que requiere una persona y la adecuada ubicación de la misma en un determinado recurso sanitario o social está vinculada, en parte, a éste.

La combinación de los resultados relativos a capacidad funcional y estado cognitivo ofrecen una panorámica completa de la autonomía de cada persona, que permite diferenciar entre aquellas que precisan una atención personal y continuada, con vigilancia y asistencia permanente, y otras que, por ejemplo, únicamente necesitan ayuda doméstica. No obstante, para estudiar si la ubicación de las personas atendidas en recursos sociales y sanitarios es la más adecuada (como se recoge en el apartado 4.10 de los resultados), no basta con considerar el grado de dependencia sino que también hay que tener presente otros factores, como la complejidad clínica o el apoyo social. Todos ellos analizados a través del *Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias* (CNSS).

De esta forma, queda patente que la dependencia presenta múltiples dimensiones (Baltes, 1996), abarcando aspectos clínicos, funcionales, económicos, sociales, o vinculados con la vivienda y el entorno próximo, y al mismo tiempo, no está asociada exclusivamente con la faceta biológica y motivada por ésta, sino que está condicionada por situaciones ambientales, culturales, psicológicas, económicas y sociales. Dada su complejidad requiere diversas respuestas, que abarcan aspectos preventivos, paliativos, de protección social, etc.

El escaso desarrollo teórico del término dependencia, en relación con los sistemas de protección social, ha implicado que éste se equipare a otros conceptos como *discapacidad* y *pérdida de autonomía*. La

autonomía está vinculada al concepto de independencia, por ello la pérdida de autonomía se asocia a las situaciones de dependencia. No obstante, la autonomía tiene que ver con la voluntad, en el sentido de gozar de volición independiente (Rodríguez, 1999). De esta forma se puede ser dependiente y mantener un alto grado de autonomía, vinculada a la toma de decisiones y/o elección de alternativas de acción que afectan a la calidad de vida –elegir dónde se quiere vivir, cómo ha de vestirse o qué programa de intervención se desea- (Gardent, 1992).

Respecto al término discapacidad, las diferentes definiciones que existen se centran en las limitaciones que ésta puede tener sobre la realización de una actividad personal (Aiguabella y González, 1996). La definición general de discapacidad más comúnmente aceptada es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud –OMS- en la primera edición de la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDD-1)¹¹: “una discapacidad es cualquier restricción o falta de capacidad (resultado de una deficiencia) para realizar una actividad considerada normal para un ser humano”. Para operativizar esta definición, la OMS lista los tipos de discapacidad, como los relativos a la conducta, la comunicación, el cuidado personal, la locomoción o la destreza vinculados con diversas deficiencias (entre otras, intelectuales, psicológicas, del lenguaje, músculo-esqueléticas, auditivas o visuales). Pero, desde este punto de vista la discapacidad queda constreñida a la restricción en la realización de una actividad por cuestiones de salud (en particular, enfermedades crónicas o invalidantes), mientras que la dependencia abarca más situaciones.

Las limitaciones de una persona no derivan exclusivamente de sus características, sino también de las características arquitectónicas, jurídicas, administrativas, geográficas o familiares del entorno en el que vive (Puga y Abellán, 2002). Por ello, en la 54ª Reunión de la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en el año 2001, se aprobó la

¹¹ La clasificación define "deficiencia" como la reducción de la función de un órgano o de una parte del cuerpo, y "minusvalía" implica circunstancias económicas y culturales que hacen que las personas con deficiencias o discapacidades resulten desfavorecidas respecto de sus semejantes.

versión definitiva de la segunda edición de la CIDDM (que había sido sometida a ensayo desde 1997). Ésta amplía el concepto de discapacidad, planteando que las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación hay que entenderlas en el contexto de la interacción dinámica entre los estados de salud y el medio físico más inmediato (OMS, 2001). Asimismo, recoge actividades vinculadas a la vida diaria, como aquellas relativas al cuidado personal (asearse, vestirse o comer), las domésticas (prepara comida o cuidar de la vivienda) y de movilidad (utilizar transporte o desplazarse dentro del hogar).

Esta nueva definición de discapacidad de la OMS, presenta coincidencias con las utilizadas en diferentes países de la Unión Europea, aunque al mismo tiempo existen variaciones en la definición específica utilizada por cada país en concreto (Mathers, 1997). Así, en Finlandia se define como una limitación en el trabajo o en otras actividades diarias; en esta misma línea en Reino Unido y España se relaciona con una limitación general en las actividades diarias debidas a problemas de salud y en Francia se vincula a una limitación en las actividades habituales y se establece que existe una “discapacidad severa” cuando la persona está recluida en su casa (se incluye a la población institucionalizada). En Holanda la discapacidad queda inscrita en el marco de las limitaciones para uno o más actividades de la vida diaria, según la lista de discapacidades de larga duración de la OCDE (los datos están separados según las principales áreas funcionales –vinculadas con la movilidad, vista, oído-) (Gudex & Lafortune, 2000).

Aunque como hemos indicado la discapacidad está asociada a dependencia, no siempre implica dependencia. Consideramos que una persona discapacitada es también dependiente de otra, cuando no puede valerse por sí misma para todas o algunas de las actividades de la vida diaria (IMSERSO, 2002). De esta forma, una persona con una discapacidad vinculada, por ejemplo, a la comunicación –relacionada con los sentidos- no es necesariamente dependiente, ya que posiblemente pueda valerse por sí misma (como ocurre en el caso de los sordomudos).

Las personas con dependencia constituyen un grupo de población cuyas necesidades asistenciales proceden simultáneamente de aspectos sociales y sanitarios, y están relacionadas con diversos factores: a) su estado de salud, con enfermedades crónicas o degenerativas, en tratamiento activo y que requieren procedimientos clínicos de mayor o menor complejidad; b) su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, ya mencionadas; c) el grado de conservación cognitiva, y d) el apoyo social con el que cuentan, tanto si vive en soledad como si no, con presencia habitual de alguna persona que supla sus deficiencias y les ayude a realizar sus actividades. De esta forma, las personas dependientes requieren servicios asistenciales de carácter social, psicológico y emocional que son provistos, bien por un cuidador informal o contratado, bien por servicios y recursos a domicilio, comunitarios o centros residenciales. Pero también tienen necesidades sanitarias, asociadas con patologías invalidantes o que pueden desencadenar situaciones de dependencia.

Así pues, dado que el problema de la dependencia no es estrictamente de naturaleza sanitaria ni de carácter exclusivamente social, es imposible hacerle frente por separado, con actuaciones independientes y paralelas de los sistemas sanitario y social, requiere la convergencia de servicios y necesita de la coordinación entre ambos ámbitos, en este contexto se ubica la atención sociosanitaria.

Los primeros trabajos relativos a la atención sociosanitaria vinculados a los cuidados de larga duración destinados a personas mayores y discapacitados (Somers, 1982; Kane & Kane, 1982 y 1990), ya planteaban la necesaria interacción del sector sanitario y social ante problemas de salud e incapacidad funcional. Se vislumbra un continuum de cuidados en el que el sujeto puede consumir recursos sanitarios y sociales varias veces a lo largo de su vida (Havens, 1995), bien de forma secuencial o aleatoria en el tiempo (IMSERSO, 2002). Los modelos de organización de los mismos fueron asociados a los perfiles de necesidad de las personas que los requerían (Beland, 1987), y se planteó la necesidad de establecer procedimientos claros que permitiesen el paso de un tipo de recurso a otro (Havens & Kley, 1993). Para ello se recurrió, entre otros, a la metodología de gestión de casos –el case management americano o inglés (Challis, Darton &

Stewart, 1998; Edith, 2002)- que permitan paliar los déficits de coordinación entre los sistemas de protección social o entre recursos integrados en cada uno de ellos.

Aunque los trabajos anteriores datan de la década de los 80 y 90, en España, y en la Comunidad Valenciana, la Administración –pero también el mercado- continúa haciendo frente a las situaciones de dependencia por medio de dos sistemas de protección que funcionan independientemente, cuando no de forma solapada: (a) el sistema público de salud, a través de prestaciones económicas y en especie, en particular por medio de la hospitalización, y (b) el sistema público de servicios sociales, mediante recursos de atención primaria y especializada, como la ayuda a domicilio, la teleasistencia, las residencias, las viviendas tuteladas y los centros de día, fundamentalmente.

En este contexto, consideramos que la *atención sociosanitaria* debe definirse como el conjunto de actuaciones integradas capaz de ofrecer cuidados sociales y sanitarios al mismo tiempo, con responsabilidad pública pero con participación de la sociedad y el mercado, dirigidas a personas dependientes, ya sean ancianas con múltiples patologías, personas discapacitadas, enfermos crónicos con un elevado grado de deterioro, personas con enfermedades degenerativas o congénitas, o enfermos en fase terminal, disminuyendo significativamente su coste al invertir más en lo socio-asistencial que en el diagnóstico, tratamiento médico y estancia hospitalaria. Las personas que requieren atención sociosanitaria presentan necesidades simultáneas en ambas áreas, estas necesidades son significativas tanto cuantitativa como cualitativamente en ambos campos, en relación a la intensidad de la intervención y a la duración de la misma, y las intervenciones de ambos sectores son sinérgicas en su efecto (Navarro, Cabasés y Tormo, 1995).

Este tipo de atención conlleva la existencia de un conjunto de centros, servicios, programas y prestaciones que tienen como objetivo organizar, planificar, financiar y proveer cuidados y acciones dirigidos a atender de forma integral a personas dependientes (Garcés, 2000).

El diseño de recursos y programas sociosanitarios capaces de afrontar con éxito los problemas de la dependencia, difícilmente podrá escapar a variables tales como la sostenibilidad social, la innovación y calidad de los servicios, recogidos entre los objetivos de la Unión Europea en materia de cuidados de larga duración, en particular los dirigidos a personas mayores (Comisión de las Comunidades Europeas, 2001). Ni tampoco de la proximidad de los mismos respecto de sus destinatarios, con el fin de vertebrar y objetivar su eficacia. Todos estos puntos están presentes en el modelo de bienestar institucional redistributivo en el que nos enmarcamos, caracterizado por (Garcés y Durá, 1997):

- La redistribución de recursos entre grupos a través de generaciones, buscando la sostenibilidad de los sistemas de protección.
- La compensación económica y en servicios a aquellas personas que han padecido injusticias y/o no son capaces de responder por sí mismas a la consecución del bienestar.
- La universalidad y normalización en la provisión de servicios.
- La centralización administrativa y económica de la gestión del bienestar en las comunidades locales.
- La garantía de una igualdad que considere tanto los aspectos de distribución económica, como los planteados desde movimientos como el feminista, ecologista o anti-racista.

El concepto de *sostenibilidad*, desde un enfoque social, se define como la extensión del principio de universalidad bienestarista en la dimensión temporal, de forma que el bienestar sea un derecho pero no sólo para todos los ciudadanos presentes (o del futuro cercano, como sucede cuando se atiende únicamente a las tres generaciones que coexisten), sino también para todos aquellos que nos sucederán en el tiempo formando la sociedad del futuro (Garcés, 2000).

El crecimiento exponencial y en paralelo de nuestros sistemas social y sanitario por separado, ¿no llevará a una satisfacción de las necesidades de la generación presente, comprometiendo la capacidad de las futuras generaciones para satisfacer las suyas propias? Una atención sociosanitaria sostenible no debe partir de la premisa de que el crecimiento económico conlleva directamente un incremento del

bienestar, sino que debe asumir que a partir de unos recursos que se prevén limitados, el ser humano debe ser capaz de reasignarlos racionalmente con el fin de optimizarlos, dando respuesta a sus necesidades y respetando la solidaridad intergeneracional (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2001). No obstante, incluso en los países con más tradición y desarrollo bienestarista, como son los nórdicos, se registra actualmente una ruptura de dicha solidaridad intergeneracional, traducida en un aumento en los índices de pobreza de los jóvenes mientras disminuye la pobreza de los mayores (Kautto, 2001).

La inclusión de la dimensión temporal en el bienestar tiene consecuencias en la toma de decisiones presentes: nuestras acciones actuales deben estar destinadas a favorecer y garantizar que los derechos que asisten a todos los ciudadanos coetáneos, asistan también a todos los ciudadanos que nos sucedan. El esfuerzo para generar recursos perdurables en el tiempo debe considerar, principalmente, aspectos jurídicos, asistenciales, económicos, administrativos y culturales.

Desde el punto de vista jurídico se requieren leyes específicas relacionadas con la protección y atención de las personas dependientes, como derecho subjetivo que debe ser operativizado desde los sistemas sanitario y social, que no existen en ningún país mediterráneo¹². Laguna que no se corresponde con la importancia de este problema, a tenor de los indicadores sociodemográficos como el envejecimiento de la población o la mayor esperanza de vida considerados en el siguiente apartado, que “deslaboraliza” la protección de la dependencia para extenderla a toda la población independientemente de la relación laboral (IMSERSO, 2002).

Además, si no se pretende gravar al Estado con más carga asistencial y, al mismo tiempo se contempla el derecho de la mujer -que ha ejercido tradicionalmente como cuidadora- a realizarse como trabajadora facilitando su inserción laboral, surge la necesidad de crear recursos sociosanitarios nuevos que armonicen ambas

¹² Aunque es cierto que en España no existe una norma nacional sobre dependencia, en algunas Comunidades Autónomas, como en Cantabria (Ley 6/2001), se ha regulado el tema.



pretensiones. Asimismo, la sostenibilidad de los sistemas de protección social requiere de fórmulas de financiación que limiten el incremento indefinido de algunos gastos sociales y que descarguen al sistema público. En este sentido, es necesaria la corresponsabilidad de las instituciones públicas, la iniciativa privada y la ciudadanía. Una sociedad corresponsable, es decir, solidaria en la inversión y en el pago de los costes del bienestar, y comprometida al mismo tiempo en los procesos de solidaridad familiar, facilitará que la Administración pueda garantizar la sostenibilidad a largo plazo del sistema. De esta forma, en el plano cultural, se requiere un cambio profundo en la manera de concebir el bienestar, no como una dádiva del Estado, sino como un derecho cuya realización depende de la asunción de responsabilidades por parte todos los ciudadanos.

La responsabilidad individual de su bienestar y su contribución fiscal al Estado se interpreta como una aportación solidaria y activa en la financiación del bienestar público, por medio del copago diferencial de servicios de los sistemas de protección que consume, en función de la renta y del currículo fiscal del usuario y/o su entorno familiar, con el fin de que puedan beneficiarse otras personas que objetivamente no pueden financiar parte de sus necesidades. Asumir la corresponsabilidad social no significa apostar por el individualismo, la responsabilidad y la meritocracia propias de la concepción Friedmaniana del bienestar, que implica un papel residual del Estado. Por el contrario, este principio significa mantener una estructura de protección estatal al mismo tiempo que se hace recaer sobre la responsabilidad del individuo una parte del bienestar (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2001).

El papel asignado a la Administración es el de instrumentalizador de dicha sostenibilidad, y el de garante de los derechos subjetivos y sociales de los ciudadanos, creando las estructuras que posibiliten la descentralización, la integración y la proximidad de los servicios para hacerlos más adecuados a la demanda y más eficaces.

La inversión en *innovación y calidad* de la atención sociosanitaria es una posible vía para llevar a cabo la reducción de los costes sanitarios, permitiendo viabilizar el criterio de sostenibilidad. La innovación,

dentro de un modelo que apuesta por la calidad de los servicios, podrían impulsarse a través de tres vías: (a) creando programas y recursos de naturaleza sociosanitaria localmente accesibles, que permitan disminuir el gasto sanitario e incidan sobre la prevención y atención de personas que requieren cuidados de larga duración; (b) extendiendo la red de servicios, prestaciones y programas del sistema público de servicios sociales; e (c) impulsando los programas de I+D+I en este ámbito, con líneas de investigación que desarrollen o adapten metodologías -como la gestión de casos- o nuevas tecnologías -como la telemedicina- a la atención sociosanitaria.

El axioma calidad de vida adquiere en la atención sociosanitaria un nuevo significado al ser reinterpretado como derecho subjetivo del ciudadano, que únicamente será una realidad en tanto en cuanto se perpetúe en el tiempo. Una atención sociosanitaria que haga real el principio de calidad de vida debe ofertar servicios integrados basados en los siguientes criterios (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2002 y 2003):

- El mantenimiento en el hogar de la persona dependiente, a través de un proceso terapéutico de rehabilitación activa, dirigido tanto a la persona objeto de tratamiento como a su cuidador principal.
- La accesibilidad, que implica que el consumidor potencial obtenga el servicio en el lugar, momento, cantidad que necesita y a un coste razonable; y en la eliminación de barreras físicas, geográficas, organizativas, sociales y culturales que dificultan la eficacia y la eficiencia de los recursos.

En otras palabras, la atención sociosanitaria se apuesta porque las personas consigan mejorar su salud y su bienestar permaneciendo en su contexto vital. La eficiencia queda delimitada por la idoneidad del recurso utilizado y su coste. Si el recurso no ha sido el idóneo, el coste se incrementa y baja la efectividad. La idoneidad está a su vez vinculada con una metodología de intervención totalmente integrada y con la accesibilidad al recurso, lo que implica extender la red de recursos domiciliarios, ambulatorios y diurnos, con el fin de reducir los costes y aumentar al mismo tiempo la satisfacción del usuario (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2001).

Otra cuestión crucial en la atención sociosanitaria es la implementación de recursos y su inversión en el ámbito local, siguiendo las recomendaciones de la Comisión Europea para crear empleos y servicios de proximidad. La *proximidad* podría definirse como la inexistencia o reducción del espacio entre el que recibe el servicio y el que lo presta. Este criterio es imprescindible para diseñar los servicios sociosanitarios de asistencia y de relación personal, así como los relativos a las comunicaciones, los equipamientos y los espacios públicos en general. La atención sociosanitaria debería poder ofrecer a las personas dependientes aquellos servicios que requieren en su contexto más próximo, partiendo de una valoración interdisciplinar de cada situación que implica el diseño, puesta en marcha y evaluación de un plan integral de cuidados personales (Hébert, 2002, Challis, 2002 y 1993, y Davies, 1992).

Si las autoridades políticas son capaces de legislar procesos de transferencia relativa a infraestructura administrativa y financiera para atender las necesidades sociosanitarias de los ciudadanos hacia los entes locales, se estará también potenciando la sostenibilidad, la eficiencia y la innovación y calidad en este ámbito. El ente local pasa así a ser el contexto donde los problemas sociosanitarios pueden ser resueltos de forma integrada, desde una perspectiva ecológica en servicios de bienestar.

En resumen, el actual modelo valenciano de protección social, con características propias de los estados meridionales, procedente de un proceso de institucionalización propio del bienestar social, con unos rasgos socioeconómicos, ideológicos, históricos y políticos específicos. Este modelo, desde el que se plantea organizar la atención sociosanitaria para dar respuesta a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia, debe tener en cuenta variables como la sostenibilidad social, la corresponsabilidad, la innovación y calidad, o la proximidad al crear nuevos servicios o reestructurar los existentes. En el siguiente apartado se justifica la necesidad de impulsar la atención sociosanitaria, considerando tres factores básicos: el envejecimiento de la población, el aumento de la dependencia (no asociada de forma exclusiva a factores demográficos, sino también a otros como los niveles de salud) y la crisis del apoyo informal.

2.2. JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

Una vez definidos los conceptos de dependencia y atención sociosanitaria, pasamos a justificar la necesidad de esta última y el consiguiente estudio de la población que requiere este tipo de atención, partiendo de datos de naturaleza sociodemográfica. Concretamente, los factores que conjuntamente explican gran parte del previsible aumento de la demanda sociosanitaria en los próximos años en España, así como en la Comunidad Valenciana, son fundamentalmente tres: a) el envejecimiento de la población, b) el aumento de la dependencia, y c) la crisis del apoyo informal.

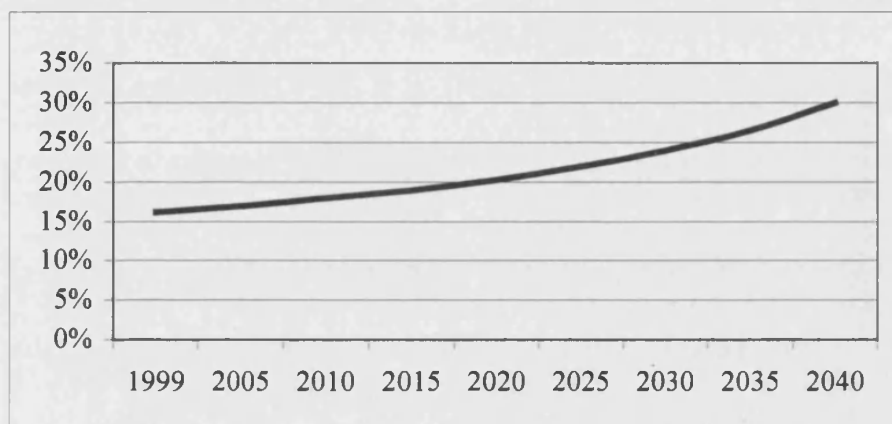
2.2.1. Envejecimiento de la población.

En el año 2002 en España había 40.847.371 habitantes, de estos el 17,05% tenía 65 o más años, las previsiones para las próximas décadas indican un crecimiento constante (INE 2003). Así, en el año 2010 los mayores representarán el 18% del total de población, en 2025 el 22% y casi el 30% en 2040 (gráfico 1). Las previsiones para la población mayor de 80 años, que constituían el 3,9% en 2002, establecen la cifra del 5% en el año 2010, 6% en 2025 y 8% en 2040 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001). El ritmo de crecimiento de la población con 80 o más años supera en gran medida al conjunto de la población mayor de 65 años; de tal forma, que mientras entre 2001 y 2026 se espera un crecimiento del 29,5% para el grupo de mayores de 65 años, la población de 80 o más años crecerá un 58,7% (Proyecciones de la Población Española, Instituto de Demografía del CSIS, citado en el Informe del Defensor del Pueblo, 1999).

Este aumento progresivo de la población mayor implica un aumento de la dependencia, ya que la edad se revela como un buen predictor de

la misma (Puga y Abellán, 2002)¹³, como se analizará posteriormente en los resultados relativos a la provincia de Valencia.

GRÁFICO 1. CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS EN ESPAÑA. PORCENTAJE RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL.



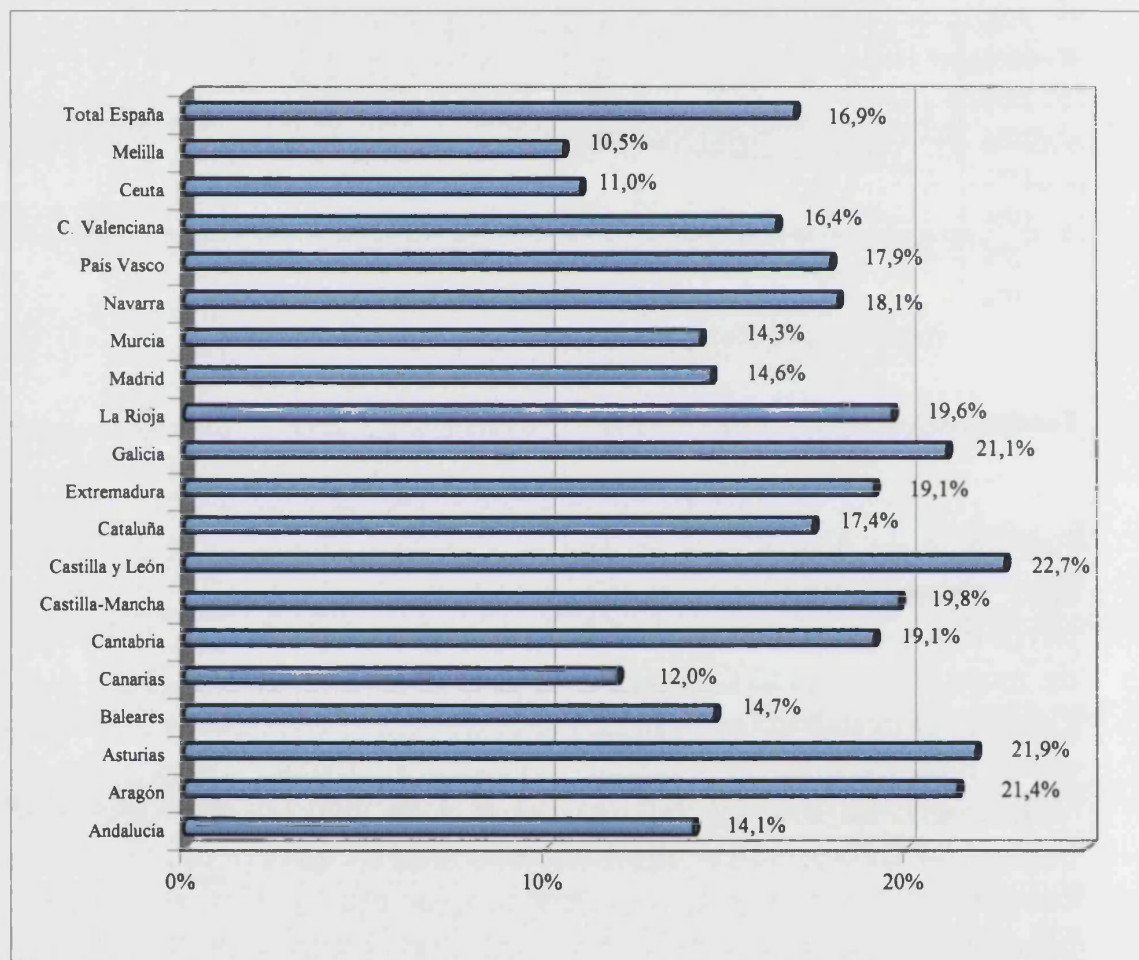
Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.

Los datos de distribución geográfica de la población con 65 o más años por Comunidades Autónomas muestran grandes diferencias territoriales (gráfico 2). Así, las Comunidades con menor porcentaje de mayores de 65 años, entre el 10% y el 12%, son Melilla, Ceuta y Canarias. Por debajo de la media nacional (16,9% en 2001) también se encuentran Andalucía, Madrid, Murcia, Baleares y la Comunidad Valenciana. En esta última, según datos del padrón municipal 2001, había 704.769 personas mayores de 65 años (IVE, 2002a). Por el contrario, Castilla y León, Aragón, Asturias y Galicia presentan porcentajes superiores al 21%. Por otra parte, aunque el mayor número de personas mayores de 65 años vive en ciudades (4,2 millones), el problema del envejecimiento se acentúa en los

¹³ En el ámbito nacional, estos autores establecen un modelo de riesgo de dependencia por edad para poblaciones ancianas, señalando como factores determinantes o predictores de la dependencia los siguientes: a) aspectos demográficos (género, edad y estado civil), b) culturales (nivel educativo alcanzado y analfabetismo), c) socioeconómicos (profesión y sedentarismo, nivel de ingresos y estatus social), d) fisiológicos (salud percibida e índice de masa corporal), y e) conductas saludables y hábitos de vida (reducción de la actividad física, consumo de alcohol y tabaco).

municipios de menos de 2000 habitantes, donde este grupo supera el 25% de la población total (IMSERSO, 2001).

GRÁFICO 2. POBLACIÓN CON 65 O MÁS AÑOS EN 2001, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. PORCENTAJE SOBRE LA POBLACIÓN TOTAL.



Fuente: Elaboración propia con datos del INE diciembre 2002.

El envejecimiento está motivado, por una parte, por el descenso de las tasas de mortalidad infantil y general (más personas llegan a los 65 o más años) y, por otra, por el descenso de la población joven a consecuencia de la fuerte caída de la *fecundidad*. Con relación a este último aspecto, España es un país con una de las tasas de fecundidad

más bajas de la Unión Europea, siendo 1,15 el número medio de hijos por mujer (tabla 1), no alcanzando el umbral de reemplazo generacional (2,1) desde 1981 (IMSERSO, 2001). Con el actual ritmo de nacimientos y defunciones, se calcula que España empezará a perder población hacia el año 2010, si no se modifican los comportamientos reproductores o se incrementa el crecimiento de la población inmigrante.

TABLA 1. INDICADOR COYUNTURAL DE FECUNDIDAD EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA.

Países	1991	1998
Alemania	1,33	1,36
Austria	1,49	1,34
Bélgica	1,66	1,53
Dinamarca	1,68	1,72
España	1,33	1,15
Finlandia	1,79	1,70
Francia	1,77	1,75
Grecia	1,38	1,29
Holanda	1,61	1,63
Irlanda	2,08	1,93
Italia	1,31	1,20
Luxemburgo	1,60	1,68
Portugal	1,57	1,46
Reino Unido	1,81	1,72
Suecia	2,11	1,50
UE-15	1,53	1,45

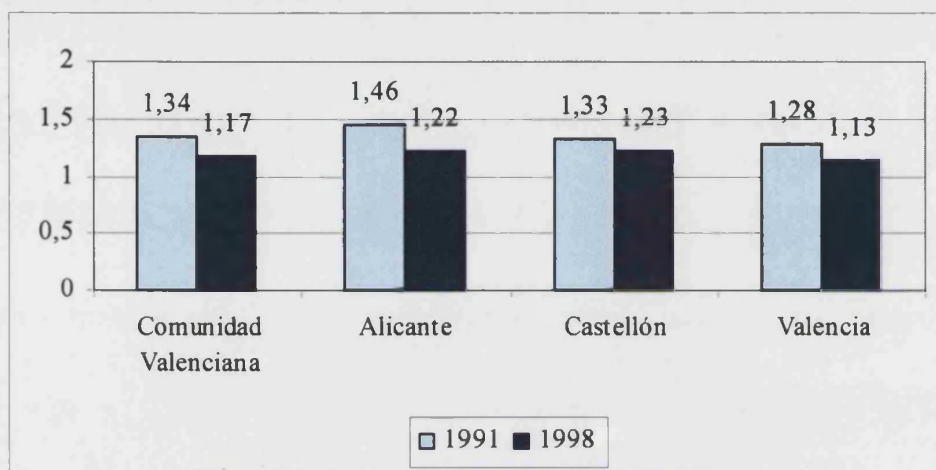
Nota: Número medio de hijos por mujer en edad fértil (de 15 a 49 años).

Fuente: INE, Indicadores sociales, edición 2001.

En la Comunidad Valenciana el número medio de hijos por mujer se sitúa en 1,17 (gráfico 3). El proceso de envejecimiento de la población valenciana en la década de los noventa ha sido acompañado de un crecimiento vegetativo negativo en las provincias de Castellón y Valencia, compensado con el saldo positivo en la provincia de Alicante (IVE, 2000 y 2001a,b). En 2000 y 2001 la tasa de

crecimiento vegetativo de la Comunidad Valenciana fue positiva, situándose en el 0,82 y 0,99, respectivamente.

GRÁFICO 3. INDICADOR COYUNTURAL DE FECUNDIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

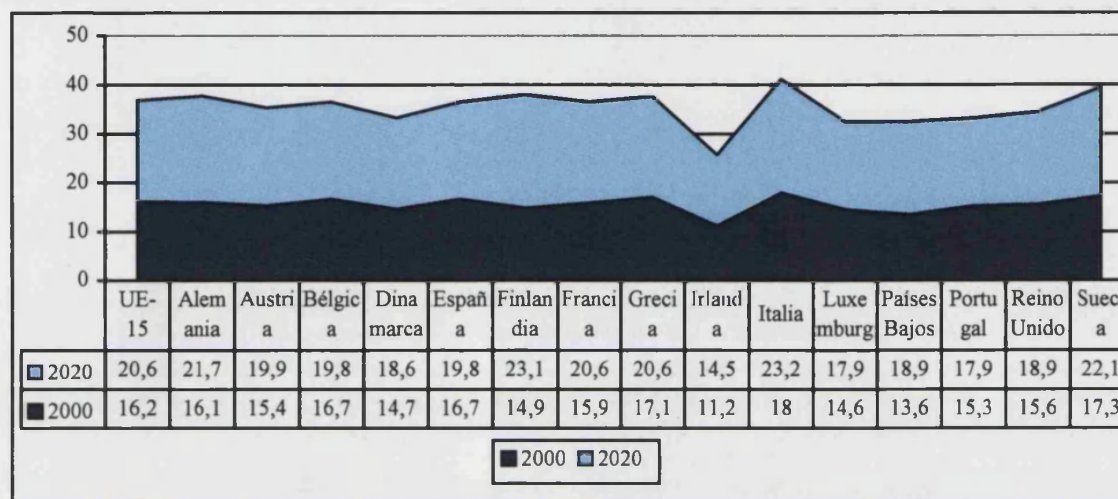


Nota: Número medio de hijos por mujer en edad fértil (de 15 a 49 años).

Fuente: INE, Indicadores sociales, edición 2001.

La Unión Europea (UE) también envejece rápidamente. La oficina europea Eurostat ha venido observando que el crecimiento natural es muy bajo; en 1999 nacieron alrededor de 4 millones de personas y murieron 3,7 millones. Según datos de las Naciones Unidas, la inmigración necesaria entre 2000 y 2050 en la UE sería de 47 millones de personas para mantener el tamaño de población total y 674 millones para mantener el índice de población en edad de trabajar (15 a 64 años de edad) con respecto a la población mayor de 65 (United Nations, 2000). En el año 2000 el porcentaje de personas mayores de 65 años era del 16,2%, mientras que los mayores de 80 años representaban el 3,6%; estas cifras podrían alcanzar en el año 2050 el 27,5% en mayores de 65 años y el 10% en mayores de 80 años. Entre los países en los que el porcentaje de personas de 65 y más años superaba la media europea se encontraban, además de España (16,7%), Italia (18%), Suecia (17,3), Grecia (17,1) y Bélgica (16,7%) (gráfico 4). La proyección para 2020 sitúa dichos porcentajes en el 23,2% para Italia, 23,1% en Finlandia o 22,1% en Suecia.

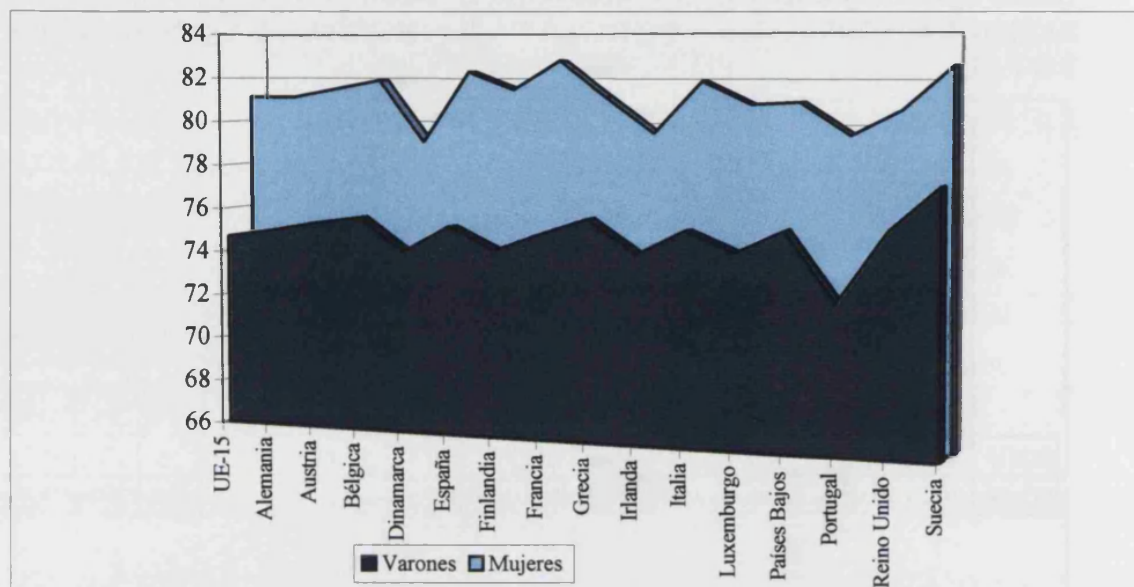
GRÁFICO 4. POBLACIÓN CON 65 O MÁS AÑOS EN LA UNIÓN EUROPEA, 2000-2020. PORCENTAJE SOBRE LA POBLACIÓN TOTAL.



Fuente: Eurostat (1999): Statistiques démographiques, 1995-1998, Luxemburgo; citado en IMSERSO (2001).

Otro factor vinculado con el envejecimiento de la población es la *esperanza de vida al nacer*. En la UE, entre 1980 y 2000 dicha esperanza ha aumentado en 4,2 años para los varones y 4 años para las mujeres, situándose en 2000 en 74,7 años para los primeros y 81,1 años para las mujeres. Aunque existen notables diferencias por países, incluso entre estados próximos –por ejemplo, en los países escandinavos, los varones suecos tenían una esperanza de vida que excedía en 3 años a la de sus homólogos finlandeses-, la longevidad media de la Unión Europea es una de las más altas del mundo, y no cesa de aumentar (gráfico 5). En 2050 se prevé que alcance los 79,7 en varones y 85,1 en mujeres (Comisión de las Comunidades Europeas, 2001).

GRÁFICO 5. ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA 2000-2005, EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: INE datos de salud internacional, diciembre de 2002.

En España la esperanza de vida al nacer en 2000 se situaba en 75,4 años para varones y 82,3 años en las mujeres. La esperanza de vida para las personas de 65 años supera los 16 años en varones y alcanza los 20 en mujeres (IMSERSO, 2001). Asimismo, la esperanza de vida libre de incapacidad a partir de los 65 años es de 6,7 años, de forma que a los 71 o 72 años se incrementan los problemas de dependencia (IMSERSO, 2002). Ante esta situación, la mujer en España puede encontrarse con una viudedad media de 7 a 10 años, como consecuencia no sólo de su menor mortalidad sino también de un efecto cultural, la costumbre social de casarse con varones con los que las separan varios años de edad.

El aumento de la esperanza de vida de la población de la Comunidad Valenciana también supone un incremento de la demanda de cuidados de larga duración y exige una previsión de sostenibilidad económica a largo plazo. El último dato disponible sobre esperanza de vida al nacer en esta región, referido a 1998, establece una edad de 81,4 años en mujeres y 74,7 años en varones (tabla 2), situándonos en la media de la Unión Europea. La esperanza de vida para las personas de 65 años de la Comunidad Valenciana está próxima a los 20 años en el caso de las mujeres y supera los 16 años en los varones (IVE, 2001b).

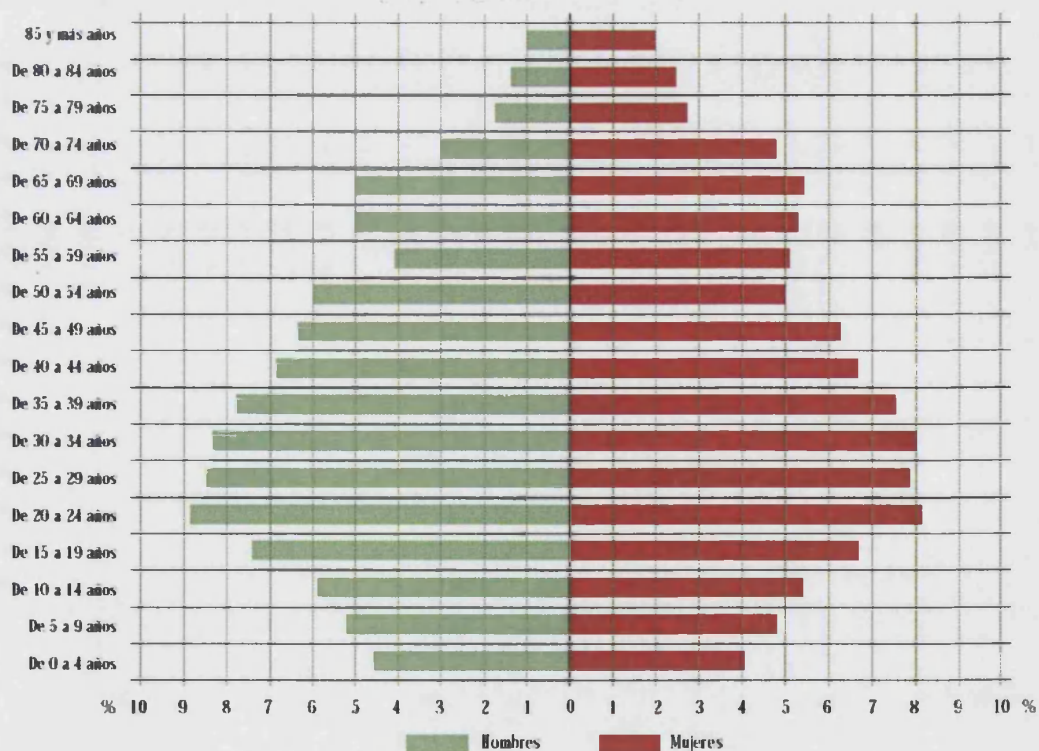
TABLA 2. ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.

Género	Esperanza de vida al nacer (en años)			
	1980	1990	1998	Variación 1980-1998
Varones	72,02	73,07	74,65	2,63
Mujeres	77,66	79,92	81,41	3,75
Ambos géneros	74,87	76,48	78,02	3,15

Fuente: INE, Indicadores demográficos básicos, diciembre 2002.

La pirámide de población de la Comunidad Valenciana adquiere la forma típica de los países con poblaciones envejecidas: una base cada vez más pequeña y un pico amplio, en particular en el lado de la población femenina (gráfico 6).

GRÁFICO 6. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2000.



Fuente: IVE (2002b).

Al aumentar la esperanza de vida, las tasas de dependencia económica de las personas mayores también aumentan (OECD, 1998c). En el contexto europeo, la tasa de dependencia económica de la población joven¹⁴ descenderá en tres puntos, de un 35% para el año 2000 a un 32% para el 2020. Mientras, la tasa de dependencia económica de la población europea de más edad (población de 65 y más años respecto a la población activa) soportará un incremento progresivo, pasando del 26,7% en el año 2000 a más del 52% en 2040 (tabla 3). Estas cifras ocultan importantes diferencias entre los países miembros de la UE, en cuanto al tamaño y ritmo de crecimiento de la tasa de dependencia. Así, en el año 2040 esta tasa varía entre el 36% de Irlanda y el 64% de Italia, seguida de España con el 55,7%. Esta situación implica que en España, dentro de 40 años, habrá menos de dos personas en edad laboral para mantener a cada jubilado, aumentando los problemas de financiación de los gastos destinados a hacer frente a las necesidades sociosanitarias de los mayores.

TABLA 3. PROYECCIONES DE DEPENDENCIA ECONÓMICA DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS EN LA UNIÓN EUROPEA. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN RELACIÓN CON LA POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR.

Países	2000	2020	2040
Alemania	26,0	36,3	54,7
Austria	25,1	32,4	54,5
Bélgica	28,1	35,6	51,3
Dinamarca	24,1	33,7	44,5
España	27,1	33,1	55,7
Finlandia	24,5	38,9	47,4
Francia	27,2	35,9	50,0
Grecia	28,3	35,8	51,4
Irlanda	19,4	24,5	36,0
Italia	28,8	39,7	63,9
Luxemburgo	23,4	31,0	45,4
Países Bajos	21,9	32,6	48,1

¹⁴ Población con una edad inferior a los 19 años en relación con la población de entre 20 y 64 años.

Portugal	25,1	30,3	43,1
Reino Unido	26,4	32,0	47,0
Suecia	29,6	37,6	46,7
EU-15	26,7	35,1	52,4

Fuente: Eurostat, citado por el Comité Europeo de Política Económica en su informe sobre el impacto del envejecimiento, 2000.

Por último, cabe señalar que se está produciendo un aumento de las personas mayores que viven solas, que eleva la demanda de servicios de proximidad. En el conjunto de la UE en 1995 el 28% de las personas de 65 a 79 años vivían solas, porcentaje que alcanzaba el 45% entre los mayores de 80 o más años (Comisión Europea, 1999a). De media, uno de cada tres ancianos vive solo en la Unión Europea, aunque en países como Dinamarca, Suecia, Finlandia y Alemania el porcentaje de hogares unifamiliares con un anciano alcanza el 40%. Por el contrario, en los países meridionales con una presencia social mayor de la familia, como España y Portugal, el porcentaje de mayores que viven solos es el más bajo de la UE (inferior al 20%). Concretamente en España, entre el 14 y 16% de los mayores viven solos, lo que supone aproximadamente un millón de personas de este grupo de edad viviendo solos (IMSERSO, 2001).

En la Comunidad Valenciana hay 97.928 personas mayores de 65 años que viven solas, con una tasa próxima al 15,3%. De ellas 47.922 tienen 75 o más años (con una tasa del 18,4%) y, por consiguiente, un alto riesgo de dependencia (tabla 4). Muchas comarcas superan la proporción del conjunto de la Comunidad Valenciana (IVE, 1996). Con tasas superiores al 20% encontramos, en la provincia de Valencia, el Rincón de Ademúz (26,80%) y, en Castellón, l'Alt Maestrat (23,42%), el Alto Mijares (21,84%) y el Alto Palancia (20,15%). En Alicante, la tasa más elevada de personas mayores de 65 años solas se sitúa en l'Alcoià (18%).

TABLA 4. POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS QUE VIVE SOLA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Provincias y comarcas	Total personas que viven solas			
	≥65 años	Tasa (%)*	≥ 75 años	Tasa (%)**
Comunidad Valenciana	97.928	15,29	47.922	18,39
Provincia de Alicante	30.371	13,94	14.517	16,94
El Baix Segura	4.058	12,02	1.987	16,39
El Baix Vinalopó	3.879	13,49	1.755	16,28
El Comtat	846	16,59	457	21,22
El Vinalopó Mitjà	2.813	12,51	1.394	15,17
La Marina Alta	3.642	13,38	1.774	16,66
La Marina Baixa	2.691	12,81	1.160	13,31
L'Alacantí	8.279	15,08	3.876	17,50
L'Alcoià	3.059	18,00	1.590	23,14
L'Alt Vinalopó	1.104	14,58	524	17,01
Provincia de Castellón	13.217	16,18	6.976	19,75
El Alto Mijares	330	21,84	221	27,87
El Alto Palancia	1.161	20,15	709	27,50
El Baix Maestrat	2.021	16,30	1.012	18,45
Els Ports	309	19,43	159	22,11
La Plana Alta	4.511	15,27	2.276	18,02
La Plana Baixa	3.724	14,76	1.908	18,28
L'Alcalatén	594	18,38	336	22,19
L'Alt Maestrat	567	23,42	355	30,39
Provincia de Valencia	54.340	15,94	26.429	18,94
El Camp de Morvedre	1.876	14,67	915	17,95
El Camp de Túria	1.738	13,58	878	16,50
El Rincón de Ademuz	250	26,80	168	35,07
El Valle de Cofrentes-Ayora	455	18,83	269	25,12
La Canal de Navarrés	560	15,81	303	19,44
La Costera	1.652	16,03	841	19,99
La Hoya de Buñol	735	13,34	362	15,87
La Plana de Utiel-Requena	1.068	13,63	538	16,44
La Ribera Alta	5.819	17,72	3.059	23,11
La Ribera Baixa	2.037	16,72	1.004	20,01
La Safor	3.986	17,52	2.177	23,88
La Vall d'Albaida	1.754	13,96	884	17,33
L'Horta Nord	3.531	14,73	1.710	18,03
L'Horta Oest	4.169	12,46	1.795	13,96
L'Horta Sud	2.976	16,13	1.441	20,17
Los Serranos	907	19,80	550	25,38
València	20.827	16,81	9.535	18,29

*Tasa: Población mayor de 65 años que vive sola / población mayor de 65 años (en %).

**Tasa: Población mayor de 75 años que vive sola / población mayor de 75 años (en %).

Fuente: Elaboración propia según datos del IVE (1996) sobre Hogares, Familias y Núcleos, obtenidos a partir del Censo de 1991, y del Padrón Municipal de 1998.

Los cambios demográficos señalados están afectando al cuidado de las personas mayores dependientes en los países de la UE. Pero las situaciones de dependencia no afecta únicamente a la población mayor, como podremos apreciar en el siguiente apartado, su extensión y diversificación a lo largo de la estructura de edades la ha convertido en una necesidad social susceptible de protección.

2.2.2. El aumento de la dependencia.

La dependencia no es un fenómeno nuevo, pero sí lo es la dimensión que está alcanzando en la actualidad, tanto por sus implicaciones en la redefinición de los objetivos y funciones de los sistemas de protección social (en particular, los compromisos relativos a la garantía de protección y su financiación), como por el incremento del número de personas que se ven afectadas. Así, Pacolet et al. (1999) calculan que la población dependiente está próxima al 3% del total de la población de la Unión Europea, es decir, unos 9 millones de personas.

El proceso de envejecimiento, que acabamos de describir, aumenta la proporción de personas que se encuentran en situación de riesgo con respecto a su salud; ello no se debe exclusivamente a la edad en sí misma, sino a la mayor incidencia de enfermedades invalidantes y de la discapacidad. Si la reducción de la mortalidad es mayor que la reducción de la morbilidad, entonces el aumento de la esperanza de vida conduce a un aumento de la dependencia (Jacobzone, 1999). Sin embargo, se prevé que la dependencia grave en la población anciana no aumente en las próximas décadas, como consecuencia de una mayor y mejor atención sanitaria y la inmediata accesibilidad a la misma, así como por el incremento de su calidad de vida y de su formación –que, además del sistema sanitario son elementos que influyen decisivamente en el estado de salud-. Pero, la dependencia moderada podría convertirse en una carga y obstaculizar que las personas mayores puedan vivir de forma independiente y autónoma; y además, al pertenecer a generaciones acostumbradas a realizar un elevado consumo de servicios de asistencia, posiblemente exijan los tratamientos más innovadores, que probablemente también sean los más caros.

Tanto entre la población mayor de 65 años como entre los menores de esta edad, el desarrollo de las enfermedades crónicas y degenerativas ha pasado a constituir una de las causas más frecuentes de dependencia. En todas las regiones más desarrolladas del planeta se está produciendo actualmente una transición epidemiológica, que implica una variación de las principales causas de mortalidad, del

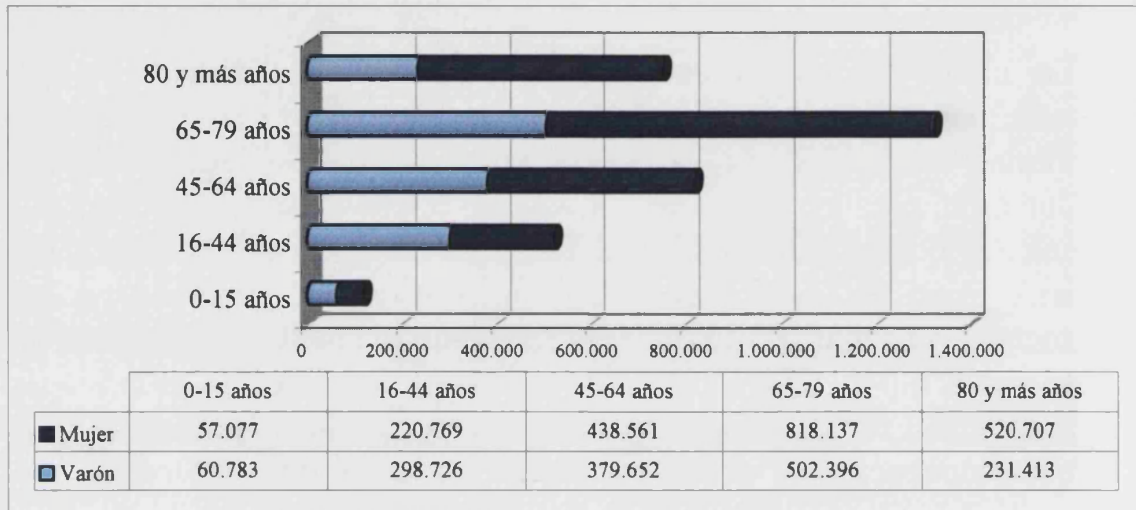
predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias se pasa al aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas en la edad adulta (ONU, 1999).

Lo cierto es que el éxito en el tratamiento médico de algunas enfermedades, como el SIDA o el cáncer, transforma la enfermedad mortal en problemas de salud que implican cuidados de larga duración, para ayudar al enfermo a que pueda desempeñar algunas de sus actividades personales y domésticas diarias. Las personas que se encuentran en esta situación utilizan en mayor medida recursos sociales y sanitarios. Estas enfermedades vinculadas a otras patologías como la hipertensión, diabetes, enfermedades crónicas respiratorias, problemas musculares y óseos, así como la depresión y otros trastornos mentales, exigen importantes recursos adicionales.

Dada esta situación, es lógico que los datos existentes sobre dependencia aborden el tema de forma indirecta, utilizando indicadores relacionados con los diagnósticos de enfermedad, la percepción de salud y/o la discapacidad.

La ya mencionada proximidad entre los términos dependencia y *discapacidad* ha generado estimaciones cuantitativas de la dependencia a partir de las cifras de discapacidad. Así, en la Unión Europea se estima que el número de personas afectadas directamente por alguna forma de discapacidad está próximo al 10% de la población, porcentaje que representa unos 37 millones de personas (Comisión Europea, 2000b). En España, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, publicada por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2000, calcula que el número de personas discapacitadas es de 3.528.221, lo que supone un 9% de la población total. Existen grandes diferencias por grupos de edad (gráfico 7), de tal forma que la tasa de discapacidad por cada 1.000 habitantes entre los menores de 65 años es del 45,9, mientras que entre la población de 65 o más años alcanza el 322,1.

GRÁFICO 7. PERSONAS DISCAPACITADAS EN ESPAÑA SEGÚN GRUPO DE EDAD Y GÉNERO.



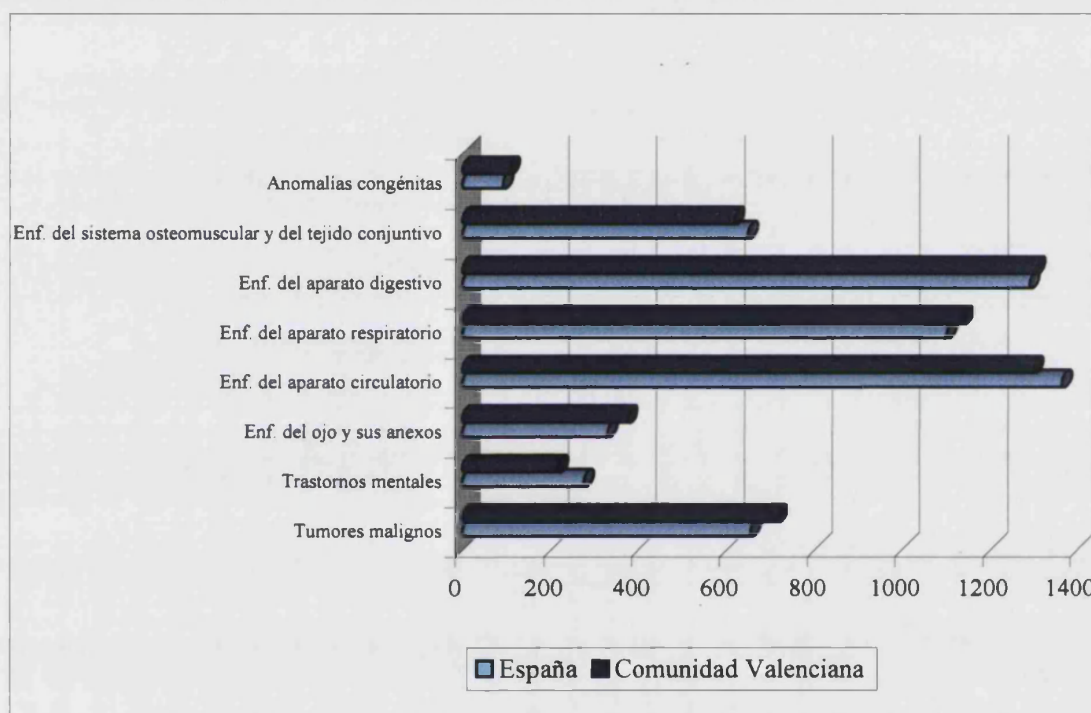
Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (INE, 2000a).

En la Comunidad Valenciana el número de personas discapacitadas es de 312.875, según datos de la encuesta mencionada en el párrafo anterior. La tasa de discapacidad por cada 1.000 habitantes en función del grupo de edad es inferior a la media nacional; en las personas menores de 65 años, esta tasa es del 40,3, mientras que entre la población de 65 y más años alcanza el 300,5.

Otra forma de aproximarse a la cuantificación de la dependencia es a través de la *población enferma*. En el contexto español, si consideramos los diagnósticos definitivos de las personas dadas de alta en centros hospitalarios, facilitados por la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de 1999 (INE, 2002), las enfermedades vinculadas con el aparato digestivo y las enfermedades del aparato circulatorio y respiratorio afectaron a 3.754 personas por cada 100.000 habitantes, lo que supone el 33% del total de enfermos (1.487.386 personas afectadas de un total de 4.502.777 enfermos). Los tumores malignos y las enfermedades mentales afectaron, respectivamente a 654 y 274 personas por cada 100.000 habitantes (259.098 y 108.438 enfermos, respectivamente) (gráfico 8). En la Comunidad Valenciana las

personas con tumores malignos superan la media nacional, con 714 afectados por cada 100.000 habitantes; mientras que la cifra de personas con enfermedades mentales dadas de alta en centros hospitalarios por cada 100.000 habitantes -216 personas- es inferior a la media española.

GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMOS DADOS DE ALTA EN 1999 EN CENTROS HOSPITALARIOS POR CADA 100.000 HABITANTES, SEGÚN EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.

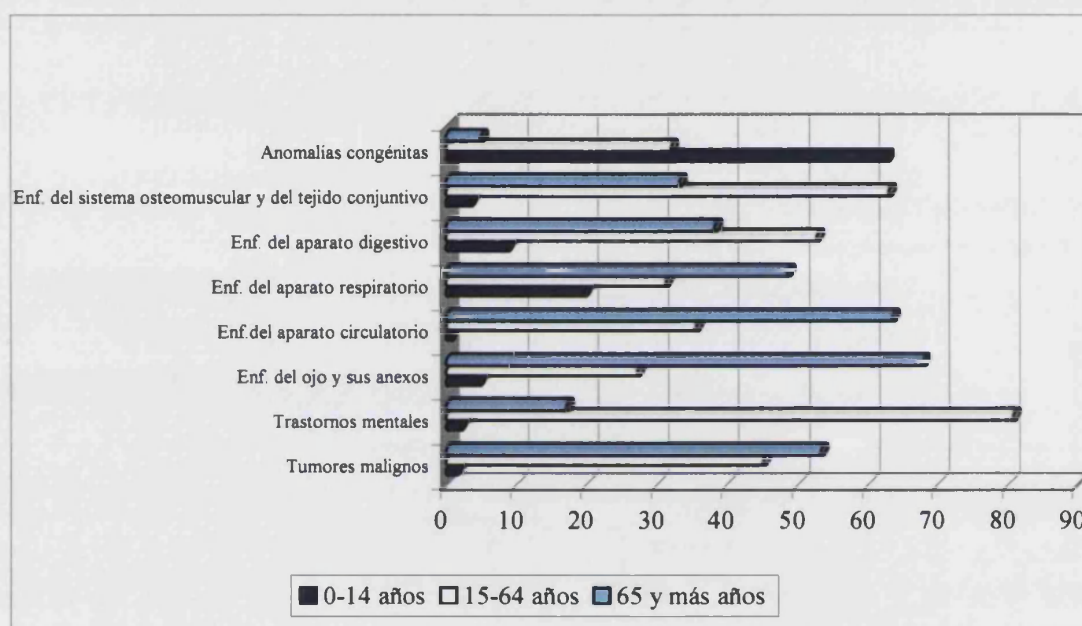


Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1999 (INE, 2002).

Al incorporar la variable edad, junto con el diagnóstico definitivo de las personas dadas de alta en centros hospitalarios, en España de cada 100 diagnósticos de anomalías congénitas 62,7 hacen referencia a menores de 14 años. El grupo de población más amplio, de 15 a 64 años, está más representado en los epígrafes relativos a enfermedades mentales (de cada 100 diagnósticos de trastorno mental 80,8 pertenecen a este grupo de edad), del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, y del aparato digestivo (gráfico 9). Los mayores de 65 años predominan en los grupos de enfermedad relacionados con los órganos de los sentidos (por ejemplo, cataratas) y el aparato

circulatorio. Los mayores también están más representados en enfermedades vinculadas con tumores malignos y enfermedades respiratorias.

GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN DE LOS ENFERMOS DADOS DE ALTA EN 1999 EN ESPAÑA, EN CENTROS HOSPITALARIOS POR CADA 100 DIAGNÓSTICOS REFERIDOS A CADA GRUPO DE ENFERMEDAD, EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1999 (INE, 2002)

No sólo el diagnóstico ofrece información sobre la dependencia, las encuestas de *salud percibida* aportan otra perspectiva para aproximarse a la cuantificación de la población dependiente. El bienestar subjetivo tiene importantes repercusiones para la salud, en particular para contar con una vejez saludable y activa, el hecho de que una persona se sienta bien –autopercepción del estado de salud– puede determinar el desarrollo de su vida diaria. Las personas que se sienten enfermas o débiles, pueden convertirse en demandantes de cuidados sociosanitarios independientemente del diagnóstico médico, de su estado o de sus limitaciones físicas objetivas. Para obtener una estimación cuantitativa de la dependencia, se suele recurrir a los

siguientes indicadores de salud percibida, tanto en mayores como en menores de 65 años: a) autopercepción del estado de salud y b) reconocimiento de presencia de enfermedad crónica diagnosticada. En mayores de 65 años se recurre, además, a la percepción de dependencia para las AVD.

Con relación a la *autopercepción del estado de salud*¹⁵, según datos nacionales de la Encuesta de Salud de 1997, el 4,7% de la población menor de 65 años consideraba que su salud era mala o muy mala, ese porcentaje alcanzaba el 18,1% entre los mayores de 65 años.

En la Comunidad Valenciana, en el año 2000 entre 124.043 y 119.437 personas mayores de 65 años serían susceptibles de atención sociosanitaria –demanda potencial-, al considerar que su estado de salud es malo o muy malo a partir de las encuestas de salud, tanto nacional como valenciana (tabla 30). En la población mayor, existe una fuerte correlación entre la autopercepción del estado de salud y los casos de dependencia, con una mayor presencia de situaciones de dependencia entre aquellos que se sienten mal o muy mal (Puga y Abellán, 2002). Los mayores que dicen encontrarse mal o muy mal tienen 2,7 veces más probabilidades de presentar situaciones de dependencia, que requieran la ayuda de otras personas, que aquellos que se encuentran regular o bien. Respecto a los menores de 65 años, entre 164.602 y 99.787 personas de la Comunidad Valenciana afirmarían que su estado de salud es malo o muy malo (tabla 5).

¹⁵ La autopercepción del estado de salud es un indicador con fuertes componentes sociales, en el que no sólo influye el estado físico objetivo, sino otras variables como el escaso nivel cultural, el tipo de vida sedentaria, la comorbilidad, los procedimientos médicos utilizados, el bajo nivel de ingresos, el estado civil (viudedad o separación) o la escasez de relaciones sociales (Golini & Calvani, 2001).

TABLA 5. AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA EN EL AÑO 2000.

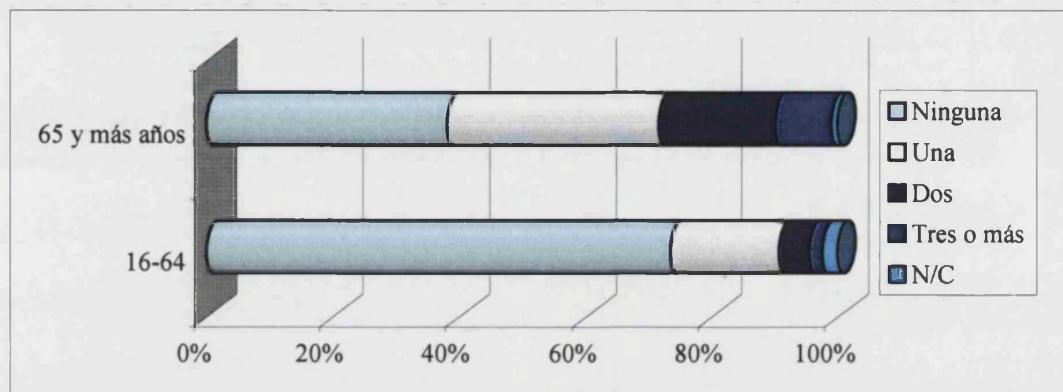
Grupo de edad	Número de personas de la Comunidad Valenciana en función de su estado de salud					
	Datos de la Encuesta Nacional de Salud (1997)			Datos de la Encuesta de Salud Comunidad Valenciana (2000-2001)		
	Estado de salud malo	Estado de salud muy malo	Total	Estado de salud malo	Estado de salud muy malo	Total
Mayores de 65 años	97.152	22.285	119.437	100.223	23.820	124.043
Menores de 65 años*	130.548	34.054	164.602	87.926	11.861	99.787
Total	227.700	56.339	284.039	188.149	35.681	223.830

* Se considera solamente la población entre 16 y 64 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud 1997 y de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-01, junto con las proyecciones de población del INE para la Comunidad Valenciana en el año 2000, a 1 de julio, cifras revisadas.

En España, sólo un 38,2% de los mayores de 65 años afirma no tener *enfermedades crónicas*, frente a un 73,5% del grupo de población activa (16-64 años). Un 27,3% de los mayores de 65 años dicen tener dos o más enfermedades crónicas, frente a un 6,9% de la población de entre 16 y 64 años (gráfico 10).

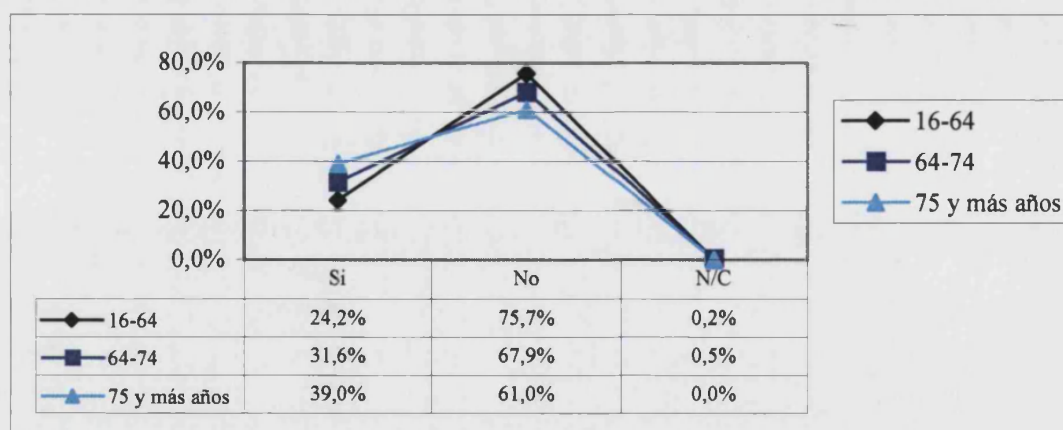
GRÁFICO 10. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN ESPAÑA. NÚMERO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS DIAGNOSTICADAS, SEGÚN EL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud 1997 (Biglino, 1999).

Entre las personas que declararon tener alguna enfermedad crónica, casi el 40% de los mayores de 75 años encontraron limitaciones para desarrollar sus actividades habituales, frente al 24,2% de la población de entre 16 y 64 años (gráfico 11).

GRÁFICO 11. PERCEPCIÓN ESTADO DE SALUD EN ESPAÑA. LIMITACIONES DE LAS ACTIVIDADES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES POR ENFERMEDADES CRÓNICAS DIAGNOSTICADAS.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud 1997 (Biglino, 1999).

En la Comunidad Valenciana, aproximadamente, 177.709 personas mayores de 65 años reconocerían tener dos o más enfermedades crónicas diagnosticadas en el año 2000. Por otra parte, en ese mismo año, 186.091 personas menores de 65 años también afirmarían tener dos o más enfermedades crónicas diagnosticadas (tabla 6).

TABLA 6. AUTOPERCEPCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS RECONOCIDAS COMO DIAGNOSTICADAS, EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, EN EL AÑO 2000.

Grupo de edad	Número de personas con enfermedades crónicas diagnosticadas		
	Dos	Más de dos	Total
Mayores de 65 años	118.959	58.750	177.709
Menores de 65 años	131.817	54.274	186.091
Total	250.776	113.024	363.800

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud 1997 y las proyecciones de población del INE para la Comunidad Valenciana en el año 2000, a 1 de julio, cifras revisadas.

Respecto a la *percepción de dependencia para las AVD*, entre la población mayor de 65 años no institucionalizada, según datos de la Encuesta Nacional de Salud 1997, el 6,8% necesita ayuda para ducharse o bañarse (un 1,4% no puede hacerlo), el 3,2% para preparar su propia comida (un 1,7% no puede hacerlo), el 2,8% para andar (el 8,9% para andar durante una hora seguida) y el 2,2% para levantarse de la cama y acostarse (un 0,6% no puede hacerlo).

En la Comunidad Valenciana estimamos que existen más de 48.019 personas mayores de 65 años que necesitan ayuda para ducharse o bañarse, 22.985 que no puedan preparar su propia comida, 19.556 necesitan ayuda para andar y 15.317 requieren ayuda para levantarse de la cama y acostarse – a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud 1997- (tabla 7).

TABLA 7. ESTIMACIÓN DE LA DEPENDENCIA PERCIBIDA POR LOS MAYORES DE 65 AÑOS PARA LAS AVD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA EN EL AÑO 2000.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	Número de personas mayores					
	65 a 74 años		75 y más años		Total mayores 65 años	
	Con ayuda	No puede	Con ayuda	No puede	Con ayuda	No puede
Tomar medicinas (cantidad y momento)	8.631	375	21.089	5.752	29.720	6.127
Comer (cortar la comida e introducirla en la boca)	2.252	0	3.560	4.108	5.812	4.108
AUTOOCUIDADO						
Vestirse y desnudarse y elegir la ropa	4.128	0	12.599	2.739	16.727	2.739
Peinarse (mujer). Afeitarse (varón)	3.378	0	9.860	2.739	13.237	2.739
Cortarse las uñas de los pies	24.768	28.896	35.331	43.548	60.099	72.444
Lavarse la cara y cuerpo de la cintura para arriba	3.378	375	10.681	4.108	14.059	4.484
Ducharse y bañarse	13.510	2.627	34.509	7.121	48.019	9.748
Quedarse solo durante toda una noche	6.380	6.004	15.611	16.159	21.991	22.164
Utilizar el teléfono (buscar número y marcar)	2.252	3.753	16.981	14.242	19.232	17.995
Comprar comida o ropa	11.258	3.753	29.579	16.159	40.838	19.912
Preparar su propio desayuno	4.128	1.126	12.051	8.490	16.179	9.616
Preparar su propia comida	6.004	1.126	16.981	11.229	22.985	12.355
Cortar una rebanada de pan	1.501	375	7.669	4.108	9.170	4.484
Fregar los platos	4.879	2.627	10.681	9.860	15.560	12.487
Hacer la cama	11.634	3.753	18.898	12.599	30.532	16.351
Cambiar las sábanas de la cama	12.384	4.879	22.458	13.420	34.843	18.299
Lavar ropa ligera a mano	9.007	10.133	18.350	26.841	27.357	36.973
Lavar ropa a máquina	7.130	6.004	16.981	25.471	24.111	31.476
LABORES DOMESTICAS						
Limpicar la casa o el piso (fregar el suelo, barrer)	18.764	11.258	34.783	26.841	53.547	38.099
Limpicar una mancha del suelo	13.510	12.384	25.471	29.032	38.981	41.416
Coser un botón	7.130	12.759	19.172	28.210	26.302	40.970
Coger el autobús, metro, taxi, etc.	20.265	3.753	47.930	20.541	68.195	24.294
Administrar su propio dinero	10.883	1.126	26.019	10.681	36.902	11.807
MOVILIDAD						
Andar (con o sin bastón)	4.879	0	14.790	3.560	19.668	3.560
Levantarse de la cama y acostarse	6.004	1.501	9.312	2.739	15.317	4.240
Subir diez escalones	21.016	2.627	30.949	12.051	51.965	14.678
Andar durante una hora seguida	25.144	31.523	35.331	49.299	60.475	80.823

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud 1997 y las proyecciones de población del INE para la Comunidad Valenciana en el año 2000, a 1 de julio, cifras revisadas.

La reciente Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001 permite estimar que 53.343 personas necesitan ayuda o no pueden realizar las actividades básicas de cuidado personal (comer, ir al lavabo, lavarse o vestirse, etc.) y 77.746 tienen las dificultades o no pueden llevar a cabo actividades cotidianas como las tareas domésticas, abrir o cerrar puertas y estirarse o agacharse para coger objetos (tabla 8).

TABLA 8. ESTIMACIÓN DE LA DEPENDENCIA PERCIBIDA POR LOS MAYORES DE 65 AÑOS PARA LAS AVD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA EN EL AÑO 2000 (ENCUESTA DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA 2000-2001).

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	Número de personas de la Comunidad Valenciana, de 65 y más años que necesita ayuda o no puede realizar las actividades propuestas
Cuidado personal (1)	53.343
Actividades cotidianas (2)	77.746
Asuntos personales (3)	108.789
Comunicación (4)	85.573

(1) *Actividades básicas de cuidado personal:* comer, ir al lavabo, lavarse o vestirse, etc.

(2) *Actividades cotidianas:* tareas domésticas, abrir o cerrar puertas, grifos, pestillos, y/o estirarse o agacharse para coger objetos, etc.

(3) *Actividades para ocuparse de sus asuntos personales:* ir de compras, hacer encargos, ir de visita, ir a cobrar su pensión, hacerse las cuentas, etc.

(4) *Actividades de comunicación:* escribir o leer (exceptuando los analfabetos), o hacer y entender signos gráficos (señales de tráfico, horas del reloj).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001 y las proyecciones de población del INE para la Comunidad Valenciana en el año 2000, a 1 de julio, cifras revisadas.

Otras fuentes como el INE (2000a), cifran en 54.915 el número de personas mayores de 65 años de la Comunidad Valenciana que tienen alguna dificultad importante para cuidar de si mismos (de un total nacional de 561.830 personas) y en 78.826 las personas que presentan problemas para moverse dentro de su propio domicilio (de 809.533 personas en toda España), incluyendo los cambios posturales y el levantarse y acostarse (tabla 9).

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS MAYORES DE 65 AÑOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA EN FUNCIÓN DE TIPO DE DISCAPACIDAD.

Tipo de discapacidad	Número de personas mayores de 65 años discapacitadas*	
	España	Comunidad Valenciana
Cuidar de sí mismo (1)	561.830	54.915
Realizar las tareas del hogar (2)	1.049.111	97.241
Desplazarse (3)	809.533	78.826
Desplazarse fuera del hogar (4)	1.350.777	126.944

* Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad.

(1) *Cuidar de sí mismo*. Incluye asearse solo (lavarse y cuidar de su aspecto); control de necesidades y utilizar solo el servicio; vestirse, desvestirse y arreglarse; comer y beber.

(2) *Realizar las tareas del hogar*. Implica cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios; cuidarse de las comidas; cuidarse de la limpieza y el planchado de la ropa; cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa; cuidar del bienestar de los demás miembros de la familia.

(3) *Desplazarse dentro del hogar*. Recoge las siguientes actividades: cambios y mantenimiento de las diversas posiciones del cuerpo; levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado.

(4) *Desplazarse fuera del hogar*. Incluye deambular sin medio de transporte; desplazarse en transportes públicos; conducir vehículo propio.

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (INE, 2000a).

Por otra parte, en la misma fuente se recoge el número de personas mayores de 65 años con alguna discapacidad que necesitan ayuda para las AVD. Así, se establece que en la Comunidad Valenciana 81.700 personas mayores de 65 años (de un total de 879.671 personas en toda España) tienen dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, de ellas el 56,4% presentan un grado de discapacidad severa (INE, 2000a) (tabla 10).

TABLA 10. PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON DISCAPACIDAD QUE NECESITAN AYUDA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

Tipo de discapacidad para las AVD	Número de personas mayores de 65 años discapacitadas	
	España	Comunidad Valenciana
Discapacidad moderada	406.207	35.644
Discapacidad severa	473.464	46.056
Total	879.671	81.700

Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (INE, 2000a).

En resumen, el incremento de la esperanza de vida junto a las mejoras en la atención sanitaria hace prever un aumento de la dependencia vinculada a estados de discapacidad y morbilidad.

A continuación, como antecedentes significativos sobre la dependencia, recogemos diversas estimaciones que de forma explícita ofrecen datos cuantitativos de la misma para España y la Comunidad Valenciana. En ellas se combinan algunos de los factores que hemos considerado aisladamente, como la discapacidad, la salud percibida o los diagnósticos clínicos. Las propuestas analizadas son, en el ámbito nacional, la realizada en el informe del Defensor del Pueblo (1999) y uno de los estudios del IMSERSO (1999), y en la Comunidad Valenciana, el Programa PALET y las estimaciones de la Unidad de Investigación *Políticas de Bienestar Social* (Garcés, Ródenas y otros, 2002).

La primera referencia a la población dependiente en el ámbito de la Comunidad Valenciana data de 1995 y la encontramos en el programa denominado *Atención a Pacientes Ancianos, con Enfermedades de Larga Evolución y Terminales* (PALET), sobre el que volveremos en un apartado posterior. En el marco de este programa, se calculaba que en nuestra Comunidad existían un mínimo de **100.000 pacientes** con algún grado de dependencia (Zafra, Ballester y Gómez, 1998b). Los datos que, a su vez, utilizaron los autores de esta estimación se

obtuvieron de otras fuentes, como la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 1990-91, el registro de mortalidad y el registro nacional y autonómico del SIDA. No obstante, se sobreentiende que la población susceptible de atención sociosanitaria es mucho mayor.

En el *Informe del Defensor del Pueblo y de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología de 1999* se cuantifica el riesgo de dependencia de la población Española, a partir principalmente de estudios del INSERSO sobre demanda y oferta de cuidados de larga duración (INSERSO, CIS, 1995; INSERSO, Colectivo IOE, CIS, 1995), y se consideran los siguientes aspectos:

- Personas mayores de 65 años que viven en su domicilio con necesidad de ayuda para las AVD. Dicho subgrupo suponía en 1995 el 25% de los mayores de 65 años y equivalía, aproximadamente, a 1,5 millones de personas, de los que 650.000 tendrían más de 80 años.
- Personas mayores que viven en residencias. Estimadas, según datos de este informe, en 189.000 personas (no todas son dependientes graves).
- Personas de 18 a 65 años con discapacidad grave, dependientes de terceros para las AVD. Este último grupo estaría integrado en 1996 por unas 150.000 personas (INSERSO, DATLAN, 1996).

Del Informe del Defensor del Pueblo y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología se concluye que *en España entre 1995 y 1996 podría haber aproximadamente 1.839.000 personas con riesgo de dependencia.*

Al aplicar los criterios utilizados en este informe a la población de la Comunidad Valenciana obtenemos las siguientes cifras:

- La población mayor de 65 años con riesgo de dependencia para actividades de la vida diaria que reside en su domicilio (no incluye a las que viven en residencias) sería aproximadamente de 139.895 personas, de las cuales 28.888 tendrían más de 80 años. En 1996 la

población mayor de 65 años en la Comunidad Valenciana era de 614.039 personas, un 20,7% tenía más de 80 años (IVE, 2000).

- El número de personas mayores de 65 años que vive en residencias, según datos del IMSERSO, se calcula en 13.615 personas.
- En la Comunidad Valenciana, partiendo de datos del informe sobre Discapacitados del Comité Económico i Social¹⁶ (Sastre, 1997), se estima que en 1996 existían aproximadamente 29.400 personas de entre 18 y 64 años, con un grado de discapacidad grave.

Así pues, *el número de personas con riesgo de dependencia en la Comunidad Valenciana en 1996 podría estimarse en 182.910*, cifra que también infravalora la cantidad de población susceptible de atención sociosanitaria que se quiere estudiar.

El *IMSERSO* establece diversos cálculos para determinar, por una parte, la población dependiente mayor de 65 años -y dentro de ésta los mayores de 80 años- y, por otra, la población dependiente comprendida entre 15 y 64 años (*IMSERSO*, 1999). En ambos casos se estima la población con dependencia grave. Como punto de partida se recurre a la Encuesta Nacional de Salud de 1993, adaptando los datos al índice de Katz¹⁷ y la escala Lawton¹⁸. El informe elaborado propone estimaciones para el año 1992, 1996, 2000 y 2005.

La tabla 11 muestra una selección de datos del *IMSERSO* en la que podemos observar la estimación del número de personas dependientes para las AVD en 1996 y 2000, atendiendo a diferentes grados de dependencia.

¹⁶ Este informe contiene datos de discapacidad procedentes de los Centros de Diagnóstico provinciales.

¹⁷ El índice de Katz hace referencia a las actividades básicas de la vida diaria, recoge seis dimensiones: baño, vestido, ir al servicio, traslado, continencia y alimentación.

¹⁸ La escala de Lawton, centrada en las actividades instrumentales de la vida diaria, valora la capacidad para realizar las siguientes actividades, recogiendo varios niveles de autonomía para cada una de ellas: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, hacerse responsable de su medicación y utilizar dinero.

TABLA 11. POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 65 O MÁS AÑOS DEPENDIENTE PARA AVD EN 1996 Y 2000.

Actividades de la Vida Diaria	Número personas dependientes		
	1996	2000	Incremento
DEPENDENCIA EN ALGUNA AVD	2.135.968	2.309.088	173.120
Cuidados personales	1.211.743	1.309.168	97.425
Tareas domésticas	1.581.149	1.710.303	129.154
Asuntos propios	1.674.821	1.809.521	134.700
DEPENDENCIA MEDIA EN TODAS	325.205	350.820	25.615
DEPENDENCIA GRAVE EN ALGUNA AVD	706.201	764.624	58.423
Cuidados personales	183.739	198.816	15.077
Tareas domésticas	604.735	655.173	50.438
Asuntos propios	402.681	435.137	32.456
DEPENDENCIA GRAVE EN TODAS	161.279	174.487	13.208

Fuente: IMSERSO (1999).

La población mayor de 65 años que necesitaría ayuda de terceras personas para realizar alguna actividad de la vida diaria ascendería a 2.309.088 en el año 2000, mientras que la dependencia grave alcanzaría a 764.624 personas¹⁹.

Si se aplica esta estimación al año 1996, para establecer comparaciones con las fuentes anteriores, tendríamos que 2,14 millones de personas mayores necesitaría ayuda de terceros para la realización de alguna actividad de la vida diaria y 706.201 personas presentarían una dependencia grave.

El IMSERSO recurre a la *Encuesta sobre Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de 1986* del INE y la *Encuesta Nacional de Salud de 1995* para determinar la población dependiente de entre 15 y 64 años en España en 1995. Ésta estaría en torno a un valor medio de 550.000 personas, de las que 137.500 tendrían una dependencia grave para cuidados personales, tareas domésticas o asuntos propios.

¹⁹ La estimación para el año 2010 sitúa la cifra de personas mayores dependientes en 2.775.655, de las que 936.070 presentaría una dependencia grave (IMSERSO, 2002).

En resumen, *el número total de personas dependientes para las AVD en España sería de 2,86 millones en el año 2000 y 2,69 millones en 1996*; mientras que la cifra de personas con una dependencia grave ascendería a 902.124 y 843.701 personas, respectivamente.

Al aplicar a la Comunidad Valenciana los criterios definidos por el IMSERSO para la estimación del número de personas dependientes, obtenemos que *la población mayor de 65 años que necesitaría ayuda de terceros para la realización de alguna actividad de la vida diaria sería de 224.001 personas en el año 2000*, mientras que la dependencia grave afectaría a 74.233 personas (tabla 12). Si consideramos el año 1996, estas cifras serían de 211.767 y 70.248 personas, respectivamente.

TABLA 12. POBLACIÓN VALENCIANA DE 65 O MÁS AÑOS DEPENDIENTE PARA LAS AVD EN 1996 Y 2000.

Actividades de la vida diaria	Número personas dependientes		
	1996	2000	Incremento
DEPENDENCIA EN ALGUNA AVD	211.767	224.001	12.234
Cuidados personales	120.180	127.172	6.992
Tareas domésticas	156.919	165.921	9.002
Asuntos propios	166.011	175.668	9.657
DEPENDENCIA MEDIA EN TODAS	32.212	34.119	1.907
DEPENDENCIA GRAVE EN ALGUNA AVD	70.248	74.233	3.985
Cuidados personales	18.066	19.099	1.033
Tareas domésticas	60.180	74.233	14.053
Asuntos propios	39.665	41.968	2.303
DEPENDENCIA GRAVE EN TODAS	15.965	16.878	913

Fuente: : Elaboración propia a partir del Informe del IMSERSO (1999), datos del Padrón Municipal de la Comunidad Valenciana 1996 y las proyecciones de población del INE para la Comunidad Valenciana en el año 2000, a 1 de julio, cifras revisadas.

La *población valenciana de 15 a 64 años en 1996 era de 2.743.234 personas (IVE, 2000)*. Partiendo de este dato, y aplicando los porcentajes estimados en el Informe del IMSERSO, consideramos que el número de personas dependientes para las AVD de este grupo de

edad en la Comunidad Valenciana sería de aproximadamente 56.300, de las que 14.000 tendría una dependencia grave.

En resumen, tras aplicar los criterios del Informe del IMSERSO al ámbito de la Comunidad Valenciana se obtiene una cifra total de **268.076 personas dependientes para AVD en 1996, que en el año 2000 estaría próxima a las 280.301 personas**. De ellas 84.325 y 88.233, en 1996 y 2000 respectivamente, tendrían una dependencia grave.

Los estudios del Defensor del Pueblo y del IMSERSO, si bien aportan una información interesante presentan serias deficiencias, derivadas de las fuentes utilizadas para realizar las estimaciones. Por ejemplo, algunos datos proceden de fuentes poco actualizadas, como la Encuesta sobre Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías que data del año 1986. Además, en los cálculos se han utilizado criterios de definición restrictivos que conllevan la ausencia de importantes grupos de población, no considerados o excluidos, como los menores de 18 años, la población hospitalizada con enfermedades que conllevan dependencia o los enfermos en fase terminal.

Por último, en la Comunidad Valenciana la unidad de investigación *Políticas de Bienestar Social*, de la Universitat de València, a través de un convenio de colaboración con las Consellerias de Sanidad y de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, realizó una estimación teórica de la población valenciana dependiente susceptible de recibir atención sociosanitaria en el año 2000, y su proyección al 2005. Según esta fuente el total de **personas dependientes alcanza la cifra de 238.718** (con una tasa de 59,3 personas por cada mil habitantes), de ellas 129.337 estarían clasificadas en el grupo de dependencia grave (tabla 13).

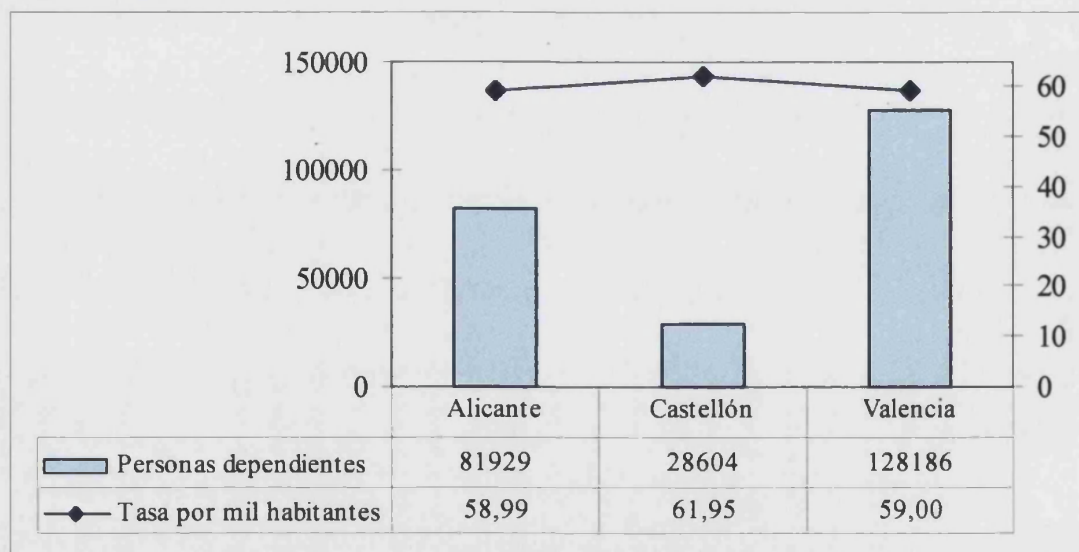
TABLA 13. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA EN EL AÑO 2000.

Grupo de edad	Estimación del número de personas	
	<i>con riesgo de dependencia</i>	<i>con riesgo de dependencia grave</i>
Personas menores de 65 años	121.418	63.855
Personas mayores de 65 años	117.300	65.482
TOTAL	238.718	129.337

Fuente: Garcés, Ródenas y otros (2002).

Por provincias, la mayor tasa de población dependiente se registra en la provincia de Castellón (61,95), mientras que Alicante y Valencia están por debajo de la media de la Comunidad (gráfico 12)

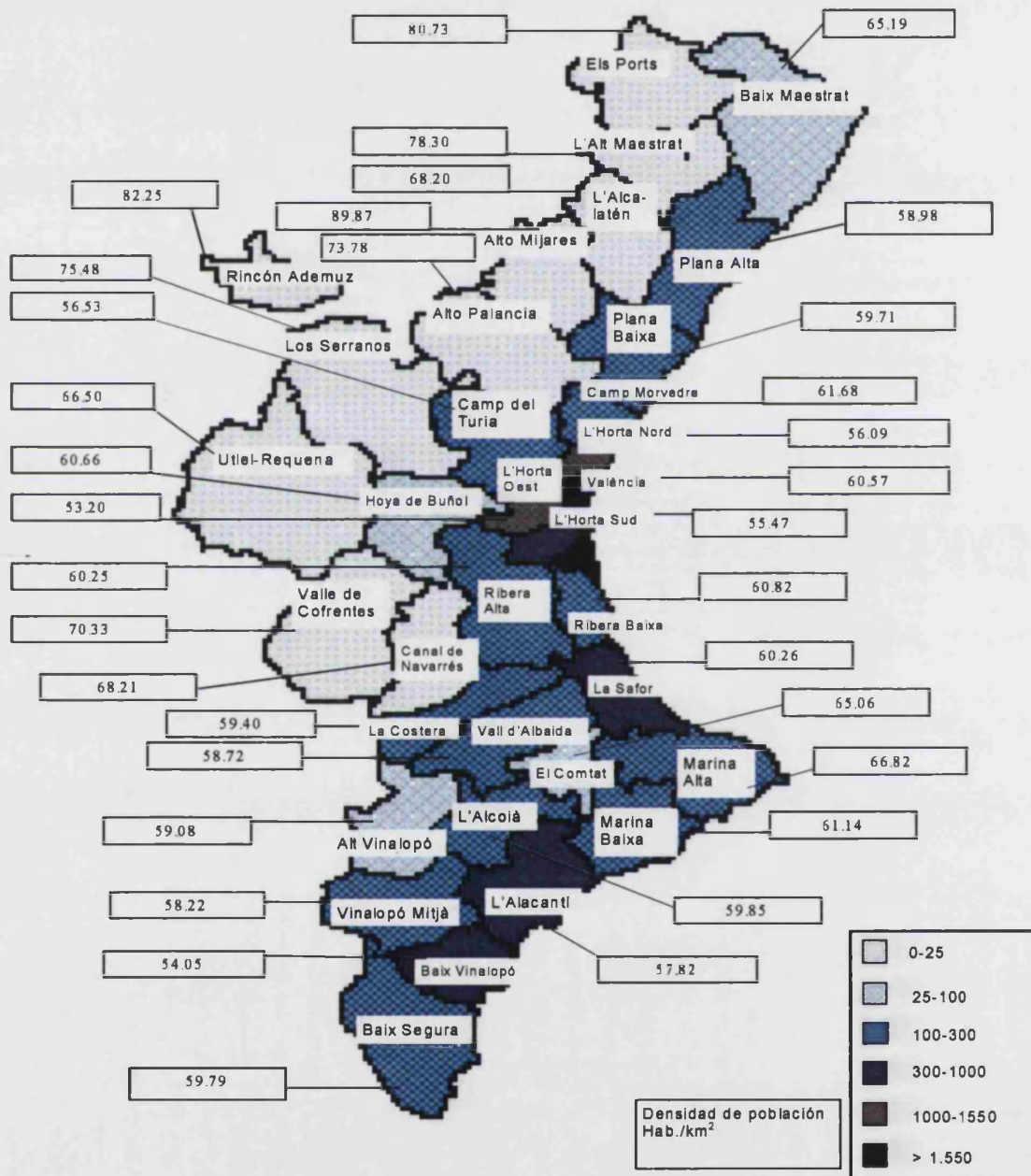
GRÁFICO 12. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA EN EL AÑO 2000, POR PROVINCIAS.



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de Garcés, Ródenas y otros (2002).

Los datos de distribución geográfica de la población dependiente (mapa 1) permiten observar que las comarcas con mayor tasa de dependencia por cada mil habitantes son el Alto Mijares (89,87), el Rincón de Ademuz (82,25), Els Ports (80,73). Las tasas más bajas aparecen en las comarcas de L'Horta Oest (53,20) y el Baix Vinalopó (54,05).

MAPA 1. ESTIMACIÓN DE POBLACIÓN DEPENDIENTE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA POR COMARCAS, EN EL AÑO 2000. TASA POR MIL HABITANTES.



Fuente: Garcés Ródenas y otros (2002).

Entre el año 2000 y 2005, al sumar las proyecciones para las personas mayores de 65 años y menores de dicha edad, la unidad de investigación de *Políticas de Bienestar Social* estima un **crecimiento de 14.257 personas dependientes** (susceptible de recibir atención sociosanitaria), mientras que el número de personas con un riesgo de dependencia grave puede incrementarse en casi 7.758 personas (tabla 14).

TABLA 14. PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, ENTRE 2000 Y 2005.

Año	Estimación del número de personas	
	con riesgo de dependencia	con riesgo de dependencia grave
2000	238.718	129.337
2001	242.311	131.293
2002	245.307	132.923
2003	248.056	134.419
2004	250.661	135.837
2005	252.975	137.095
Variación		
2000-2005	14.257	7.758

Fuente: Garcés, Ródenas y otros (2002).

Con el fin de facilitar la lectura de las estimaciones sobre la población dependiente que ofrecen los estudios comentados, se presenta el siguiente cuadro resumen (tabla 15), en el que se han seleccionado los últimos datos obtenidos sobre población dependiente en España y la Comunidad Valenciana en cada uno de ellos.

TABLA 15. RESUMEN DE ESTIMACIONES DE POBLACIÓN DEPENDIENTE EN ESPAÑA Y LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Procedencia de la estimación	Comunidad Valenciana	España
Programa PALET (1995)	100.000	-
Informe del Defensor del Pueblo (1999)	182.910	1.839.000
Informe del IMSERSO (1999)	280.301	2.859.088
Garcés, Ródenas y otros (2002)	238.718	

Fuente: Elaboración propia, 2002.

Tras considerar el proceso de envejecimiento y ofrecer datos sobre la población dependiente, que requiere cuidados sociosanitarios, en el siguiente apartado se analizan los cambios que se están produciendo en la estructura familiar y que afectan a la oferta de cuidados informales de larga duración, asumidos tradicionalmente por la mujer.

2.2.3. Crisis del apoyo informal.

La familia sigue jugando un papel importante en la sociedad europea cuando hay que cuidar a una persona mayor o a un enfermo. De hecho, en países como Holanda o Francia el 58% y 75%, respectivamente, de la población mayor está cuidada por sus propios familiares (De la Peña, 2003). En España, y también en la Comunidad Valenciana, la atención a las personas dependientes pone de manifiesto los rasgos característicos del modelo de bienestar mediterráneo. Así, como veremos posteriormente, la mayoría de los cuidados que precisan las personas dependientes son asumidos por familiares y allegados, es decir, que los realiza el denominado *apoyo informal*, que ha permanecido en la invisibilidad durante mucho tiempo. En el caso de personas mayores, el 86,5% del total de cuidados que reciben provienen de este tipo de apoyo, situación que puede cambiar en los próximos años de forma radical²⁰. En nuestro país, según datos del IMSERSO (2001), el apoyo informal es prestado dentro de la familiar principalmente por mujeres, y sobre todo por hijas, en la mayoría de los casos a diario. Esta situación ha acarreado diversos problemas en el núcleo familiar, en particular a las mujeres, reduciendo el tiempo dedicado a un trabajo remunerado o incluso propiciando su abandono (y por lo tanto perdiendo poder adquisitivo), interrumpiendo el curso normal de su vida familiar y soportando fuertes estados de estrés.

Este apoyo informal, altamente feminizado, comienza a experimentar cambios importantes que condicionan la atención de la demanda sociosanitaria. Tal como plantea Durán (2000), en sólo 10 años, el número de “amas de casa” ha descendido en un millón, por lo que, si la atención de los enfermos ha de planificarse a corto y medio plazo, el sistema de cuidados de larga duración no puede seguir descansando, como lo ha hecho tradicionalmente, en la reserva estructural de una mano de obra femenina en los hogares, porque esta reserva ya no

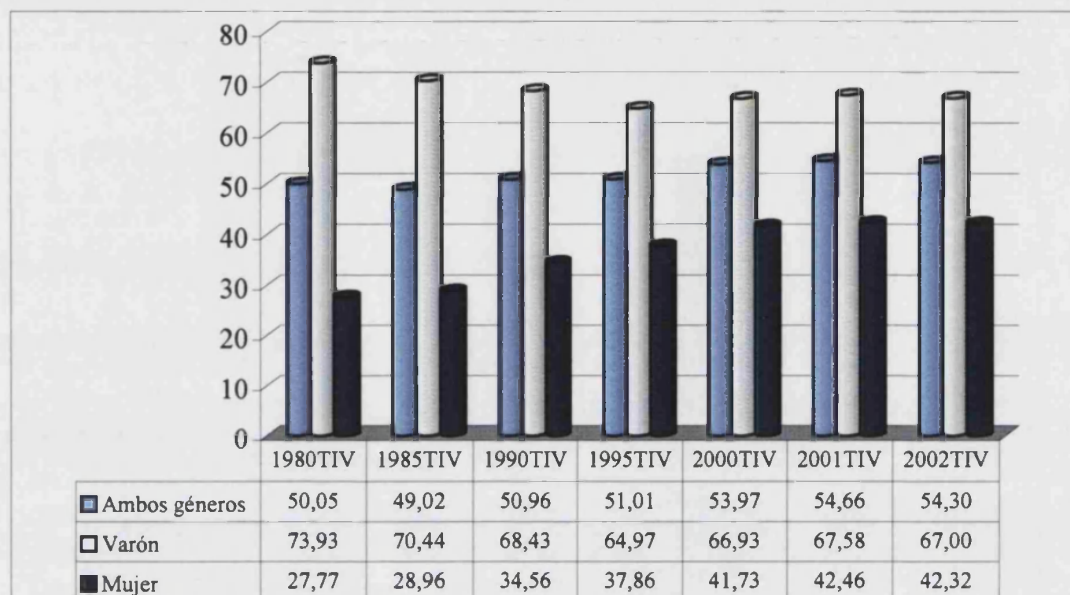
²⁰ No obstante, también hay que reconocer la contribución de las personas mayores a los cuidados familiares, en particular de los menores, como pone de manifiesto Cristina Villalba (2002).

existe en la mayoría de los hogares jóvenes. Es más, otros autores como Peñalver (2000) afirman que hacia el año 2040 este sistema de cuidados habrá desaparecido, experimentándose un fuerte incremento de la externalización de servicios sociosanitarios.

En España, la disponibilidad de cuidadores informales potenciales de personas dependientes se reduce, en parte, como consecuencia de la creciente incorporación de la mujer a la población activa y al mercado laboral. De hecho, la mejora global de la tasa de actividad nacional se debe principalmente a la incorporación de población femenina, ya que se ha pasado de un tasa de actividad en mujeres del 27,8% en 1980 al 42,3% en 2002 (gráfico 13); si bien la tasa de paro femenina sigue siendo muy alta (16,2% en el IV trimestre de 2002, frente al 8,3% en los varones). En la Comunidad Valenciana, se ha pasado de una tasa de actividad en mujeres próxima al 30% en 1980 al 44,8% en el IV trimestre de 2002; aunque la tasa de paro femenina continua siendo muy elevada (13,8% frente al 8,3% en varones, IV trimestre de 2002).

No obstante, la diferencia con la tasa media de actividad femenina de la Unión Europea de los 15 es aún elevada (dicha tasa era del 47,0% en 2001, según datos de Eurostat, aunque en países como Dinamarca alcanza el 59,7%), así como las tasas de paro femenino (8,9%). Estas cifras denotan que el proceso de incorporación de la mujer a la actividad laboral aún se encuentra en fase de expansión en España, al igual que en la Comunidad Valenciana (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001).

GRÁFICO 13. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE ACTIVIDAD EN ESPAÑA EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Población Activa, INE febrero 2003.

Paralelamente, son muchas las familias que no poseen los suficientes recursos económicos para poder pagar a un cuidador, ya que en la actualidad los principales proveedores de estos cuidados son entidades privadas. El resultado es una imposibilidad de atención directa y una incapacidad económica para cubrir los gastos que acarrea el cuidado de las personas dependientes a los precios de mercado, situación que puede definirse como *quiebra de la solidaridad familiar*. Ante esta situación, la familia se inhiere de la responsabilidad de los cuidados y la cede a la Administración.

La mayoría de familias que buscan ayuda pública en el sistema de servicios sociales chocan, como se señala en el Informe del Defensor del Pueblo (1999), con el “muro de los baremos”. Éstos suelen establecer requisitos muy rigurosos para poder acceder a los servicios públicos insuficientes, que nada tienen que ver con la circunstancia objetiva de necesitar ayuda para desarrollar las actividades de la vida

diaria²¹, lo que provoca que el destino final de las solicitudes en muchos casos sea una lista de espera. De esta forma, las actuales políticas sociales han marginado la contribución socioeconómica de las familias al bienestar, que han proporcionado cuidados y atención a las personas dependientes y que no han supuesto coste alguno para el erario público.

A ello también se unen las *transformaciones ocurridas en los modelos de familia*. La disminución del tamaño de la familia y el aumento de la proporción de familias "monomarentales" (el 8,6% de los núcleos familiares de la Comunidad Valenciana están integrados por madres solas con hijos) propician el incremento de la externalización de servicios sociosanitarios. Esta situación favorece que los cuidados de la dependencia y las políticas públicas de apoyo por paternidad/maternidad cobren importancia para el bienestar de los nuevos núcleos familiares (Iglesias y Meil, 2001).

Otros factores que influyen considerablemente en la provisión futura de cuidados de larga duración de personas dependientes están vinculados al entorno físico en el que vivimos. En particular la reducción progresiva del tamaño de las viviendas, así como la distribución interna de espacios habitables, que afectan considerablemente a la autonomía de las personas, y a las relaciones familiares.

El desafío futuro para los cuidados de larga duración de personas dependientes debería obligar a una mejor integración y coordinación de los servicios formales (sociales y sanitarios) y de la ayuda informal que garantice un nivel de atención digna y equilibrada para todos, personas dependientes y cuidadores.

Ante todos estos cambios sociodemográficos resulta imprescindible estudiar las respuestas que se están generando en los países de la Unión Europea, en España y más concretamente en la Comunidad Valenciana, para afrontar la atención sociosanitaria de la dependencia.

²¹ Se suele penalizar la existencia de un familiar que está asumiendo el cuidado de la persona dependiente y alcanzar un determinado (escaso) nivel de renta suele ser motivo de exclusión.

2.3 LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE LA DEPENDENCIA EN EUROPA.

La atención sociosanitaria de las personas dependientes implica la organización de cuidados de larga duración. Ya a principios de la década de los 80 la preocupación sobre este tipo de cuidados comienza a ocupar un espacio en los debates que, sobre políticas de bienestar, mantienen los países miembros de la OCDE, entre ellos los países de la actual Unión Europea. Aunque de hecho durante esta etapa no se contempla todavía la provisión futura de la atención a la dependencia como un problema especialmente significativo, si se plantean las considerables implicaciones que para la política social tiene el envejecimiento poblacional de las sociedades más desarrolladas. Las proyecciones que entonces se realizaron auguraban un descenso de la proporción de personas en edad laboral, y un aumento significativo del grupo de población que comenzaría a recibir pensiones de jubilación y demandaría cuidados sanitarios por encima de la media. Así, a partir de 1985 la OCDE reconoce que la provisión futura de los cuidados personales a los ancianos representaba un problema a tener en cuenta en el diseño de la política social²².

En la década de los 90, estos temas son eclipsados por las condiciones económicas que ponen a la cabeza de la agenda política europea el déficit público y el creciente desempleo estructural. El problema sobre la provisión futura de los cuidados de larga duración se irá configurando a medida que los países europeos necesitan aumentar el control sobre los costes sanitarios y sociales, y una mayor eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos que tradicionalmente habían proporcionado estos cuidados –en particular, hospitales y residencias- (OECD, 1995).

²² Al citar este organismo internacional no olvidamos las contribuciones de otros en este campo. Concretamente las Naciones Unidas promovieron en 1982 la celebración en Viena de la primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y recientemente, en abril de 2002, se ha celebrado en Madrid la segunda Asamblea Mundial. En esta última, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha participado en el proceso preparatorio y, periódicamente, ha facilitado información técnica para preparar el plan de trabajo (OIT, 2001).

En consonancia con lo anterior, en los países miembros de la Unión Europea existe un consenso sobre el objetivo general que deben perseguir las políticas de cuidado de las personas mayores dependientes, extensible a otros grupos de población con este tipo de problemas: la permanecer en sus casas; y, en los casos en los que no sea factible, utilizar los recursos más próximos a sus comunidades, tanto en el sentido social como geográfico (OECD, 1998a).

No obstante, en ningún país europeo se ha observado una reducción significativa de las camas residenciales. El modelo al que se tiende es el de un aumento de la especialización del sector residencial en la atención, principalmente, el que va destinado a los mayores con un alto grado de dependencia. En 1998 la OCDE ya preveía que, el acceso a las residencias se reservaría a las personas cuya salud estuviese más deteriorada (OECD, 1998b). Esta misma tendencia se aprecia para el cuidado especializado de las personas que padecen enfermedades mentales o demencias, como el Alzheimer.

Tal como se subraya en el informe “The Caring World” de la OECD (1998a,b), la Administración, las organizaciones privadas y las familias constituyen la base de la construcción del sistema de cuidados de larga duración de un país.

El papel del *gobierno central y regional* consiste, en general, en la financiación, planificación y dirección de las políticas sociales desde las que se ofertan cuidados de larga duración. Los *gobiernos locales*, en el ámbito europeo, tienen el rol más significativo en la provisión de este tipo de cuidados, ya que poseen la capacidad de conocer directamente las necesidades de la comunidad. Sus acciones comprenden desde la provisión directa de servicios a la organización de los mismos.

En cuanto a las *organizaciones privadas* que proveen este tipo de cuidados, las entidades sin ánimo de lucro, que tradicionalmente estaban integradas por grupos religiosos u otras organizaciones caritativas, cuentan con una amplia experiencia de servicios a la comunidad. En algunos países, como Holanda o Grecia, las

organizaciones no lucrativas poseen un amplio e importantísimo papel dentro de la provisión de estos cuidados. Asimismo, cada vez es mayor el número de empresas que se incorporan al mercado con una amplia cartera de servicios personales.

Por último, la familia todavía desempeña el papel más importante en la provisión de cuidados de larga duración en muchos de los países miembros de la Unión Europea, especialmente en el área mediterránea. La familia ha tenido, y continúa teniendo, la responsabilidad principal en el cuidado de los mayores, los niños y las personas convalecientes y discapacitadas.

La planificación de cuidados de larga duración en cualquier país europeo debe tener en cuenta a todos estos actores y hacerlos interactuar, guardando un cierto equilibrio entre ellos.

En la Unión Europea, la organización actual de la atención a las personas dependientes difiere enormemente entre los Estados miembros. Siguiendo a Kalisch, Aman & Buchele (1998) analizaremos la participación y responsabilidad de las administraciones, las entidades privadas y la familia en diferentes Estados con relación a la organización y prestación de cuidados de larga duración institucionales y comunitarios. Esta información puede ayudar a estructurar la atención sociosanitaria en regiones como la valenciana.

En este estudio hemos optado por agrupar los diversos regímenes de bienestar europeos siguiendo la clasificación en cuatro modelos de Leibfried (1993), basada en criterios políticos, históricos, culturales y administrativos relativos a la definición, responsabilidad, provisión y financiación del bienestar: escandinavo, bismarckiano, anglosajón y latino. Esta agrupación que se corresponde, aunque no unívocamente, con una distribución geopolítica en zonas (norte, centro-continental, occidental y meridional) nos facilitará la descripción de las respuestas de los diferentes estados al problema de la organización de los cuidados de larga duración.

2.3.1. Modelo nórdico o escandinavo.

El modelo *nórdico o escandinavo*, propio de países como Suecia, Noruega o Finlandia centra la política de bienestar en el derecho al empleo para todos los ciudadanos, y no en estrategias de transferencias obligatorias de renta, convirtiendo al Estado en empleador en primera instancia (Munday, 1993). En estos países se implanta un corporatismo que representa la fusión del bienestar social y el trabajo, resultado de la lucha de clases controlada, donde los diferentes grupos de interés cooperan con el Estado (existe un sociedad altamente organizada). La implantación de este modelo está caracterizada por desarrollar una amplia política social, universalizando las prestaciones sociales a través de la redistribución de la renta fuera de la esfera del trabajo y de una rígida política fiscal. El Estado es el medio para hacer efectivos los derechos sociales, es quien planifica, financia y suministra la mayor parte de los servicios de bienestar. Esta situación se refleja, en el ámbito que nos ocupa, en el elevado porcentaje de gasto en cuidados de larga duración con relación al PIB entre 1992-1995 de países como Noruega (2,8%), Suecia (2,7%) o Dinamarca (2,3%), que es asumido prácticamente al cien por cien por la Administración (Jacobzone, 1999). No obstante, la política social es concertada institucionalmente con las asociaciones de profesionales, usuarios y proveedores de servicios privados.

En este modelo se produce una integración institucional de las organizaciones sin ánimo de lucro en la estructura de la Administración, tan profunda que incluso es cuestionable que pueda hablarse de un sector "independiente" (George & Taylor-Gooby, 1996). Muchas de estas entidades son más una creación de la Administración, que iniciativas surgidas directa y espontáneamente de la sociedad civil. La tradición de colaboración entre movimientos sociales ha dado lugar a una cultura de participación ciudadana no sectaria, en la que las asociaciones se estructuran, sobre todo, en torno a necesidades sociales y no según líneas ideológicas.

En *Suecia*, por ejemplo, los municipios -apoyados económicamente por el Estado- son los responsables de satisfacer y financiar las necesidades de cuidado de los mayores y otros grupos de población

dependiente, y de prestar ayudas de "respiro" y otros apoyos a los cuidadores informales. Desde 1992 en los municipios se integran parte de los servicios sociosanitarios como las residencias asistidas, la asistencia médica de larga duración y los servicios sociales, así como las ayudas económicas para pacientes ingresados en hospitales de agudos, que les garanticen un periodo de convalecencia adecuado fuera del centro. En Suecia la intensidad de la asistencia comunitaria es considerable, por ejemplo, el porcentaje de personas ocupadas en servicios de ayuda a domicilio supone el 7% de la población mayor de 65 años (la media europea está próxima al 1%) (Pacolet et. al. 1999).

La familia puede ser contratada por los municipios para que realice algunas tareas relativas a cuidados de larga duración. Las prestaciones económicas al cuidador informal están fuertemente arraigadas dado que en Suecia, al igual que en el resto de países escandinavos, la compensación del coste de oportunidad es más evidente al considerar el elevado nivel de participación de la mujer en el mercado de trabajo. En este modelo, los cuidados son financiados por el sistema público, no obstante existen empresas privadas que gestionan algún tipo de alojamiento para los mayores o servicios de ayuda domiciliaria. Asimismo, desde 1997 hay un emergente mercado privado de seguros de dependencia, ofertados por las mayores compañías aseguradoras (Pacolet et. al. 1999).

En *Noruega*, los cuidados prolongados ante situaciones de dependencia están incluidos en el sistema actual de protección social, y los servicios médicos y sociales están integrados. En este país también los municipios tienen la responsabilidad legal de organizar y financiar tanto la asistencia comunitaria como la institucional relativa a los cuidados de larga duración. Por su parte, el gobierno central desarrolla líneas de actuación, realiza el seguimiento de los planes de acción e inicia y/o financia proyectos. El gobierno local controla la ejecución de las políticas sociales por parte de los municipios, gestiona los procesos de reclamaciones de los clientes en relación con los servicios municipales, controla la calidad de las instituciones sanitarias, asigna ayudas estatales a proyectos concretos y coordina el suministro de información desde los municipios a las agencias estatales.

Las organizaciones sin ánimo de lucro noruegas no actúan, por ejemplo, en el ámbito de los cuidados domiciliarios; no obstante, poseen y gestionan el 15% de las instituciones residenciales. Las compañías privadas con ánimo de lucro también están ausentes en el ámbito de la atención domiciliaria y los servicios de asistencia personal, aunque algunas empresas prestan servicios de limpieza o similares; en la atención residencial, es significativo que la primera residencia asistida de carácter privado se crease hace sólo cinco años, en 1997. La Administración tolera y, en su caso facilita económicamente, que parte del personal que realiza los cuidados pueda ser contratado de forma privada y particular, siempre con la conformidad de las personas dependientes. La familia juega un papel importante en el cuidado informal, y las autoridades locales ofrecen ayudas de "respiro" y planifican la atención de tal forma que los servicios públicos se ajusten completamente a las necesidades de la persona dependiente y de sus cuidadores.

Según el Acta Constitucional de *Finlandia* toda aquella persona incapaz de procurarse las condiciones necesarias para disfrutar de una vida digna, tiene derecho a que se le garanticen unos cuidados y una asistencia mínimos. El gobierno finlandés ha desarrollado líneas generales para la prestación de cuidados de larga duración institucionales y no institucionales. No obstante, la planificación y el desarrollo de estos servicios se realizan con la cooperación de los municipios. Éstos, que tienen la responsabilidad legal de la organización de los cuidados de larga duración, cuentan con el apoyo de organizaciones sin ánimo de lucro que les ayudan en la prestación de los mismos (en particular en aquellos servicios de apoyo personal y carácter comunitario). Los municipios también contratan a empresas privadas para que proporcionen algunas prestaciones a los centros residenciales, así como en el domicilio de las personas que lo requieran. Sin embargo, se calcula que aproximadamente las 2/3 partes de los cuidados de larga duración son proporcionados por la familia y otros cuidadores informales.

En *Dinamarca* debido a una descentralización de la Administración, son las entidades locales las que controlan los recursos destinados a

ofrecer cuidados de larga duración y se responsabilizan de la atención de las personas que no pueden dar respuesta por sí mismos a sus necesidades. Estas entidades, que tienen la responsabilidad de los servicios, pueden contratar con organizaciones no lucrativas la gestión de recursos concretos, como residencias asistidas. El papel de los proveedores de cuidados contratados individual y privadamente es mínimo. Este país cuenta con altos niveles de servicios residenciales, así por ejemplo el número de camas disponibles en residencias asistidas alcanza el 4,6% de la población mayor de 65 años (Pacolet et. al. 1999).

2.3.2. Modelo anglosajón.

Si consideramos otro de los modelos europeos, el *anglosajón*, observamos que en éste el Estado mantiene una responsabilidad limitada –aunque universal- en el bienestar de todos los ciudadanos, se trata de Estados compensadores en última instancia. Predomina la ayuda a los que se comprueba que no tienen medios (enfoque selectivo de la política social, con reglas restrictivas de acceso a los servicios públicos), las transferencias universales limitadas y los planes modestos de seguros sociales.

La provisión del bienestar es residual, por lo general las personas deberían ser capaces de arreglárselas socialmente sin el apoyo de las prestaciones públicas. Este carácter residual determina que el modelo dependa en gran medida de la presencia de ayudas informales y que los servicios de bienestar sean fundamentalmente privados. La Administración estimula el mercado, bien pasivamente –garantizando sólo un mínimo de atención- o activamente –dando subsidios a planes privados de protección social- (George and Taylor-Gooby, 1996). De esta forma se sustituyen las subvenciones públicas por la concertación y contratación de servicios.

El gobierno central del *Reino Unido*, a través del Departamento de la Seguridad Social, concede prestaciones económicas limitadas y tiene alguna responsabilidad residual en la financiación de cuidados de larga duración, como los ofrecidos a través de residencias. En este

país son las autoridades locales las principales responsables de este tipo de cuidados, pudiendo operar también como proveedores. El porcentaje de gasto en cuidados de larga duración sobre el PIB para 1992-1995 alcanza el 1,3% -el 76,9% era asumido por el sector público- (Jacobzone, 1999). Los municipios tienen la responsabilidad de planificar los recursos sociosanitarios y pueden exigir al usuario (o familiares) que pague parte de estos servicios. Las organizaciones sin ánimo de lucro y las empresas privadas, fuertemente asentadas en este sector, ofertan una amplia cartera de servicios para personas dependientes. Estas últimas, también pueden contratar directamente a sus propios cuidadores. En este contexto, la atención informal -por medio de familia, amigos y vecinos- constituye una aportación importante a los cuidados de larga duración.

En *Irlanda*, los gobiernos locales a través de las unidades sanitarias proporcionan cuidados institucionales de larga duración. Estas unidades también ofrecen servicios de atención comunitaria, así como ayuda a domicilio, entrega de alimentos, etcétera. Los grupos de voluntariado participan en los servicios de atención comunitaria, tanto de forma altruista como contratados por la Administración local. El mercado no se ha introducido en este campo tan ampliamente como en el Reino Unido, y la contratación particular de proveedores de cuidados es mínima.

2.3.3. Modelo bismarckiano o continental.

En el *modelo bismarckiano* o continental europeo (Alemania, Bélgica, Francia, Luxemburgo, Holanda o Austria) son muy importantes las medidas compensatorias que sustituyen el derecho al trabajo por el derecho a disfrutar de prestaciones sociales, contando con una amplia cartera de servicios (estados compensadores en primera instancia). En los países a los que hace referencia este modelo suelen existir poderosas organizaciones privadas, con un alto grado de afiliación, agrupadas de forma centralizada y jerárquica por ideologías, en particular religiosas, cuya estructura les permite actuar muy eficazmente como grupo de presión y participar directamente en

la concertación de las políticas sociales (Munday, 1993). Se trata de un pluralismo limitado por un oligopolio social, que en el campo de los servicios sociosanitarios ha tenido como resultado la creación de un cartel de asociaciones que se reparten los clientes según criterios explícitamente ideológicos.

Estas entidades tienen un status especial que las hace casi públicas, obteniendo la mayoría de sus fondos de la Administración. Tiene una enorme influencia política sobre estados muy descentralizados, como el alemán, que se rigen por el principio de subsidiariedad. El gobierno central tiende a no intervenir cuando puedan hacerlo los gobiernos regionales, y éstos, a su vez, operan de la misma forma respecto a los gobiernos locales. Asimismo, el Estado procura delegar la gestión de gran parte de los servicios públicos en la sociedad civil, actuando cuando las personas o las estructuras sociales y religiosas no pueden dar respuesta a los problemas sociales.

En *Alemania*, donde el 75% de la población se encuentra obligatoriamente encuadrada dentro del seguro de salud público, un 15% está voluntariamente dentro de él y el resto tiene una cobertura alternativa a través de un seguro privado (De la Peña, 2003), el gobierno central elaboró un acta de seguridad relativa a los cuidados de larga duración (en 1995 para la atención domiciliaria y en 1996 para la residencial) -aunque no tiene responsabilidades directas sobre el cuidado institucional o a domicilio-. En este país existe un *Fondo de seguros de cuidados de larga duración*, que soporta los costes de la prestación de este tipo de servicios, así como la provisión de los mismos a sus asegurados (Schneider, 1999). El fin del seguro de dependencia reside en cubrir la asistencia en la vejez ante situaciones que requieran cuidados de larga duración, para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. La prima a abonar es uniforme, existiendo una transferencia de los riesgos entre la edad de la persona y el género. En la familia los hijos al nacer son incorporados dentro de la cobertura del mismo sin una carga contractual y económica adicional, hasta una edad determinada (De la Peña, 2003).

Los gobiernos regionales –Länder- inciden sobre la construcción de infraestructuras, mientras que sobre los gobiernos locales recae la

responsabilidad de atender a las personas dependientes, para lo que disponen de planes de asistencia que sufragan el coste no cubierto por el seguro de cuidados de larga duración. Las personas mayores dependientes, y otros grupos de población, que permanecen en sus domicilios pueden optar a ayudas en metálico para comprar servicios formales (públicos o privados) o remunerar los cuidados informales que proporciona la familia (Casado y López, 2001). Tradicionalmente, las organizaciones no lucrativas y las compañías privadas con ánimo de lucro desempeñan una importante función en la prestación de estos cuidados, ya que sus servicios son contratados por los fondos de cuidados de larga duración. No obstante, las personas que necesitan ayuda pueden contratar directamente cuidadores mediante las prestaciones económicas de los fondos (el 80% de las personas que necesitan cuidados de larga duración solicitan una prestación económica). La familia continúa desempeñando un papel central en la provisión de estos cuidados, aunque la Administración facilita -a través de centros residenciales y otros tipos de alojamiento- la provisión diaria y nocturna de algunos servicios, y el relevo temporal del cuidador. Las propiedades y los ingresos de los cónyuges, así como de los hijos, pueden ser utilizados para financiar el cuidado profesional, si los recursos de la persona afectada y el seguro de cuidados de larga duración son insuficientes.

En *Holanda* el 100% de la población se encuentra cubierta por el sistema público de salud, si bien el 37% de la misma tiene contratado un servicio de cobertura privado (De la Peña, 2003). La cobertura pública incluye los cuidados relativos a enfermedades de larga duración y aquellos tratamientos que son difícilmente asegurables en el sector privado (cuidado de discapacitados o asistencia social). Los sistemas públicos trabajan con proveedores de servicios, existiendo contratos estandarizados negociables a nivel nacional, donde las tarifas a aplicar se encuentran fijadas. La aportación al sistema vía impuestos se recoge en un fondo, que es distribuido a las oficinas locales encargadas de abonar los servicios solicitados por la persona enferma o dependiente. En este país existe una fuerte tradición residencial en la atención a personas dependientes, en particular a mayores; no obstante, la oferta residencial está desplazándose hacia las viviendas integradas y la atención semi-residencial en pisos.

En *Bélgica* el gobierno central elabora la normativa en relación con las instituciones y los proveedores de servicios personales, pero son los gobiernos regionales los responsables de la acreditación y coordinación de las instituciones que intervienen, mientras que las comunidades locales tienen competencias en la prevención primaria. En este país la atención residencial está fuertemente asentada (existen 6,7 plazas de residencias de válidos por cada 100 personas mayores²³), de tal forma que el número de plazas residenciales se ha ido incrementado incluso ante las nuevas tendencias dirigidas a apoyar la atención comunitaria (Pacolet et. al. 1999). Las organizaciones sin ánimo de lucro se coordinan entre sí y con la Administración para ofrecer servicios domiciliarios; en esta línea existen numerosas asociaciones de auto-ayuda (en función del tipo de enfermedad) que proporcionan servicios de información y defienden los intereses de los pacientes. Los cuidados proporcionados por proveedores contratados, de forma individual y privada, se corresponden principalmente con los de enfermería, mientras que la atención proporcionada por la familia se concentra en áreas no cubiertas por el seguro sanitario. Las compañías de seguros privados cubren la parte no sufragada por el seguro obligatorio.

En *Francia* el gobierno central tiene de forma exclusiva la responsabilidad de establecer el marco legal de la política social, y a través de la Direction de l'Action Sociale prepara y, si cabe, gestiona o administra las políticas en relación con los mayores y otros grupos de población dependiente. El Département, dentro de la estructura del gobierno local, se está convirtiendo en un actor importante en este ámbito, al tener responsabilidades relacionadas con la asistencia social y los cuidados de esta población. Así, en 1996 se organizó un seguro de cuidados de larga duración de ámbito regional (Département), bajo prueba de recursos económicos, orientado tanto al cuidado comunitario como residencial, pero sin una clara financiación adicional (Pacolet et. al. 1999). Desde 1997 existe un sistema de transferencias en metálico, semejante al alemán, de forma que el beneficiario puede utilizar el dinero para costearse el ingreso en una residencia o adquirir servicios domiciliarios (Casado y López, 2001).

²³ En España esta cifra se sitúa en 3,19 (IMSERSO, 2003).

En *Austria* la regulación de la prestación de servicios relativos a los cuidados de larga duración está a cargo del gobierno federal. Éste firmó un acuerdo con las autoridades de los Länder para que, en el espacio de 3 años, se concretasen sus necesidades sobre este tema y se desarrollasen planes en este ámbito, con el horizonte del año el 2010. Desde 1993 existe un seguro de larga duración de ámbito federal, que garantiza una prestación adicional –en función del grado de dependencia-, financiado por medio del sistema de pensiones (Pacolet et. al. 1999). La prestación se concreta en apoyo económico para los cuidados que se requieran, aunque también se extiende al pago de servicios adicionales (residenciales o comunitarios). Los Länder, en el caso de que no existan familiares con responsabilidad legal para cuidar a los mayores o personas dependientes, garantizan las prestaciones de servicios sociales, teniendo en cuenta si los recursos del paciente son suficientes para pagar estos servicios, y en caso negativo concediendo ayudas complementarias. Más del 80% de los demandantes de prestaciones de cuidados de larga duración reciben atención en su domicilio por parte de familiares y otros cuidadores informales. Sólo un 10% se encuentra en residencias asistidas, y entre un 5% y un 10% recibe ayuda de los servicios sociales.

En *Luxemburgo* el gobierno central se encarga de los contratos de cuidados y ayuda, proporcionando asistencia social a las personas mayores que viven en instituciones y no pueden hacerse cargo de los costes. En la actualidad existe un plan de aplicación de un seguro de dependencia, en la línea del alemán (Pacolet et. al. 1999), aunque desde 1998 el modelo de protección social de la dependencia prioriza la prestación de servicios sobre la prestación dineraria. Las organizaciones sin ánimo de lucro y las empresas privadas participan principalmente en la provisión de servicios domiciliarios.

2.3.4. Modelo meridional.

Por último, el *modelo meridional, latino o mediterráneo* hace referencia a Estados del bienestar tardíos (España, Portugal, Grecia e

Italia), que se integraron en la Unión Europea a partir de 1980. Según Leibfried (1993) se caracterizan, en primer lugar, por encontrarse en proceso de consolidación institucional y por una implementación parcial de los sistemas de protección social, aunque en sus constituciones está presente el intervencionismo estatal y se recoge como meta el bienestar social. Esta situación se refleja en los bajos porcentajes de gasto en cuidados de larga duración en todos estos países (Jacobzone, 1999), inferiores al 1% para el periodo 1992-1995 (Grecia 0,17%, Portugal 0,39%, España 0,56% e Italia 0,58%).

Otro rasgo importante, es la influencia de la Iglesia en la modelación de los programas de protección social, en un contexto donde la familia tradicional juega todavía un papel relevante en la atención de las personas dependientes (Castles, 1993). En esa línea, Sarasa (1995) plantea que las asociaciones altruistas han estado vinculadas mayoritariamente a la Iglesia católica, sobre todo en la educación y los servicios sociales, y en menor medida en la sanidad. Fuera de ella, el asociacionismo laico, concentrado fundamentalmente en los grupos de ayuda mutua, estaba desorganizado y tenía una escasa representación nacional. La financiación de este tipo de organizaciones ha sido y continúa siendo mayoritariamente pública -a través de subvenciones-, pero faltan canales institucionales formalizados entre el Estado y las asociaciones para concertar políticas de bienestar social. Entre los diferentes actores sociales el recelo, la incomunicación y el conflicto abierto son bastante frecuentes y, a menudo, las relaciones están polarizadas entre Iglesia y Estado. En los países mediterráneos la competencia por los recursos, la manipulación gubernamental y el clientelismo político son rasgos distintivos.

Para autores como Maurizio Ferrera (1996) los sistemas de protección meridionales se caracterizan también por ofrecer una protección generosa a los sectores centrales de la fuerza de trabajo, ubicados en el mercado laboral regular (al menos, en principio, en cuanto a pensiones y prestaciones complementarias), pero proveen unos subsidios escasos para aquellos situados en el llamado "mercado irregular", puesto que no hay un régimen de ingreso mínimo nacional para los individuos y

las familias con recursos insuficientes²⁴. La familia meridional atenúa esta situación operando como una cámara de compensación social, al mediar en las difíciles relaciones que hay entre el mercado de trabajo y el mantenimiento del nivel de ingresos.

Asimismo, es evidente la instrumentación política del Bienestar con propósitos electorales, cuyo reflejo es el “partidismo” en la Administración del bienestar y la creación de comités y comisiones especiales, reclutados políticamente y dotados de poderes discrecionales respecto a la provisión de beneficios individuales (por ejemplo, se aseguran oportunidades de trabajo en el sector público o ayuda para obtener subsidios). En este modelo, los derechos vinculados al bienestar social no están arraigados en una cultura política abierta y universalista, ni en un Estado weberiano sólido e imparcial en la administración de sus propias reglas. Por el contrario, está arraigado en un entorno socio-político donde el universalismo cultural e institucional todavía ha de madurar.

En *Portugal*, por ejemplo, la responsabilidad legal de la prestación de servicios recae sobre la Administración central. Sin embargo, en un país con una escasa oferta residencial, en su mayoría privada, las organizaciones sin ánimo de lucro son las principales responsables del cuidado domiciliario, y la familia es la gran proveedora de cuidados de larga duración.

En *Grecia* el gobierno central se encarga de financiar determinados servicios relacionados con los cuidados de larga duración, en particular los emergentes servicios domiciliarios, ya que cuenta con una oferta insuficiente de plazas residenciales. El proceso de descentralización hacia las administraciones locales (municipios y prefecturas), está permitiendo que éstas asuman mayores responsabilidades en la prestación y financiación de este tipo servicios. Asimismo, se han creado Open Care Centres que proporcionan cuidados no institucionales y servicios domiciliarios a personas dependientes. No obstante, las organizaciones sin ánimo de

²⁴ En el caso español esta situación se presenta claramente al examinar las denominadas “rentas mínimas de inserción”, competencia de las Comunidades Autónomas, que inciden en las desigualdades territoriales existentes en el ámbito de la protección social.

lucro son las verdaderas pioneras en el campo de la atención sociosanitaria, desempeñando un papel fundamental para el desarrollo de las iniciativas estatales. Tradicionalmente, estas instituciones han sido el recurso más utilizado por las personas cuyas familias no pueden asumir la provisión de este tipo de cuidados o su financiación.

En *Italia* el gobierno central elabora las líneas de actuación relacionadas con determinados servicios vinculados a los cuidados de larga duración, en particular los prestados en el domicilio. Las unidades de salud regional y local se encargan de la organización y financiación de estos cuidados. Las organizaciones sin ánimo de lucro y las empresas privadas también ofertan servicios en este ámbito, pero es la familia la que se implica en mayor medida en el cuidado de los mayores y otras personas dependientes. Tanto los cónyuges como los hijos están obligados legalmente a hacerse cargo de estos cuidados, que suelen recaer en las mujeres.

La situación de la atención sociosanitaria en *España*, ubicada también en el modelo mediterráneo, y vinculada a los cuidados de larga duración se trata en el siguiente apartado.

2.4 LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA.

En España el sistema social y el sanitario, descentralizados, afrontan el problema del envejecimiento y de la dependencia de forma paralela, sin proporcionar una solución global. Esta descoordinación entre ambos sistemas afecta a la organización de los recursos utilizados en el cuidado de las personas dependientes (Garcés, 2000). Además, la protección de la dependencia se extiende de manera insuficiente y desigual en las diferentes Comunidades Autónomas, como describimos en el siguiente apartado, al no estar garantizada como derecho y depender de los sistemas de bienestar regionales, poniendo de manifiesto las diferencias en recursos, requisitos de acceso y atención profesional.

El modelo meridional de bienestar social español, desde el que se aborda en la actualidad el problema de la dependencia y la atención sociosanitaria, parte de una situación distinta a la de otros países europeos con una tradición bienestarista más arraigada, ya que entre otros aspectos no se ha invertido en cultura política del bienestar y la familia continúa siendo el pilar fundamental del mismo. Si bien, esta última ha sido la gran olvidada de las políticas sociales en cuanto a recursos y prestaciones económicas, y es en la actualidad –al considerar el problema de los cuidados a las personas dependientes– cuando comienza a tener cierto protagonismo tanto en el ámbito fiscal, como laboral y en la planificación estratégica autonómica de servicios sociales (Simón, 2000; Iglesias y Meil, 2001; Flaquer, 1998 y 2000). En nuestro modelo, no existe un pacto político amplio del bienestar, de forma que es el individuo, a través de la familia, quien debe proveer su propio bienestar ante riesgos nuevos como la dependencia.

Las políticas de protección social en España²⁵ se construyen sobre dos pilares fundamentales: el sistema de Seguridad Social, en el que se

²⁵ Sobre los sistemas de bienestar social en España (sanidad, trabajo, educación, vivienda, justicia y servicios sociales) podemos encontrar diversas publicaciones, entre ellas Alemán, Garcés y Gutiérrez (2003), Fernández y Garcés (1999), Alvarado Pérez (1998), Barrada y Gonzalo (1998), Alemán y Garcés (1996 y 1997) o Muñoz, García y González (1997).

incluyen las principales prestaciones económicas y la asistencia sanitaria, y el sistema de servicios sociales. El primero se configura mediante tres niveles de prestaciones diferentes: contributivas, asistenciales (por ejemplo, las pensiones no contributivas) y complementarias (como los mecanismos de contratación de seguros voluntarios o planes de pensiones, básicamente privados).

Respecto al sistema de servicios sociales, la Constitución española confía a las autoridades públicas la protección social de toda la población, al mismo tiempo que garantiza el derecho a la acción privada. La responsabilidad pública en materia de asistencia social recae sobre las Comunidades Autónomas²⁶, puesto que en este marco es donde queda delimitada legislativa e institucionalmente. Sin embargo, permanecen bajo el control de la Administración central las siguientes funciones y servicios: a) servicios sociales incluidos en el sistema de Seguridad Social, actualmente relativos a ancianos y discapacitados (a través del IMSERSO); y b) servicios para inmigrantes y otros extranjeros en circunstancias especiales.

El actual Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que inició su andadura en 1988, es el encargado de la propuesta y ejecución de las directrices generales del gobierno sobre política de empleo, Seguridad Social y asistencia social, garantizando los principios de solidaridad e igualdad en el territorio español y cooperando con las Comunidades Autónomas, con el fin de asegurar el equilibrio interterritorial. Sólo en el caso de materias que no han sido objeto de transferencia, o de actividades cuyo ámbito supera el autonómico, el Ministerio desarrolla funciones de gestión directa de programas o servicios (Martínez, Mira-Perceval y Redero, 1996). Este Ministerio centra su actividad en la financiación y seguimiento (casi exclusivamente económico) de las actuaciones desarrolladas por otras

Además, pueden consultarse diversos estudios sociológicos como el conocido informe FOESSA o el estudio de Díaz Nicolas (1997). Respecto a la situación de la Comunidad Valenciana, sobre la que se focaliza la tesis, pueden consultarse estudios como los de Romero, Morales, Salom y Vera (2001) o Ninyoles y otros (2000).

²⁶ España se constituye en un Estado autonómico, en el que existe un solo Estado políticamente descentralizado, conformando un Estado unitario complejo, en cuanto integrado por una pluralidad de organizaciones territoriales autónomas. Sobre este tema puede consultarse, entre otros, el texto de Fernández Segado (1992).

administraciones (autonómica o local) y diversas organizaciones sociales. Asimismo, ha puesto en marcha varias políticas integrales –a través de planes estratégicos en coordinación con las Comunidades Autónomas, que desarrollaremos al final de este apartado- dirigidas a sectores específicos (mayores, personas discapacitadas, mujer, drogodependientes, juventud, enfermos de SIDA y menores).

En el desarrollo de los servicios sociales en España hay que mencionar el *Plan Concertado* de 1988, que si bien posibilitó la puesta en marcha de unas prestaciones básicas –como la ayuda a domicilio- en todo el territorio nacional y contribuyó a desarrollar principios constitucionales como el de equiparación territorial, ha “encorsetado” el desarrollo del nivel de atención primaria en este sistema de protección. De tal forma que los servicios sociales generales han quedado delimitados en un “cliché” que imposibilita el cambio, tanto en el tipo de prestaciones como en su organización e implementación, y justifica el continuismo de acciones elaboradas y pensadas para una situación espacio/temporal que ya no existe.

Respecto a la intervención regional, a lo largo de la década de los ochenta se desarrolló el proceso de transferencias en materia de servicios sociales a las Comunidades Autónomas. Durante ese proceso, la estructuración de este sistema de protección social (en servicios generales y especializados) y de las administraciones autonómicas encargadas del mismo tuvo un crecimiento desequilibrado, que afectó a los derechos de los ciudadanos produciendo desigualdades que continúan estando presentes en la actualidad. Los gobiernos autonómicos y las autoridades locales comparten la mayor parte del trabajo de planificación, control, financiación y provisión de servicios sociales y sanitarios (estos últimos, recientemente transferidos a algunas Comunidades Autónomas como Cantabria).

La promulgación de las leyes autonómicas de servicios sociales también comienza en los años ochenta, la primera de ellas se aprueba en 1982 en el País Vasco y la última en Cantabria en 1992. En la década de los noventa se inicia un nuevo proceso legislativo y muchas

de estas normas fueron derogadas y sustituidas por otras, pero continúa sin existir una ley estatal de servicios sociales.

Respecto a la Administración local (diputaciones, municipios y mancomunidades) la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de Bases de Régimen Local establece la competencia municipal en la prestación de los servicios sociales y la promoción y reinserción social, determinando su carácter obligatorio en municipios con población superior a 20.000 habitantes. Ello compromete complementaria y subsidiariamente a las diputaciones provinciales y cabildos, que deben garantizar la solidaridad intermunicipal, prestando servicios públicos de carácter supra-municipal o supra-comarcal, así como asistencia y cooperación jurídica, económica y técnica a los municipios. Aunque esta norma no concreta el contenido de las prestaciones a garantizar por las nuevas estructuras de servicios sociales que deben configurarse desde las corporaciones locales. Las leyes publicadas por las Comunidades Autónomas sobre esta materia han dado lugar al siguiente modelo: la gestión de los servicios sociales de atención primaria (servicios sociales generales) está vinculada al ámbito local, bajo la dirección y apoyo económico de la Administración regional.

En los últimos años ha aumentado el número de entidades de iniciativa social con y sin ánimo de lucro que gestionan servicios públicos de bienestar (asociaciones, fundaciones, federaciones y cooperativas). A ellas hay que añadir las actividades desarrolladas por organizaciones que cuentan con una cierta tradición benéfica o filantrópica y amplias redes que cubre todo el país, especialmente Cáritas, Cruz Roja y la ONCE. Éstas se encargan de la gestión de programas vinculados a la atención domiciliaria y cuentan con programas de apoyo personal con voluntariado.

Hasta hace relativamente poco tiempo en España la incidencia del mercado en los cuidados de larga duración se limitaba a los proveedores individuales, que no pertenecían a ninguna agencia y trabajaban mediante acuerdos privados, y cuya función en la mayoría de ocasiones no estaba claramente definida. En este tipo de situaciones, las autoridades públicas no intervenían porque estos servicios solían darse mediante transacciones privadas. No obstante,

en los últimos años en España se observa un aumento creciente de empresas privadas que han acumulado una significativa experiencia en la prestación de servicios, y que tienen como principal obstáculo la consecución del difícil equilibrio entre eficiencia y calidad. Asimismo, las empresas y compañías de seguros están aumentando de modo creciente su participación en la provisión de servicios sociosanitarios.

En cuanto a los *recursos*, el sistema de servicios sociales ofrece una variada gama de servicios dirigidos a personas mayores²⁷, que pueden extenderse a otros grupos de población dependiente (Aznar López, 1998), entre ellos destacamos: los recursos de atención residencial (residencias públicas, privadas, bono-residencia), los intermedios (centros de día, viviendas tuteladas, viviendas compartidas, estancias temporales en centros residenciales), los de atención a domicilio (programas y prestaciones que favorecen la permanencia en el hogar, servicios de atención a domicilio, servicios de teleasistencia), otras modalidades (acogimiento familiar, programas de vacaciones y de termalismo social).

Por otra parte, la atención formal a la dependencia dentro del sistema sanitario se reduce a los escasos hospitales de crónicos o de larga estancia, la insuficiente red de unidades de hospitalización a domicilio y hospitales de día, junto con algunas unidades de convalecencia. Finalmente son los hospitales de agudos los verdaderos resortes de esta atención. Esta situación hace al sistema de salud más ineficaz e ineficiente y al de servicios sociales todavía más, si cabe, subsidiario de aquel.

Los hospitales de agudos han sido, y continúan siendo, la red de seguridad en el ámbito de los cuidados sanitarios continuados. Cuando otros servicios son inaccesibles, las camas hospitalarias constituyen la garantía última que permite a una persona recibir un cuidado apropiado de larga duración. Por ello, los hospitales y los servicios adjuntos a estos tienen todavía un papel significativo en la nueva configuración de los cuidados de larga duración, al no existir

²⁷ Existen publicaciones específicas sobre algunos de estos recursos, como el servicio de ayuda a domicilio (Porto y Rodríguez, 1998; Rodríguez y Valdivieso, 2000) o la atención residencial (Rodríguez, 1999).

suficientes recursos alternativos. No obstante, la presión sobre los costes de las camas hospitalarias junto a las cuestiones suscitadas respecto a su idoneidad para el cuidado continuado, ha conducido a que se desarrollen o promuevan formas alternativas de provisión de servicios sociosanitarios (OECD, 1995). Esta situación ha dado lugar, en parte, a una reducción del número de camas hospitalarias en los países de la Unión Europea. En España se ha pasado de 5,4 camas por mil habitantes en 1980 a 4 camas en el año 2000 –aproximadamente 161.217 camas- (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002b)²⁸.

El elevado coste que supone atender a pacientes crónicos con los recursos propios de un hospital de agudos, cuando sus necesidades no corresponden a los servicios prestados por el hospital, ha propiciado estudios sobre la inadecuada hospitalización. Éstos se han realizado, principalmente, mediante un instrumento denominado *Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)*. Así, por ejemplo, Renau, Pérez, Gosálbez y Alós (1998) señalan -tras analizar diversos estudios anteriores- que en España se observa una proporción de uso inapropiado de la hospitalización situada entre el 30 y el 40% de todas las estancias. Otros estudios ponen de relieve que las estancias innecesarias son atribuibles generalmente a problemas del entorno sociofamiliar, a la falta de estructuras extrahospitalarias adecuadas – como la hospitalización a domicilio-, a problemas organizativos, a la ausencia de protocolos de hospitalización y a la tendencia hacia pautas conservadoras en el ingreso (Oterino de la Fuente, Peiró y Marchan;1998).

En este contexto, el sistema sanitario ha sido el primero en responder a la necesidad de generar recursos sociosanitarios para afrontar la dependencia –dadas las perspectivas de evolución sociodemográfica, ya analizadas-, impulsado por el aumento del gasto sanitario, y en consecuencia, por unas necesidades de financiación cada vez más insostenibles (Carpio, 1999; López y Ortún, 1999; Cabasés, Villalba y Aibar, 2002; OMS, 2002). El escenario actual puede complicarse a la vista del proyecto de Ley de Cohesión y Calidad del Sistema de Salud,

²⁸ Algunas Comunidades Autónomas como la Valenciana –con aproximadamente 3 camas por mil habitantes (12.509)- están por debajo de la media nacional (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002b).

que incluye dentro del catálogo de prestaciones, además de la atención primaria y especializada -introduciendo la hospitalización a domicilio en esta última- dirigida a enfermos terminales y salud mental, las relativas a la atención sociosanitaria. Éstas comprenderían los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. La regulación de las prestaciones implica la garantía tanto de calidad (que las Comunidades Autónomas garantizarán mediante auditorías externas), como de accesibilidad (todos los usuarios tendrán acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad) y tiempo (se establecerá el marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a la prestación), que conlleva importantes implicaciones para la eficiencia del sistema.

Aun la reducción de costes que suponen los recursos sociales residenciales, respecto a los hospitales, y que han posibilitado una aceleración de su crecimiento en el ámbito de los cuidados de larga duración, no son suficientes para afrontar de forma sostenible la atención de las personas dependientes (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2003)²⁹. Ya que por ejemplo, el gasto social residencial, que podría situarse en torno a las 30 euros / día –aproximadamente 10.818 euros por plaza al año-³⁰, se dispara si tomamos como referencia el número de personas con problemas graves de dependencia en España -potenciales usuarios- (902.124 personas, según datos del IMSERSO). Pero lo que realmente se incrementa de forma insostenible es el gasto hospitalario, ya que una hospitalización en un centro de agudos cuesta al sistema público de salud entre 240 y 360 euros por día –lo que significa un coste anual medio de entre 84.141 y 90.151 euros-.

²⁹ Existen varias propuestas de aproximación teórica a los costes que puede suponer la atención sociosanitaria a las personas dependientes, como las de Montserrat y Rodríguez, 2001, Rodríguez Cabrero, 2002 y Martínez Zahonero, 2000. En la Comunidad Valenciana, la unidad de investigación *Políticas de Bienestar Social* ha analizado el coste sanitario real de la atención a pacientes dependientes en el 2001, a través de un convenio de colaboración con la Conselleria de Sanidad, cuyos resultados se encuentran en fase de publicación.

³⁰ El coste día/usuario varía en función tanto del número de plazas de la residencia, y los servicios que ofrece, como del grado de dependencia de los usuarios (ya sean válidos, semiasistidos, asistidos o supraasistidos).

El incremento de los servicios especializados para la atención de media y larga estancia de pacientes crónicos, terminales y enfermos en proceso de rehabilitación o convalecencia, altamente heterogéneos, plantea la necesidad de utilizar unos criterios equitativos de financiación de acuerdo con el tipo de personas atendidas y las características y costes de los servicios ofertados (en particular en un contexto en el que existe una pluralidad de proveedores); confirmándose la necesidad de clasificar y definir los grupos de pacientes, atendiendo a sus características y necesidades, con la finalidad de distribuir los recursos de manera más eficaz (Arling, G. et al., 1987; Carrillo y otros, 1996).

En el ámbito hospitalario, utilizado como referente a la hora de establecer métodos de cálculo de costes aplicables a la posible cartera de recursos sociosanitarios, la valoración de los costes varía en función del tipo de episodios que se trata. Así, en los centros que atienden episodios agudos, el cálculo de costes -vinculado a los procesos- se ha realizado fundamentalmente a través de los *Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD)*. La introducción de los GRD en los hospitales, que toman como referencia el conjunto mínimo básico de datos (CMBD)³¹ y la estancia media, está orientada a determinar el gasto que supone una enfermedad concreta para, a partir de ahí, poder planificar el presupuesto global de cada centro (Ortiz y Romero, 1997). Los GRD se utilizan, asimismo, para comparar la eficiencia de hospitales y servicios, esperándose que los pacientes incluidos en un mismo GRD se comporten de forma homogénea respecto a la duración de la estancia (Librero, Peiró y Ordiñana, 1999).

En los hospitales que tratan enfermedades de larga duración o crónicas, para medir los costes, se han utilizado instrumentos de clasificación de pacientes como el *RUG (Resource Utilization Groups)*; aunque éste también ha sido empleado en el ámbito social, por ejemplo en las residencias asistidas. Los sistemas de clasificación de pacientes, como el que nos ocupa, han tenido en el ámbito de la atención de media y larga estancia un desarrollo mucho más rico que

³¹ Sobre la calidad de este instrumento puede consultarse, entre otros, el trabajo de Librero, Ordiñana y Peiró (1998).

en el sector relativo a los hospitales de agudos. Éstos instrumentos han evolucionado desde clasificaciones basadas exclusivamente en la valoración de la capacidad funcional de los residentes, hacia clasificaciones que incluyen progresivamente variables de complejidad asistencial, llegando a sistemas mucho más elaborados como la clasificación RUG-III.

El sistema de clasificación RUG fue diseñado a principios de los años 80 en Estados Unidos, como método para predecir el volumen de asistencia de enfermería que precisaban los residentes atendidos en centros que ofrecían cuidados de larga estancia (Manton et al., 1990). Los resultados de diversos estudios muestran la consistencia y validez del RUG-III como sistema de clasificación base para una política de financiación adecuada de los centros sanitarios de media y larga estancia, pero también su utilidad en la gestión asistencial vinculada al ámbito social (Agency of Human Services, 1992; Fries et al., 1994; Carrillo y otros, 1996; Martínez Zahonero, 2000; García-Altés y otros, 2000). En España, la utilización de instrumentos de clasificación de pacientes la podemos encontrar en Cataluña, que desde 1990 emplea sistemas de clasificación para la financiación de los centros acogidos al programa “Vida Als Anys”, o en Galicia³².

En resumen, la atención de media y larga estancia es un ámbito cada vez más importante en la prestación de cuidados sanitarios y sociales. La utilización de sistemas de clasificación de pacientes se contempla como un elemento necesario tanto en la planificación y financiación como en la gestión de servicios dirigidos a la atención, principalmente, de enfermos crónicos y geriátricos.

El estudio del coste de los cuidados de larga duración está estrechamente conectado con la financiación del sistema en el que se integran (OECD, 1998c,d). En la actualidad, la discusión de ámbito nacional sobre cómo sufragar este tipo de gastos está centrada en cuestiones tales como la conveniencia –y, en su caso la fórmula- para

³² En la Comunidad Valenciana, durante 1993 y 1994 el Servicio Valenciano de Salud inició un estudio piloto para la puesta en marcha de un sistema de información específico en hospitales de media y larga estancia, utilizando entre otros instrumentos el RUG-III, si bien en la actualidad sigue sin estar oficialmente en funcionamiento.

crear *seguros de dependencia* (como ya existen en Alemania o Austria), la *participación de los usuarios y sus familiares* en la financiación de los servicios a través del copago de determinadas prestaciones (corresponsabilidad social) y el papel del *mercado*, fundamentalmente en la financiación de los costes de inversión para crear nuevos equipamientos.

Ante esta situación, el reto actual es la estructuración de un modelo nacional de atención sociosanitaria que evite desequilibrios territoriales y al mismo tiempo permita su desarrollo regional. En esta línea, la literatura científica viene reclamando la necesaria articulación entre los sistemas de protección de tipo sanitario y social, resaltando los inconvenientes de la falta de armonía entre ellos que -al actuar desde la lógica de la acumulación- produce una incorrecta asignación de recursos (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2002). Para el desarrollo de este objetivo, es necesario un aumento cuantitativo y cualitativo de la planificación de políticas sociosanitarias desde las administraciones central y autonómicas, al tiempo que se incrementa la inversión privada en este sector (Guillén y Ribera, 2000).

El modelo sociosanitario debe partir, o por lo menos considerar, los planes sectoriales ya existentes en España. Una revisión sistemática de éstos, nos ha permitido identificar diferentes documentos y propuestas que van desde planes dirigidos a grupos de población concretos – planes de salud mental, gerontológicos, de discapacitados, del SIDA, de drogodependencias, etc. - hasta documentos más integrales con la denominación “sociosanitaria”.

Entre los planes sectoriales nacionales vinculados a grupos de población que requieren atención sociosanitaria hay que señalar los siguientes: el "Plan Gerontológico" que aparece en 1991, el "Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 1997-2002" y el “Plan Integral de Apoyo a la Familia” de 2001, todos ellos elaborados por el Ministerio de Asuntos Sociales -Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO-. En el ámbito sanitario corresponde destacar el “Plan de movilización multisectorial frente al VIH/SIDA” de 1997 y el “Plan de Atención a las Personas Mayores del INSALUD” de 1999,

elaborados por el Ministerio de Sanidad³³. Y por último, el “Plan Nacional de Drogas” aprobado en 1985, vinculado al Ministerio del Interior. A continuación señalaremos los principales rasgos de cada uno de ellos.

El *Plan Gerontológico nacional* establece cinco áreas de actuación: pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio, y participación. En cada área se definen las líneas de actuación a seguir y los objetivos que se pretenden cumplir. Éstos se centran en aspectos como el desarrollo del sistema de prestaciones no contributivas y la mejora de las pensiones contributivas, la promoción de la salud, el estudio e investigación sobre temas relacionados con el envejecimiento, la oferta de servicios sociales idóneos y, en particular, el acercamiento de los servicios sociosanitarios a los mayores. Dentro del área de salud y asistencia sanitaria, entre otros aspectos, se persigue favorecer la permanencia de las personas mayores en su domicilio, garantizar la adecuada atención primaria y, en su caso, especializada a aquellos mayores ingresados en hospitales o residencias asistidas y favorecer la coordinación entre el sistema de salud y el de servicios sociales. En el área de servicios sociales las actuaciones están dirigidas a conseguir que el domicilio reúna las condiciones necesarias de acceso y habitabilidad, de tal forma que se propicie la permanencia de la persona mayor en su entorno, fomentando la convivencia solidaria, su autonomía y la ayuda mutua. Además, se pretenden activar programas de acogida familiar y apoyar a las familias que cuidan a personas mayores, favorecer la utilización de tecnología que facilite la autonomía personal de los mayores discapacitados y garantizar el acceso a plazas residenciales a toda persona mayor que lo requiera.

El *Plan Nacional de Acción para personas con Discapacidad 1997-2002* se aprobó en 1996. Los dos grandes retos que pretende alcanzar este plan de acción son la autonomía e independencia personal de los discapacitados, y su participación activa en la vida social. Los

³³ Desde este Ministerio también se han diseñado otros planes relacionados con el que nos ocupa, como el denominado “Plan Estratégico del INSALUD” de 1997, el “Plan de calidad total del INSALUD” de 1999 o el más reciente “Plan de telemedicina del INSALUD” de 2000.

principios que lo inspiran se concretan en: la promoción de los derechos de los discapacitados, a partir del respeto y la afirmación; la calidad de vida, enfatizando una vida independiente y satisfactoria; la igualdad de oportunidades que garantice la lucha activa contra la discriminación; y la integración y normalización, desarrollada a través de políticas normalizadoras pensadas para todos.

El *Plan Integral de Apoyo a la Familia 2001-2004*, del Ministerio de Asuntos Sociales, contiene medidas para avanzar en la conciliación de la vida familiar y laboral, mejorar la calidad de vida familiar y garantizar el principio de continuidad demográfica o relevo generacional. Este plan se estructura a partir de cuatro grandes objetivos: incrementar la calidad de vida de las familias, fomentar la solidaridad intergeneracional, apoyar a la familia como garante de la cohesión social y prestarle apoyo ante situaciones de riesgo social. Dichos objetivos se concretan en las siguientes líneas de actuación:

- Política fiscal y de rentas.
- Mejora de las prestaciones de Seguridad Social por hijo a cargo.
- Conciliación de la vida familiar y laboral.
- Política de vivienda.
- Favorecer el acceso de las familias a las nuevas tecnologías.
- Revisión del derecho de familia.
- Desarrollo de los servicios de orientación y/o mediación familiar.
- Apoyo a las familias en situaciones especiales.
- Fomento de la participación social y el acceso a la cultura.
- Y desarrollo de una nueva ley de protección de las familias numerosas.

La *intervención pública relativa al SIDA* está coordinada desde el Ministerio de Sanidad, por medio de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de prevención del SIDA y la Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. Desde este Ministerio se convocan ayudas anuales dirigidas a entidades sin ánimo de lucro, con el objetivo de financiar los programas de prevención y control del VIH/SIDA y de apoyo psicosocial a las personas afectadas, en el

marco de colaboración entre el Plan Nacional sobre el SIDA y las diferentes ONG.

El primer Plan Nacional de Movilización Multisectorial frente al SIDA (1997-2000) y el segundo (2001-2005) constituyen una estrategia de coordinación interdepartamental e interautonómica, que pretende servir como herramienta para movilizar recursos y facilitar apoyo técnico a los programas y actividades de prevención desarrollados por otras administraciones u organizaciones públicas o privadas. Las estrategias y objetivos de cada área de trabajo (prevención, asistencia, vigilancia epidemiológica, investigación, participación ciudadana, coordinación institucional y cooperación internacional) se organizan en torno a los objetivos globales aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud para el SIDA.

El *Programa de Atención a las Personas Mayores* del INSALUD aborda el problema del envejecimiento de la población y, más concretamente, la atención de la salud de las personas mayores, especialmente cuando existe una pérdida importante de su autonomía. Este programa recoge las líneas de actuación y objetivos a alcanzar para conseguir una asistencia integrada, e incluye varios anexos con las políticas recomendadas por organismos internacionales a este respecto.

Mediante Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, se aprueba *la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008*, que determina los puntos básicos de intervención en el campo de las drogodependencias en España durante los próximos años. El primero de los apartados de este documento analiza la transformación experimentada en nuestro país con relación al fenómeno de la droga durante la década de los noventa. Se recoge también la evolución y los principales logros del Plan Nacional sobre Drogas desde sus orígenes en los años 80 hasta la actualidad, destacando la existencia de una estrategia global de intervención frente al fenómeno de las drogodependencias. En cuanto a las metas y objetivos, destacamos la prioridad que tendrán: la prevención, la adecuación de la red asistencial existente con el fin de adaptarse a las nuevas necesidades que plantea el fenómeno, el impulso de programas que faciliten la

incorporación de las personas drogodependientes a la sociedad, y la lucha para reducir la oferta de drogas, mediante la promoción de una actuación integral contra el tráfico, el blanqueo de capitales y otros delitos. La coordinación entre los diferentes sistemas de bienestar (sanidad, justicia, educación, servicios sociales) es básica para la consecución de las medidas que propone el plan.

Por último, hay que mencionar los esfuerzos del Ministerio de Sanidad para llegar a acuerdos con otros ministerios y con las Comunidades Autónomas en materia sociosanitaria. Estos esfuerzos se formalizan en 1993 en el *Convenio de Coordinación Sociosanitaria* entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el entonces Ministerio de Asuntos Sociales. Este acuerdo se considera el punto de referencia de lo que se va a denominar discurso de la coordinación sociosanitaria, retomado en los últimos años -desde un punto de vista más sanitario- por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Este último, ha elaborado un documento denominado "*Bases para un modelo de atención sociosanitaria*", presentado en el año 2001 por la subcomisión sociosanitaria del Consejo. Este acuerdo pretende conseguir una política común en materia sociosanitaria, que orientará las acciones intersectoriales -en particular con los servicios sociales- de acuerdo con las competencias de las diferentes Administraciones (Ministerio de Sanidad, 2001).

El documento sintetiza las líneas de una política de atención centrada en la necesidad de cuidados de larga duración según los principios de: equidad de acceso y de disponibilidad de servicios, garantía de calidad, efectividad y adecuación de las prestaciones, dignidad y aceptabilidad de usuarios y profesionales, y eficiencia y coste-efectividad sostenible. El modelo de atención que se propone queda definido por las siguientes características:

- La coordinación entre niveles asistenciales sanitarios y sociales, que garantice una fluidez permanente en la prestación de los servicios.
- El énfasis en la prevención, promoción de la salud y autonomía del usuario.

- La necesidad de realizar una valoración integral del mismo y garantizar la continuidad en el cuidado.
- La rehabilitación física, psíquica y social, tanto de procesos agudos como crónicos, clave para prevenir futuras dependencias.
- El mantenimiento del usuario en su entorno.
- Y el apoyo a los cuidadores informales.

Entre las líneas específicas de actuación que se describen destacamos el incremento de recursos, el aumento del ámbito de la protección social, la introducción de cambios normativos, y la financiación y la participación del usuario en el gasto.

En esta propuesta de la comisión sociosanitaria se recoge la siguiente clasificación de usuarios:

1. *Enfermos geriátricos.*

- Anciano con déficit funcional transitorio con pluripatología recuperable.
- Alta hospitalaria precoz. Enfermos procedentes de unidades de agudos, en los que tras una intervención su necesidad de seguimiento es principalmente sanitaria, -curas de enfermería y farmacología-.
- Enfermos en situación de dependencia funcional no recuperable. Ancianos con procesos crónicos que se encuentran en su entorno habitual o proceden de hospitalización en unidades de agudos de media estancia.
- Anciano "frágil". Se encuentran en un estado de salud límite y/o en situación social límite, según definición de la Organización Mundial de la Salud.
- Demencias leves, moderadas y graves.
- Ancianos en situación de precariedad social. Presentan características claras de marginación social y tras su hospitalización, por motivos puntuales, manifiestan grandes dificultades de reinserción social.

2. *Enfermos mentales crónicos.*

- Psicosis infanto-juveniles.

- Trastornos de comportamiento en niños y adolescentes.
- Psicosis crónicas del adulto.
- Enfermos no psicóticos con alteraciones conductuales, con mala adaptación y/o hospitalismo.

3. *Grandes Minusvalías.*

- Discapacidades infantiles congénitas y adquiridas (espina bífida, amputaciones, distrofias musculares progresivas, enfermedad del colágeno).
- Niños y adolescentes con enfermedades crónicas, no neurológicas pero que requieren servicios sociosanitarios (por ejemplo, enfermedades oncológicas, trasplantes, distrofias progresivas, cardiopatías, enfermos renales, etc.).
- Niños con déficit sensorial: Sordera y ceguera.
- Retraso mental infanto-juvenil (suelen tener una patología sanitaria añadida).
- Minusválidos físicos. Grandes inválidos sin posibilidad de reinserción socio-laboral. En este grupo se encuentran los lesionados medulares (tetrapléjicos, esclerosis múltiple, enfermedades reumáticas, etc.).
- Retraso mental en adultos.

4. *Enfermos terminales.*

5. *Personas con enfermedades crónicas evolutivas y en situación de dependencia funcional.* Incluye a las personas que padecen SIDA y con adicción al alcohol u otras drogas.

6. *Personas en situación de precariedad social con problemas sanitarios.* Entre otros incluye, los inmigrantes sin contrato de trabajo y las personas víctimas de malos tratos domésticos.

Tanto los planes nacionales como las iniciativas autonómicas, que trataremos a continuación, referidos directamente a la atención sociosanitaria o vinculados a ella de forma transversal (por el tipo de servicios que plantean o los grupos de población a los que se dirigen) constituyen el punto de partida para diseñar cualquier propuesta en

este ámbito y permiten vislumbrar posibles vías de innovación y cambio en los sistemas de protección social.

2.5. INICIATIVAS SOCIOSANITARIA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

Ante la inexistencia de una ley estatal sobre dependencia, que regule la atención sociosanitaria, cada Comunidad Autónoma ha ido estructurando medidas en este ámbito de actuación dentro de su territorio. La realidad de cada región, con sus políticas sociales y sanitarias, la creación de recursos o la actual inclusión de temas como el envejecimiento o la mejora de la eficacia y eficiencia de los sistemas de protección social públicos en sus programas de I+D+I, determina la forma diferenciada de enfrentarse al problema de la dependencia y la génesis concreta de la atención sociosanitaria en cada una de ellas. En la actualidad dos personas en situaciones semejantes, respecto a su estado de salud y grado de dependencia, pueden recibir una atención distinta dependiendo, por ejemplo, del modelo asistencial de su Comunidad Autónoma y de la cantidad de recursos disponibles.

En el modelo catalán –“Vida als anys”- el sistema sanitario, transferido y con un gran peso institucional y económico, ha constituido más que en ninguna otra Comunidad el núcleo estructurante de la atención sociosanitaria; configurándose un modelo fundamentalmente sanitario por sus orígenes y dinámica.

En otras Comunidades el contexto es distinto. Así, por ejemplo, la tradición y consolidación de los servicios sociales en el País Vasco supone que éstos se encuentren en una situación de diálogo más igualitario con el sistema sanitario. Pero, a su vez, la existencia de modelos diferenciados de servicios sociales en las Diputaciones Forales les resta capacidad de negociación. La estructura político-administrativa y fiscal, así como la división competencial que otorga a cada Diputación Foral una personalidad y una autoridad propias en el campo de los servicios sociales, dificultan una política común, al mismo tiempo que les excluye del ámbito sanitario que es competencia del Gobierno Vasco. Todo ello no sólo genera dificultades en la integración de las políticas sociales y sanitarias, sino

que también afecta a su coordinación entre las Diputaciones Forales y entre éstas y el Gobierno Vasco.

Si observamos el modelo castellano-manchego los servicios sociales están adquiriendo un importante protagonismo político, que puede variar tras la reciente transferencia de las competencias sanitarias. No obstante, la debilidad de sus recursos le impide asumir plenamente los nuevos compromisos asistenciales frente a las situaciones de dependencia. En la Comunidad Valenciana, de la que trata el siguiente capítulo, la división administrativa entre el ámbito social y sanitario, reflejado en la existencia de dos Consellerías –Sanidad y Bienestar Social-, tiene repercusiones importantes en el desarrollo de programas sociosanitarios. Bienestar Social elaboró un *Plan de Atención Sociosanitario para personas mayores* a principios de los años 90, con escasa participación sanitaria; por su parte, Sanidad puso en marcha en 1995 el programa *PALET* dirigido a mayores y enfermos terminales, centrado en la activación de recursos sanitarios con una reducida participación de recursos sociales. Esta situación parece estar cambiando en los últimos años, ya que ambas Consellerías han firmado desde 1999 varios convenios de colaboración, junto a la Universitat de València, a través de la unidad de investigación *Políticas de Bienestar Social*, para unificar criterios de actuación y estudiar la situación de la dependencia en la Comunidad, cuyo resultado podría ser la presentación de un plan conjunto de atención sociosanitaria. No obstante, persisten las estructuras paralelas, ya que Sanidad cuenta con un *Servicio de Asistencia Sociosanitaria*, vinculado a la Dirección General de Prestación Asistencial de la Subsecretaría para la Agencia Valenciana de Salud, mientras que Bienestar Social tiene un *Área de Acción Social y Sociosanitaria*, dependiente de la Dirección General de Servicios Sociales.

El caso andaluz, con plenas competencias en sanidad y servicios sociales, se caracteriza por la compartimentalidad de los sistemas y la residualidad de sus experiencias y programas sociosanitarios a pesar del potencial de alguno de ellos. Recientemente parece estar configurándose desde el sistema sanitario (II Plan Andaluz de Salud), y en colaboración con los servicios sociales (Plan de Atención Integral

al Mayor), un cierto compromiso de institucionalización de la atención sociosanitaria.

Como último ejemplo, la Comunidad de Madrid es un caso específico ya que, aunque cuenta con una gran concentración de recursos sanitarios y residenciales, y con un elevado número de geriatras y gerontólogos en comparación con otras Comunidades Autónomas, el impulso de las comisiones sociosanitarias se encuentra en una situación de cierta parálisis y el compromiso institucional estancado.

En resumen, el desigual desarrollo territorial de la denominada coordinación sociosanitaria nos muestra que la atención en este ámbito se está abriendo paso desde el movimiento inicial y minoritario de algunos programas autonómicos centrados en el problema del envejecimiento (como el catalán “Vida als Anys”), hacia una concreción institucional más amplia, si bien lenta. La definitiva cristalización de ésta depende de un compromiso político y social, junto a la consolidación de instrumentos de intervención adecuados (protocolos específicos, formas de coordinación y metodologías interdisciplinares –como la gestión de casos-) y, desde luego, un crecimiento y optimización de los escasos recursos sociales.

En este marco han sido seis las Comunidades que han elaborado modelos específicos de atención sociosanitaria³⁴: Cataluña, Castilla y León, Galicia, Cantabria, Navarra y Comunidad Valenciana. A estos habría que añadir los programas sociosanitarios de las *Diputaciones Vascas* de Vizcaya, Guipúzcoa y Álava. El desarrollo del espacio sociosanitario vasco se basa en acuerdos-marco de colaboración entre el Servicio Vasco de Salud y los departamentos de servicios sociales de dichas diputaciones (IMSERSO, 2002). El más antiguo es el de el Gobierno Vasco y la Diputación de Álava de 1993 dirigido a mejorar y racionalizar la cobertura de la atención psicogeriatrica en su

³⁴ No obstante, existen planes sociosanitarios de ámbito territorial inferior, como el “Pla Sociosanitari de Menorca” de 2000, y programas específicos para grupos de población como las personas mayores o leyes que regulan la atención frente a las situaciones de dependencia en este grupo, como en Andalucía, Madrid, Castilla la Mancha, Galicia, Cantabria o la Comunidad Valenciana. Asimismo, muchas Comunidades cuentan con planes de salud, como es el caso de Canarias, Andalucía o la Comunidad Valenciana.

territorio, junto con el convenio de 1995 entre el Instituto Foral de esta Diputación y el Servicio Vasco de Salud para la compensación de costes en la atención sociosanitaria. En el caso de Guipúzcoa, el acuerdo para desarrollar la atención sociosanitaria data de 1996 e incluye no solo a personas mayores sino también a otros grupos de población como enfermos terminales, discapacitados y drogodependientes. El más reciente es el de Vizcaya, de 1998, que amplía la atención a los enfermos crónicos y a las personas sometidas a abusos y malos tratos, creando -al igual que en el caso de Guipúzcoa- comisiones técnicas para desarrollar el contenido del acuerdo.

En todos estos documentos se establecen las actuaciones y los recursos destinados a atender las necesidades sociales y sanitarias de las personas que por diversas causas (envejecimiento, discapacidad, enfermedad y/o falta de apoyo social/familiar) han visto como se limitaba progresivamente su capacidad y autonomía para desarrollar las actividades de la vida diaria, deteriorándose su bienestar físico y psíquico. Veamos los principales rasgos de cada uno de los modelos sociosanitarios autonómicos.

2.5.1. Modelo de Atención Sociosanitaria de Cataluña, “Vida als Anys”. Servei Català de Salut.

Cataluña, además de ser la primera Comunidad Autónoma que puso en marcha un programa sociosanitario, ha propiciado un efecto multiplicador en otras Comunidades en lo que respecta a la organización de la atención de las necesidades sociosanitarias.

La evolución demográfica en esta Comunidad, al igual que en el resto de España como ya comentamos, ha llevado a un incremento importante en la prevalencia de enfermos crónicos -y en menor medida terminales-, en gran parte ancianos. A fin de organizar la política de provisión de servicios a estos grupos de población el gobierno catalán creó el programa “Vida als Anys”, unificando la atención sanitaria y social (Orden de 19 de Mayo de 1986).

A partir de este Plan se reguló normativamente el sector y se reordenaron los servicios en este ámbito asistencial. Posteriormente, se definió el modelo de atención (integral, global, insertado en la comunidad, interdisciplinario, de desarrollo armónico), de organización (definición de nuevos servicios de atención domiciliaria y hospitalaria, como los hospitales de día sociosanitarios) y de financiación (compartida por los departamentos de sanidad y bienestar social, y el pago por case-mix para la atención de larga estancia), y se introdujeron indicadores de calidad asistencial.

Uno de los efectos de esta política ha sido el crecimiento del volumen global de usuarios atendidos, gracias a la diversificación de servicios y especialmente a la oferta de servicios alternativos al internamiento. Produciéndose un aumento progresivo de la calidad de la atención, así como del grado de satisfacción de los usuarios.

En este modelo la tipología de usuarios de servicios sociosanitarios es la siguiente (Vallès y otros, 1994):

- Personas mayores con enfermedad crónica, con problemas de rehabilitación funcional, dependencia y falta de soporte familiar y social.
- Personas afectadas por enfermedades crónicas, evolutivas y progresivamente invalidantes.
- Personas con enfermedades psíquicas crónicas, entre otras, la demencia senil.
- Enfermos terminales oncológicos o con otras enfermedades.
- Personas que, habiendo superado la enfermedad en su fase aguda o con un grado moderado de dependencia, necesitan curas o terapia de rehabilitación antes de reintegrarse nuevamente en la comunidad.

Uno de los grandes cambios en la prestación de servicios fue la reorganización de la atención sociosanitaria en centros de internamiento para enfermos crónicos y terminales, en los que se integraron: unidades de larga estancia, unidades de psicogeriatría, unidades de convalecencia, unidades de curas paliativas y unidades de SIDA (Vallès y otros, op cit.).

Por otra parte, desde el programa se crearon servicios alternativos al internamiento en estos centros, con el fin de prolongar al máximo el mantenimiento de los pacientes en su entorno habitual. Ya que para cualquier persona, sobre todo mayor y enferma, alejarse de su contexto vital le comporta desorientación y secuelas funcionales, a las que se suelen añadir procesos de tipo depresivo. Así, el internamiento en un centro sociosanitario quedaba restringido a los casos en que no fuese posible ofrecer en sus hogares la atención sanitaria y social que se requiriese.

Entre estos nuevos servicios, implementados desde finales de 1990 y de manera progresiva, se incluyen los hospitales de día, los programas de atención domiciliaria, los equipos de soporte (PADES) y las unidades funcionales interdisciplinarias (UFISS), si bien estas últimas no corresponden a la atención comunitaria sino que actúan dentro del medio hospitalario.

El programa de atención domiciliaria (PADES) tiene como finalidad mejorar la atención de personas mayores, enfermos crónicos y terminales en sus hogares. Este programa no sustituye a la atención primaria sanitaria sino que la refuerza. Su objetivo es aumentar la calidad asistencial, ofrecer atención continuada en el domicilio, servir de soporte a los profesionales de la atención sanitaria y a las unidades básicas de asistencia social, y conectar a los diferentes recursos asistenciales existentes. Desde el punto de vista de la gestión, el Servicio Catalán de Salud, contrata la prestación de servicios PADES a equipos que pertenecen al Instituto Catalán de la Salud o bien a entidades privadas.

Las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS) se encuentran emplazadas en hospitales de agudos, generales o comarcales, o en centros sociosanitarios, y tienen como objetivo mejorar la atención en su ámbito de referencia. Equivalen, en el ámbito hospitalario, a los equipos de soporte desplegados en la atención primaria, no siendo un servicio asistencial en el sentido estricto ya que no disponen de camas asignadas. Su labor está dirigida a la atención de los casos complejos en el campo de la geriatría o de

las curas paliativas, el soporte y la consulta de los profesionales del resto del hospital, la docencia, la protocolización de estos casos, y la conexión con los recursos y los profesionales externos. Existen diferentes tipos de UFISS: de geriatría, de curas paliativas, mixtas (de geriatría y de curas paliativas), del aparato respiratorio, y dedicadas al diagnóstico y evaluación de las demencias.

Entre los puntos fuertes del programa “Vida Als Anys” se podrían destacar los siguientes: la extensión del modelo asistencial al resto del sistema y la creación de una cultura de atención diferenciada; la consolidación de líneas de asistencia especializadas en geriatría y cuidados paliativos; la disposición de una red de recursos específicos de amplia cobertura; la existencia de profesionales altamente motivados e implicados en el modelo de atención; y el esfuerzo de homogeneización y formación continua.

En resumen, el modelo desarrollado en Cataluña ha consolidado una red de centros y servicios sociosanitarios especializados para la atención de personas mayores, enfermos crónicos y personas en fase terminal. Sin embargo, quedan cuestiones pendientes como la aplicación armónica de políticas que permitan la implementación de nuevos recursos en zonas aún deficitarias, la correcta financiación de cada servicio acorde con la complejidad de los pacientes y de los servicios prestados, la persistencia de formas de acceso al sistema diferentes desde los servicios sanitarios y los sociales, y la creación de nuevos servicios o la promoción de nuevas funciones en los ya existentes que permitan afrontar los nuevos retos de la atención sociosanitaria.

2.5.2. Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León (1998), Consejería de Sanidad y Bienestar Social

El Plan de Castilla y León³⁵ recoge, en primer lugar, un análisis de la situación sociodemográfica y de la utilización de recursos sanitarios y

³⁵ El Plan está publicado en el Decreto 16/1998, de 29 de enero, en el Boletín Oficial de Castilla y León 03-02-1998.

sociales por parte de la población en dicha Comunidad Autónoma, para pasar a delimitar los objetivos generales del mismo, orientados a definir un modelo específico de atención -integral y globalizado- para personas enfermas y dependientes. El plan pretende desarrollar una red de asistencia sociosanitaria dotada de recursos ambulatorios, hospitalarios y residenciales de media y larga estancia, que permita la creación de nuevas alternativas asistenciales. Si bien, parte de la adecuación y la reordenación racional y eficiente del sistema sanitario y del sistema de acción social –no se crea un nuevo sistema-, que garantice la continuidad de los servicios sociosanitarios entre los distintos dispositivos y niveles de atención.

El documento también recoge, antes de obtener las transferencias sanitarias de la Seguridad Social, la necesidad de establecer un modelo de financiación de la atención sociosanitaria que garantice la equidad y la solidaridad. No se descuida tampoco la investigación, docencia y formación continuada de los profesionales del sistema sanitario y del sistema de acción social en materia sociosanitaria; así como la importancia en este ámbito de la red de cuidados informales, impulsando programas de apoyo a las familias de los usuarios, y promoviendo la colaboración de las asociaciones de autoayuda y del voluntariado social.

Los grupos de personas susceptibles de atención sociosanitaria propuestos en este plan son:

- Enfermos crónicos.
- Personas susceptibles de utilización de prótesis y otras tecnologías de apoyo a incapacidades.
- Personas mayores con patologías crónicas severas que van a requerir un control sanitario y un fuerte componente de cuidados de rehabilitación y atención social.
- Enfermos en fase terminal de patologías graves, con un control sanitario, que requieren apoyo psicológico y familiar.
- Personas con discapacidad gravemente afectadas, que van a requerir un control sanitario y un fuerte componente de cuidados de rehabilitación y atención social.
- Niños con deficiencias o en situación de alto riesgo de padecerlas.

Los programas concretos, para atender las necesidades de los grupos señalados, que configuran el plan se pueden resumir en:

- Programa de enfermedades degenerativas, dirigido fundamentalmente a mejorar la atención de las demencias.
- Programa de enfermedades crónicas en fase terminal, orientado a conseguir y, en su caso, mejorar los cuidados que precisan las personas que padecen enfermedades en fase terminal.
- Programa de patologías crónicas asociadas al envejecimiento, cuyo objetivo último es dar una respuesta integral a la variada patología asociada a la tercera edad.
- Programa de patologías crónicas no asociadas al envejecimiento, desde el que se pretende mejorar y adecuar los cuidados que contribuyen a completar el alta terapéutica tras la agudización de un proceso crónico.
- Programa de patologías psiquiátricas crónicas de larga evolución y mal pronóstico, dirigido al colectivo de pacientes psiquiátricos crónicos que requieren una atención especial en ciertos dispositivos de protección comunitaria, como consecuencia de un cuadro psicopatológico que produce un profundo y progresivo deterioro psicosocial.
- Programa de prevención, identificación y atención temprana de grupos de alto riesgo, para menores de 6 años con alteraciones en el desarrollo por causa de una deficiencia o por factores socio-ambientales, que requieren una atención especial para su desarrollo integral.

2.5.3. Programa de Atención Sociosanitaria de la Xunta de Galicia (1999). Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.

En 1999 se publica el "Programa de Atención Sociosanitaria – PASOS-" de la Xunta de Galicia, previamente recogido en el Decreto 48/1998 de 5 de febrero. Este programa nace con la intención de coordinar la atención prestada por los servicios sanitarios y sociales a las personas mayores, los enfermos mentales crónicos y las personas con algún tipo de minusvalía, dando respuesta a sus necesidades

sociosanitarias. Los objetivos planteados en él son los siguientes (Subdirección Xeral do Programa de Atención Sociosanitaria, 1999):

- Fomentar los recursos intermedios de atención tanto sociales como sanitarios.
- Incrementar los recursos de rehabilitación funcional para las personas mayores y para aquellas con un potencial rehabilitador suficiente de forma que se permita su integración laboral.
- Facilitar apoyo tanto formal como informal a personas con enfermedades incapacitantes y/o degenerativas en su domicilio.
- Mejorar la planificación de recursos con una orientación más polivalente, y no específica, de acuerdo con el nuevo modelo de continuidad de la asistencia propuesto.
- Establecer canales de participación de los colectivos afectados en su propio desarrollo.
- Adaptar los recursos existentes a las nuevas necesidades.
- Coordinar los recursos sociales y sanitarios para una mayor racionalización de los costes asistenciales.
- Establecer mecanismos para la mejora de la calidad asistencial, basándose en el acceso a los servicios, la equidad, la relevancia para las necesidades de la comunidad, la aceptabilidad social, la efectividad, la eficiencia y la economía.
- Promover la formación de profesionales en el tratamiento de nuevas patologías.
- Potenciar los programas de prevención de enfermedades y de discapacidades en todos los ámbitos de la salud.

En el caso de las *personas mayores*, el programa centra su atención en aquellas con enfermedades crónicas y degenerativas, que normalmente están acompañadas de una alteración de su capacidad funcional. Además, suelen aparecer determinados condicionantes sociales, como escasos recursos económicos, malas condiciones de la vivienda, aislamiento social o escasa ocupación del ocio. El programa de atención sociosanitaria incide en aspectos técnicos, en particular la implantación definitiva del Conjunto Mínimo de Bases de Datos Sociosanitarios (CMBD-SS) en las residencias de personas mayores tanto públicas como concertadas, ofreciendo la posibilidad de participación a las de carácter privado. La finalidad es poder contar

con un sistema de información común que, junto a los datos de gestión, recoja las necesidades detectadas en estos recursos, y proporcione la base de un sistema que garantice la calidad de los cuidados en los centros que atienden a personas mayores de forma permanente. Junto a este sistema se pretende fomentar la continuidad y la coordinación entre los centros residenciales de personas mayores y los complejos hospitalarios, con el fin de mejorar la calidad asistencial, impulsando la concertación sociosanitaria de plazas en aquellos centros debidamente acreditados.

En este contexto es necesario potenciar y desarrollar instrumentos de coordinación sociosanitaria que permitan unificar el concepto de dependencia tanto en el ámbito sanitario como en el social, clasificando los diferentes grados de dependencia de forma que los profesionales de los servicios sanitarios y de los sociales entiendan lo mismo.

En este programa se considera necesario implantar servicios domiciliarios de atención primaria de salud, que utilicen como instrumento de valoración funcional el Resident Assessment Instrument Home Care (RAI-HC), que va unido al ya mencionado sistema de información de ámbito hospitalario y residencial (CMBD-SS). Este instrumento está pensado para realizar una valoración homogénea de la dependencia en personas que se encuentran en su domicilio y, al mismo tiempo, proporciona los datos necesarios para elaborar planes de cuidados, tanto estandarizados como individualizados.

También incluye programas específicos relacionados con el Alzheimer y otras demencias, y la elaboración de un protocolo para la detección precoz del deterioro cognitivo desde atención primaria.

Una segunda área de interés, dentro del Programa de Atención Sociosanitaria, es la relativa a los *enfermos mentales*. Diferenciando entre:

- Crónicos desinstitucionalizados, que presentan una alta tasa de reingresos hospitalarios de corta duración.

- Crónicos institucionalizados, incluye: a) los antiguos crónicos de larga estancia, la mayoría con más de 50 años, con un gran deterioro y alta dependencia física, ausencia de apoyo sociofamiliar y alta institucionalización; b) los nuevos crónicos de larga estancia, jóvenes que llevan hospitalizados entre 1 y 5 años, con graves problemas de adaptación conductual y en muchas ocasiones inmersos en procesos judiciales.
- Nuevos crónicos no institucionalizados, pero si consumidores de servicios, jóvenes (entre 18 y 35 años) con numerosos ingresos hospitalarios, con un gran déficit de funcionamiento psicosocial y generalmente consumidores de sustancias tóxicas en todas sus modalidades.

Para este grupo de población el programa plantea la necesidad de garantizar la continuidad del apoyo de la Administración a los centros de rehabilitación psicosocial y laboral dependientes de asociaciones de familiares. Al mismo tiempo, quiere favorecer la creación de nuevos dispositivos en aquellas áreas sanitarias donde no existen estos centros. Además, se establece la posibilidad de incluir recursos complementarios que son de aplicación en el ámbito sociosanitario, como los pisos protegidos o las viviendas alternativas. Por último, se destaca la importancia de una coordinación entre los distintos servicios asistenciales, sociales y sanitarios, que afectan directamente a esta área.

El último grupo de atención es el de las *personas discapacitadas*, independientemente de su edad. En este ámbito, al igual que sucede en el área de personas mayores, el programa presenta como objetivo la creación de un Conjunto Mínimo de Datos Sociosanitarios en los centros de atención a discapacitados dependientes de la Dirección Xeral de Servicios Sociais. Y la creación de un grupo de trabajo para definir aquellos ítems o marcadores que puedan registrar de una manera fiable la actividad asistencial de los mismos, así como la tipología de usuarios que allí residen. Por otra parte, se propone la implantación de una interconsulta especializada en los centros de atención dirigidos a este grupo de población.

2.5.4. El Plan Foral de Atención Sociosanitaria de Navarra (Acuerdo de 13 Diciembre de 1999). Departamento de Salud y Departamento de Bienestar Social.

El Plan de Atención Sociosanitaria de la Comunidad Foral de Navarra, aprobado definitivamente en junio de 2000, tiene como bases la interdisciplinariedad, la atención integral y la rehabilitación activa; y plantea una reorganización de los recursos sociales y sanitarios global, sectorializada, permeable y flexible.

El modelo de atención que se desprende del plan queda articulado entorno a los siguientes aspectos:

- La derivación del usuario al recurso más idóneo para su adecuada atención.
- La garantía de poder contar con una rápida derivación de un recurso a otro, en función de los cambios en la situación de las personas.
- Y la posibilidad de disponer de una red de servicios suficientemente diversificada y dotada.

Los objetivos están orientados a delimitar el modelo de atención, garantizando la utilización y extensión de los recursos existentes, a través de una red funcional de asistencia sociosanitaria, que permita alcanzar un mayor nivel de coordinación con la consiguiente continuidad de los servicios entre los distintos dispositivos y niveles de atención. Pero también se preocupa por el apoyo a las familias, la investigación y la formación de los profesionales, el desarrollo de un sistema de control de la calidad de la atención y la definición de un modelo de financiación de la asistencia sociosanitaria, que garantice la equidad y la solidaridad, así como la corresponsabilidad en la misma.

En este plan no se dedica ningún apartado concreto a la descripción de los grupos de atención sociosanitaria. No obstante, de la lectura del texto se puede deducir que estos grupos estarían integrados por personas con dependencia física, psíquica y social, principalmente: personas mayores, discapacitados, personas con enfermedad mental, enfermos de SIDA o personas en situación terminal.

El plan, partiendo de la atención primaria, establece varios programas de actuación para desarrollar sus objetivos, entre estos programas se encuentran: el de gestión de altas hospitalarias, el de atención a personas con enfermedad mental o el de apoyo a las personas cuidadoras.

Resulta interesante evidenciar que la coordinación sociosanitaria es una de las estrategias básicas en el desarrollo del modelo en cuestión, y dentro de ella, juega un papel prioritario la metodología de gestión de casos como procedimiento idóneo para materializar los objetivos que desde el plan se proponen. Asimismo, los sistemas de información son fundamentales para realizar una intervención correcta, que responda a las necesidades de los usuarios, pero también para la optimización y planificación de los servicios. Por ello, desde el plan se apuesta por dos instrumentos integrados, utilizados ya en otras Comunidades Autónomas, uno de valoración el RAI (Residente Assessment Interview) y otro de clasificación el RUG III (Resource Utilisation Groups).

2.5.5. Plan de Atención Sociosanitaria de Cantabria 1999-2005.

Desde la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales de Cantabria se promovió el Plan de Atención Sociosanitaria, centrado en la población mayor, con la finalidad de establecer un sistema integral de atención sociosanitaria dirigido a este sector de población. Para ello, en este documento se propone la creación de un consejo autonómico específico para su desarrollo, comisiones sociosanitarias de área y un equipo técnico de gestores de casos que determine el procedimiento de actuación individual más adecuado y el itinerario de recursos y servicios sociosanitarios a seguir. En este contexto, se considera que la acreditación de recursos sociales, sanitarios y mixtos debe realizarse a través de un órgano único de regulación.

Al abordar la financiación de las prestaciones y servicios establece una clara distinción entre el ámbito sanitario y el social, dividiendo la

prestación en dos módulos, uno relativo a la atención médica, de enfermería y de rehabilitación, y otro que incluye el coste de hostelería y otros servicios sociales. El primero es universal y gratuito, mientras que en el segundo participan directamente los usuarios. Así se plantea un sistema de copago, que considera tanto el capital circulante como el patrimonio de la persona mayor, estableciendo que en el modelo futuro de financiación se debe contemplar el reconocimiento de deuda, las personas obligadas al pago de la misma y la intransmisibilidad del patrimonio del usuario en el tiempo en esté utilizando un recurso o en lista de espera.

El modelo cántabro de atención sociosanitaria se reforzó tras la promulgación de la Ley 6/2001 de atención y protección a las personas en situación de dependencia. Esta norma garantiza no sólo la atención a este grupo de población, sino también la financiación de los centros y servicios sociosanitarios. La dependencia queda definida, en consonancia con el planteamiento del Consejo de Europa (1998), como “el estado en el que se encuentra una persona que, por falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, precisa de la atención de otra u otras personas o ayuda importante para realizar actividades de la vida diaria, entendiéndose éstas como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial y actos relacionales” (art. 3.1). El sistema previsto de atención a las personas dependientes se configura como una “red de utilización pública, diversificada, que integre de forma coordinada centros y servicios –que denomina sociosanitarios- públicos y privados debidamente acreditados” (art. 4.1), que podrán utilizarse de forma temporal o permanente. Estos recursos se agrupan en tres niveles de actuación: a) servicios de apoyo en el domicilio (teleasistencia o telealarma, servicios de atención domiciliaria), b) centros y servicios de atención diurna (centros de día o servicios de estancias diurnas), y c) centros y servicios de atención continuada las veinticuatro horas.

La ley de dependencia dedica uno de sus títulos, concretamente el tercero, a la investigación y formación sociosanitaria, que permita recoger información sobre las características de las personas dependientes, sus demandas y necesidades. Considera las siguientes áreas prioritarias: la creación del Conjunto Mínimo Básico de Datos

Sociosanitarios, la elaboración del informe único sociosanitario – como instrumento de gestión e información en este ámbito-, la puesta en marcha de un sistema de valoración global de la dependencia –que evalúe el estado funcional de la persona y la calidad de la atención que recibe-, la implementación de un sistema de clasificación de procesos de Personas Dependientes, y la creación de un Observatorio de las personas dependientes (art. 11.1). Asimismo, se favorecerá la investigación que permita implantar nuevas ayudas técnicas y la evaluación de las nuevas tecnologías aplicadas al campo de la dependencia; y se promoverán programas específicos de formación relacionados con la prevención, atención e integración de las personas dependientes.

Al tratar la financiación de los recursos sociosanitarios (título V), además de hablar de la dotación económica del gobierno de Cantabria, establece que los Ayuntamientos y mancomunidades estarán obligadas a disponer de un plan de atención a las personas en situación de dependencia y a consolidar su presupuesto. Y que la prestación de centros y servicios sociosanitarios será cofinanciada con los usuarios de acuerdo con sus propios recursos –estableciendo el reconocimiento de la deuda y su exigibilidad-. También se recoge la posibilidad, por parte de la Administración, de adoptar “mecanismos que permitan la entrega directa de cantidades económicas a los usuarios, para el pago de los servicios recibidos en plazas no concertadas” (art. 20.1.)

En resumen, algunas Comunidades Autónomas han comenzado a articular mecanismos para afrontar los procesos de envejecimiento de la población, así como el aumento de la dependencia, dando respuesta a las necesidades sociosanitarias generadas por estas situaciones. Se están estructurando modelos de atención desde los que organizar, planificar, financiar y proveer cuidados de larga duración, que atiendan de forma integral las necesidades de personas dependientes y mejoren en última instancia su calidad de vida. No obstante, la situación actual de la atención sociosanitaria en las Comunidades Autónomas muestra, como ya ocurriera por ejemplo con la configuración de los servicios sociales, que no se está estableciendo un marco mínimo de actuación que permita evitar los desequilibrios

territoriales y mejore la coordinación entre los actores sociales implicados –Administración, entidades sin ánimo de lucro, empresas y apoyo informal-.

En la Comunidad Valenciana, como veremos a continuación, también se ha iniciado un proceso de organización de los cuidados de larga duración, que implica una reestructuración de la atención social y sanitaria dirigida a las personas dependientes. Este proceso está siendo liderado por la Administración sanitaria, a tenor de la necesidad de contener el actual nivel de gasto público en este ámbito, ya que por ejemplo, el presupuesto de la Conselleria de Sanidad para el año 2002 se aproxima al 36% del total del presupuesto de la Generalitat para ese año (más de 3.000 millones de euros).

2.6. LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

En la Comunidad Valenciana existen diversas experiencias en materia sociosanitaria, algunas de ellas vigentes en la actualidad. Así, en mayo de 1995 la entonces Conselleria de Sanidad y la de Trabajo y Asuntos Sociales firmaron un “Acuerdo Sociosanitario”, con el objetivo de protocolizar la atención a determinados grupos de población, favoreciendo la coordinación entre ambas administraciones, el estudio de las necesidades de actuación conjunta (por ejemplo, al organizar la asistencia farmacéutica en residencias) y de propuestas de planificación y ordenación de recursos, incluyendo la programación de la actividad inspectora de los recursos sanitarios y sociales. Los grupos contemplados dentro de este acuerdo eran los enfermos mentales, los discapacitados, las personas mayores y determinados sectores de población en situación de riesgo (en particular, mujeres y menores). Dicho acuerdo fue renovado en el año 2001, estableciendo áreas y líneas de actuación de carácter educativo, preventivo y asistencial, pero también programas de coordinación, formación, investigación y acreditación.

En nuestra Comunidad también se han desarrollado planes estratégicos que inciden directamente en la atención de grupos de población que requieren cuidados sociosanitarios o bien recogen propuestas de intervención en este ámbito. Entre ellos destacamos el Plan de SIDA (1997-2000), el Plan de Calidad Asistencial Gerontológica (1998-2003), el Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos (1999-2002), el Plan Integral de la Familia e Infancia (2002-2005), el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria 2000, el Plan de Salud Mental (2001-2004) y el Plan de Salud (2001-2004).

El *Plan de SIDA* elaborado en 1997 desde la Conselleria de Sanidad por la Dirección General de Salud Pública, y su continuación en el 2001, sustituye al anterior “Programa para la Prevención y Control de las Infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”. Su

finalidad es reducir la incidencia de la infección mediante la prevención, ofreciendo una atención integral e integrada a las personas afectadas por el VIH/SIDA. Entre sus líneas de trabajo destacan la educación y prevención, la adecuación de la red asistencial, la centralización de los sistemas de información, la difusión de la misma y la coordinación interinstitucional. Para la consecución de estos objetivos se estructuran los siguientes órganos: una Comisión Ejecutiva, con la función de elaborar las directrices y el seguimiento y evaluación de los acuerdos adoptados; una Comisión Técnica, como órgano consultivo de la Conselleria de Sanidad, con carácter multidisciplinar y formada por especialistas; y una Comisión de Participación Social, con funciones de promoción de la coordinación de las acciones de salud de las diferentes instituciones, organismos y colectivos relacionados con el VIH/SIDA.

Un año después, en 1998 se presenta el *Plan de Calidad Asistencial Gerontológica 1998-2003*, promovido por la Conselleria de Bienestar Social, con el objetivo de poner en marcha una política que permita abordar el problema del envejecimiento y sus consecuencias mediante la actualización y modernización de los recursos existentes, la creación y diversificación de otros nuevos y la concienciación de la sociedad valenciana (Conselleria de Benestar Social, 1998). Sus principales líneas de actuación son: la integración de los mayores en el ambiente familiar (a través de ayudas para personas que tengan a su cargo a personas mayores, el acogimiento familiar o la teleasistencia), su permanencia en su entorno más próximo (utilizando los centros especializados de atención a mayores –CEAM-, los centros de día o las estancias temporales en residencias), la promoción de su salud y tiempo de ocio, la mejora de la atención institucionalizada, así como el desarrollo de programas sociosanitarios (atención farmacéutica residencial, evaluación del estado nutricional de los ancianos ingresados en residencias, sistemas de control de la analítica o programa de salud buco-dental).

En el ámbito de la atención a las drogodependencias, en la Comunidad Valenciana se ha diseñado el *Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 1999-2002*

(PAVDTA)³⁶. Este instrumento pretende servir de base para planificar y ordenar recursos y actuaciones en la materia, y como marco conceptual de referencia para el establecimiento de la necesaria coordinación entre las instituciones, tanto públicas como privadas, y la iniciativa social en la Comunidad Valenciana.

El PAVDTA se estructura por áreas de intervención, con objetivos para cada una de ellas y actividades para la consecución de los mismos. Dichas áreas de intervención son las siguientes: coordinación institucional y participación social, asistencia sanitaria, inserción/reinserción social, prevención, formación e investigación, y evaluación (Conselleria de Benestar Social, 1999a).

Como reconocimiento de la importancia del apoyo informal prestado por las familias y su contribución al bienestar social, en el año 2002 la Conselleria de Bienestar Social presentó el *Plan Integral de la Familia e Infancia 2002-2005*. Este plan recoge cuatro ejes sobre los que se pretende organizar la política familiar regional, concretamente: la estructura de la vida familiar, la participación ciudadana, la modernización social, y la calidad de vida (Conselleria de Benestar Social, 2002). Dentro del primero se persigue proporcionar servicios integrados y potenciar la solidaridad intergeneracional (atención a familias vulnerables, mejorar la fiscalidad familiar y apoyar a las familias numerosas). Respecto al segundo, la participación ciudadana incluye el cuidado de los mayores desde la familia (con la promulgación de una Ley de mediación y solidaridad interfamiliar). La modernización social implica conciliar la vida familiar y laboral, facilitar el acceso de las familias a las nuevas tecnologías, ampliar sus posibilidades para la atención y el cuidado de los menores, enfermos y personas dependientes, y mejorar las redes de atención domiciliaria y la prevención familiar ante la vulnerabilidad de los menores. Por último, la calidad de vida hace referencia, entre otros aspectos, a la responsabilidad de las familias en la adquisición de hábitos de vida saludables (en particular, enfrentarse al problema de las adicciones).

³⁶ Existe un compendio de legislación valenciana básica en materia de atención y prevención de las drogodependencias, que reúne el conjunto de disposiciones legales y reglamentarias publicadas en el DOGV (Conselleria de Benestar Social, 1999b)

Durante el año 2000 y 2001 en la Comunidad Valenciana se han publicado tres planes sanitarios que recogen aspectos vinculados a la atención sociosanitaria: el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en el año 2000, el Plan de Salud 2001-2004 y el Plan Director de Salud Mental y Atención Psiquiátrica 2001-2004. El *Plan de Humanización* incide, entre otros puntos, sobre la mejora en la accesibilidad al sistema sanitario, la dignificación de las urgencias, el acceso rápido a la información, la mayor confortabilidad del paciente durante su internamiento en centros hospitalarios, el trato más humanizado, la reducción de las demoras, la formación psicosocial de los profesionales o la promoción del voluntariado (Conselleria de Sanitat, 2000b).

El *Plan de Salud* parte del principio de equidad, entendida como imparcialidad, de tal forma que las necesidades de las personas guíen la distribución de oportunidades para el bienestar. El fin es conseguir que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios (Conselleria de Sanitat, 2001). Este documento a lo largo de sus 78 objetivos recoge aspectos relacionados con la atención sociosanitaria en determinados sectores de población como: los programas de paliativos en enfermos oncológicos, la reducción de daños en SIDA, la mejora de la calidad de vida en pacientes EPOC, la atención a enfermos osteoarticulares crónicos, las alternativas sociosanitarias a la hospitalización de enfermos mentales, o la atención a drogodependientes. También establece un área exclusivamente sociosanitaria, a la que dedica 17 objetivos, y en la que se plantea aumentar la equidad en la accesibilidad a los recursos sociosanitarios para la población susceptible de recibir este tipo de atención (plazas residencias asistidas de larga estancia, unidades de hospitalización a domicilio, unidades de cuidados paliativos, etc.) y desarrollar un modelo integral e integrado de atención dirigido a aumentar la calidad de vida de estos pacientes.

El *Plan Director de Salud Mental* se sustenta sobre los principios de atención integral, prevención, rehabilitación y reinserción del enfermo mental, creando un espacio sociosanitario en el que colaboran las Consellerías de Sanidad y de Bienestar Social (Conselleria de Sanitat i

Conselleria de Benestar Social, 2001). Su objetivo general es organizar y valorar la asistencia psiquiátrica de la población valenciana, creando y manteniendo una red de dispositivos de carácter sociosanitario y promoviendo las estructuras organizativas, humanas y materiales necesarias para garantizar el mantenimiento del enfermo en su comunidad de origen.

Pero la iniciativa que más se aproxima a nuestro objeto de estudio data de 1995, es el *Programa Especial de Atención Sanitaria a Pacientes Ancianos, a Pacientes con Enfermedades de Larga Evolución y a Pacientes en Situación Terminal* (Programa PALET)³⁷, diseñado e implementado por la Consellería de Sanidad, y considerado en el Informe del Defensor del Pueblo (1999) como uno de los programas sociosanitarios pioneros en España. No obstante, debemos puntualizar que no se trata de un plan específicamente sociosanitario, sino más bien, de una sistematización de todos aquellos recursos sanitarios destinados a pacientes con un alto grado de dependencia. El programa PALET reorganiza los servicios sanitarios estableciendo circuitos asistenciales de atención integral, para ello define nuevos dispositivos asistenciales (unidades médicas de corta estancia y unidades de hospitalización domiciliaria) y reorganiza otros ya existentes (hospitales de media y larga estancia).

Los grupos de pacientes a los que se dirige el Programa PALET son (Zafra, Ballester y Gómez, 1998b):

1. Ancianos con pluripatología y discapacidad de leve a severa.
 - Anciano frágil. Presenta dos o más de las siguientes condiciones: a) tiene más de 75 años, b) pluripatología crónica, c) discapacidad leve o moderada para las AVD, d) deterioro cognitivo leve o moderado, e) malnutrición, f) síndromes geriátricos (caídas, incontinencia, etc.), g) riesgo clínicamente evidente de institucionalización, discapacidad grave o muerte, h) riesgo de problema social, i) consumo habitual de servicios sanitario, y/o j) polimedicación.

³⁷ Su desarrollo normativo puede consultarse en la Orden de 30 de marzo de 1995, de la entonces Conselleria de Sanidad y Consumo (DOGV 25-19-1995).

- Anciano severamente discapacitado. Suele presentar estas características: a) tiene más de 75 años, b) discapacidad total para las AVD, inmovilizado, c) deterioro cognitivo moderado o severo añadido, y d) complicaciones de la inmovilidad (úlceras, infecciones, rigidez de miembros, etc.).
2. Adultos con enfermedad crónica de un órgano en estadio avanzado. Entre las enfermedades más frecuentes se encuentran las cardiopatías, la cirrosis o la insuficiencia renal crónica. Además presentan otros criterios: a) problema social concomitante, b) uno o más ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses por descompensación de su enfermedad, c) no reunir criterios de UCI ni de trasplante.
3. Pacientes con enfermedad, neoplásica o no, en fase terminal. Concretamente: a) neoplasias, b) paciente geriátrico terminal, c) enfermedad crónica de un órgano en estadio terminal, y d) SIDA en estadio terminal.

Más recientemente, en el transcurso de las *Primeras Jornadas Sociosanitaria de la Comunidad Valenciana* organizadas por las Consellerias de Sanidad y de Bienestar Social, celebradas en Valencia en diciembre del año 2000, se reflexionó sobre el perfil del usuario de servicios sociosanitarios. La definición del mismo, como era previsible, no presenta grandes variaciones respecto al paciente PALET. Los grupos establecidos quedan determinados por las necesidades de atención y planificación que precisan y no por la edad, estos son:

- Ancianos frágiles o de alto riesgo y pacientes geriátricos. Los pacientes geriátricos son personas que reúnen tres o más de estos criterios: a) tienen más de 75 años, b) pluripatología relevante, c) proceso o enfermedad incapacitante, d) patología mental, y/o e) problemática social en relación con su estado de salud.
- Pacientes de larga evolución con incapacidad funcional, entre los que se encuentran: enfermos crónicos (las principales enfermedades son respiratorias -EPOC-, hepáticas, cardiovasculares, neurológicas -ictus con secuelas-

reumatológicas, demencias, degenerativas, etc.), enfermos mentales, drogodependientes, personas con incapacidad física (laboral o por accidentes de tráfico) y personas que sufren trastornos del desarrollo (como el retraso mental).

- Los enfermos terminales (con los mismos grupos que incluye el PALET).

Los objetivos generales del programa, son los siguientes: a) aumentar la supervivencia de los pacientes que acabamos de señalar (añadir años a la vida), b) incrementar su calidad de vida (añadir vida a los años), c) aumentar los periodos libres de enfermedad (añadir vida a los años) y d) en su caso, ayudarles a tener una muerte digna (Zafra, Ballester y Gómez, 1998b). Como objetivos específicos se proponen: proporcionar atención integral a los pacientes con perfil PALET; hacer una valoración integral de su estado de salud; ubicar a los pacientes en el mejor lugar terapéutico, según el estadio de la enfermedad; coordinar las actuaciones sanitarias con los servicios sociales; proporcionar un soporte emocional a los pacientes y familiares, y por último, evitar ingresos innecesarios en los hospitales de agudos.

El modelo asistencial, en el que se sitúan las actuaciones proporcionadas desde el PALET, se caracteriza por los siguientes rasgos:

- Integral: el paciente debe ser valorado desde una perspectiva bio-psico-social.
- Interdisciplinar: con la participación de distintos profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Rehabilitador: pese a la irreversibilidad de las enfermedades que padecen estos pacientes, se puede mejorar sus capacidades y su calidad de vida.
- Integrado: coordinando recursos sanitarios entre sí y recursos sociales.
- Mejor lugar terapéutico: se basa en la concepción de que para determinadas enfermedades y en determinados momentos evolutivos, existe una ubicación asistencial que incrementa la probabilidad de conseguir el objetivo terapéutico, con menos efectos indeseables y al menor coste.

La última propuesta analizada en el ámbito de la atención sociosanitaria en la Comunidad Valencina, proviene de la Universitat de València, concretamente de la unidad de investigación *Políticas de Bienestar Social (PBS)*. Esta unidad de investigación, a través de convenios de colaboración con las Consellerías de Sanidad y de Bienestar Social, ha desarrollado estudios sobre oferta y demanda sociosanitaria. En uno de estos estudios, publicado por la Generalitat Valenciana, establece una nueva tipificación para definir a la población susceptible de recibir este tipo de atención (Garcés, Ródenas y otros, 2002).

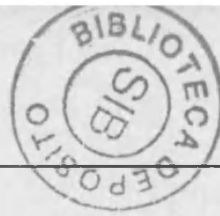
La nueva clasificación considera tres grupos definidos por la enfermedad, la discapacidad, y la situación social/familiar. Los sectores de población concretos son:

- A. *Personas con enfermedades crónicas, agudas con riesgo de cronificación, degenerativas, congénitas, oncológicas y VIH-SIDA*, que conllevan situaciones susceptibles de ser atendidas por la red sociosanitaria³⁸.
- B. *Personas con alguna discapacidad* (física, psíquica o sensorial) permanente o temporal, que requieren rehabilitación funcional. Las necesidades de las personas con capacidades funcionales disminuidas, para desenvolverse personal y socialmente, dan origen a situaciones de minusvalía y dependencia que variarían en función del tipo y grado de las deficiencias que padecen, así como de las características del entorno social y físico, e implican diversos procesos de rehabilitación funcional.
- C. *Personas con falta de soporte familiar y social*, ya que el apoyo social real mejora la capacidad de manejar positivamente los

³⁸ Un equipo técnico de la unidad de investigación "*Políticas de Bienestar Social*" revisó la Clasificación Internacional de Enfermedades novena revisión (CIE - 9), en la versión informática incorporada al Conjunto Mínimo de Base de Datos (CMBD) hospitalario de la Comunidad Valenciana 1999-2000, obteniendo una selección de rúbricas y códigos de enfermedad que proponen como predictores de riesgo de dependencia. Sobre la primera selección obtenida directamente de los listados de la CIE-9^a, se realizó una agrupación de códigos, rúbricas, grupos y subgrupos en siete grandes bloques: trastornos mentales, enfermedades crónicas, enfermedades agudas con riesgo de cronificación, enfermedades degenerativas, enfermedades oncológicas, enfermedades congénitas y VIH/SIDA.

problemas de salud y ayuda a preservar la autonomía, a pesar de las limitaciones funcionales. Los indicadores sociales que permiten identificar a los posibles usuarios de servicios sociosanitarios pueden agruparse básicamente en dos: a) las interacciones sociales y los recursos humanos con los que se cuenta, y b) el grado de restricción ambiental.

Estos tres grupos –enfermos, discapacitados y personas con falta de soporte familiar y social- están condicionados por diversas variables, adquiriendo una mayor complejidad. Las variables consideradas por la PBS fueron tres: a) la edad (menores de 14 años, entre 15 y 64 años, y 65 o más años), b) la fase en que se encuentra la enfermedad o el estadio evolutivo de la misma (libre de enfermedad, tratamiento activo, terminal), junto con la presencia de comorbilidad, y c) el grado de dependencia (con relación a la capacidad funcional para la AVD y el estado cognitivo). Combinando grupos de población y variables, en el cuadro 1 se recoge la propuesta de tipificación de grupos y subgrupos susceptible de atención sociosanitaria.



CUADRO 1. GRUPOS Y SUBGRUPOS DE POBLACIÓN SUSCEPTIBLES DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.

GRUPOS	SUBGRUPOS
<p>1. Personas con enfermedades crónicas, agudas con riesgo de cronificación, degenerativas, congénitas, cáncer y VIH/SIDA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menores de 14 años con pluripatología, relacionada con las enfermedades delimitadas, en tratamiento médico activo y con algún grado de dependencia para las AVD. - Menores de 14 años con pluripatología, relacionada con las enfermedades delimitadas, en fase terminal y con dependencia para las AVD. - Personas entre 15 y 64 años con pluripatología, relacionada con las enfermedades delimitadas, en tratamiento médico activo y con algún grado de dependencia para las AVD. - Personas entre 15 y 64 años con pluripatología, relacionada con las enfermedades delimitadas, en fase terminal y con dependencia para las AVD. - Personas mayores de 65 años con pluripatología, relacionada con las enfermedades delimitadas, en tratamiento médico activo y con algún grado de dependencia para las AVD. - Personas mayores de 65 años con pluripatología, relacionada con las enfermedades delimitadas, en fase terminal y con dependencia para las AVD.
<p>2. Personas con alguna discapacidad (física, psíquica o sensorial) y/o necesidad de rehabilitación funcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menores de 14 años que necesitan temporalmente rehabilitación funcional y tienen algún grado de dependencia para las AVD. - Menores de 14 años con alguna discapacidad, que necesitan rehabilitación funcional de forma permanente, con dependencia para las AVD. - Personas entre 15 y 64 años que necesitan temporalmente rehabilitación funcional y tienen algún grado de dependencia para las AVD. - Personas de entre 15 y 64 años con alguna discapacidad, que necesitan rehabilitación funcional de forma permanente, con dependencia para las AVD. - Personas mayores de 65 años que necesitan temporalmente rehabilitación funcional y tienen algún grado de dependencia para las AVD. - Personas mayores de 65 años con alguna discapacidad, que necesitan rehabilitación funcional de forma permanente, con dependencia para las AVD.
<p>3. Personas con falta de soporte familiar y social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menores de 14 años con falta de soporte familiar y social, y algún grado de dependencia para las AVD. - Personas de entre 15 y 64 años con falta de soporte familiar y social, y algún grado de dependencia para las AVD. - Personas mayores de 65 años con falta de soporte familiar y social, y algún grado de dependencia para las AVD.

Fuente: Garcés, Ródenas y otros, 2002.

Como hemos podido observar, en la Comunidad Valenciana existen programas sociales sectoriales que inciden en la atención sociosanitaria de determinados grupos de población (mayores, discapacitados, SIDA, etc.), así como planes de salud que recogen objetivos sociosanitarios e incluso propuestas de intervención concretas, aunque parciales, como el programa PALET. No obstante no se ha publicado un *Plan Estratégico Valenciano de Atención Sociosanitaria*, ni se han establecido normas que regulen la atención de la dependencia. En este marco, la actual organización de la atención sociosanitaria se centra en la racionalización del uso de los recursos sanitarios y sociales existentes. Por ello, consideramos adecuado conocer con qué tipo de recursos contamos para hacer frente a los cuidados de larga duración.

2.6.1. Recursos sociales y sanitarios que configuran la red de cuidados de larga duración en la comunidad valenciana.

En la Comunidad Valenciana tradicionalmente, como ha ocurrido en el ámbito nacional, las redes de protección social y sanitaria han asumido por separado la provisión de los cuidados de larga duración. Estas redes han estado integradas genéricamente por hospitales y residencias, como recursos formales o institucionales, que suplían en algunos casos a la familia y al apoyo informal. Actualmente, como se mostrará a continuación, la diversificación y especialización de recursos ha aumentado significativamente, de tal forma que existe una gran variedad de propuestas de atención social y sanitaria, aunque en muchos casos siguen siendo insuficientes y están descoordinadas.

Respecto a la provisión de los mismos, hay que tener en cuenta que el sector público es el principal proveedor de servicios asistenciales sanitarios, el mercado tiene un papel todavía limitado en este ámbito y la proporción de personas que contratan servicios sanitarios privados es muy pequeña. En el sector de los servicios asistenciales de carácter social nos encontramos, por un lado, un fuerte crecimiento de la oferta privada de plazas residenciales para personas mayores, aunque una gran mayoría están subvencionadas por la Administración; y por otro, una oferta limitada de servicios a domicilio y comunitarios, que pueden ser contratados con o sin subvención pública.

En este apartado se recoge una síntesis de los tipos de recursos sociales y sanitarios valencianos que podrían formar parte de la red sociosanitaria. Éstos han sido agrupados en tres grandes apartados: a) servicios de asistencia comunitaria, b) servicios de asistencia domiciliaria, y c) servicios institucionales.

2.6.1.1. Recursos de asistencia comunitaria.

1. Equipos de atención primaria (EAP).

Los EAP son los recursos asistenciales básicos en sanidad, cuentan con programas de: prevención, control y seguimiento de los enfermos EPOC, de personas con VIH+, atención domiciliaria a pacientes inmovilizados, atención a pacientes terminales, prevención y detección de problemas de salud en el anciano frágil o de alto riesgo; y prevención y detección de problemas de salud mental (Domínguez y Pascual, 2000).

▪ *Cartera de Servicios:*

- Valoraciones funcionales.
- Determinación del plan de cuidados básicos.
- Atención al paciente PALET.
- Revisión de tratamientos.
- Promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Prevención del internamiento en centros hospitalarios.
- Educación sanitaria al paciente y la familia.
- Gestión de las necesidades socio-sanitarias del paciente y la familia.
- Programa de voluntariado, en colaboración con los servicios sociales municipales.
- Manejo del dolor y síntomas adicionales en enfermos terminales.
- Control de técnicas domiciliarias habituales: oxigenoterapia, fluidoterapia, nutrición enteral, fisioterapia, cuidado de úlceras en el domicilio, analítica convencional, colocación de sonda nasogástrica o vesical, exploración óptica y auditiva, registro específico de enfermos inmovilizados.
- Auditoría de historias clínicas de atención primaria.

2. Equipos de base de servicios sociales (EBSS).

En la Comunidad Valenciana los servicios sociales generales de ámbito municipal se prestan por los EBSS, cuya naturaleza multidisciplinar les capacita para implantar programas y atender los diferentes problemas que surjan en su contexto social. Sus principales funciones están relacionadas con la detección de necesidades y recursos individual y colectivamente, la gestión de la derivación a servicios sociales especializados, la promoción de servicios de carácter preventivo en la zona, la coordinación profesional y organizacional en su territorio de influencia y la colaboración con otros servicios públicos y privados vinculados con el bienestar social. La composición del equipo varía en función de la diversidad de realidades sobre las que trabaja, así el número y cualificación de sus integrantes depende de varios factores: el tipo de zona (urbana o rural), la cantidad de población a atender, las necesidades y recursos sociales existentes o los programas que se prevé desarrollar. Los profesionales que aparecen con mayor frecuencia en los equipos son los trabajadores sociales, educadores, psicólogos, animadores socioculturales y trabajadores familiares. En todo caso, deben ser equipos abiertos a posibles modificaciones que les permitan responder y adecuarse a los nuevos problemas y necesidades, como la atención sociosanitaria (Ródenas y Garcés, 1996).

▪ *Cartera de servicios:*

- Servicio de información, orientación y asesoramiento técnico.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Programas de cooperación social.
- Programas de convivencia y reinserción social.
- Programas de ocio y tiempo libre.
- Programa de emergencia social.
- Programa de prevención y reinserción social.

3. Centros especializados de atención a mayores (CEAM).

Son centros sociosanitarios diurnos de atención con oferta especializada de servicios y actividades de carácter informativo, preventivo, rehabilitador y social³⁹. Estos centros están dirigidos a personas con más de 60 años que no padezcan enfermedades infecto-contagiosas ni psicopatías susceptibles de alterar la convivencia del centro (Ródenas y otros, 2000). Se configuran como unidades de información y asesoramiento, prestación de servicios integrales de mantenimiento de la salud, rehabilitación, trabajo social, formación, desarrollo de actividades culturales, convivencia y promoción social.

Su objetivo es propiciar hábitos de vida saludables, retrasando la aparición de patologías invalidantes y dinamizando las relaciones interpersonales y grupales, con el fin de prevenir la soledad y el desarraigo. Asimismo, facilitan la permanencia de los mayores en el propio medio familiar y social, retardando el ingreso en residencias u hospitales, convirtiéndose en un recurso de apoyo tanto para los mayores como sus familias.

▪ *Cartera de servicios:*

- Prevención y mantenimiento de la salud.
- Rehabilitación preventiva.
- Información y formación de hábitos de salud.
- Actividades físico - deportivas.
- Terapia ocupacional.
- Atención socio – educativa.
- Actividades de ocio y convivencia.

³⁹ Aparecen regulados en la Orden de 22 de octubre de 1996 (DOGV 08-11-1996).

4. Programa de integración de los ancianos en el ambiente familiar.

Este programa consta de ayudas económicas para personas que tengan ancianos a su cargo, dirigidas a personas mayores de 45 años dedicadas a las tareas del hogar que tengan a su cuidado un anciano/a de 75 o más años⁴⁰. A través de estas ayudas se conceden subvenciones para sufragar los gastos que ocasiona la estancia de la persona mayor. Actualmente se está estudiando la puesta en marcha de un programa de "acogimiento familiar para mayores", dirigido a personas mayores sin soporte familiar alguno, que convivan en el seno de una familia o con una persona con la que no tengan vínculos de parentesco, que pueda asumir su cuidado.

5. Viviendas adaptadas.

Se trata de un recurso que ofrece a las personas mayores válidas (con un grado de autonomía que no requiera de una atención social o sanitaria continuada) una vivienda accesible, y conllevan una intervención mínima de apoyo social.

El proyecto de viviendas adaptadas de la Comunidad Valenciana integra, en algunos casos, estas viviendas con una estructura de centro de día en la planta baja, que sirve de recurso de prevención y rehabilitación favoreciendo la permanencia en las mismas.

▪ *Cartera de servicios:*

- Limpieza del centro.
- Mantenimiento.
- Hostelería.
- Lavandería.
- Ocio.

⁴⁰ Su marco jurídico se establece en el Decreto 331/1995 de 3 de noviembre (DOGV 12-11-1995).

- Acompañamiento o compañía.

6. Pisos tutelados para personas discapacitadas psíquicas.

Este tipo de viviendas facilita que personas con discapacidades psíquicas desarrollen las habilidades necesarias para poder alcanzar un grado de autonomía suficiente, que les permita acceder en condiciones de normalidad social a los recursos de la sociedad, a través de una alternativa residencial distinta a la institución.

7. Centros ocupacionales.

Son centros de ocupación terapéutica dirigidos a personas con discapacidad, con el fin de conseguir su integración psicosocial.

▪ *Cartera de servicios:*

- Servicio de terapia ocupacional y actividades que permitan el equilibrio personal y favorezcan el desarrollo de habilidades, hábitos y destreza laborales, con independencia del resultado productivo de las mismas.
- Formación en habilidades y hábitos para la convivencia social.
- Orientación para la correcta utilización de los recursos comunitarios.
- Actividades tendentes a potenciar la autonomía personal.
- Tratamiento psicológico que favorezca un proceso de autoestima y equilibrio emocional.

8. Unidades de salud mental (USM).

Su objetivo es atender a los pacientes con problemas de salud mental derivados desde atención primaria. Desarrolla programas ambulatorios de rehabilitación individualizados en colaboración con los dispositivos sociosanitarios y cuentan con programas específicos de atención a

crónicos (Conselleria de Benestar Social i Conselleria de Sanitat, 2000).

9. Centro de día para personas mayores.

Tienen la consideración de centro de día para personas mayores los establecimientos gerontológicos sociosanitarios y de apoyo a la familia que, en régimen diurno, prestan atención individualizada a personas mayores de 60 años dependientes, promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual. Su finalidad es mantener el mayor grado de autonomía posible en el anciano, potenciando y rehabilitando sus capacidades cognitivas, funcionales y sociales.

▪ *Cartera de Servicios:*

- Valoración geriátrica.
- Plan asistencial personalizado.
- Rehabilitación funcional.
- Rehabilitación y entrenamiento cognitivo.
- Peluquería.
- Control de enfermería.
- Plan de higiene.
- Seguimiento médico.
- Servicio de restauración.
- Transporte especializado.
- Atención individual y grupal.
- Atención familiar.

10. Unidades de conductas adictivas (UCA).

Las UCA son un recurso primario de atención de salud, cuyo objetivo básico es la asistencia sanitaria ambulatoria a drogodependientes y personas con conductas adictivas. Complementariamente, pueden colaborar en programas preventivos que, dirigidos a disminuir la

incidencia del consumo de drogas y el desarrollo de otras adicciones, se implementen en su ámbito geográfico de actuación. Se configuran como unidades de apoyo a los equipos de atención primaria, así como de referencia para el tratamiento de patologías vinculadas al consumo de cualquier tipo de droga, dentro del área de salud en la que radiquen.

Las UCA pueden especializarse en la asistencia a un tipo de adicción concreto, en función de las necesidades objetivas de atención. Así, se crean las unidades de alcoholología que atienden a pacientes que presentan diagnósticos de abuso o dependencia del alcohol. En ellas puede trabajar personal facultativo, sanitario y no sanitario, si bien en la orden⁴¹ que las desarrolla sólo se mencionan dos figuras profesionales: médico y psicólogo de conductas adictivas (Ródenas y otros, 2000).

11. Centro de rehabilitación e integración social para enfermos mentales crónicos (CRIS).

Se define como un servicio específico y especializado para enfermos mentales crónicos con una edad comprendida entre los 18 y los 65 años, y un deterioro significativo de sus capacidades funcionales, que incorporan de forma complementaria recursos dirigidos a la formación laboral y el trabajo protegido⁴². Entre sus objetivos se encuentran favorecer la permanencia de estos enfermos en la vida comunitaria, y apoyar y ayudar a la familia en la convivencia con el enfermo, favoreciendo la estructuración de un clima familiar adecuado. Cuentan con una capacidad para un mínimo de 50 plazas y un máximo de 70.

▪ *Cartera de servicios:*

- Evaluación social y funcional.
- Entrenamiento en competencia social.
- Entrenamiento en habilidades de autocuidado y de la vida diaria.
- Recuperación de habilidades cognitivas.

⁴¹ Orden de 7 de julio de 1997, de la Conselleria de Sanitat (DOGV 03-10-1997)

⁴² Regulados a través de la Orden de 3 de febrero de 1997 (DOGV 13-02-1997).

- Psicomotricidad.
- Psicoeducación y promoción de estilos de vida saludables.
- Intervención familiar.
- Articulación de recursos de mantenimiento en la comunidad y de integración social.
- Protocolo de seguimiento y apoyo comunitario.

12. Centro de día para enfermos mentales crónicos.

Estos centros están destinados a enfermos mentales de entre 18 y 65 años, en los que concurre un gran deterioro de sus capacidades funcionales y de su entorno social. Tienen como objetivo prioritario prevenir la retirada y desvinculación familiar, y la posterior institucionalización, creando un ambiente de convivencia alternativo al medio relacional cotidiano del usuario y fomentando la recuperación de destrezas, hábitos y capacidades funcionales que le faciliten su admisión en los programas de los CRIS. Su capacidad mínima es de 15 plazas y la máxima de 20.

- *Cartera de servicios:*

- Programas intensivos de recuperación funcional.
- Actividades de ocupación y ocio.

13. Centro de día para personas con discapacidad psíquica.

El centro de día constituye un recurso dedicado a promocionar la autonomía personal, que organiza servicios específicos de apoyo preventivo a personas con discapacidad psíquica y oferta actividades rehabilitadoras. Acoge a usuarios/as que por sus características familiares no pueden ser atendidos de forma global desde sus domicilios.

- *Cartera de servicios:*

- Manutención.
- Atención sanitaria y servicio de medicina general.
- Neuropsiquiatría.
- Actividades ocupacionales.
- Servicio de fisioterapia.
- Apoyo psicosocial y orientación familiar.
- Tratamiento terapéutico especializado.

14. Hospital de día.

Dispositivo que presta asistencia sanitaria dirigida a enfermos con patología severa, en régimen de hospitalización parcial. También atiende a aquellos pacientes que no precisan ingreso total, pero que no son susceptibles de logros terapéuticos adecuados en tratamiento ambulatorio, por muy completo y sofisticado que éste pueda ser. De esta forma, se convierte en un recurso sanitario de transición entre el medio hospitalario y el sociofamiliar, coordinado con otros recursos sanitarios y sociales.

▪ *Cartera de servicios:*

- Plan de futuros cuidados ambulatorios.
- Soporte familiar.
- Programas para potenciar la autonomía funcional.
- Actividades de la educación sanitaria dirigidas a la familia.
- Rehabilitación (secuelas de accidente cerebro vascular, politraumatizados, reumatismos degenerativos, enfermedades respiratorias, síndromes neurológicos, fracturas en ancianos, etc.).
- Terapia ocupacional.
- Tratamientos intensivos (transfusiones, quimioterapia, antibioterapia, curas complicadas, etc.).
- Curas paliativas de control del dolor y demás sintomatología, apoyo emocional, etc.
- Atención de patología psiquiátrica menor.

2.6.1.2. Recursos de asistencia domiciliaria.

15. Unidad de hospitalización domiciliaria (UHD).

Recurso asistencial ubicado en el hospital de agudos, cuyo objetivo es la prestación asistencial sanitaria especializada en el domicilio del paciente, tras una fase de estabilización en el hospital, que permita evitar ingresos innecesarios⁴³. Asimismo, las UHD apoyan el tratamiento de los pacientes con perfil sociosanitario en atención primaria, previniendo el internamiento hospitalario y coordinándose con los servicios sociales municipales.

▪ *Cartera de servicios:*

- Valoración funcional en el hospital y en atención primaria.
- Diseño del plan de cuidados y del plan terapéutico.
- Educación sanitaria al paciente y la familia.
- Gestión de las necesidades sociosanitarias del paciente y la familia.
- Movilización de voluntariado.
- Manejo del dolor y síntomas adicionales en enfermos terminales.
- Facilita el acceso a material adicional: colchones antiescaras, sillas de ruedas, material de curas, perfusiones o material farmacéutico.
- Control de técnicas domiciliarias: oxigenoterapia, fluidoterapia, medicación intravenosa, nutrición enteral y parenteral, fisioterapia, cuidado de úlceras en el domicilio o gasometría.

16. Servicio de atención domiciliaria (SAD).

El SAD es una prestación que tiene el objetivo de prevenir situaciones de crisis personal y familiar, aumentando la autonomía y evitando la institucionalización innecesaria a través de una atención de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador, a los individuos o familias que se hallen en situaciones de especial

⁴³ Orden de 26 de mayo de 1995, de la Conselleria de Sanitat i Consum (DOGV 12-06-1995)

necesidad. Este servicio forma parte de las prestaciones básicas de los servicios sociales generales de ámbito municipal y, dado su carácter multidisciplinar y el conocimiento que el equipo técnico tiene del medio físico y social en el que se desenvuelven los beneficiarios, facilita la detección de casos sociosanitarios y complementa la atención que reciben estos usuarios desde otros recursos (Ródenas y Garcés, 1996).

▪ *Cartera de servicios:*

- Prestación de carácter doméstico (limpieza y mantenimiento de la vivienda, preparación de alimentos en el hogar, suministro a domicilio de alimentos preparados, lavado, planchado y repaso de la ropa y adquisición de alimentos y otras compras por parte del usuario).
- Prestación de carácter personal (apoyo en la higiene personal, ayuda a los usuarios que no puedan comer por sí mismos, apoyo a transferencias dentro del hogar, adiestramiento en la realización de actividades de la vida cotidiana, compañía y desarrollo de actividades de ocio en el domicilio).
- Relación con el entorno (ayudas para realizar gestiones personales, movilidad y ocio).
- Ayudas técnicas y adaptaciones del hogar.

17. Teleasistencia.

Es un servicio que, a través de la línea telefónica y con un equipo informático específico ubicado en un centro de atención y en el domicilio del usuario, permite a las personas dependientes mantenerse en contacto durante las 24 horas del día, para dar respuesta a las crisis que puedan presentarse, bien por sí mismos o movilizándolo otros recursos humanos o materiales.

▪ *Cartera de servicios:*

- Contacto verbal manos libres, durante las 24 horas del día.
- Unidad móvil.

2.6.1.3. Recursos institucionales.

18. Residencias para personas mayores.

Se consideran residencias aquellas instalaciones destinadas a servir de vivienda estable y común a personas de edad avanzada que presentan problemas de dependencia que les impiden permanecer en su domicilio, clasificando a los usuarios en función de sus capacidades en: válidos, semi-asistidos, asistidos y supra-asistidos. La residencia ofrece apoyo en las actividades de la vida diaria, vigilancia sanitaria, programas de rehabilitación y atención geriátrica integral. El perfil del usuario es una persona mayor que precisa de una atención sociosanitaria continuada debido a la pérdida de autonomía y que no cuenta con apoyo sociofamiliar.

▪ *Cartera de Servicios:*

- Atención médica.
- Valoración geriátrica.
- Cuidados de enfermería.
- Atención farmacéutica.
- Programa de intervención en demencias.
- Unidad de convalecencia y rehabilitación.
- Unidad de observación.
- Intervención social.
- Dietista.
- Peluquería.
- Podología.
- Apoyo espiritual.
- Evaluación y tratamiento psicológico / psiquiátrico.
- Entrenamiento – estimulación cognitiva.
- Educación para la salud.
- Actividades de ocio.
- Actividades de convivencia con la familia y/o comunidad.
- Actividad de mantenimiento y rehabilitación de funciones.

19. Centros específicos para enfermos mentales crónicos (CEEM).

Dispositivo residencial para enfermos mentales crónicos dirigido a evitar situaciones de abandono y/o marginación, cuyos objetivos inmediatos son mantener las capacidades de los residentes y mejorar su calidad de vida. Este recurso proporciona un servicio residencial comunitario abierto y flexible, con una intervención rehabilitadora que pretende la consecución de la autonomía personal y social de los residentes. El perfil del usuario es el de un enfermo mental crónico, que no requiere hospitalización, de una edad comprendida entre los 18 y los 65 años. En estos centros se ofrecen tres tipos de estancia (Ródenas y otros, 2000): a) estancias cortas (entre un fin de semana y un mes), con el fin de aliviar la sobrecarga familiar y prevenir el uso inapropiado de la atención hospitalaria; b) estancias transitorias (entre un mes y un año), con las que se pretende facilitar y/o preparar la inserción social y familiar del enfermo, propiciando la adquisición de habilidades para que pueda llevar una vida más autónoma e independiente, y prevenir la indigencia de aquellos que no cuentan con apoyo social y familiar; c) estancias indefinidas (más de un año), cuyo objetivo es mejorar la autonomía personal y social de los usuarios, prevenir su marginación y asegurarles una mayor calidad de vida. La capacidad de estos centros varía entre 20 y 40 plazas.

▪ *Cartera de servicios:*

- Evaluación social y funcional.
- Entrenamiento en competencia social.
- Entrenamiento en habilidades de autocuidado y de la vida diaria.
- Recuperación de habilidades cognitivas.
- Psicomotricidad.
- Psicoeducación y promoción de estilos de vida saludables.
- Intervención familiar.
- Apoyo comunitario.
- Articulación de recursos de mantenimiento en la comunidad y de integración social.

20. Residencia de discapacitados psíquicos.

Son viviendas estables destinadas a ser centros de convivencia de personas discapacitadas, que no pueden satisfacer sus necesidades por sí mismas. El perfil del usuario es una persona con discapacidad psíquica severa y profunda, que necesita ayuda permanente para las actividades de la vida diaria.

▪ *Cartera de servicios:*

- Alojamiento y manutención.
- Atención sanitaria y servicio de medicina general.
- Neuropsiquiatría.
- Actividades ocupacionales.
- Servicio de fisioterapia.
- Apoyo psicosocial y orientación familiar.
- Tratamiento terapéutico especializado.

21. Hospital de atención a crónicos y larga estancia (HACLE).

Constituye el recurso sanitario más específico para la atención sociosanitaria. Estos hospitales proporcionan una asistencia integral de calidad, con el objetivo de favorecer la recuperación de la salud, fomentar la autonomía y mejorar la calidad de vida de los pacientes⁴⁴. Se organizan en las siguientes unidades funcionales (Zafra, Ballester y Gómez, 1998a):

- Unidad de larga estancia. Para personas con problemas crónicos de salud que requieren cuidados de larga duración. Los pacientes más frecuentes en estas unidades son ancianos en situación terminal y

⁴⁴ En la Orden de 13 de octubre de 1997, de la Conselleria de Sanitat (DOGV 19-01-1998), se definen sus objetivos asistenciales, de gestión y su estructura.

enfermos crónicos evolucionados o con graves problemas tróficos.

- Unidad de rehabilitación. Para personas con problemas neurológicos o traumatológicos que requieren rehabilitación intensiva y especializada.
- Unidad de convalecencia. Para actividades de cuidado y tratamiento a medio plazo de reagudizaciones en procesos crónicos.
- Unidad de cuidados paliativos. Para la atención de personas con enfermedad incurable en estadio terminal, donde el tratamiento activo ya no es eficaz. El objetivo es tratar el dolor y los síntomas colaterales de su enfermedad original y dar apoyo emocional a las familias.

▪ *Cartera de servicios:*

- Rehabilitación en personas que precisan institucionalización (politraumatismos, secuelas de accidentes cerebro vasculares o terapia ocupacional).
- Convalecencia de procesos agudos una vez estabilizados.
- Cuidados paliativos en régimen de institucionalización: tratamiento del dolor y síntomas asociados al estadio terminal, apoyo emocional y psicológico al paciente y a la familia, ingreso por claudicación familiar, preparación del duelo, asistencia por problemas de salud y/o patologías adicionales.
- Psicogeriatría en demencias, delirium, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad o estados paranoides.
- Soporte para evitar la claudicación familiar.
- Servicios centrales de soporte hospitalario.
- Cuidados especiales.
- Tratamiento de la complejidad clínica en pacientes PALET.

Dispositivo sanitario asistencial ubicado en hospitales de agudos que tiene como objetivos identificar, valorar y estabilizar mediante los instrumentos diagnósticos y terapéuticos adecuados a los pacientes con perfil sociosanitario (ancianos frágiles, enfermos crónicos, pacientes terminales, etc.) que acuden al hospital de agudos, gestionando su ubicación en el mejor lugar terapéutico⁴⁵. Asimismo, coordina sus actuaciones con el resto de recursos del hospital y del área de salud que tienen una actividad sociosanitaria, como las unidades de hospitalización a domicilio, los hospitales de atención a crónicos y larga estancia y los equipos de atención primaria.

▪ *Cartera de servicios:*

- Diseño del Plan de tratamiento de la fase aguda (estabilización).
- Identificación del paciente PALET.
- Gestión de la ubicación.
- Valoración funcional en el hospital.
- Realización de pruebas diagnósticas para determinar la/s enfermedad/es o el estadio de ésta/s.
- Valoración de la necesidad de utilización de la unidad de cuidados intensivos –UCI-.
- Prestación de técnicas especiales (todas las técnicas diagnósticas y terapéuticas de que disponga el hospital).

23. Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP).

Están dirigidas a proporcionar tratamientos intensivos en régimen de atención continuada (24 horas al día), con dotación de personal especializado y con un tiempo de estancia media breve.

▪ *Cartera de servicios:*

⁴⁵ Estas unidades se crean a través de la Orden de 26 de mayo de 1995 (DOGV 12-06-1995), si bien sus funciones y actividades asistenciales se recogen en la Orden de 2 de junio de 1999 (DOGV 08-06-1999), modificada por la Orden de 19 de octubre de 2000 (DOGV 03-01-2001).

- Coordinación con las unidades de salud mental (USM).
- Diagnóstico y tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico.
- Cuidados intensivos psiquiátricos.
- Urgencias psiquiátricas.
- Interconsultas.
- Psiquiatría de enlace del hospital.

24. Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH).

Son aquellas que, dentro de un centro hospitalario, realizan tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento, cuando las condiciones biopsicosociales y familiares del paciente lo requieren (Conselleria de Benestar Social, 1999a).

25. Unidades de deshabitación residencial (UDR).

Son aquellos centros que, desde el ámbito social y en régimen de internamiento, realizan tratamientos de deshabitación, rehabilitación y reinserción mediante terapia farmacológica (supervisada por servicios sanitarios), psicológica y ocupacional. Tienen como objetivo posibilitar la reincorporación social del paciente cuando las condiciones lo requieren.

El cuadro 2 recoge un resumen de todos los recursos de atención sociosanitaria mencionados en este apartado.

CUADRO 2. RESUMEN DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA EXISTENTES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

GRUPOS	RECURSOS
Servicios de Asistencia Comunitaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equipos de atención primaria (EAP). 2. Equipos de base de servicios sociales (EBSS). 3. Centros especializados de atención a mayores (CEAM). 4. Programas de integración de los ancianos en el ambiente familiar. 5. Viviendas adaptadas. 6. Pisos tutelados para personas discapacitadas psíquicas. 7. Centros ocupacionales. 8. Unidades de salud mental (USM). 9. Centro de día. 10. Unidades de conductas adictivas (UCA). 11. Centro de rehabilitación e integración social para enfermos mentales crónicos (CRIS). 12. Centro de día para enfermos mentales. 13. Centro de día para personas con discapacidad psíquica. 14. Hospital de día.
Servicios de Asistencia Domiciliaria	<ol style="list-style-type: none"> 15. Unidad de hospitalización domiciliaria (UHD). 16. Servicio de atención domiciliaria (SAD). 17. Teleasistencia.
Servicios Institucionales	<ol style="list-style-type: none"> 18. Residencias para mayores. 19. Centros específicos para enfermos mentales crónicos (CEEM). 20. Residencia de discapacitados psíquicos. 21. Hospital de atención a crónicos y larga estancia (HACLE). 22. Unidad médica de corta estancia (UMCE). 23. Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP). 24. Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH). 25. Unidades de deshabitación residencial (UDR).

Fuente: Elaboración propia, 2001.

Para la organización de los cuidados sociosanitarios en la Comunidad Valenciana, como hemos visto, se cuenta con una amplia gama de servicios que va desde el hospital de agudos a la atención domiciliaria, pasando por las residencias asistidas o los centros de día. Cada uno de ellos presenta características que lo hacen apropiado para un grupo específico de población en función de su grado de dependencia, complejidad clínica y apoyo social, fundamentalmente. No obstante, la existencia de una amplia variedad de recursos sociales y sanitarios no significa que su utilización responda de forma adecuada a las actuales necesidades de atención sociosanitaria, como comprobaremos en el apartado de resultados.

La falta de coordinación y de metodologías comunes de intervención, así como la ausencia de protocolización de las actuaciones o la carencia de sistemas de información sobre la población dependiente y sus necesidades, no permite rentabilizar los recursos con los que se cuenta. La Comunidad Valenciana necesita, y se está en disposición de desarrollar, un marco normativo específico que defina y delimite las competencias de la Administración y el resto de actores sociales en la atención de la dependencia. La organización de la atención sociosanitaria debe partir de una mejora de la coordinación entre el sistema social y sanitario, y de la introducción de metodologías, como la gestión de casos, que permitan aunar esfuerzos y mejorar la prestación de servicios a la población dependiente. Esta presenta, como se recoge en los resultados del estudio, un amplio espectro de necesidades de naturaleza física, funcional, psicológica, emocional, social, económica y de accesibilidad al entorno. Todos ellos son analizados a través del *Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias* (CNSS) elaborado para este estudio, aplicado a una muestra de población de la provincia de Valencia que utiliza alguno de los recursos señalados más arriba, como podremos comprobar en el apartado de metodología.

3. FUENTES Y MÉTODO.

En los apartados precedentes se han definido los dos conceptos básicos sobre los que se construye todo el proceso de aproximación metodológica que se describe en este punto, concretamente la dependencia –vinculada a la capacidad funcional y cognitiva- y la atención sociosanitaria, que permite abordar el problema de la dependencia de forma conjunta desde el sistema social y sanitario. Se ha justificado la importancia de organizar la atención sociosanitaria en nuestro contexto más próximo, la Comunidad Valenciana, sobre datos sociodemográficos relativos al proceso de envejecimiento, el aumento de la dependencia y la crisis del apoyo informal. Hemos podido comprobar que estos tres factores, presentes también en el ámbito nacional y europeo, están motivando una respuesta de la Administración dirigida tanto a incrementar la atención domiciliaria, comunitaria e institucional –combinando recursos sociales y sanitarios-, como a diseñar nuevas prestaciones, cuyo ejemplo más representativo es el seguro de dependencia –siguiendo el modelo alemán-.

En España la organización de la atención sociosanitaria, presente en planes sectoriales dirigidos a grupos como las personas mayores, discapacitadas, drogodependientes o con VIH/SIDA, está siendo impulsada desde el Ministerio de Sanidad con la elaboración de unas bases para diseñar un modelo común de atención sociosanitaria. Aunque, paralelamente, diferentes Comunidades Autónomas (Cataluña, la Comunidad Valenciana, Castilla-León, Navarra, Cantabria o el País Vasco) han iniciado programas sociosanitarios y la regulación de éste ámbito, con el riesgo de aumentar los desequilibrios territoriales ya presentes en los sistemas de protección social y sanitario.

También hemos podido comprobar como la preocupación por las personas dependientes en la Comunidad Valenciana se ha ido plasmado en planes sectoriales de intervención sanitarios y sociales –siguiendo el modelo nacional- que progresivamente han ido incorporando servicios sociosanitarios. Por último, se han descrito de

forma concisa los principales recursos con los que cuenta actualmente el sistema de protección valenciano, algunos de los cuales se utilizarán para abordar los objetivos de este estudio. Si recordamos, estos objetivos -explicitados en la introducción- plantean describir e interpretar la situación de la población con necesidades sociosanitarias atendida en la provincia de Valencia y determinar la adecuación entre oferta y demanda.

La orientación metodológica utilizada para alcanzar dichos objetivos se aleja de los enfoques realistas sociológicos, que defienden el carácter extra-sociológico del sujeto, para aproximarse al enfoque nominalista, que se centra en las personas, en lo que hacen, creen, piensan, en lo que construyen, comprendiendo lo individual en su singularidad histórica. La realidad social como producto humano, en nuestro caso la que rodea a las personas dependientes, es explicable a partir de las características y de los comportamientos de los individuos y las situaciones que determinan éstos. Esta concepción de la realidad social insiste sobre la interdependencia de las ciencias sociales, que en el ámbito de la atención sociosanitaria vincula a disciplinas como el trabajo social, la sociología, la medicina, la psicología, la arquitectura o el derecho.

En este estudio se han definido dos hipótesis de trabajo:

(1) En primer lugar planteamos que existe un elevado número de personas dependientes en la provincia de Valencia que están registradas y tienen necesidades de atención sociosanitaria. Estas necesidades presentan características diferenciales que demandan recursos específicos. Para abordar esta hipótesis se consideran los siguientes aspectos:

a) Para determinar el número de personas dependientes con necesidades sociosanitarias, registradas en la provincia de Valencia, se cuantifica la demanda atendida, recogiendo información sobre la utilización de determinados recursos sociales y sanitarios, acudiendo a los registros y bases de datos existentes en la Conselleria de Sanidad y en la de Bienestar Social, y a estudios previos.

- b) Las características de la demanda atendida y de sus cuidadores, en la provincia de Valencia, así como el estudio de los factores que inciden en la dependencia y generan necesidades sociosanitarias, se obtienen a través de encuesta, utilizando metodología de muestreo.
- c) Temporalmente, la cuantificación de la demanda atendida en la provincia de Valencia hace referencia a los años 1999 y 2000, mientras que el trabajo de campo de la encuesta se realizó en el año 2001, bajo hipótesis de cambios pequeños en los datos en un periodo inferior a dos años.

(2) La segunda hipótesis es que en la atención sociosanitaria que reciben los usuarios de recursos sociales y sanitarios (demanda atendida) en la provincia de Valencia no cumple al cien por cien el principio del “mejor lugar terapéutico”, es decir, existe un porcentaje de inadecuación entre oferta y demanda en la atención de la dependencia, de tal forma que determinadas personas son atendidas en recursos que no dan una respuesta adecuada a sus necesidades. Para comprobar esta hipótesis se parte de los datos de encuesta obtenidos y se plantea si, dados determinados factores que inciden sobre las necesidades sociosanitarias de una persona atendida a través de un recurso social o sanitario, ésta está bien o mal ubicada.

A continuación se describen las fuentes de datos utilizadas para comprobar dichas hipótesis y, con mayor profundidad, la metodología de muestreo manejada y los análisis estadísticos aplicados.

3.1. FUENTES DE DATOS.

La fuente de datos básica de este estudio ha sido las respuestas dadas a las preguntas recogidas en el *Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias* (CNSS), que desarrollaremos posteriormente, por parte de las personas entrevistadas usuarias registradas de recursos sociales y sanitarios de la provincia de Valencia, durante el año 2001, y de sus cuidadores. En este caso se han utilizado datos primarios obtenidos de fuentes directas. El conjunto de respuestas constituye la información inicial que se interpreta y re-elabora, para discutir sobre los objetivos de esta tesis.

Otras fuentes de datos empleadas están directamente relacionadas con los ítems del CNSS. Así, el diagnóstico y los procedimientos clínicos utilizados en cada caso por las personas entrevistadas proceden de su historia clínica, contrastada con el médico que los atiende (no hacen referencia a la percepción del estado de salud, como ocurre en otro tipo de encuestas); y los datos sobre la idoneidad y adecuación de las viviendas de las personas que utilizan recursos que implican la prestación de servicios en su domicilio, se han obtenido directamente por inspección del entrevistador. Este tipo de fuentes permite eliminar errores en la información, si bien el procedimiento de recogida de datos aumenta el tiempo dedicado a cumplimentar el cuestionario.

Dada la imposibilidad de entrevistar a toda la población registrada atendida en recursos sociales y sanitarios de la provincia de Valencia, se recurrió al método de muestreo, definiendo una muestra sobre la que centrar el estudio. Para establecer dicha muestra fue necesario cuantificar el universo muestral -demanda sociosanitaria atendida-, partiendo de datos secundarios procedentes de los estudios sobre el tema realizados por la unidad de investigación *Políticas de Bienestar Social*, de la Universitat de València, y los registros y bases de datos existentes en las Consellerías de Sanidad y de Bienestar Social (como se muestra en el siguiente apartado). Dicho universo, junto con los listados proporcionados por los responsables de cada uno de los

recursos, han servido de referencia para establecer, estratificar y distribuir la muestra a la que se ha dirigido el trabajo de campo.

3.1.1. Demanda sociosanitaria atendida.

En el cálculo de la demanda sociosanitaria atendida en la provincia de Valencia se utilizaron los datos que recogen Garcés, Ródenas y otros (2002) en su estudio sobre la asistencia sociosanitaria en la Comunidad Valenciana, además de registros, bases de datos e informes oficiales de la Administración, siguiendo el procedimiento que estos autores establecen. Las dificultades encontradas en la realización de este apartado del estudio están relacionadas fundamentalmente con la dispersión y disparidad de los datos, ya que proceden de distintos departamentos de la Administración, así como de bases de datos y registros administrativos no diseñados para recoger demanda sociosanitaria⁴⁶.

Para subsanar los problemas detectados se diversificaron las fuentes, comparando la información registrada (no se contabilizó la demanda atendida no registrada) e intentando eliminar los solapamientos. Asimismo, se descartaron aquellas fuentes que no proporcionaban información detallada sobre la población atendida, como por ejemplo los registros de atención primaria de salud, dada la inexistencia en

⁴⁶ Las limitaciones que afectan al estudio ponen de manifiesto que los registros sociosanitarios son escasos, y que es necesario introducir instrumentos que mejoren la calidad de la información en este campo. En esta línea el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004 (Conselleria de Sanitat, 2001) establece en su *objetivo 76* implantar y analizar los sistemas de información sociosanitaria necesarios para obtener indicadores que permitan una gestión adecuada. Y plantea, como herramienta para el desarrollo del Plan, la integración tanto de los actuales sistemas de información en funcionamiento (Sistema de Información Poblacional, Sistema de Información para la Inspección Sanitaria, Sistema de Gestión de la Prestación Farmacéutica, Red Arterias, Sistema de Información Económica, IRIS/HIGIA, Sistema de Información de Actividad Asistencial, Proyecto Abucasis-I), como de otros nuevos (Proyecto GUIA-H, Proyecto Arterias-II, Proyecto Abucasis-II), para conseguir una gestión más eficiente y eficaz.

ellos de datos relativos a pacientes dependientes con perfil sociosanitario⁴⁷.

La aproximación definitiva a la demanda sociosanitaria atendida en la provincia de Valencia se realizó a partir de los recursos disponibles para personas con problemas sociosanitarios, ofrecidos actualmente desde los sistemas público de salud y de servicios sociales.

En el *sistema sanitario* se recurrió a los servicios y centros incluidos en el programa PALET, concretamente a las unidades de hospitalización a domicilio (UHD), las unidades médicas de corta estancia (UMCE) y los hospitales de atención a crónicos y larga estancia (HACLE). A este listado se incorporaron dos recursos ambulatorios, las unidades de conductas adictivas (UCA) y las unidades de salud mental (USM), y un recurso hospitalario, las unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP).

En el *sistema de servicios sociales* los centros, servicios y prestaciones estudiados fueron las residencias (para mayores y discapacitados), los centros de día para personas mayores, los centros de rehabilitación e integración social para enfermos mentales crónicos (CRIS), los centros especializados para enfermos mentales crónicos (CEEM), el servicio de ayuda a domicilio (SAD), la teleasistencia y el programa de ayudas para el cuidado de ancianos desde el ámbito familiar.

Una vez seleccionados los recursos, la cuantificación de la demanda atendida en el ámbito sanitario se realizó de la siguiente forma:

- De las UMCE, UHP y centros de la red HACLE se consideró el número de personas que causaron alta entre enero y diciembre de

⁴⁷ No obstante este tipo de recursos cuenta con una cartera de servicios orientada a pacientes sociosanitarios, como los siguientes (Domínguez y Pascual, 2000): Prevención, Control y Seguimiento de EPOC, Prevención Control y Seguimiento de VIH+, Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados, Atención a Pacientes Terminales, Prevención y Detección de Problemas de Salud en el Anciano (Frágil o de Alto Riesgo), Prevención y Detección de problemas de Salud Mental.

2000, obtenidos del Conjunto Mínimo de Bases de Datos⁴⁸ y de los indicadores de gestión relativa a actividad hospitalaria de la Conselleria de Sanidad.

- De las UHD se obtuvieron las personas que causaron alta durante el año 2000, a partir de la *Base de Datos de Hospitalización a Domicilio* de la Conselleria de Sanidad⁴⁹ (el total de registros, mucho más elevado, asciende a 11.716 altas). Excepto los datos procedentes de los hospitales “La Fe (Infantil)” y “Dr. Peset” que hacen referencia a 1999.
- De las UCA se consideraron los pacientes atendidos durante 1999, según datos de la Conselleria de Bienestar Social, Dirección General de Drogodependencias.
- Por último, de las USM se utilizaron los datos correspondientes a primeras visitas de 1997 (Conselleria de Sanitat, 1999).

En el ámbito social se contabilizaron los siguientes aspectos:

- De las residencias y los centros de día para personas mayores, se computó el número de plazas residenciales y de día en el año 2000, según datos del IMSERSO.
- De las residencias para discapacitados (físicos y psíquicos), CEEM y CRIS se consideraron las plazas existentes en el año 2000, procedentes del registro de la Conselleria de Bienestar Social para dicho año.

⁴⁸ El *Conjunto Mínimo de Bases de Datos (CMBD)* es una base de datos clínico-administrativa, implantada en la Comunidad Valenciana en 1993, recoge información de pacientes hospitalizados a partir de los informes de alta que incluyen diagnósticos y procedimientos realizados durante la estancia hospitalaria, codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 9ª revisión (OMS, 1999; Librero, Ordiñaña y Peiró, 1998).

⁴⁹ La *Base de Datos de Hospitalización a Domicilio 1999 y 2000*, procede del Servicio de Atención Sociosanitaria, de la Dirección General para la Prestación Asistencial de la Conselleria de Sanidad. En ella se recogen datos de altas clínico-administrativas de los pacientes atendidos en las diferentes unidades de hospitalización a domicilio de la Comunidad Valenciana.

- El número de usuarios de teleasistencia, de beneficiarios del SAD y del Programa de Ayudas para el Cuidado de Ancianos, fueron extraídos de los correspondientes registros de la Conselleria de Bienestar Social para el año 2000.

Partiendo de dichas fuentes, estimamos que en el año 2000 en la provincia de Valencia se atendieron en centros y servicios sanitarios a 42.668 personas que podrían presentar alguna dependencia, es decir, el 54,7% de la población de estas características atendida en la Comunidad Valenciana (tabla 16).

TABLA 16. PERSONAS ATENDIDAS EN RECURSOS SANITARIOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA Y EN LA PROVINCIA DE VALENCIA EN EL AÑO 2000.

Tipo de recurso	Número de centros o unidades en la Comunidad Valenciana	Población atendida		
		Comunidad Valenciana	Provincia de Valencia	
UMCE	9	12.207	9.232	75,6%
HACLE	4	5.561	2.133	38,4%
UHD	15	7.128	4.497	63,1%
UHP	16	4.759	2.564	53,9%
UCA	29*	9.918	5.014	50,6%
USM	55**	38.467***	19.228	50,0%
TOTAL	128	78.040	42.668	54,7%

* En el año 2001 se pusieron en funcionamiento tres nuevas UCA (Moncada, El Grao y Sant Marcel.lí).

** En diciembre de 2001 se creó una nueva USM. En el año 2000 había 5 Unidades de Salud Mental Infantil, y entre el año 2001 y 2002 se han puesto en funcionamiento 2 nuevas Unidades de Salud Mental Infantil.

*** En Unidades de Salud Mental Infantil se atendió a 1.927 menores.

Fuente: Unidad de investigación "*Políticas de Bienestar Social*", indicadores de gestión y actividad hospitalaria, y bases de datos de la Conselleria de Sanidad para el año 1999 y 2000.

En los recursos sociales, en el mismo periodo, se calcula que fueron atendidas 19.960 personas que presentaban alguna dependencia, el 53,8% del total de esta población en la Comunidad Valenciana (tabla 17).

TABLA 17. PERSONAS ATENDIDAS EN RECURSOS SOCIALES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA Y EN LA PROVINCIA DE VALENCIA EN EL AÑO 2000.

Tipo de recurso	Número de centros en la Comunidad Valenciana	Población atendida		
		Comunidad Valenciana	Provincia de Valencia	
Residencias mayores	235	13.615	8.041	59,1%
Plazas centro de día*		692	393	56,8%
Residencias discapacitados	26	1.058	564	53,3%
CEEM	2	80	80	100,0%
CRIS	5	303	139	45,9%
Teleasistencia		5.585	2.760	49,4%
Ayuda a domicilio		10.006	4.946	49,4%
Ayudas para el cuidado de ancianos desde el ámbito familiar		5.757	3.037	52,8%
TOTAL	275	37.096	19.960	53,8%

* Incluye las plazas de centro de día en residencia, más las de los 7 centros de día existentes en el año de referencia.

Fuente: Unidad de investigación "Políticas de Bienestar Social", base de datos del IMSERSO para el año 2000 y datos de la Conselleria de Bienestar Social referidos al año 2000.

Así pues, estimamos que en la provincia de Valencia a lo largo del año 2000 se atendieron, en la red de servicios sociales y sanitarios, a 62.628 personas con demanda sociosanitaria (tabla 18), que presentaban alguna dependencia para las actividades de la vida diaria. Cifra que consideraremos el universo muestral de este estudio.

No obstante, dado que estamos inmersos en una sociedad familista, al igual que el resto de la Comunidad Valenciana y España, un elevado porcentaje de la población dependiente está siendo atendida en el hogar y escapa al control institucional. De esta forma, en toda la Comunidad Valenciana sólo un 48% de la población dependiente estaría atendida en recursos sociales y sanitarios (Garcés, Ródenas y

otros, 2002), y posiblemente en la provincia de Valencia esta población podría representar un porcentaje también inferior al 50%.

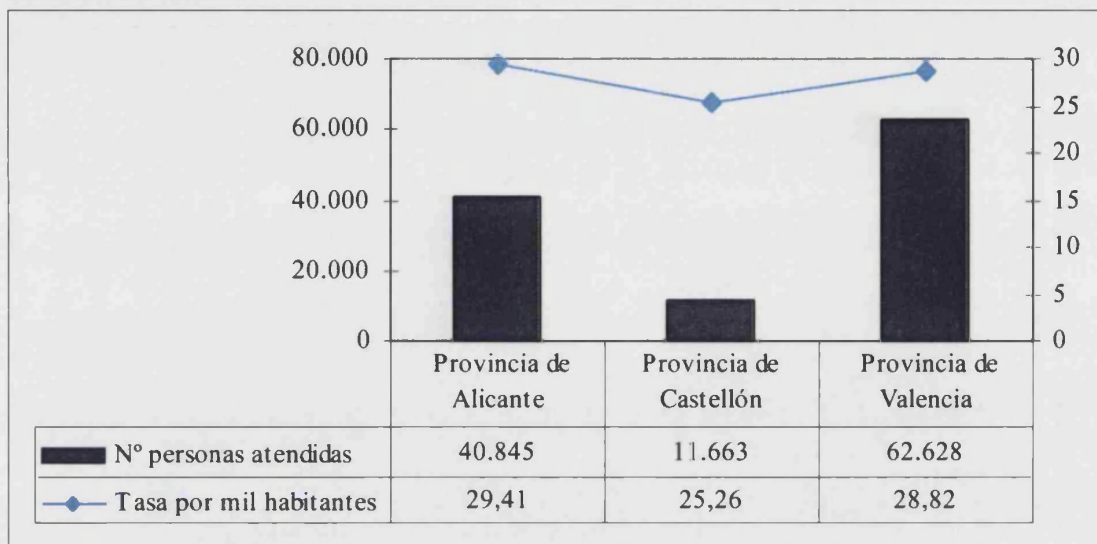
TABLA 18. DEMANDA ATENDIDA EN RECURSOS SANITARIOS Y SOCIALES, EN LA COMUNIDAD VALENCIANA Y EN LA PROVINCIA DE VALENCIA EN EL AÑO 2000.

Ámbito de atención	Población atendida		
	Comunidad Valenciana	Provincia de Valencia	
		Valor	% respecto a la CV
Sanitario	78.040	42.668	54,7%
Social	37.096	19.960	53,8%
TOTAL	115.136	62.628	54,4%

Fuente: Elaboración propia, 2001.

En el gráfico 14 se presenta una estimación de la demanda total atendida en cifras absolutas y la correspondiente tasa por mil habitantes en las tres provincias de la Comunidad Valenciana (Garcés, Ródenas y otros, 2002). Castellón presenta la tasa de demanda atendida más baja (25,26), mientras que en Alicante se sitúa la tasa más elevada (29,41), la tasa media en la Comunidad es de 28,62 personas atendidas por cada mil habitantes.

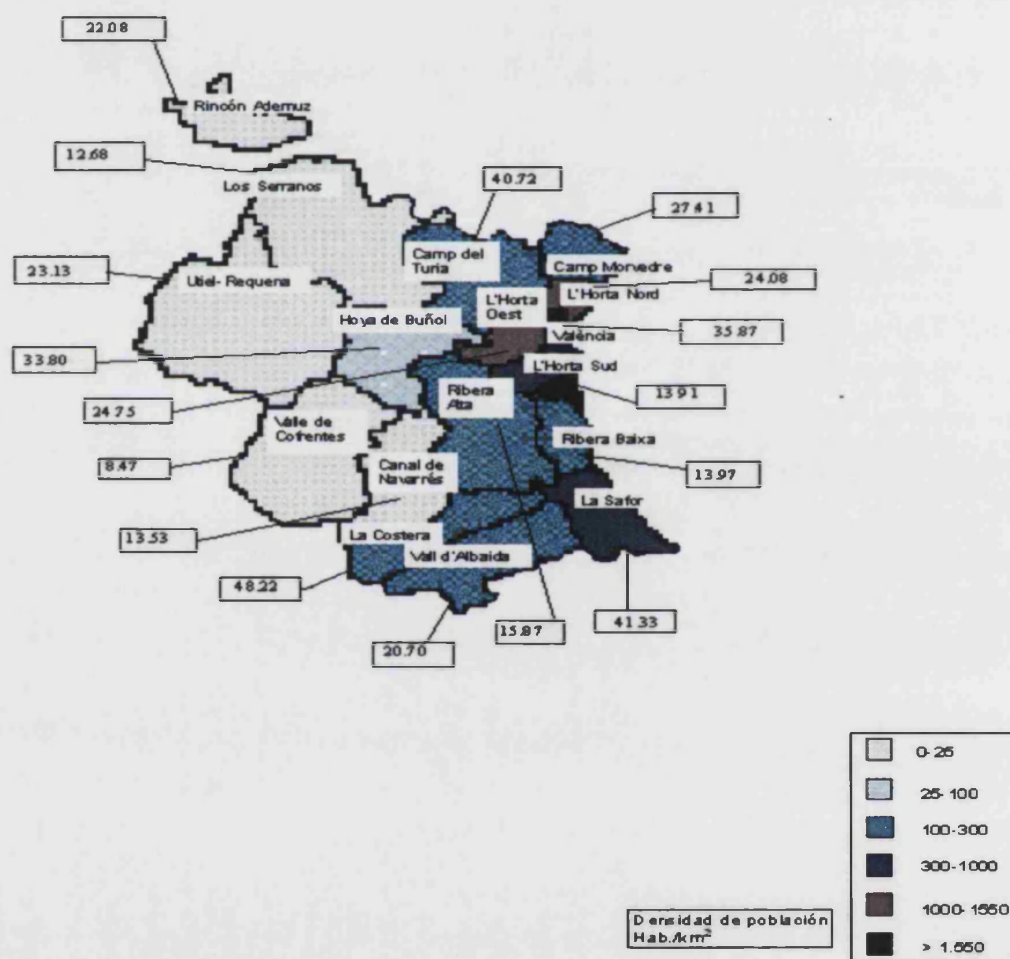
GRÁFICO 14. DEMANDA ATENDIDA EN RECURSOS SANITARIOS Y SOCIALES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA POR PROVINCIAS EN EL AÑO 2000.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Garcés, Ródenas y otros (2002).

Por comarcas, los valores más altos se encuentran en La Costera (48,22), La Safor (41,33) y El Camp del Túria (40,72); mientras que El Valle de Cofrentes-Ayora (8,47) presenta la tasa más baja de personas atendidas por cada mil habitantes. Estos datos quedan reflejados en el mapa 2.

MAPA 2. DEMANDA ATENDIDA EN LA PROVINCIA DE VALENCIA A TRAVÉS DE RECURSOS SANITARIOS Y SOCIALES POR COMARCAS. TASA POR MIL HABITANTES.



Fuente: Garcés, Ródenas y otros (2002).

3.2. MÉTODO.

Una vez señalado que la fuente de datos principal son las respuestas obtenidas al pasar el CNSS, y determinando el conjunto de población (demanda atendida) objeto de estudio, es necesario describir cómo se realizó la selección de la población entrevistada. Para ello se utilizó metodología de muestro, definiendo el universo muestral a partir del cálculo de la demanda sociosanitaria atendida -descrita en el apartado anterior-, se determinó la muestra, los estratos, su distribución en éstos, se seleccionaron los puntos de muestreo y las personas a entrevistar en cada uno de ellos, estableciendo la ponderación necesaria para realizar extrapolaciones desde la muestra a la población. Asimismo, se describe el instrumento utilizado -CNSS-, el procedimiento de recogida de datos y control de sesgos, y las pruebas estadísticas empleadas.

3.2.1. Universo y tamaño muestral.

El universo muestral en este estudio está compuesto por el total de personas registradas que han utilizado determinados recursos sociales y sanitarios en la provincia de Valencia durante el año 2000. Como se recoge en el apartado anterior, estimamos que esta cifra asciende a 62.628 personas.

El tamaño muestral se definió atendiendo a la precisión de las estimaciones posteriores, así como al coste de realización de las entrevistas y al tiempo necesario para llevar a cabo la fase de trabajo de campo. Con un universo finito de 62.628 personas, menor que el límite teórico estándar de 100.000 personas, consideramos apropiado tolerar un error muestral máximo del $\pm 5\%$ con un nivel de confianza del 95,5% para esta población, en la que se supondrá que el 50% de ella se ubica en una categoría y el 50% en la opuesta (es decir, $p=q=0,5$) en relación con las variables representativas de la misma (por ejemplo, género, vivir solo o no, etc.).

En la tesis, dentro de los márgenes señalados, se optó por una muestra inicial de 400 personas a entrevistar, asociada a un error global de $\pm 4,98\%$, con una tasa de muestreo de $1/156$. No obstante, en previsión de un cierto número de no respuestas, se consideró adecuado sobredimensionar la muestra en un 10% . Descontando la no respuesta, la muestra final la componen 437 personas, a la que corresponde un error muestral de $\pm 4,77\%$, con una tasa de muestreo de $1/143$.

3.2.2. Estratificación, afijación y selección de la muestra.

En este estudio se eligió un mecanismo de muestreo polietápico, estratificado en la primera fase (por recursos sociales y sanitarios), con selección de individuos por muestreo aleatorio simple sin reemplazamiento en cada estrato y tanda temporal. En otras palabras, se procedió a acotar los espacios en los que se encontraban las personas a entrevistar (unidades primarias de muestreo) y, posteriormente, se eligieron de forma aleatoria los sujetos que formarían parte de la muestra (unidades estadísticas básicas).

En la tesis se optó por un criterio de estratificación a partir de los recursos que atienden la demanda sociosanitaria (utilizados previamente para calcularla). Se decidió considerar dos estratos básicos: (a) recursos sociales y (b) recursos sanitarios. Éstos se subdividieron a su vez en varios subgrupos, en función del tipo de recurso, obteniendo un total de 6 subestratos sanitarios y 8 subestratos sociales (cuadro 3).

CUADRO 3. ESTRATOS Y SUBESTRATOS.

1. Estrato sanitario	2. Estrato social
<ul style="list-style-type: none"> - Hospitales de atención a crónicos y larga estancia (HACLE). - Unidades médicas de corta estancia (UMCE). - Unidades de hospitalización a domicilio (UHD). - Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP). - Unidades de conductas adictivas (UCA). - Unidades de salud mental (USM). 	<ul style="list-style-type: none"> - Residencia mayores. - Plazas de centro de día en residencia para mayores. - Residencias discapacitados. - Centros especializados en enfermos mentales (CEEM). - Centros de rehabilitación e integración social para enfermos mentales (CRIS). - Teleasistencia. - Servicio de ayuda a domicilio (SAD). - Ayudas para el cuidado de ancianos desde el ámbito familiar.

Fuente: Elaboración propia, 2001.

La afijación de la muestra por estratos es no-proporcional a la población atendida en cada uno de ellos, buscando obtener una distribución próxima al 50%. Para ello, se incrementó la muestra del estrato social, con respecto a la distribución real de la población atendida, aumentando así el número de personas dependientes estudiadas en este estrato.

La distribución de la muestra en los diferentes subestratos se realizó atendiendo a las características de éstos, con la intención de centrar la investigación en las personas dependientes, según los siguientes criterios:

- Incrementar la representación de las plazas de residencia (de mayores y discapacitados), fijándola en el 49% de la muestra del estrato social, dado que este tipo de centros son fácilmente localizables y accesibles, y por definición están destinados a personas dependientes.

- Obtener un mínimo de 10 entrevistas por punto de muestreo – criterio establecido por convenio-, lo que implica aumentar la representación en CEEM, CRIS y las plazas de centros de día para mayores, respecto de la distribución proporcional.
- Disminuir, consecuentemente, la representación de las personas atendidas a través del SAD, la teleasistencia y las ayudas para el cuidado de ancianos/as desde el ámbito familiar, dado que se espera poca variabilidad en los entrevistados. Además, el acceso a las unidades últimas de muestreo que utilizan estos servicios y prestaciones es complicado e incrementa el coste del trabajo de campo.
- Potenciar la muestra en los centros de la red HACLE, en las UHD y UHP, ya que constituyen los principales recursos sanitarios en los que se atiende a personas con un grado de dependencia grave.
- Correspondientemente, disminuir la representación de la demanda atendida en UMCE, UCA y USM, ya que estos recursos no atiende de forma específica a personas con una dependencia severa o total para las AVD, y es previsible encontrar una proporción elevada de independientes o dependientes ligeros.

Tras aplicar los criterios mencionados, y eliminar la no respuesta, en las tablas 19 y 20 se ofrece la distribución de la muestra en los estratos y substratos considerados, y su relación con la población atendida en la provincia de Valencia.

TABLA 19. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN EL SUBESTRATO SOCIAL.

Tipo de recurso	Demanda atendida en la provincia de Valencia	%	Muestra	%
Residencia mayores	8.041	40,3%	84	42,9%
Plazas centros de día	393	2,0%	10	5,1%
Residencia discapacitados	564	2,8%	12	6,1%
CEEM	80	0,4%	10	5,1%
CRIS	139	0,7%	10	5,1%
Teleasistencia	2.760	13,8%	20	10,2%
SAD	4.946	24,8%	30	15,3%
Ayudas para el cuidado de ancianos	3.037	15,2%	20	10,2%
TOTAL estrato social	19.960	100,0%	196	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2001.

TABLA 20. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN EL SUBESTRATO SANITARIO.

Tipo de recurso	Demanda atendida en la provincia de Valencia	%	Muestra	%
UMCE	9.232	21,6%	40	16,6%
HACLE	2.133	5,0%	54	22,4%
UHD	4.497	10,5%	72	29,9%
UHP	2.564	6,0%	20	8,3%
UCA	5.014	11,8%	25	10,4%
USM	19.228	45,1%	30	12,4%
TOTAL estrato sanitario	42.668	100,0%	241	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2001.

La selección de los puntos de muestreo dentro de cada subestrato (es decir, los recursos sanitarios y sociales concretos) se realizó a partir de listados obtenidos de las Consellerias de Sanidad y de Bienestar Social, numerando el total de recursos de cada estrato y utilizando tablas de números aleatorios para seleccionar la muestra. En una segunda etapa se seleccionó a las personas a entrevistar, también de forma aleatoria, partiendo de listados proporcionados por los responsables de cada uno de los recursos escogidos previamente.

Dentro del estrato social, la selección de la muestra referida al SAD, la teleasistencia y las ayudas para el cuidado de ancianos/as desde el ámbito familiar se realizó, en la primera fase, utilizando un listado de municipios que ofrecían estos tres servicios (facilitado por la Conselleria de Bienestar Social), seleccionando la muestra por muestreo aleatorio simple. En la segunda fase, se contactó con los Centros Municipales de Servicios Sociales y se seleccionó de forma aleatoria las personas que recibían dichos servicios. El resultado final queda recogido en la tabla 21.

TABLA 21. DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTOS DE MUESTREO SELECCIONADOS POR ESTRATOS Y SUBESTRATOS.

Estrato	Tipo de recurso	Nº puntos de muestreo	Puntos de muestreo seleccionados	Número de entrevistas
Social	Residencia mayores	4	Carlet, Silla, Moncada y Massamagrell	84
	Centro día en residencia	1	Residencia Puerto de Sagunto	10
	CEEM	1	Bétera	10
	CRIS	1	Valencia	10
	Residencia discapacitados	1	L' Almara (Aldaia)	12
	Teleasistencia	3	Ayt. Aldaia, Paiporta y Albuixech	20
	SAD	3	Ayt. Aldaia, Paiporta y Albuixech	30
	Ayuda cuidado ancianos	2	Ayt. Aldaia y Rafelbunyol	20
	Subtotal pts. muestreo	16		196
	Sanitario	HACLE	2	Hospt. Dr. Moliner y Malvarrosa
UMCE		2	Hospt. La Fe y Dr. Peset	40
UHD		4	Hospt. La Fe, Dr. Peset, Gandia e IVO	72
UHP		2	Hospt. La Fe y Dr. Peset	20
UCA		2	Massamagrell y Gandia	25
USM		2	Consultas Ext. La Fe y Dr. Peset	30
Subtotal pts. muestreo		14		241
Ambos estratos	30		437	

Fuente: Elaboración propia, 2001.

El tiempo de ejecución está relacionado con la complejidad de los cuestionarios a contestar y con las características de la población objeto de estudio, personas con problemas de salud, ancianos/as y personas con discapacidad. En función de dichas variables se decidió prolongar el trabajo de campo a lo largo de aproximadamente cinco meses (de febrero a julio), distribuyendo éste de forma uniforme en dicho periodo en cinco tandas iguales (tabla 22).

TABLA 22. DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO POR PERIODOS. PROGRAMACIÓN DEL PASE EN EL AÑO 2001.

Fecha	Días	Encuestadores	Media encuestas / día	Total encuestas
5 febrero - 2 marzo	20	1	4,35	87
12 marzo - 11 abril	20	1	4,35	87
16 abril - 15 mayo	20	1	4,35	87
21 mayo - 15 junio	20	1	4,35	87
20 junio - 17 julio	20	1	4,4	88
Total	100	1	4,37	437

Fuente: Elaboración propia, 2001.

3.2.3. Ponderación de la muestra.

La muestra, como ya se ha comentado anteriormente, no es proporcional en relación con la distribución de la población en cada estrato, y en consecuencia es necesario ponderarla para realizar cualquier interpretación referida al conjunto de la población. En la tabla 23 se recoge una primera ponderación por estratos.

TABLA 23. PONDERACIÓN DE LA MUESTRA POR ESTRATOS Y SUBESTRATOS.

Tipo de recurso	Demanda atendida (A)	Muestra (B)	Índice de ponderación (A/B)
Residencias mayores	8.041	84	95,7
Plazas centros de día	393	10	39,3
Residencias discapacitados	564	12	47,0
CEEM	80	10	8,0
CRIS	139	10	13,9
Teleasistencia	2.760	20	138,0
SAD	4.946	30	164,9
Ayudas para el cuidado de ancianos	3.037	20	151,9
TOTAL estrato social	19.960	196	101,8
UMCE	9.232	40	230,8
HACLE	2.133	54	39,5
UHD	4.497	72	62,5
UHP	2.564	20	128,2
UCAS	5.014	25	200,6
USM	19.228	30	640,9
TOTAL estrato sanitario	42.668	241	177,0
TOTAL ambos estratos	62.628	437	143,3

Fuente: Elaboración propia, 2001.

Con relación a la representatividad de la muestra y la extrapolación de resultados, en el caso de recursos en los que se han realizado menos de 20 entrevistas la muestra es demasiado pequeña para generalizar las conclusiones derivadas del estudio al conjunto de la población.

En resumen, las características técnicas de la muestra son las siguientes:

Ámbito: Provincia de Valenciana.

Universo: Total de personas de la provincia de Valencia que han utilizado determinados recursos sociales y sanitarios durante el año 2000, aproximadamente 62.628 personas.

Tamaño de la muestra: 437 entrevistas.

Error muestral: $\pm 4,77$ para el conjunto de la muestra, con proporciones del 50% ($p=q$).

Nivel de confianza: 95,5% (2 sigmas).

Tasa de muestreo: 1/143

Puntos de muestreo: 30 puntos de muestreo distribuidos en la provincia de Valencia.

Método de muestreo: Polietápico, estratificado en primera fase, con selección de las unidades primarias de muestreo (recursos) a través de muestreo aleatorio simple, al igual que la selección de las personas atendidas en cada recurso.

Afijación de la muestra: No proporcional.

Fecha del trabajo de campo: Febrero-julio 2001.

3.2.4. Instrumento: Estructura y validación.

Para realizar el estudio, se ha construido un instrumento que permite recoger todos los datos que se consideran necesarios para dar respuesta a los objetivos formulados, denominándolo *Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias* (CNSS).

La población objeto de estudio, que requiere atención sociosanitaria, presenta diversos tipos de necesidades relacionadas con factores que inciden en la dependencia, y sobre los que recoge información el instrumento diseñado y utilizado. Las necesidades a las que hacemos referencia pueden agruparse en cinco grandes bloques, que integran las principales secciones del CNSS:

- El estado de salud.
- La capacidad funcional.
- El estado cognitivo y emocional.
- El entorno próximo y la vivienda.
- El apoyo social y familiar.

El *estado de salud* conlleva necesidades vinculadas con la atención médica, de enfermería y de rehabilitación, que se concretarían en (Challis, et. Al., 2002; Dingwall, 2001):

- Necesidad de atención médica ante situaciones de crisis ocasionadas por procesos crónicos, con un control posterior de los mismos.
- Carencias nutricionales y necesidad de hidratación (en algunos casos se necesitará la aplicación de nutrición enteral o parenteral), motivadas, en parte, por dietas inadecuadas y desequilibradas dada la ausencia de apetito, la pérdida de líquidos o, por ejemplo, el mal estado de la boca.
- Necesidad de cuidados paliativos ante enfermedades en fase terminal, que mejoren la calidad de vida de estos enfermos, combatiendo el dolor y controlando situaciones de incontinencia, disnea, náuseas o insomnio.

- Necesidad de educación para la salud relacionada, por ejemplo, con la mala higiene corporal -en particular bucal-, así como del vestido y calzado, o la ausencia de higiene postural.
- Necesidad de control sobre las pautas farmacológicas. Se observa falta de comprensión, cambios frecuentes en el tratamiento, dificultades para seguir el horario, deficiencias asociadas a la pérdida de memoria o físicas y sensoriales, automedicación, etc.
- Necesidad de rehabilitación derivada de amputaciones, lesiones y secuelas secundarias tras algún accidente.
- Necesidad de cuidados relacionados con la posición de pacientes encamados (cambios posturales y masajes), la movilización de articulaciones, la curación de úlceras o la higiene corporal.
- Necesidad de oxigenoterapia o respiración asistida ante determinados problemas respiratorios, que requieren atención de enfermería por la existencia de secreciones, malos hábitos de respiración o la utilización de medios técnicos, por ejemplo el uso y administración de oxígeno.

Respecto a la *capacidad funcional* se observan necesidades de:

- Rehabilitación funcional y apoyo de terceras personas ante la existencia de limitaciones para realizar las actividades básicas de la vida diaria (control de heces, control orina, aseo personal, baño, vestirse, alimentación, transferencias sillón/cama, deambulación o subir escalones).
- Rehabilitación funcional y apoyo de terceras personas para superar o mitigar las posibles restricciones a la hora de llevar a cabo las actividades instrumentales de la vida diaria. Estas son las que se requieren para poder vivir en comunidad y relacionarse con los demás: limpiar, lavar la ropa, cocinar, hacer la compra, utilizar los medios de transporte, manejar el dinero, responsabilidad sobre la medicación o utilizar el teléfono.
- Atención en fisioterapia vinculada a problemas de movilidad, fuerza muscular o dolor, coordinación o equilibrio. Así como los derivados de la utilización de soportes para la deambulación (sillas de ruedas, andadores, muletas, bastones, etc.), en sus diferentes modelos, y distintos tipos de prótesis.

En relación con la *capacidad cognitiva y emocional* la presencia de diversas alteraciones dan lugar a (Anderson, et. Al. 2001):

- Necesidades de terapia psicológica ante procesos depresivos, con caídas de la autoestima, cuyas manifestaciones más frecuentes son: la insatisfacción con su vida, la pasividad, la renuncia a muchas actividades, la sensación de vacío, de aburrimiento, de bajo estado de ánimo, de abandono o de falta de energía. Todas estas situaciones se reflejan en aspectos como preferir quedarse en casa a salir, la pérdida de habilidades sociales, la dificultad para iniciar proyectos nuevos o los intentos de suicidio.
- En pacientes con demencia encontramos necesidades de terapia de reorientación y desarrollo de la memoria y otras capacidades cognitivas. Éstas se reflejan en la falta de concentración, las dificultades a la hora de realizar cálculos (para saber su edad, la fecha, etc.) o en la construcción del lenguaje, la presencia de confusión cognitiva (pérdida de la noción de realidad), la deambulación (vagabundeo) o las alteraciones del ritmo sueño/vigilia.
- Los enfermos en fase terminal necesitan ayuda psicológica para aceptar la enfermedad y el proceso de muerte, así como satisfacer necesidades emocionales e ideológico-religiosas. También sus familiares y otros allegados requieren apoyo psicológico para superar las situaciones de angustia y duelo provocadas por la enfermedad.
- En algunos casos es necesaria la terapia de modificación de la conducta, en particular ante pacientes con sintomatología psicótica asociada a agresividad, irritabilidad y agitación, ansiedad y manifestaciones (gritos) o trastornos conductuales graves.

También suelen aparecer necesidades vinculadas con el *entorno físico* en el que vive la persona que demanda atención sociosanitaria, referidas tanto a la vivienda como al contexto más amplio donde ésta se ubica. Las principales necesidades relacionadas con la vivienda, que agravan las situaciones de dependencia, son:

- Necesidad de reforma o rehabilitación de la misma dada la existencia de carencias de habitabilidad en su interior (humedades, mala ventilación, olores, escasa iluminación, etc.).
- Necesidad de reformas interiores para eliminar barreras arquitectónicas, como escaleras, suelos en mal estado o puertas y pasillos estrechos que dificultan la deambulación en silla de ruedas.
- Necesidad de reforma o rehabilitación exterior para superar problemas de accesibilidad a la vivienda, dada la ausencia de rampas, la presencia de escaleras, la carencia de ascensor o su existencia pero con unas dimensiones inadecuadas.
- Necesidad de adaptación del equipamiento de la vivienda a las características de las personas dependientes; en particular, eliminando los sistemas de calefacción de alto riesgo (braseros, estufas de leña, estufas de butano, etc.), introduciendo adaptaciones técnicas en el baño o cuarto de aseo, adecuando la cocina para que pueda ser utilizada por personas con alguna discapacidad (eliminar armarios superiores, adaptar los electrodomésticos o aportar soluciones técnicas para el uso de utensilios de cocina) e introducir cambios en el mobiliario de los dormitorios y comedor (camas adaptadas o mesas y sillas adecuadas al tipo de dependencia).

Pero las necesidades de las personas susceptibles de atención sociosanitaria también están supeditadas a determinadas *características del entorno* en el que se encuentra su vivienda. Entre éstas destacamos las siguientes:

- Necesidad de transporte adaptado para desplazarse dentro de la ciudad o pueblo, o para trasladarse de una localidad a otra (por la inexistencia de determinados servicios en su propio municipio).
- Necesidad de una red de servicios amplia y sin barreras arquitectónicas (tiendas, parques, centros sanitarios y sociales, lugares de ocio, deporte o cultural).
- Necesidad de eliminación de barreras arquitectónicas en la vía pública, como la existencia de aceras estrechas, los desniveles en éstas o en el pavimento, el mal estado del mobiliario público o el

control del aparcamiento de vehículos en zonas restringidas, pasos de peatones, etc.

En el *ámbito social* la red de interacción y relación sociofamiliar suele estar deteriorada o en algunos casos es inexistente, lo que provoca necesidades de apoyo social. Entre las carencias más frecuentes concurren (Nakano, 2000; Nocon & Pearson, 2000; Lehman, 1999):

- La necesidad de compañía y afecto derivada de vivir solo, como consecuencia, por ejemplo, de una viudedad reciente -en el caso de población mayor- o de sentirse solo por los escasos contactos que tienen con familiares y otros allegados.
- La necesidad de tener a alguien en quien confiar si les ocurre algo, que pueda hacerse cargo de ellos si la situación de dependencia se prolonga en el tiempo. En algunos casos nos encontramos con sobrecarga en el cuidador principal, con el consiguiente deterioro en las relaciones y la atención que recibe la persona dependiente, lo que origina necesidades de atención residencial (temporal o permanente).
- Las personas susceptibles de atención sociosanitaria han de hacer frente a una serie de gastos (sanitarios y sociales) vinculados con su grado de dependencia. No obstante, muchas de estas personas cuentan con recursos económicos escasos, ya que dependen de pensiones (por ejemplo, ancianos y discapacitados) o de ingresos no periódicos. Por ello requieren apoyo económico para hacer frente a los gastos ocasionados por la medicación, los desplazamientos a centros sanitarios, las dietas alimenticias especiales, la contratación de cuidadores, servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia, cuando la familia no puede hacerse cargo de la persona dependiente o, en última instancia, el ingreso en centros residenciales. Algunos de éstos son cubiertos en parte por la Administración, mientras que otros corren a cargo de los interesados. Los recursos sanitarios, por ejemplo, son financiados íntegramente desde la Administración, mientras que el apoyo público en la utilización de recursos sociales varía en función de los ingresos del beneficiario y/o de su familia.

- La necesidad de información jurídica relativa al testamento de bienes y sobre los recursos económicos y sociales a los que tienen derecho o de los que pueden beneficiarse.
- La necesidad de implicarse en actividades de animación sociocultural, por ejemplo, a través de asociaciones; dado que salen en pocas ocasiones de su domicilio (o residencia), ya sea para visitar familiares y/o amistades, ir de compras o hacer alguna actividad lúdica, deportiva o cultural.
- Por último, en muchos casos las personas dependientes requieren de actuaciones que faciliten su integración social, puesto que suelen enfrentarse con situaciones de exclusión social (en el acceso al trabajo, la vivienda, el ocio, etc.), originadas en gran medida por su dependencia, que reclaman apoyo social y psicológico.

Dada la complejidad de estas necesidades se requiere de todos los ítems recogidos en el CNSS, que describimos a continuación, para aproximarse a la realidad de la población de la provincia de Valencia atendida en recursos sociales y sanitarios.

3.2.4.1. Elaboración y estructura del cuestionario de necesidades sociosanitarias.

EL CNSS, integrado por 119 variables, recoge información sobre el entrevistado y su cuidador (véase anexo 1). Con respecto al entrevistado, además de los principales indicadores sociodemográficos, se obtienen datos relacionados con su estado de salud, capacidad funcional, capacidad cognitiva y emocional, entorno físico y vivienda, y apoyo social con la intención de analizar la cobertura de las necesidades que se acaba de plantear. Sobre los cuidadores se reúne información relativa a sus características sociodemográficas, la satisfacción con el apoyo que reciben y las consecuencias de su actividad. El cuestionario se estructura en siete secciones que cubren los siguientes grupos de datos:

- A. Datos personales del entrevistado.
- B. Diagnóstico clínico y procedimientos.
- C. Condiciones de habitabilidad, accesibilidad y entorno de la vivienda (si procede).
- D. Capacidad funcional para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- E. Estado cognitivo y emocional.
- F. Apoyo social.
- G. Datos sociodemográficos y asistenciales referidos al cuidador.

En la elaboración del CNSS se consideraron los siguientes aspectos:

- Estructurar los ítems, estableciendo bloques de preguntas para facilitar el trabajo del entrevistador y dar coherencia a la entrevista.
- Agilizar la cumplimentación del cuestionario simplificando su mecánica, ya que éste debe ser rellenado por el entrevistador, a excepción de algunos de los apartados del bloque “E” relativos al examen cognoscitivo.
- Eliminar los posibles errores en la codificación y transcripción, por medio del diseño claro del formato de las preguntas y la inclusión del código de las mismas en cuadrículas. Las preguntas fueron

codificadas de cuatro formas distintas: a) categóricas, como el nivel de estudios o la situación laboral; b) numéricas, por ejemplo, la edad, el número de miembros de la unidad familiar o la cuantía de la pensión; c) dicotómicas (sí/no), como el género, el tipo de ingresos del núcleo familiar, el tipo de enfermedad diagnosticada o los procedimientos empleados; y d) abiertas semi-estructuradas, por ejemplo las que recoge el Mini-Mental.

- Controlar las inconsistencias e incoherencias en la información recibida, como criterios de calidad (García, Ibáñez y Alvira, 1992), a través de redundancias como la “fecha de nacimiento” y la “edad”.
- Incluir instrumentos ya validados, de amplia difusión nacional e internacional en el estudio de la dependencia, como la escala de Barthel, el índice de Frenchay y el Mini Mental.

El contenido de cada sección del CNSS, así como el número de ítems que incluye, es el siguiente:

A.- DATOS PERSONALES.

En esta sección se recoge información demográfica -edad y género- (ítems 1-3), económica -cuantía y procedencia de los ingresos de la unidad familiar- (ítems 4-7), de estudios (ítem 8) y laboral (ítems 9-11) de la persona con necesidades sociosanitarias.

B.- DIAGNÓSTICO CLÍNICO.

Se especifica la existencia en el momento de la entrevista de alguna enfermedad diagnosticada clínicamente en la persona con necesidades sociosanitarias (ítem 12), así como el estadio de la enfermedad (ítem 13) y los procedimientos terapéuticos que, en su caso, se le estén aplicando (ítem 14). Sólo se consideraron los grupos básicos de enfermedad, típicos de pacientes sociosanitarios (trastornos mentales, enfermedades crónicas, agudas con riesgo de cronificación, degenerativas, oncológicas, congénitas y VIH/SIDA), partiendo para ello de la clasificación de la unidad de investigación *Políticas de Bienestar Social* presentada en el marco teórico (Garcés, Ródenas y

otros, 2002). Las subcategorías contempladas en relación con los trastornos mentales se definieron a partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª edición (DSM-IV), en el resto de grupos de enfermedad se utilizaron los epígrafes de la Clasificación Internacional de Enfermedades novena revisión (CIE 9).

C.- CONDICIONES DE HABITABILIDAD, ACCESIBILIDAD Y ENTORNO DE LA VIVIENDA.

Para valorar las condiciones de habitabilidad y accesibilidad de la vivienda de la persona con necesidades sociosanitarias se utiliza el instrumento elaborado y validado por Pilar Rodríguez (2000) que recoge un total de 25 dimensiones estructuradas en tres apartados: a) condiciones de la vivienda (ítems 15-34), b) accesibilidad (ítems 35-37) y c) entorno de la misma (ítems 38-40).

D.- CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se evalúan mediante la escala de Barthel, cuya validez y fiabilidad ya probará Mahoney (1965), que cuantifica la capacidad de autocuidado personal para 10 actividades: control anal, control vesical, aseo personal, utilización del retrete, baño, vestirse, alimentación, traslado cama/silla/cama, movilidad y escaleras (ítems 41-50).

Para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se utiliza el índice de actividades de Frenchay (FAI) desarrollado por Holbrook y Skilbeck (1983), y revisado posteriormente por Bond, Harris, Smith & Clark (1992) que establecieron su validez y fiabilidad. Este índice contempla un total de 15 actividades diarias (ítems 51-65).

E.- ESTADO COGNITIVO Y EMOCIONAL.

En esta sección se valoran, por un lado, funciones mentales superiores tales como pensar, recordar, percibir, orientarse, etcétera; y, por otro, el estado emocional de la persona tomando como indicador del mismo su nivel de depresión.

Para evaluar las funciones intelectuales se utiliza la adaptación a nuestro país del *Mini Mental State Examination* de Folstein et al. (1975), realizada por Lobo y Ezquerro (1979), que llevaron a cabo su validación y comprobaron su fiabilidad en nuestro contexto. Esta prueba permite obtener una puntuación máxima de 35 puntos en función del nivel alcanzado por la persona en un total de 13 pruebas referidas a: orientación, fijación, concentración, cálculo, memoria, lenguaje y construcción (ítems 66-78).

Para la evaluación del estado emocional se utiliza la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (1993), validada por Ribera y Cruz (1997), que cuantifica el nivel de depresión en una escala de 0 a 15 puntos en función de las respuestas (afirmativas o negativas) de la persona a 15 preguntas (ítems 79-93).

F.- APOYO SOCIAL.

Para valorar el apoyo social de que dispone la persona con necesidades sociosanitarias se utiliza la adaptación realizada por Pilar Rodríguez (2000) de la Escala de Recursos Sociales del instrumento OARS del Duke University Center. Esta escala permite cuantificar, a través de 12 cuestiones, la frecuencia y calidad de las relaciones interpersonales de apoyo (ítems 94-105). La autora propone calificar los recursos sociales actuales de la persona, en función de las respuestas a dichos ítems, en una escala de 6 puntos: recursos sociales excelentes, buenos, levemente deteriorados, moderadamente deteriorados, gravemente deteriorados y totalmente deteriorados.

En este apartado referido a apoyo social, también se incluye una relación de los recursos sociales y sanitarios ofrecidos desde la

Administración (CRIS, SAD, UHD, etcétera), con el objetivo de especificar aquellos que estén siendo utilizados actualmente por la persona entrevistada (ítem106).

G.- DATOS REFERIDOS AL CUIDADOR.

En esta sección se recoge información sobre 13 aspectos referidos al cuidador habitual de la persona con necesidades sociosanitarias. Esta información incluye tanto datos sociodemográficos -edad, género, nivel de estudios, situación laboral, y condición y ocupación profesional- (ítems 107-113), como aspectos relacionados con su tarea de cuidador -extraídos de la encuesta utilizada en el estudio de Aiguabella y González (1996)-. Entre estos últimos se encuentran: consecuencias por tener que ayudar a la persona con este tipo de necesidades, relación que le vincula con ella, personas que le ayudan en su tarea de cuidador, motivos por los que no recibe ayuda de otros familiares, grado de confianza con los vecinos para solicitarles ayuda, y satisfacción con los servicios de apoyo que recibe (ítems 114-119).

Del conjunto de preguntas del CNSS, que acabamos de describir, se extraen variables primarias o directas, como la edad de la persona entrevistada y de su cuidador/a, el número de miembros de la unidad familiar o sus ingresos. No obstante, en el estudio se definieron variables secundarias a partir de las anteriores, estableciendo agrupaciones que facilitasen la descripción de las características de las personas entrevistadas y de sus cuidadores. En el cuadro 4 se describen dichas variables, siguiendo el esquema de secciones del CNSS.

CUADRO 4. VARIABLES SECUNDARIAS CONSTRUIDAS A PARTIR DE LAS PREGUNTAS DEL CNSS.

Sección	VARIABLES PRIMARIAS	VARIABLES SECUNDARIAS CONSTRUIDAS
A. DATOS PERSONALES	Edad (y fecha de nacimiento)	<ul style="list-style-type: none"> • “Grupo de edad”. Agrupación de las personas entrevistadas en dos tramos en función de si eran menores o mayores de 65 años. • “Edad por tramos”. Se establecieron tres grandes grupos: hasta 14 años (incluye a las personas de 14 años), de 15 a 64 años (incluye a las personas de 64 años), y 65 y más años. • “Tramos de edad en población activa”. Se configuraron los siguientes grupos: de 15 a 44 años, de 45 a 54 años y de 55 a 64 años. • “Tramos de edad en mayores de 65 años”. Se establecieron tres grupos: de 65 a 74 años, de 75 a 84 años, y 85 y más años.
	Ingresos mensuales en el núcleo familiar	<ul style="list-style-type: none"> • La variable categórica inicial se redefinió como numérica. Para ello se estableció el total de ingresos familiares en pesetas/mes⁵⁰, basándose en el punto intermedio del intervalo de las variables de referencia para cada caso.
B. DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Enfermedades diagnosticadas	<ul style="list-style-type: none"> • El número de enfermedades diagnosticadas permitió crear una nueva variable a la que se denominó “Pluripatología”. • Como variante de la variable anterior se estableció la “pluripatología relativa a enfermedades mentales”, a partir del número total de éstas. • Y la “pluripatología relativa a aspectos físicos”, que recoge la suma del número de enfermedades crónicas, agudas, degenerativas, congénitas, oncológicas y VIH/SIDA.
	Procedimientos empleados	<ul style="list-style-type: none"> • “Número total de procedimientos empleados”, partiendo de la pregunta sobre éstos, contabiliza cuántos procedimientos utiliza el entrevistado. • “Complejidad clínica”, utilización de uno o más de los siguientes procedimientos: nutrición enteral o parenteral, respiración asistida, terapia respiratoria, transfusión y toraco-parentesis.

⁵⁰ En el momento en que se realizó el trabajo de campo el euro no había entrado en circulación.

Sección	Variables primarias	Variables secundarias construidas
	<p>Condiciones de la vivienda del entrevistado (accesibilidad, calefacción, teléfono, habitabilidad, instalación eléctrica, baño, cocina, dormitorio y suelo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se diseñó una variable que recoge el “<i>número total de elementos idóneos</i>” en la vivienda del entrevistado, referidos a: 1) accesibilidad (toda la casa se encuentra en una planta y carece de barreras); 2) calefacción (central –para la finca, individual –para el domicilio- o radiadores individuales eléctricos o estufas de butano); 3) tiene teléfono; 4) salubridad (no tiene humedades, está bien ventilada e iluminada); 5) instalación eléctrica (segura y accesible); 6) baño (completo, accesible en todos sus elementos y seguro -no precisa instalación de ayudas técnicas-); 7) cocina (accesible y no precisa instalaciones especiales); 8) dormitorio (cama adecuada y no precisa instalación de ayudas para levantarse o acostarse); 9) suelo (no presenta riesgos para la deambulación y no precisa instalación de asideros o barras para llevarla acabo). • En segundo lugar, se definió la variable “<i>vivienda idónea</i>” como aquella que reúne seis de los nueve elementos anteriores, incidiendo sobre los aspectos más básicos y que generarían un mayor coste económico en caso de ser reformados: accesibilidad, salubridad, instalación eléctrica, baño, cocina y suelo.
	<p>Altura de la vivienda (existencia de ascensor) y accesibilidad al portal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Accesibilidad a la vivienda desde la calle</i>”. Una vivienda accesible es aquella que está en una planta baja (o en un piso alto con ascensor) y es totalmente accesible hasta la puerta de entrada o hasta el ascensor.
	<p>Ubicación de la vivienda, accesibilidad del entorno y distancia respecto a los allegados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Comunicación de la vivienda con el entorno próximo</i>”. Una vivienda bien comunicada es aquella que está situada cerca de los lugares necesarios para la vida diaria, no existen barreras arquitectónicas en la vía pública y la distancia respecto a los allegados es tan reducida que estos pueden acudir al domicilio del entrevistado en menos de media hora.
	<p>Condiciones de la vivienda del entrevistado; altura y accesibilidad al portal; ubicación, accesibilidad del entorno y distancia respecto a los allegados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>Vivienda adecuada</i>”. Una vivienda es adecuada si además de ser idónea, no presenta problemas de accesibilidad desde la calle –o con posibilidad de ser resueltos en caso de existir- y está bien comunicada con el entorno próximo –físico y familiar-.

Sección	Variables primarias	Variables secundarias construidas
D. CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.	Actividades básicas de la vida diaria (puntuación test Barthel)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>"Nivel de dependencia Barthel"</i>. Se establecieron cinco grados de dependencia en función de la puntuación obtenida en el test del mismo nombre: 1) independiente (20 puntos), 2) dependencia ligera (entre 19 y 15 puntos), 3) dependencia moderada (14-10), 4) dependencia severa (9-5) y 5) dependencia total (0-4).
	Actividades instrumentales de la vida diaria (puntuación test Frenchay)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>"Nivel de dependencia Frenchay"</i>. Esta variable está integrada por cuatro categorías (grados de dependencia): 1) independiente (60 puntos), 2) dependencia ligera (entre 45 y 59 puntos), 3) dependencia moderada (entre 30 y 44 puntos) y 4) dependencia severa o total (entre 0 y 29 puntos).
	Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (puntuación test Barthel y Frenchay)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>"Dependencia para las AVD o funcional"</i>. Esta variable se construyó combinando la puntuación obtenida en la escala de Barthel con la del test de Frenchay. Los cuatro grados de dependencia en esta nueva variable se corresponden con: <ul style="list-style-type: none"> - Independiente: independencia Barthel y Frenchay. - Dependencia ligera: independencia Barthel y dependencia moderada Frenchay; dependencia ligera Barthel e independencia Frenchay; dependencia ligera Barthel y Frenchay. - Dependencia moderada: independencia Barthel y dependencia severa o total Frenchay; dependencia ligera Barthel y dependencia moderada Frenchay; dependencia moderada Barthel e independencia Frenchay; dependencia moderada Barthel y dependencia ligera Frenchay. - Dependencia severa o total: dependencia moderada Barthel y Frenchay; dependencia moderada Barthel y dependencia severa o total Frenchay; dependencia severa o total Barthel con cualquier grado de dependencia Frenchay.

Sección	Variables primarias	Variables secundarias construidas
E. ESTADO COGNITIVO Y EMOCIONAL.	Puntuación Mini Examen Cognoscitivo de Lobo	<ul style="list-style-type: none"> Estado cognitivo diferencia dos posibles situaciones: 1) que no exista fallo cognitivo (28 puntos o más), o 2) que exista fallo cognitivo (27 puntos o menos).
	Actividades básica e instrumentales de la vida diaria (puntuación test Barthel y Frenchay) y consevación cognoscitiva (puntuación Mini Examen Cognoscitivo de Lobo)	<ul style="list-style-type: none"> “<i>Dependencia de otra persona</i>”. Combinación de la capacidad funcional para las AVD y la conservación cognitiva. Los cuatro niveles de dependencia que integran esta variable se definen de la siguiente forma: <ul style="list-style-type: none"> - Independiente: independencia funcional (combinación Barthel y Frenchay) sin fallo cognitivo. - Dependencia ligera: independencia funcional (Barthel y Frenchay) y fallo cognitivo; dependencia funcional ligera (Barthel y Frenchay) sin fallo cognitivo. - Dependencia moderada: dependencia funcional ligera (Barthel y Frenchay) y fallo cognitivo; dependencia funcional moderada (Barthel y Frenchay) sin fallo cognitivo. - Dependencia severa o total: dependencia funcional moderada (Barthel y Frenchay) y fallo cognitivo; dependencia severa o total (Barthel y Frenchay) con o sin fallo cognitivo.
	Puntuación escala de depresión de Yesavage	<ul style="list-style-type: none"> “<i>Grado de depresión</i>” refleja tres situaciones distintas: 1) normalidad (entre 0 y 5 puntos), 2) depresión moderada (6-10 puntos) y 3) depresión severa (más de 10 puntos).

Sección	Variables primarias	Variables secundarias construidas
	Con quién vive	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Vive solo/a"</i>. Esta variable agrupa a los entrevistados en dos categorías, en función de si conviven con alguien o si viven solos.
F. APOYO SOCIAL.	Con quién vive; frecuencia con la que visita a su familia y/o amistades; el número de personas que conoce lo suficiente como para visitarlas en su casa; la frecuencia con la que habló la semana anterior por teléfono; el número de veces que pasó la semana anterior algún tiempo con alguien que no viva con él; la existencia de alguien con quien tenga confianza	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Grado de relación social"</i>. Esta variable sintetiza el nivel de relaciones que mantiene el entrevistado, para definirla se han seguido los siguientes pasos: <ul style="list-style-type: none"> - Se agruparon las variables primarias, puntuando sus categorías de la siguiente forma: con quién vive (1 punto si vive con alguien y 0 puntos si vive solo); la frecuencia con la que visita a la familia y/o amistades (máximo 5 puntos, 0 puntos si nunca los visita); el número de personas que conoce lo suficiente como para visitarlas en su casa (máximo 3 puntos, 0 puntos si no conoce a ninguna); la frecuencia con la que habló por teléfono (máximo 3 puntos, 0 puntos si no lo hizo ninguna vez); el número de veces que pasó algún tiempo con alguien que no vive con él (máximo 3 puntos, 0 puntos si la respuesta es ninguna vez); si existe alguien con quien tenga confianza (1 punto si es así, 0 puntos si no existe). La puntuación máxima posible sería de 16 puntos. - Se definieron tres grados de relación vinculados a la puntuación obtenida en la variable anterior, dividiendo la muestra en tres grupos iguales y estableciendo los puntos de corte: 1) bien relacionado (entre 16 y 13 puntos), 2) algo relacionado (12-9 puntos), y 3) mal relacionado (8-0 puntos).
	Ayuda formal recibida de recursos sociales y sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Número total de recursos"</i>, contabiliza cuántos recursos sanitarios o sociales utiliza el entrevistado. Se consideraron por separado: a) <i>"número de recursos sociales"</i>, recoge la cifra total de recursos utilizados por el entrevistado dentro de este grupo, independientemente de sus características; b) <i>"número de recursos sanitarios"</i>, refleja la cifra total de recursos de este tipo que utiliza el entrevistado.

Sección	Variables primarias	Variables secundarias construidas
G. CUIDADOR.	Consecuencias por tener que ayudar a la persona que cuida	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Perjuicios ocasionados al cuidador"</i>. Para determinar esta variable, se agruparon las consecuencias que puede conllevar cuidar a una persona dependiente: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Perjuicio laboral</u>: no puede plantearse trabajar fuera de casa, reduce su jornada laboral y ha tenido que dejar de trabajar. - <u>Perjuicio tiempo de ocio</u>: reduce su tiempo de ocio o no puede ir de vacaciones. - <u>Perjuicio relaciones personales</u>: no tiene tiempo para cuidar a otras personas como le gustaría, tiene conflictos con su pareja, no tiene tiempo para frecuentar a sus amistades. - <u>Perjuicio para la salud</u>: no tiene tiempo para cuidar de si mismo, está cansado, se siente deprimido o su salud está deteriorada. - <u>Perjuicio económico</u>: tiene problemas económicos.

Fuente: Elaboración propia, 2001.

3.2.4.2. Validación del cuestionario de necesidades sociosanitarias: Estudio piloto.

Para validar el CNSS, antes de utilizarlo en la recogida de datos del estudio que nos ocupa, se realizó una prueba piloto en la comarca de l'Horta Nord (en la provincia de Valencia) con una muestra reducida de 60 personas de ambos estratos -social y sanitario- al 50%. Con este estudio también se pretendía contrastar si la formulación de las preguntas y su secuencia era inteligible, si el cuestionario tenía una longitud adecuada o si el conjunto de datos permitían caracterizar a los pacientes.

La muestra fue seleccionada mediante muestreo aleatorio, a partir de listados de usuarios registrados de los siguientes recursos (la distribución final se recoge en la tabla 24):

- Estrato social: residencia para personas mayores, servicio de ayuda a domicilio (SAD) y centro ocupacional para discapacitados, todos ellos en el municipio de Rafelbunyol.
- Estrato sanitario: unidad médica de corta estancia (UMCE) y unidad de hospitalización psiquiátrica (UHP) –ambas del hospital Clínico de Valencia-, y unidad de salud mental (USM) del municipio de Foios.

TABLA 24. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE RECURSO UTILIZADO POR EL ENTREVISTADO. PRUEBA PILOTO.

Tipo de recurso	Número de entrevistas	Porcentaje
Residencia mayores	15	25,0
SAD	8	13,3
Centro ocupacional	7	11,7
Subtotal estrato social	30	50,0
UMCE	10	16,7
UHP	10	16,7
USM	10	16,7
Subtotal estrato sanitario	30	50,0
Total	60	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2001.

La recogida de datos del estudio piloto se inició el 18 de diciembre de 2000 y finalizó el 5 de enero de 2001, realizándose un total de 20 entrevistas semanales.

El CNSS, como ya hemos señalado anteriormente, incluye como parte del mismo otros instrumentos (Barthel, Frenchay, Mini-Examen Cognoscitivo, Escala de Recursos Sociales del OARS), cuya validez y fiabilidad ya han sido probadas. No obstante, se consideró necesario analizar si, en su conjunto y aplicado al uso que se pretendía, el cuestionario elaborado era válido para alcanzar nuestros objetivos.

Para averiguar si el instrumento medía lo que realmente se espera de él, se estudió si era capaz de discriminar adecuadamente entre sujetos que estaban ubicados en diferentes recursos; es decir, si el CNSS permitía encontrar las diferencias en los perfiles de cada persona en cuanto a sus datos sociodemográficos, diagnóstico clínico, apoyo social o grado de dependencia.

Para ello se realizó un análisis discriminante con SPSS10 en el que se tomó la variable de clasificación "*recurso utilizado*" como dependiente, y un total de 22 ítems del cuestionario que hacen referencia a la edad, ingresos de la unidad familiar, diagnóstico clínico, grado de apoyo social, nivel de dependencia para las actividades básicas e instrumentales, grado de deterioro cognitivo y de depresión y existencia de cuidador como variables independientes. No se incluyen datos sobre la vivienda ya que la no-respuesta de las personas institucionalizadas reduce en exceso la muestra para este análisis.

El resultado es que con 5 funciones discriminantes (con autovalores 29.65, 6.84, 4.59, 1.50 y 0.50) todos los sujetos se clasificaron en grupos que coinciden exactamente con los diferentes recursos que están utilizando. Por lo tanto, el 100% de las personas fueron discriminadas correctamente por el instrumento en esta prueba piloto, lo que constituye un indicador de validez del mismo, ya que éste pretende, fundamentalmente, estudiar y determinar las características de los pacientes sociosanitarios para conocer sus necesidades asistenciales.

La prueba piloto, como ensayo previo del estudio que se presenta, también permitió mejorar el CNSS, depurando posibles inconsistencias y errores, y aumentando la calidad del mismo. Así, se cambió el formato de edición, se reformularon preguntas cuya redacción se consideró poco precisa (véase anexo 2), se recategorizaron algunos ítems tras analizar las respuestas obtenidas, y se discutieron y corrigieron las normas de cumplimentación del mismo.

En definitiva, el estudio piloto confirmó la utilidad del CNSS, con las modificaciones señaladas, para medir la situación en la que se encuentran las personas que utilizan determinados recursos sociales y sanitarios.

3.2.5. Recogida de datos: procedimiento y control de sesgos.

El 5 de febrero de 2001, como ya se ha comentado, comenzó el trabajo de campo que se prolongó durante un periodo de aproximadamente cinco meses. Previamente, entre diciembre de 2000 y enero de 2001, se realizó la prueba piloto y se prepararon las entrevistas, revisando y familiarizándose con el contenido del cuestionario, las características de la población a entrevistar y el tipo de recursos.

La recogida de datos se realizó mediante entrevista directa, tanto en los apartados referidos al usuario de centros y servicios sociales y sanitarios como en aquellos dirigidos a su cuidador/a principal. Las entrevistas se efectuaron en los recursos o en el domicilio de las personas entrevistadas. En cada entrevista se recogían las condiciones del pase y, además, el entrevistador anotaba cualquier incidencia en su diario de campo.

El desarrollo del trabajo de campo varió en gran medida en función del tipo de recurso que estaba utilizando la persona entrevistada. Por ejemplo, en los recursos que implicaban la prestación de un servicio en el domicilio del entrevistado (como el Servicio de Ayuda a Domicilio) el entrevistador realizó, en muchos casos, varias visitas para localizar a las personas a entrevistar y a sus cuidadores. En otros, como en las residencias para mayores, el pase se llevó a cabo de forma mucho más rápida, no sólo por la concentración de personas a entrevistar, sino también porque la parte relativa a la vivienda no se cumplimenta ya que ésta coincidía con el centro.

El proceso seguido hasta contactar con la persona entrevistada fue el siguiente: a) se solicitaron los permisos necesarios para realizar el estudio a las Conselleria de Sanidad y de Bienestar Social, así como la consiguiente acreditación; b) el investigador llamó por teléfono al director/a de cada uno de los recursos para concertar la fecha y hora de los pases, y c) el investigador, acreditado por ambas Consellerias, se desplazó a los recursos presentándose al director/a de los mismos, que a su vez lo remitió al responsable de la unidad en la que se

encontraban las personas a entrevistar. Cuando se concertaron las entrevistas se intentó que estuviese presente el cuidador principal, en caso de estar ausente se concretó una nueva entrevista.

Para asegurar la calidad del trabajo de campo, disminuyendo en lo posible los sesgos debidos al entrevistador, se tomaron las siguientes medidas:

- Realizar varias sesiones de formación, con investigadores de la unidad de investigación *Políticas de Bienestar Social*, sobre el contenido del cuestionario, las características de la población a entrevistar y el tipo de recursos. Se elaboró un listado de definiciones relativas a conceptos básicos que se recogían en el cuestionario para asegurar la comprensión y resolver las dudas del entrevistador, y en su caso de las personas entrevistadas. La comprensión de estos conceptos es un requisito para garantizar la transcripción adecuada de las respuestas de los sujetos al cuestionario por parte del entrevistador.
- Elaborar y escribir normas estandarizadas de cumplimentación del cuestionario, a seguir por el entrevistador. Estas normas fueron objeto de aprendizaje en varias sesiones previas al trabajo de campo, asegurando su aplicación durante toda esta fase. El entrevistador disponía de ellas para su consulta durante las entrevistas.
- Supervisar las entrevistas y la cumplimentación de los cuestionarios. Para ello se utilizaron los siguientes métodos: a) triangulación con otro investigador –director del proyecto de tesis- de las respuestas y su transferencia al cuestionario; b) reuniones mensuales de coordinación; c) triangulación con un supervisor en algunas entrevistas elegidas al azar.

Por último, señalar que se realizó un control informático de cada entrevista (introducción de los datos en SPSS10) y del trabajo del entrevistador (diario de campo en Excel 2000), por lo que el seguimiento fue completo, permitiendo la corrección de cualquier fallo técnico o humano.

3.2.6. Pruebas estadísticas utilizadas.

Los datos obtenidos tras el pase del CNSS han sido tratados mediante el programa informático SPSS10, con el que se realizaron cálculos de estadística descriptiva e inferencial. Se configuró una base de datos de 437 filas por 272 columnas, que se correspondían con las variables primarias procedentes de la respuesta de los sujetos entrevistados. Posteriormente, se construyeron las variables secundarias a partir de las anteriores, que suponían un resumen o combinación de las primeras, reduciendo el listado inicial de columnas a 84.

La mayoría de los cálculos estadísticos que se describen a continuación fueron aplicados a la totalidad de la población atendida. En aquellos casos en los que se consideró apropiado, por su representatividad o especificidad, se distinguió entre estratos, es decir, recursos sociales y sanitarios.

La estadística descriptiva se centró en la distribución del número de personas por ítem –frecuencias- y en el cálculo de medias y desviaciones típicas. Frecuentemente, interesó cruzar determinadas variables y para ello se construyeron tablas de doble o triple entrada.

Las pruebas de inferencia estadística se utilizaron para estudiar la existencia de diferencias significativas entre grupos, las posibles asociaciones o las correlaciones entre conjuntos de datos, en estos casos se trabajó con el tamaño muestral. El coeficiente de correlación de Pearson fue utilizado para medir la covariación o codependencia entre dos variables numéricas, como pueden ser la edad y el número de enfermedades de las personas entrevistadas, o la edad y la puntuación relativa a la capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria, por ejemplo.

Respecto a las asociaciones, se recurrió al estadístico Chi-cuadrado que permite inducir si existen vínculos entre las diferentes categorías de dos variables categóricas (por ejemplo, las variables género y situación laboral). Para estudiar si existen o no diferencias significativas se utilizó el estadístico “t” de Student, que nos permite

establecer la dependencia causal entre una variable independiente categórica con dos categorías y una variable dependiente numérica. Por ejemplo, al considerar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el número de procedimientos utilizados por los enfermos que se encuentran en fase terminal y en tratamiento activo.

En el tratamiento de los datos, se omitieron de los cálculos los casos con valores perdidos en la variable estudiada y no se utilizó ninguna técnica de sustitución de los mismos, debido a la escasa proporción de éstos. El límite máximo considerado, ampliamente aceptado por la comunidad científica, para la probabilidad estadística asociada con el error de tipo II fue del 5% ($p < 0,05$).

Una vez realizados los cálculos, la presentación de resultados se llevó a cabo mediante tablas y gráficos utilizando los programas Microsoft Excel2000 y Word2000.

4. RESULTADOS.

En el apartado anterior se ha descrito la metodología de muestreo y el instrumento utilizado –CNSS- para obtener los resultados que ahora se presentan. Éstos están referidos al total de la población atendida en recursos sociales y sanitarios de la provincia de Valencia –universo muestral-, haciendo uso de los factores correctores recogidos en la sección de metodología y recalculando los porcentajes.

Los datos se presentan en el siguiente orden: en primer lugar, se describe el perfil de la población atendida (4.1); a continuación, siguiendo los bloques del CNSS, se ofrece información sobre los factores que inciden en la dependencia y generan necesidades que deben ser atendidas, como el diagnóstico clínico (4.2), la vivienda y entorno próximo (4.3), la capacidad funcional (4.4), el estado cognitivo y emocional (4.5), la combinación de la capacidad funcional y el estado cognitivo (4.6), y el apoyo social (4.7). Asimismo, se recogen las características de los cuidadores (4.8). En el punto 4.9 se describe la demanda atendida en cada uno de los recursos sociales y sanitarios estudiados, ofreciendo datos sociodemográficos, de salud, capacidad funcional, estado cognitivo y apoyo social. Por último, tras establecer el perfil idóneo de los usuarios de cada centro y servicio, se determina el porcentaje de personas mal ubicadas –que no están recibiendo aquello que necesitan- y que podrían estar utilizando otros recursos más adecuados.

4.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA DEMANDA ATENDIDA.

Para definir el perfil de los usuarios de recursos sociales y sanitarios de la provincia de Valencia, las personas entrevistadas han sido preguntadas acerca de las siguientes variables de interés: género, edad, estado civil, nivel de estudios, número de miembros de la unidad familiar, ingresos mensuales y situación laboral. Estas variables complementan y mejoran la información que se dispone del usuario y permiten añadir elementos cualitativos a un posible plan de cuidados. A continuación presentamos los resultados más importantes obtenidos de la encuesta, referidos al total de población atendida en la provincia de Valencia.

En función del **género**, el 56,7% de la población atendida son mujeres y el 43,3% varones. Estos últimos, son atendidos principalmente en recursos sanitarios, mientras que las mujeres utilizan principalmente recursos sociales (gráfico 15).

GRÁFICO 15. DISTRIBUCIÓN DE VARONES Y MUJERES ATENDIDOS EN CADA ESTRATO.

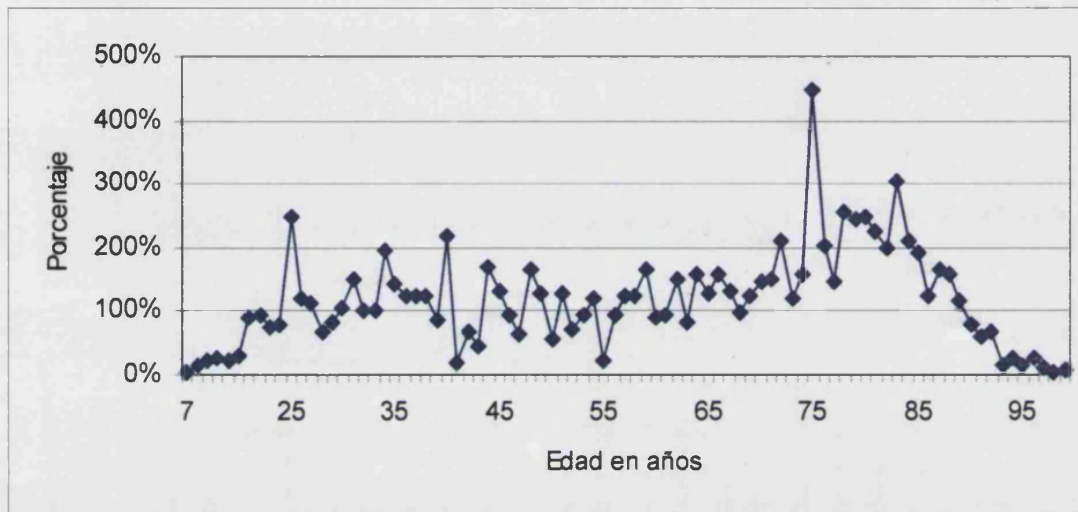


Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En cuanto a la **edad**, la media se sitúa en 60,03 años (desv. típ. 21,23). No obstante, encontramos una distribución trimodal con máximos entre 20-30 años, 45-50 y 70-80 años (gráfico 16), coherente con la existencia de recursos que atienden a un gran número de personas

mayores (como residencias, SAD, teleasistencia o UHD), junto a otros que reciben población más joven (por ejemplo, CRIS, CEEM, UCA, USM o UHP). Considerando únicamente dos grandes grupos de edad, el 50,3% de la población atendida estaba compuesta por personas menores de 65 años y el 49,7% por mayores de esa edad.

GRÁFICO 16. DISTRIBUCIÓN DE EDADES DE LA POBLACIÓN ATENDIDA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La distribución de las personas atendidas en recursos sociales y sanitarios cuando examinamos simultáneamente la edad y el género (tabla 25), muestra que el grupo más numeroso es el de mujeres mayores de 65 años (30,8%) y el más reducido el de varones de ese mismo grupo de edad (18,9%).

TABLA 25. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD Y EL GÉNERO.

Grupo de edad (% sobre el total)	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
≤ 64 años	24,50	25,80	52,30
≥ 65 años	18,88	30,82	49,70
Ambos grupos	43,38	56,62	100,0

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La población atendida se distribuye de forma desigual en los estratos social y sanitario en función del grupo de edad. Así, en los recursos sociales el 86,7% de esta población tenía más de 65 años, mientras que en el estrato sanitario el 67,6% de las personas atendidas tenía menos de 65 años (gráfico 17).

GRÁFICO 17. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS MENORES Y MAYORES DE 65 AÑOS EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Entre la población atendida menor de 65 años (tabla 26), la banda de edad más numerosa es la que abarca desde 16 a 44 años (56,9%).

TABLA 26. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA MENOR DE 65 AÑOS POR SUBGRUPO DE EDAD Y ESTRATO.

Tramo de edad (% sobre el total)	Estrato		
	Recursos sociales	Recursos sanitarios	Ambos
de 16 a 44	3,76	53,13	56,89
de 45 a 54	2,24	18,84	21,08
de 55 a 64	2,38	19,65	22,03
≤ 64 años	8,38	91,62	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En el grupo de mayores de 65 años, casi la mitad de la población atendida tiene entre 75 y 84 años (tabla 27).

TABLA 27. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA MAYOR DE 65 AÑOS POR SUBGRUPO DE EDAD Y ESTRATO.

Tramo de edad (% sobre el total)	Estrato		
	Recursos sociales	Recursos sanitarios	Ambos
de 65 a 74	11,68	16,91	28,59
de 75 a 84	29,11	20,84	49,94
85 y más	14,73	6,74	21,47
≥ 65 años	55,52	44,48	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con respecto al *estado civil*, el grupo más numeroso en la población atendida es el de casados (38,4 %) y el más reducido el de separados (7,4%). En los recursos sociales el grupo más frecuente es el de viudos/as; mientras que en los recursos sanitarios destaca el alto porcentaje de casados y solteros (tabla 28).

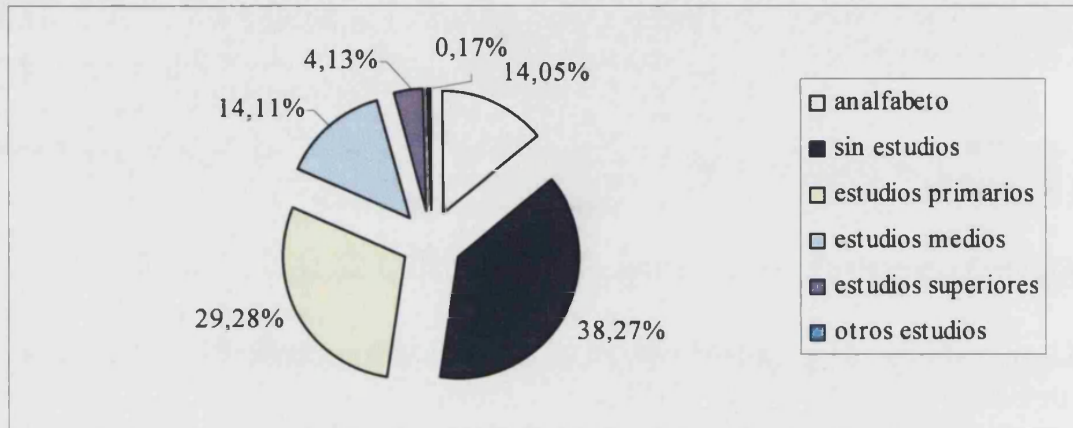
TABLA 28. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR ESTADO CIVIL Y ESTRATO.

Estado civil (sobre el total)	Estrato		
	Recursos sociales	Recursos sanitarios	Ambos
Soltero/a	6,96	20,78	27,74
Casado/a	7,85	30,51	38,36
Viudo/a	15,47	11,03	26,50
Separado/a	1,76	5,65	7,41
Total	32,03	67,97	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Si consideramos el *nivel de estudios*, el 52,3% de la población atendida carece de estudios o es analfabeta (gráfico 18).

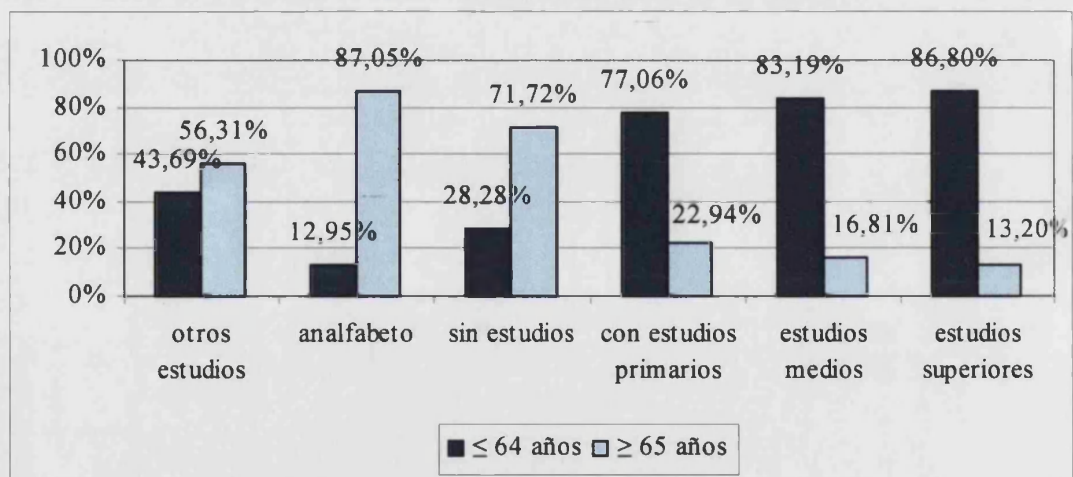
GRÁFICO 18. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR NIVEL ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La edad es un factor relacionado con el nivel de estudios, dado que las personas mayores han tenido menos oportunidades de acceder a una formación obligatoria y gratuita. Así, del total de personas analfabetas el 87% son mayores de 65 años, al igual que el 71,7% de las personas sin estudios (gráfico 19).

GRÁFICO 19. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR GRUPO DE EDAD EN CADA NIVEL DE ESTUDIOS.

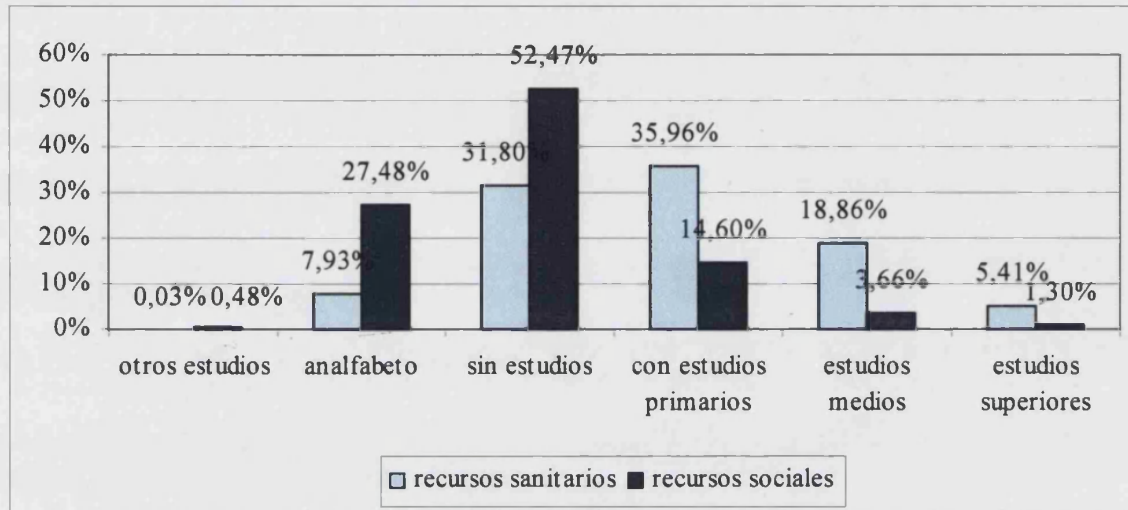


Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En el estrato social, el 80% las personas atendidas en la provincia de Valencia no tiene estudios o son analfabetas. En los recursos

sanitarios, el 54,8% de la población atendida tiene estudios primarios o medios (gráfico 20).

GRÁFICO 20. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR NIVEL DE ESTUDIOS EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En relación con la *situación laboral*, y dado que ésta depende en gran medida de la edad y tenemos un porcentaje muy elevado de personas mayores de 65 años, es lógico que el 50% de las personas atendidas en recursos sociales y sanitarios sean pensionistas (tabla 29), bien por jubilación (más proporción de varones), bien por viudedad (básicamente mujeres).

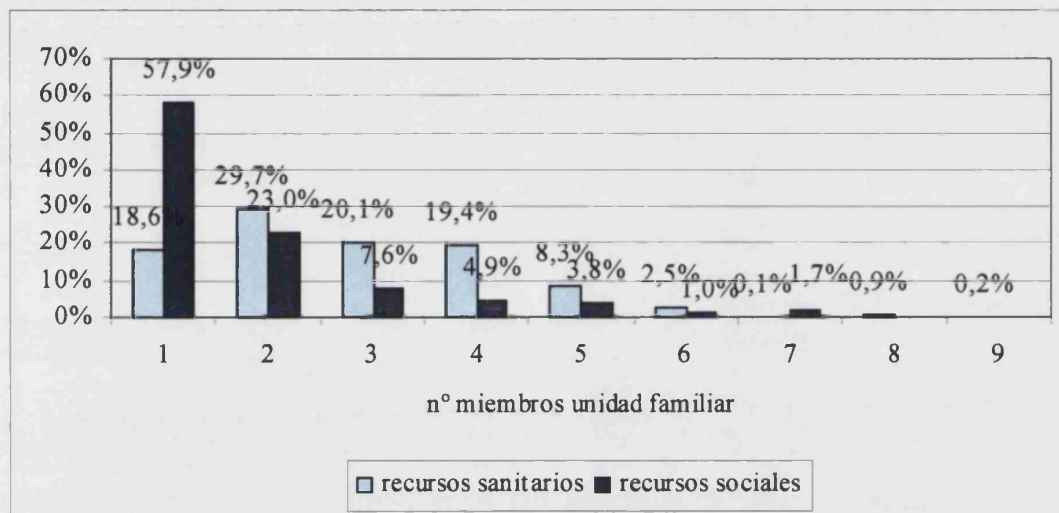
TABLA 29. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR SITUACIÓN LABORAL Y ESTRATO.

Situación laboral (% sobre el total)	Estrato		
	Recursos sociales	Recursos sanitarios	Ambos
Ocupado	0,01	11,02	11,03
En paro	0,28	7,55	7,82
Estudiante	0,00	0,96	0,96
Su hogar	0,67	6,31	6,98
Otros inactivos	1,82	5,16	6,98
Jubilación	14,40	16,46	30,86
Incapacidad laboral temporal	0,09	6,92	7,01
Incapacidad laboral permanente	1,50	7,01	8,51
Otros pensionistas	13,06	6,78	19,85
Total	31,84	68,16	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El número medio de *miembros de las unidades familiares* de la población atendida en recursos sociales es 1,8, por debajo de la media para toda la población (2,5); mientras que en los recursos sanitarios esta cifra se sitúa en 2,8. En los recursos sociales se atiende principalmente a personas que forman parte de unidades familiares unipersonales (57,9%) o de dos miembros (23,0%) (gráfico 21).

GRÁFICO 21. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE MIEMBROS DE SU UNIDAD FAMILIAR EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En el estudio se comprueba una gran dispersión en los *ingresos* tanto de la población atendida como de sus unidades familiares (tabla 30). En el estrato social, se aprecia que los ingresos medios de la persona dependiente suponen el 70% del total de ingresos familiares, mientras que en el estrato sanitario, con una media superior, no alcanzan el 46% de los ingresos familiares.

TABLA 30. INGRESOS MEDIOS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA Y DE SU UNIDAD FAMILIAR EN CADA ESTRATO.

Ingresos mensuales		Estrato		
		Recursos sociales	Recursos sanitarios	Ambos
Del sujeto	Media	397,60 €	419,56 €	412,65 €
	Desv. tip.	218,28 €	232,41 €	228,28 €
De la unidad familiar	Media	571,48 €	919,85 €	815,76 €
	Desv. tip.	384,62 €	611,89 €	576,33 €

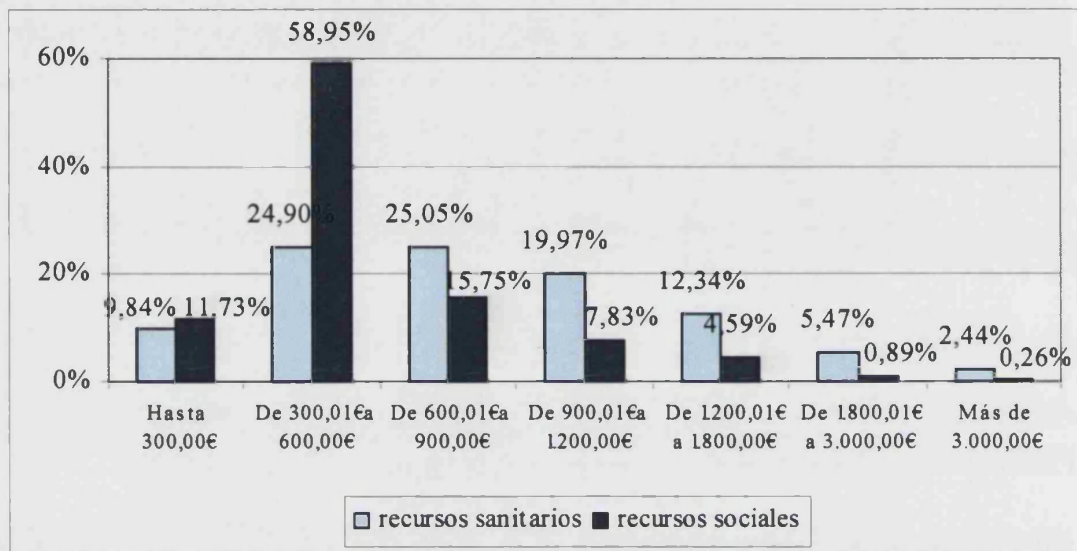
Nota: Los datos económicos se recogieron en pesetas, no obstante en la tabla se ofrecen expresados en euros.

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 70,7% de las unidades familiares de las personas atendidas a través de recursos sociales tenían unos ingresos mensuales inferiores a

600,00€; en el estrato sanitario no encontramos una concentración parecida para ningún nivel de ingresos (gráfico 22).

GRÁFICO 22. DISTRIBUCIÓN DE LAS UNIDADES FAMILIARES DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN FUNCIÓN SU NIVEL DE INGRESOS MENSUALES EN CADA ESTRATO.

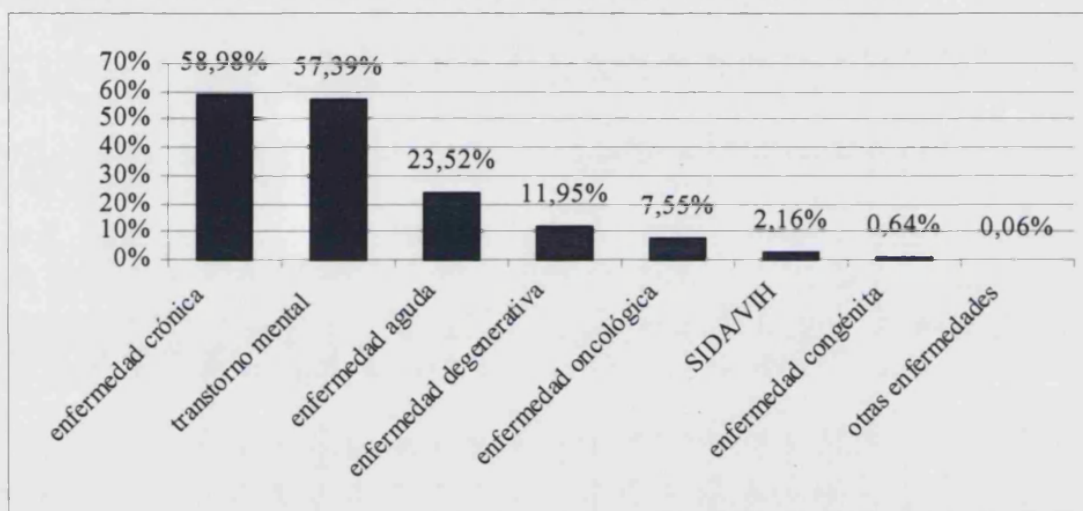


Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

4.2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA DEMANDA ATENDIDA.

En relación con el diagnóstico clínico se recogió información sobre el tipo de enfermedad, el estadio en que se encuentra y los procedimientos utilizados. La población atendida en recursos sociales y sanitarios de la provincia de Valencia presenta principalmente enfermedades crónicas y trastornos mentales (gráfico 23).

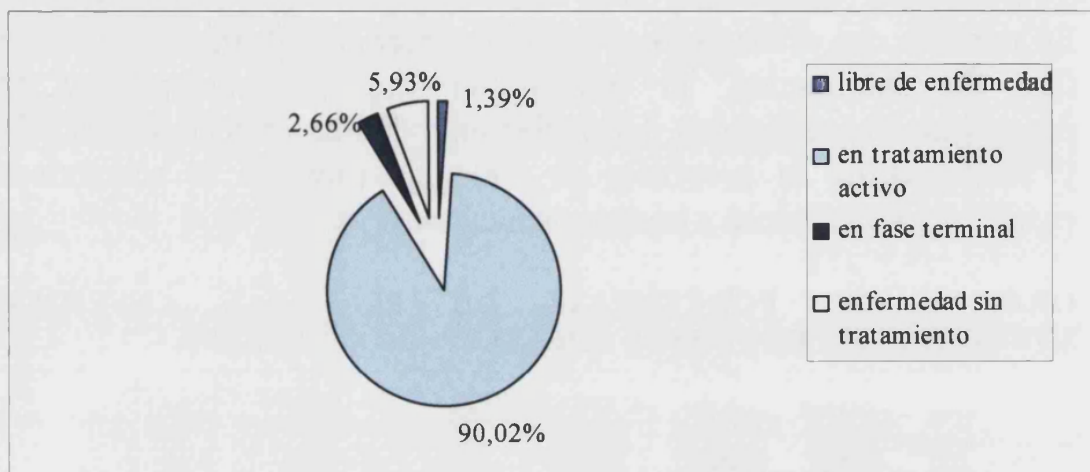
GRÁFICO 23. PORCENTAJE DE PERSONAS ENFERMAS ATENDIDAS EN RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 90% de la población atendida en recursos sociales y sanitarios se encuentra en tratamiento activo, solo un 2,7% está en fase terminal (gráfico 24).

GRÁFICO 24. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS EN FUNCIÓN DE LA FASE DE ENFERMEDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Por *género*, se aprecian diferencias porcentuales acusadas para algunos grupos de enfermedad. Así, las enfermedades congénitas y el VIH/SIDA están presentes en mayor porcentaje en la población masculina, mientras que en las enfermedades degenerativas sobresale el grupo de mujeres (tabla 31).

TABLA 31. PORCENTAJE DE VARONES Y MUJERES ENFERMOS, ATENDIDOS EN RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS, EN CADA TIPO DE ENFERMEDAD.

Tipo de enfermedad (% por filas)	Género	
	Varón	Mujer
Trastorno mental	44,37	55,63
Enfermedad aguda	40,70	59,30
Enfermedad congénita	80,40	19,60
Enfermedad crónica	44,56	55,44
Enfermedad degenerativa	33,32	66,68
Enfermedad oncológica	40,87	59,13
SIDA/VIH	88,70	11,30
Otras enfermedades	70,73	29,27

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Dada la importancia que tienen las enfermedades crónicas en los cuidados de larga duración, se ha estudiado si existe asociación en función del género; comprobando que en población atendida en recursos sociales y sanitarios de la provincia de Valencia no existe una asociación significativa entre género y enfermedad crónica ($X^2 = 0,365$; $p = 0,546$).

Al considerar la variable *edad*, la población menores de 65 años atendida en recursos sociales y sanitarios se encuentra más representada entre los enfermos mentales (72,4%), congénitos (70,6%) y de SIDA/VIH (100%). Por su parte, los mayores de 65 años predominan en el grupo de personas con enfermedades degenerativas (79,5%), crónicas (70,8%) y agudas (68,7%) (tabla 32). Existe una asociación significativa entre el grupo de edad y padecer o no enfermedades crónicas ($X^2 = 110,916$; $p < 0,001$), las personas mayores padecen con mayor frecuencia este tipo de patologías.

TABLA 32. PORCENTAJE DE PERSONAS ENFERMAS MENORES Y MAYORES DE 65 AÑOS, ATENDIDAS EN RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS, EN CADA TIPO DE ENFERMEDAD.

Tipo de enfermedad (% por filas)	Grupo de edad	
	≤ 64 años	≥ 65 años
Trastorno mental	72,44	27,56
Enfermedad aguda	31,29	68,71
Enfermedad congénita	70,65	29,35
Enfermedad crónica	29,20	70,80
Enfermedad degenerativa	20,49	79,51
Enfermedad oncológica	44,32	55,68
SIDA/VIH	100,00	0,00
Otras enfermedades	0,00	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En la población atendida, el 81,4% de los enfermos mentales utilizaban recursos sanitarios, principalmente de carácter ambulatorio (como las USM), así como el 75% de las personas con enfermedades agudas, el 80,4% de los enfermos oncológicos y el 98,8% de los

enfermos de SIDA (fundamentalmente, por medio de las UCA). En los recursos sociales se atiende al 52,5% de las personas con enfermedades congénitas, al 60,8% de las personas con enfermedades degenerativas y al 45,8% de los enfermos crónicos (tabla 33).

TABLA 33. PORCENTAJE DE PERSONAS ENFERMAS ATENDIDAS EN RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS, PARA CADA TIPO DE ENFERMEDAD.

Tipo de enfermedad (% por filas)	Estrato	
	Recursos sociales	Recursos sanitarios
Trastorno mental	18,65	81,35
Enfermedad aguda	24,99	75,01
Enfermedad congénita	52,49	47,51
Enfermedad crónica	45,86	54,14
Enfermedad degenerativa	60,82	39,18
Enfermedad oncológica	19,56	80,44
SIDA/VIH	1,18	98,82
Otras enfermedades	70,73	29,27

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La población de la provincia de Valencia atendida en recursos sociales y sanitarios presenta una media de 4,4 enfermedades. Existen diferencias significativas entre las personas mayores y menores de 65 años en cuanto al *número de enfermedades* que padecen ($t = -7,139$; $p < 0,001$), de tal forma que los mayores presentan mayor número de patologías (tabla 34). No existen tales diferencias entre varones y mujeres para esta misma variable ($t = 0,672$; $p = 0,502$).

TABLA 34. DEPENDENCIA CAUSAL ENTRE GRUPO DE EDAD / GÉNERO Y NÚMERO DE ENFERMEDADES.

Grupo de edad	Número de enfermedades		
	Media	Desviación típ.	
≤ 64 años	3,92	1,18	t = - 7,139 p < 0,001
≥ 65 años	4,90	1,66	

Género	Número de enfermedades		
	Media	Desviación típ.	
Varón	4,47	1,52	t = 0,672
Mujer	4,37	1,52	p = 0,502

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Las personas atendidas en recursos sociales tienen una media de 4,5 enfermedades físicas, frente a las 3,3 de las personas que utilizan recursos sanitarios. En el estrato sanitario la media de enfermedades mentales de la población atendida duplica a la del social (tabla 35).

TABLA 35. NÚMERO MEDIO DE ENFERMEDADES FÍSICAS Y MENTALES DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN CADA ESTRATO

Tipo enfermedad	Estrato					
	Recursos sociales		Recursos sanitarios		Ambos estratos	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
Física	4,51	1,71	3,29	1,38	3,68	1,60
Mental	0,41	0,63	0,88	0,75	0,73	0,75
Total	4,92	1,83	4,17	1,28	4,41	1,52

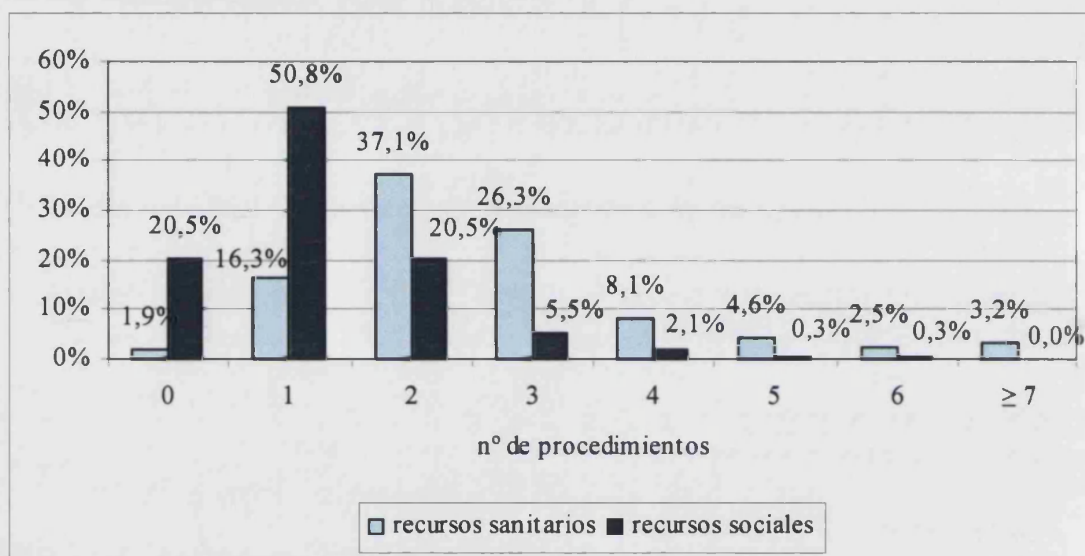
Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al considerar también el número de procedimientos utilizados, se observa que existe una correlación entre las variables número total de enfermedades padecidas y número total de procedimientos usados, que resulta significativa aunque pequeña ($r = 0,153$; $p < 0,001$), de forma que una de ellas sólo explica el 2,3% de la varianza de la otra.

La población atendida utiliza una media de 2,18 procedimientos por persona (desviación típica 1,52); no obstante las personas atendidas en recursos sanitarios superan dicha media (2,64 con una dev. típ. 1,52),

mientras que en el estrato social están por debajo (1,20 con una desv. tip. 0,95). Como se aprecia en el gráfico 25, el mayor número de procedimientos se utiliza en los recursos sanitarios (alcanzado una cifra máxima de 11 procedimientos distintos por persona).

GRÁFICO 25. POBLACIÓN ATENDIDA, EN FUNCIÓN DEL NÚMERO PROMEDIO DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS, EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Los procedimientos más utilizados por la población atendida en recursos sociales y sanitarios son la medicación oral (73,1%), la psicoterapia (29,6%) y analíticas (22,0%) (tabla 36). Los procedimientos vinculados a lo que hemos denominado complejidad clínica (nutrición enteral y parenteral, respiración asistida, terapia respiratoria, transfusión y toraco-paracentesis) son empleados por un porcentaje reducido de la población atendida que no supera el 3% para cada uno de ellos.

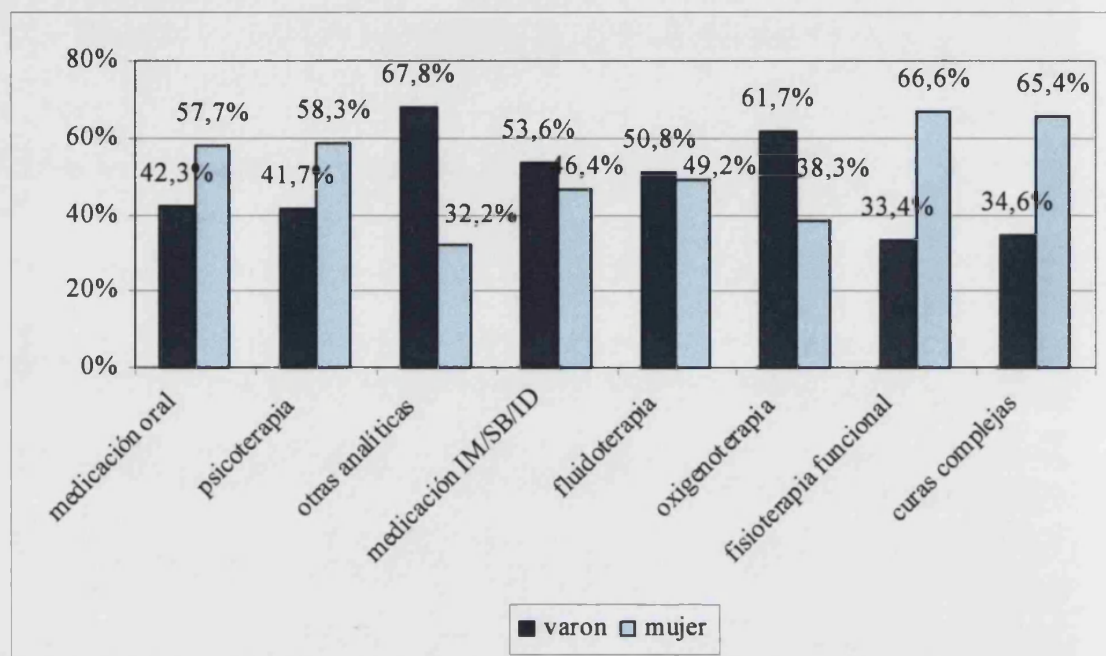
TABLA 36. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS QUE UTILIZAN ALGÚN PROCEDIMIENTO.

Procedimientos	Porcentaje de personas atendidas que utilizan cada procedimiento
Medicación oral	73,14
Psicoterapia	29,55
Otras analíticas	22,04
Medicación IM/SB/ID	16,53
Fluidoterapia	11,34
Oxigenoterapia	10,52
Fisioterapia funcional	6,39
Curas complejas	5,90
Analítica arterial	3,85
Fisioterapia respiratoria	2,96
Terapia respiratoria	2,93
Biopsia	1,86
Cuidados ostomías	1,63
Nutrición enteral	1,50
Quimioterapia	1,47
Nutrición parenteral	1,20
Radioterapia	1,06
Transfusión	0,94
Toraco-paracentesis	0,87
Díálisis	0,36
Respiración asistida	0,31
Cuidados traqueostomías	0,16
Otros procedimientos	11,31

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En la población atendida en la provincia de Valencia, el 66,6% de las personas que requieren fisioterapia funcional son mujeres, así como el 65,4% de las que necesitan curas complejas y el 58,3% de los que requieren psicoterapia. Por otra parte, la mayoría de los usuarios de oxigenoterapia son varones (61,7%) (gráfico 26).

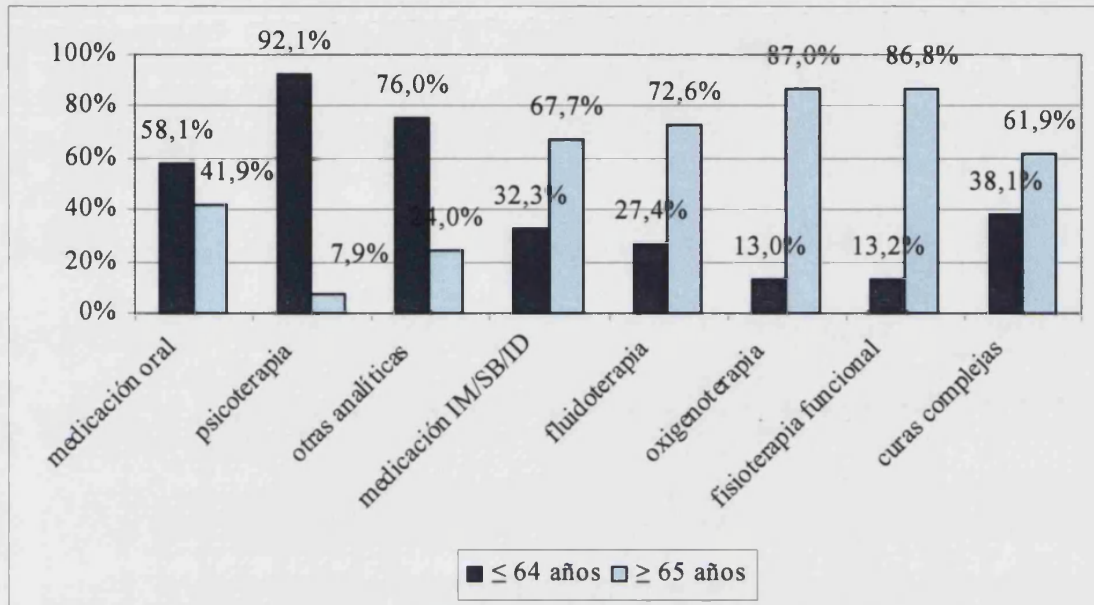
GRÁFICO 26. PORCENTAJE DE VARONES Y MUJERES ATENDIDOS EN CADA UNO DE LOS 8 PROCEDIMIENTOS MÁS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En procedimientos como la psicoterapia más del 92% de la población atendida es menor de 65 años, mientras que en oxigenoterapia, fisioterapia funcional, fluidoterapia o curas complejas predomina la población mayor de 65 años, con porcentajes comprendidos entre el 87% y el 61,9% (gráfico 27).

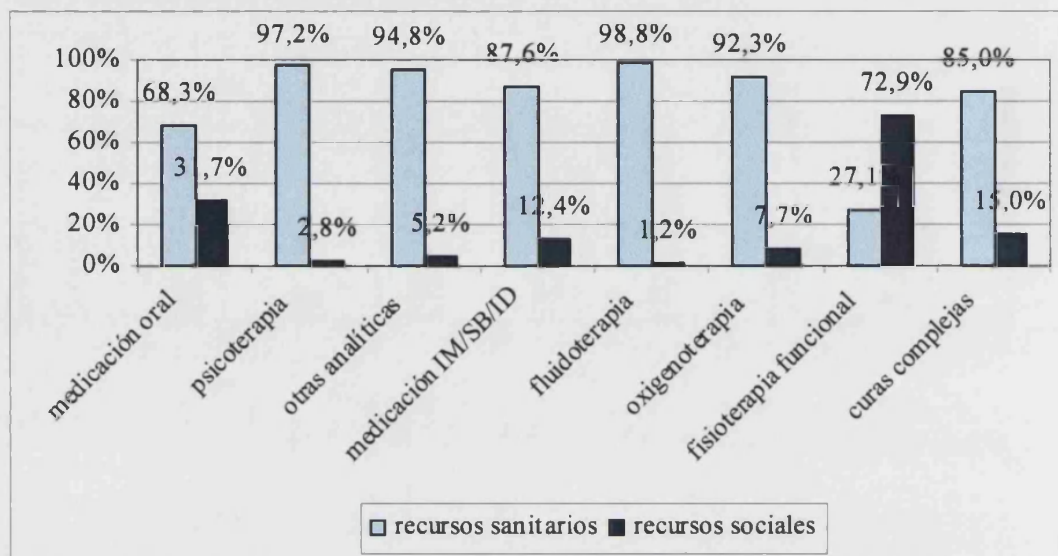
GRÁFICO 27. PORCENTAJE DE PERSONAS MENORES Y MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDOS EN CADA UNO DE LOS 8 PROCEDIMIENTOS MÁS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Sólo en el caso de las personas que utilizan fisioterapia funcional la mayoría (72,9%) está en recursos sociales, para el resto de procedimientos las personas que los emplean se encuentran, principalmente, en recursos sanitarios (gráfico 28).

GRÁFICO 28. PORCENTAJE DE PERSONAS EN RECURSOS SANITARIOS Y SOCIALES PARA CADA UNO DE LOS 8 PROCEDIMIENTOS MÁS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

4.3. VIVIENDA Y ENTORNO PRÓXIMO DE LA DEMANDA ATENDIDA.

A la población entrevistada, excepto a aquellos que estaban utilizando residencias, se les preguntó por el tipo de propiedad de sus viviendas, las condiciones de las mismas, la accesibilidad desde la calle y la comunicación de éstas con el entorno físico y familiar. En muchas ocasiones las personas con necesidades sociosanitarios, que suelen presentar problemas de movilidad, atención y cuidado de sí mismas, deben pasar la práctica totalidad de su tiempo en la vivienda, por ello ésta debe reunir unas condiciones mínimas de seguridad, accesibilidad y salubridad que les permitan el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

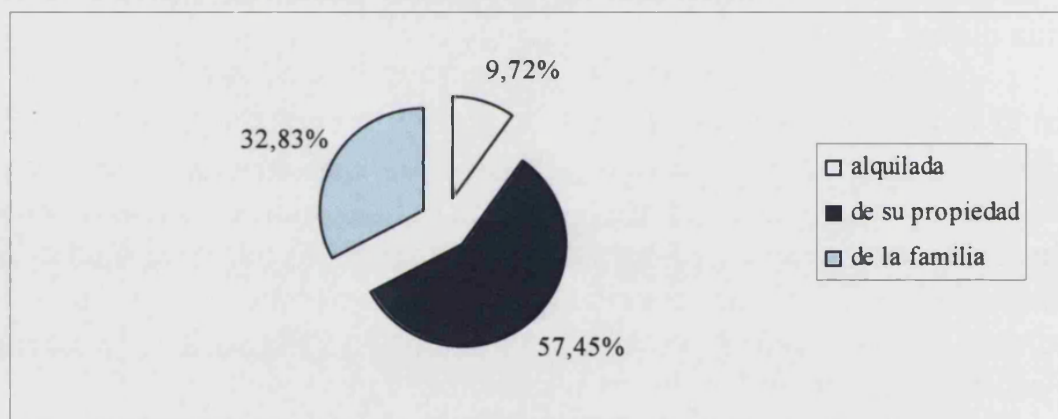
En el interior de la vivienda se han analizado características como la presencia o no de barreras que dificulten la deambulación, tales como escalones o escaleras interiores (con una distribución en varias plantas sin ascensor), suelos resbaladizos, deteriorados o irregulares; la salubridad de la misma, considerando aspectos como la existencia de humedades, la adecuada ventilación o la iluminación suficiente natural y artificial; la idoneidad de las instalaciones generales necesarias para la vida diaria, tomando por idóneas las que ofrecen seguridad en su uso, buena accesibilidad y buen estado de conservación, es el caso del teléfono, la instalación eléctrica, el gas o la calefacción; también se ha analizado la idoneidad de las instalaciones propias de determinadas estancias de la vivienda, como el baño, la cocina y el dormitorio. A partir de estas características se ha considerado que una vivienda presenta idoneidad suficiente para ser habitada cuando reúne los elementos siguientes: deambulación segura y ausencia de barreras interiores, ausencia de humedades, instalación eléctrica segura y accesible, cocina y baño con elementos mínimos, seguros y accesibles.

Respecto al acceso a la vivienda desde la calle, se ha estudiado si existen dificultades por la presencia de barreras en la vía pública o dentro del zaguán del inmueble, y la posibilidad de resolver estos problemas con obras sencillas de acondicionamiento. Por último,

también se ha considerado la relación de la vivienda con el entorno próximo, analizando si se encuentra bien comunicada con el barrio en relación con los servicios básicos, o por el contrario está lejos de los mismos y aislada; y si la distancia a la que se encuentran los familiares de la persona con necesidades sociosanitarias les permite acudir a la vivienda de forma rápida en caso de necesidad.

La mayoría de la población atendida a través de recursos sociales y sanitarios –sin considerar a las personas atendidas en residencias- son propietarios de sus viviendas, sólo un 9,2% se encuentra en viviendas alquiladas (gráfico 29).

GRÁFICO 29. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN FUNCIÓN DE LA PROPIEDAD DE LA VIVIENDA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 52,6% de las personas atendidas poseen viviendas que podríamos considerar no idóneas por presentar problemas de accesibilidad, habitabilidad, instalación eléctrica, baño, cocina o suelo. Los datos obtenidos reflejan que no existe una asociación significativa entre género e idoneidad de la vivienda ($X^2 = 0,560$; $p = 0,454$), pero sí entre el grupo de edad y dicha variable ($X^2 = 35,289$; $p < 0,001$). Los mayores habitan en porcentajes más elevados viviendas no idóneas. Entre población atendida con viviendas no idóneas, el grupo más numeroso es el de personas mayores de 65 años y, especialmente, las mujeres de ese grupo de edad (tabla 37).

TABLA 37. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN FUNCIÓN DE LA IDONEIDAD DE LA VIVIENDA, EL GRUPO DE EDAD Y EL GÉNERO.

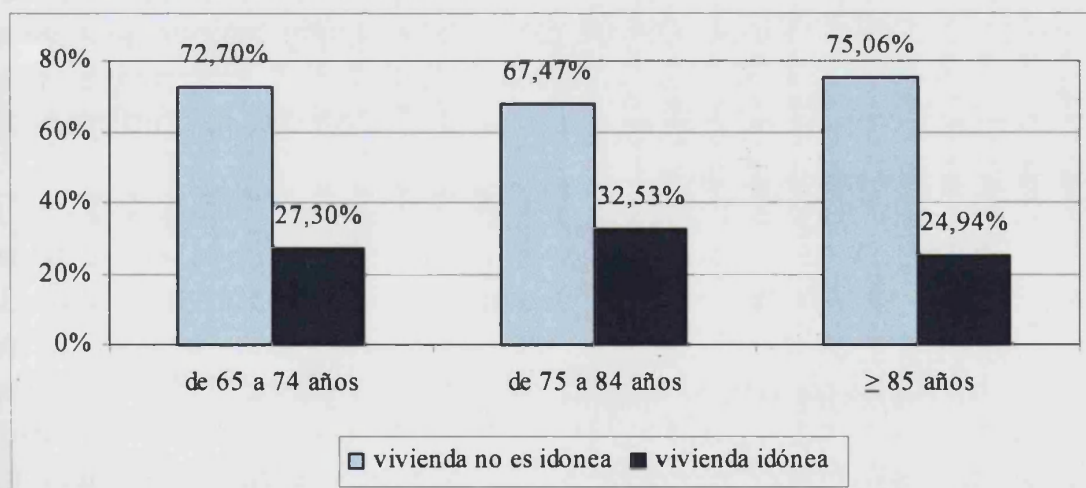
Idoneidad de la vivienda (% sobre el total)	Grupo de edad				Total
	≤ 64 años		≥ 65 años		
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	
No es idónea	12,70	9,21	11,73	18,98	52,61
Sí es idónea	15,11	19,39	5,06	7,83	47,39
Total	27,81	28,60	16,79	26,81	100,00

Nota: La idoneidad recoge información sobre seis elementos: accesibilidad de la vivienda (una sola planta o varias alturas), humedades, instalación eléctrica, baño, cocina y suelo.

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El porcentaje de personas con viviendas no idóneas se incrementa con la edad, de tal forma que en el grupo integrado por personas de 85 o más años el 75,1% poseía viviendas con algún problema relativo a la accesibilidad, seguridad -de las instalaciones eléctricas, del baño, de la cocina o del suelo- o salubridad -humedades- (gráfico 30).

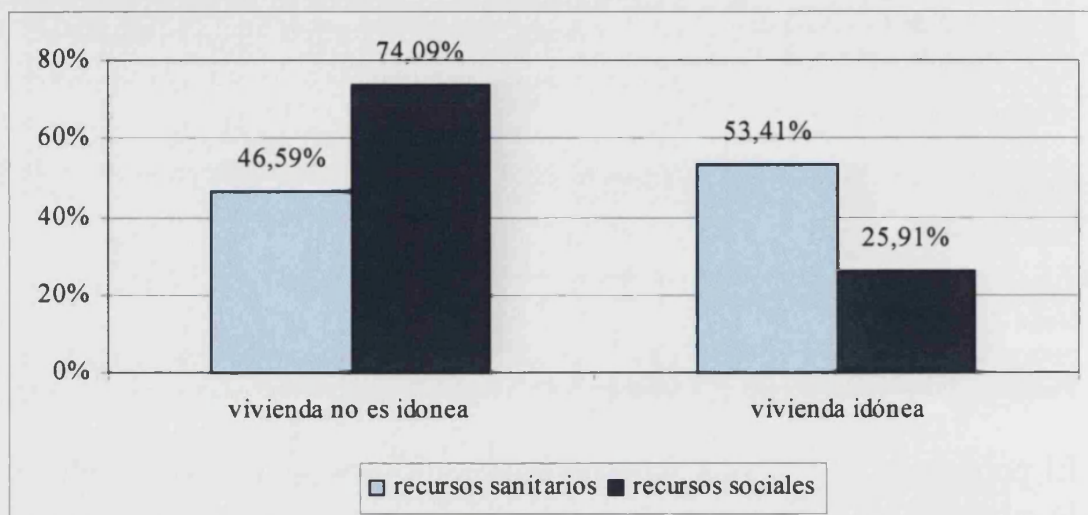
GRÁFICO 30. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS MAYORES DE 65 AÑOS CON VIVIENDAS IDÓNEAS O NO EN CADA SUBGRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Por estratos, en la gráfico 31 se aprecia que el 74,1% de la población de la provincia de Valencia atendida a través de recursos sociales poseen viviendas no idóneas.

GRÁFICO 31. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS CON VIVIENDAS IDÓNEAS Y NO IDÓNEAS EN CADA ESTRATO.

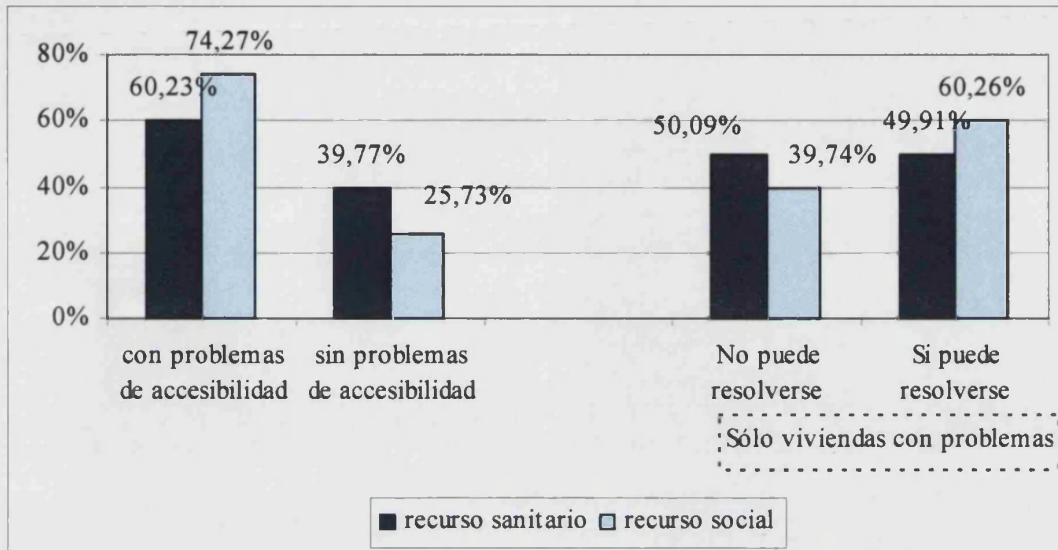


Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La existencia de barreras arquitectónicas en la vivienda es particularmente importante cuando la persona que vive en ella utiliza silla de ruedas. Del total de personas atendidas en la provincia de Valencia un 7,6% utiliza silla de ruedas. En el estrato social se atiende al 46,1% de estas personas, la mayoría en su domicilio, mientras que en el estrato sanitario se atiende al 52,6% restante. No obstante, en el 99,7% de los casos sus viviendas carecen de adecuación para deambular en silla de ruedas, y en un 66,2% presentan problemas de accesibilidad desde la calle.

Un 63,3% de las viviendas de la población atendida en recursos sociales y sanitarios presenta problemas de accesibilidad desde la calle, aunque en un 52,7% de los casos podrían resolverse de forma sencilla. En el estrato social este porcentaje alcanza al 74,3% de las personas atendidas (gráfico 32); si bien, en un 60,3% de los casos podrían resolverse con reparaciones o instalaciones especiales no demasiado costosas.

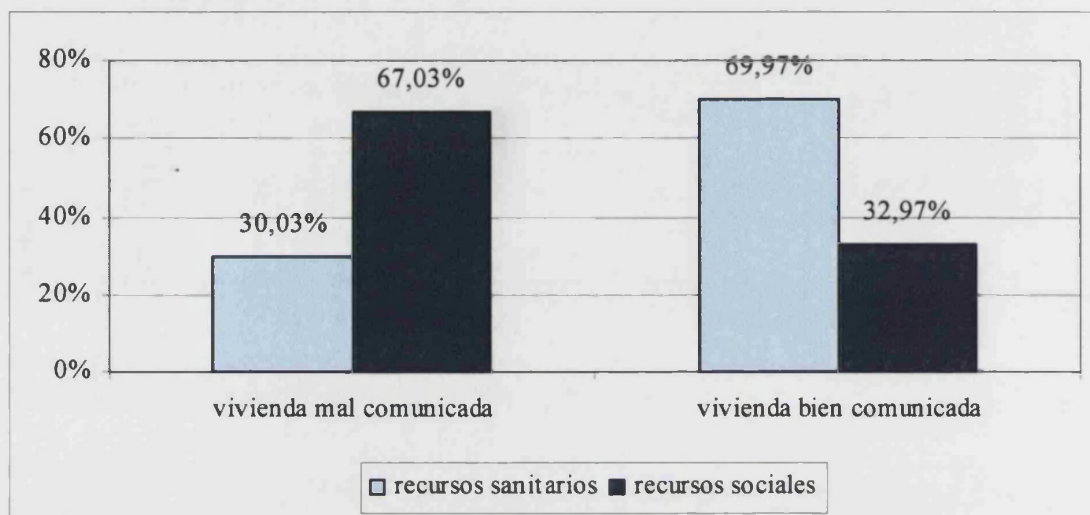
GRÁFICO 32. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS CON PROBLEMAS DE ACCESIBILIDAD A SU VIVIENDA O SIN ELLOS EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 62% de la población atendida habita viviendas que no están bien comunicadas con el entorno (viviendas aisladas o en calles con dificultades para el tránsito) o que se encuentran alejadas de la familia; dentro de este grupo el 61,3% tienen 65 o más años. En el estrato social el porcentaje de personas con viviendas mal comunicadas con el entorno próximo -físico y familiar- es del 67%, mientras que en el sanitario se sitúa en el 30% (gráfico 33).

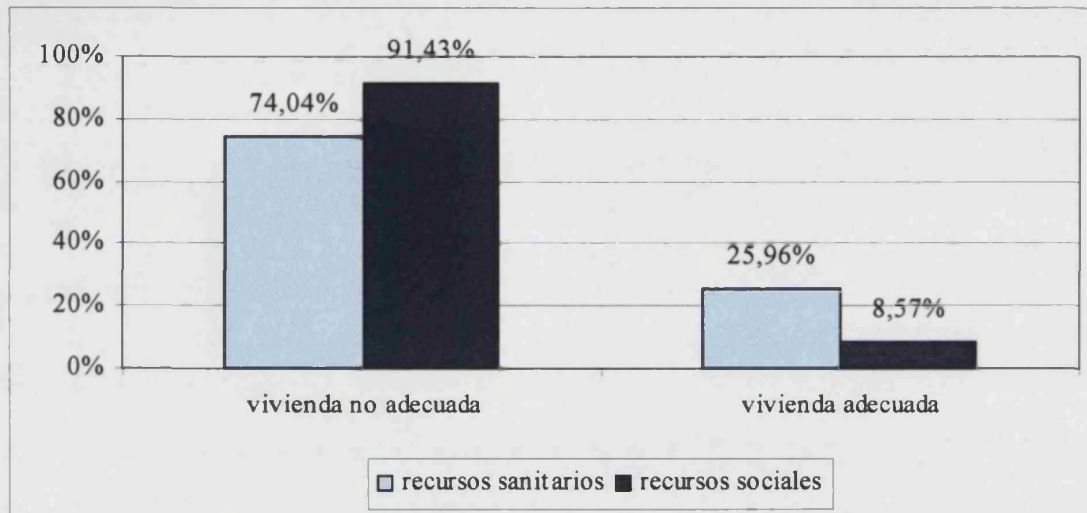
GRÁFICO 33. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS QUE TIENEN VIVIENDAS CON PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN CON EL ENTORNO FÍSICO Y FAMILIAR O SIN PROBLEMAS, EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Por último, si se considera conjuntamente la idoneidad de la vivienda, la accesibilidad a la misma desde la calle y la comunicación con el entorno próximo -físico y familiar-, a lo que denominamos vivienda adecuada, solo un 22% de la población atendida habitan en este tipo de viviendas. Dentro del estrato social, el 91,4% de las personas atendidas no poseen viviendas que puntúen positivamente en todos estos aspectos; este porcentaje se sitúa en el 74% dentro del estrato sanitario (gráfico 34).

GRÁFICO 34. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS QUE TIENEN VIVIENDAS ADECUADAS O NO, EN CADA ESTRATO.



Nota: Viviendas adecuadas son aquellas que además de ser idóneas, no tienen problemas de accesibilidad desde calle -o con posibilidad de ser resueltos en caso de existir- y con buena comunicación con el entorno próximo -físico y familiar-.

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

4.4. CAPACIDAD FUNCIONAL DE LA DEMANDA ATENDIDA

En el estudio se recogió información sobre la capacidad funcional de la demanda atendida, vinculada a las actividades de la vida diaria. Se obtuvieron datos sobre la capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria, como levantarse y acostarse, deambular, comer, aseo personal o control de esfínteres (utilizando el test de Barthel), e instrumentales –comprar, trabajo doméstico o cocinar- (test de Frenchay). A continuación se muestran los principales resultados obtenidos.

El 57,3% de la población de la provincia de Valencia atendida en recursos sociales y sanitarios es independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD); en el otro extremo, el 14,6% presenta una dependencia severa o total para las mismas. Entre la población atendida no se aprecian diferencias significativas en el test de Barthel según el género ($t = 0,406$; $p = 0,685$) (tabla 38).

TABLA 38. DEPENDENCIA CAUSAL ENTRE GÉNERO Y LA PUNTUACIÓN EN EL TEST BARTHEL.

Género	Puntuación Barthel		
	Media	Desviación tip.	
Varón	16,54	6,23	$t = 0,406$ $p = 0,685$
Mujer	16,30	6,00	

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Entre la población femenina atendida, el 46,7 % presenta algún grado de dependencia, este porcentaje es menor en los varones -37,4%- (tabla 39).

TABLA 39. DISTRIBUCIÓN DE VARONES Y MUJERES ATENDIDOS EN FUNCIÓN DE SU NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD.

Nivel de Dependencia. Test Barthel (% por columnas)	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
Independiente	62,59	53,27	57,31
Ligera	15,04	23,71	19,95
Moderada	8,19	8,21	8,21
Severa	3,53	4,98	4,35
Total	10,65	9,83	10,18
Total población	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), sólo el 0,4% de la población atendida era independiente, frente a un 48,5% con una dependencia severa o total. En el test de Frenchay si hay diferencias significativas entre varones y mujeres respecto a su capacidad para las AIVD ($t = -2,831$; $p = 0,005$), las mujeres muestran menor dependencia para estas actividades (tabla 40).

TABLA 40. DEPENDENCIA CAUSAL ENTRE GÉNERO Y LA PUNTUACIÓN EN EL TEST FRENCHAY.

Género	Puntuación Frenchay		
	Media	Desviación tip.	
Varón	28,42	10,74	$t = -2,831$ $p = 0,005$
Mujer	31,58	12,16	

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 17,3% del total de mujeres atendidas en recursos sociales y sanitarios son independientes o presenta un grado de dependencia ligera para las AIVD, frente al 7,6% de los varones (tabla 41).

TABLA 41. DISTRIBUCIÓN DE VARONES Y MUJERES ATENDIDOS EN FUNCIÓN DE SU NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD.

Nivel de Dependencia. Test Frenchay (% por columnas)	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
Independiente	0,58	0,34	0,45
Ligera	6,99	16,97	12,64
Moderada	37,42	39,10	38,37
Severa o total	55,01	43,59	48,54
Total población	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La combinación del test de Barthel y el de Frenchay –dependencia funcional- muestra que el 43,6% de las personas atendidas en la provincia de Valencia son independientes o dependientes ligeros para las AVD, frente a un 56,4% que presentan una dependencia moderada, severa o total. En función del género, los resultados muestran que las mujeres atendidas están más representadas que los varones en el grupo de independientes o dependientes ligeros (46,2% y 40,3%, respectivamente), aunque también encontramos porcentajes más elevados entre las mujeres con relación a la dependencia severa o total (tabla 42).

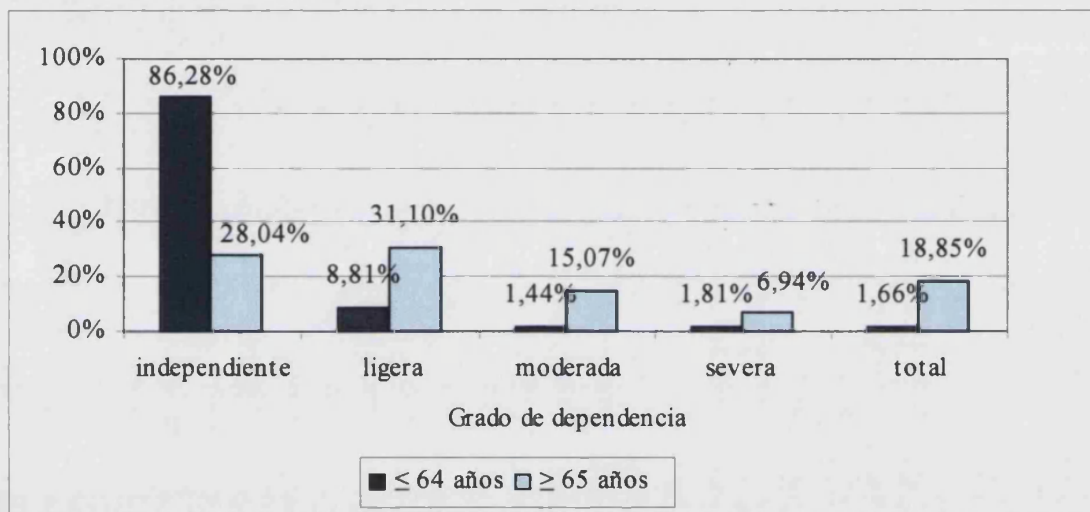
TABLA 42. DISTRIBUCIÓN DE VARONES Y MUJERES ATENDIDOS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL.

Nivel de dependencia. Combinación test Barthel y Frenchay (% por columnas)	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
Independiente	0,59	0,30	0,43
Ligera	39,67	45,88	43,19
Moderada	25,50	17,24	20,82
Severa o Total	34,24	36,58	35,56
Total población	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Existe una correlación significativa entre la edad (en años) y la puntuación en el test de Barthel ($r = -0,441$; $p < 0,001$), a mayor edad menor independencia para las actividades básicas de la vida diaria. La variable edad explica por sí misma el 19,5% de la varianza en el test de Barthel. Así pues, en el grupo de mayores de 65 años se concentran los porcentajes más elevados de personas atendidas con niveles de dependencia severa o total (gráfico 35).

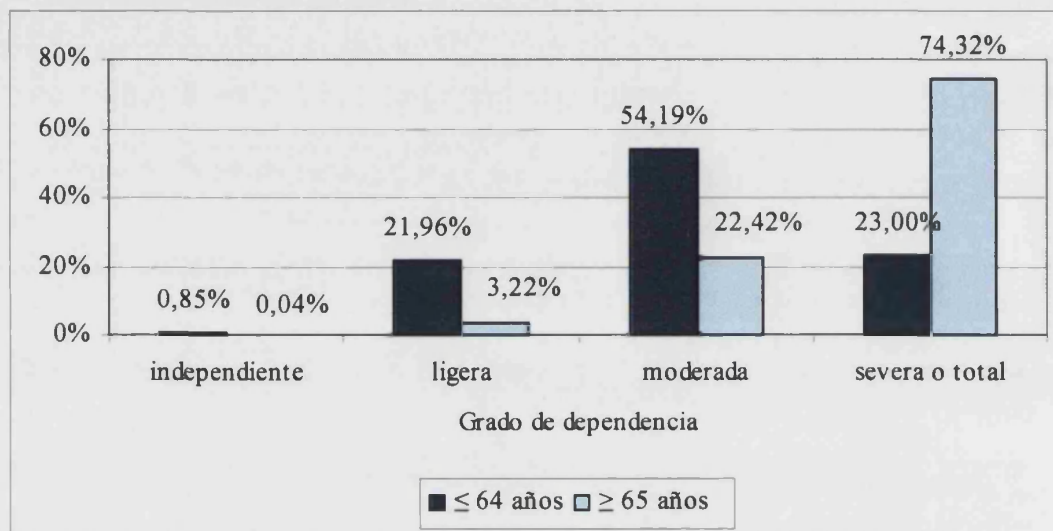
GRÁFICO 35. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD, EN CADA GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

También existe correlación significativa entre edad (en años) y grado de dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria -según los valores del test Frenchay- ($r = -0,534$; $p < 0,001$), de forma que a mayor edad menor independencia para este tipo de actividades. La variable edad explica por sí sola el 28,5% de la varianza en el test Frenchay. De nuevo, en la población atendida mayor de 65 años se aprecian porcentajes más elevados de dependencia severa o total (gráfico 36).

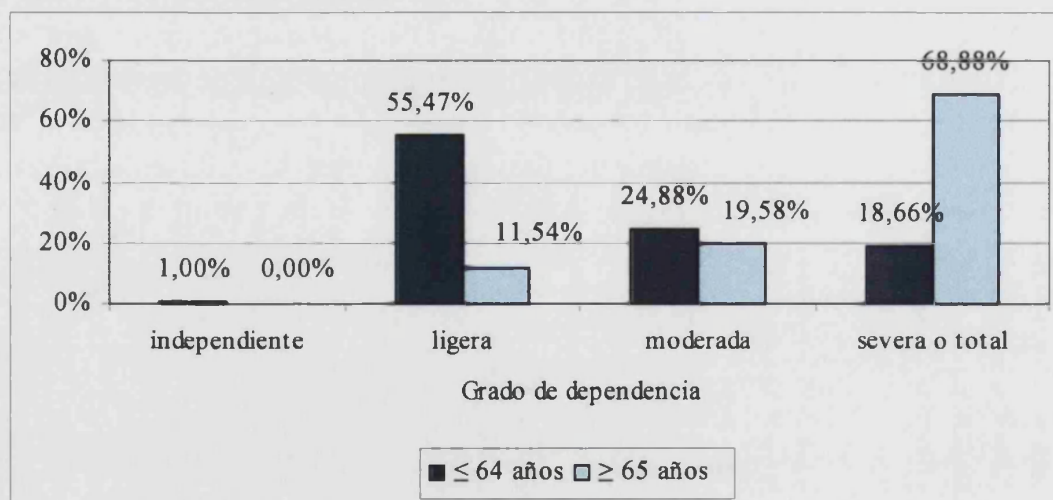
GRÁFICO 36. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD, EN CADA GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En función de la edad, al combinar la dependencia para las actividades básicas e instrumentales, obtenemos que dentro del grupo de mayores de 65 años el 68,9% presenta una dependencia severa o total para las AVD, frente a un 18,7% entre los menores de esta edad (gráfico 37).

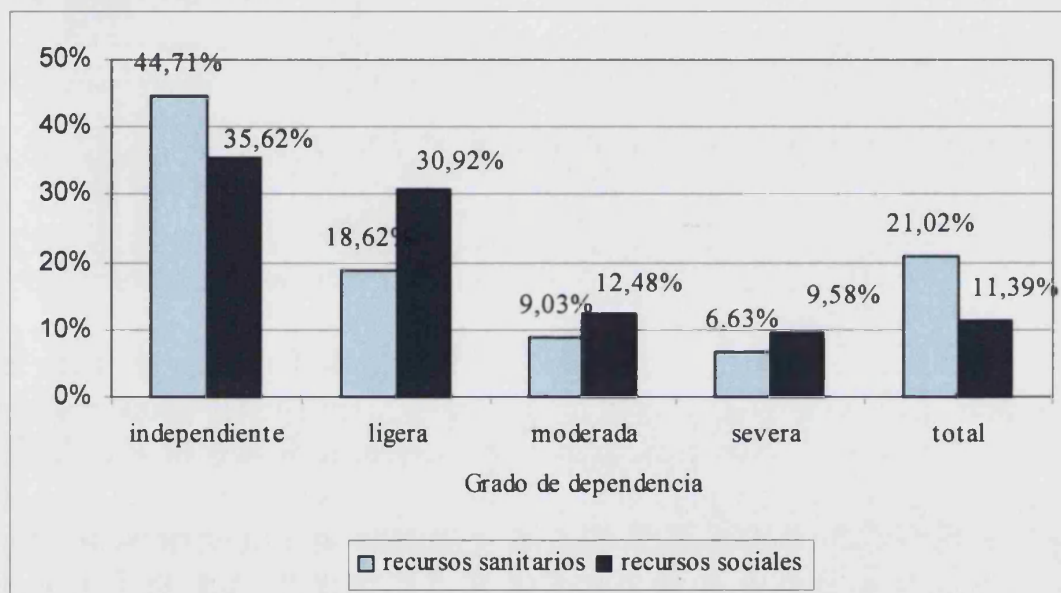
GRÁFICO 37. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL, EN CADA GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En el estrato social, el 35,6% de la población atendida es independiente para las ABVD; en el otro extremo, el 11,4% presenta una dependencia total para las mismas (gráfico 38). En el estrato sanitario, el porcentaje de personas atendidas independientes es mayor que en el social (44,7%), pero también lo es el de personas con una dependencia total para las ABVD (21%).

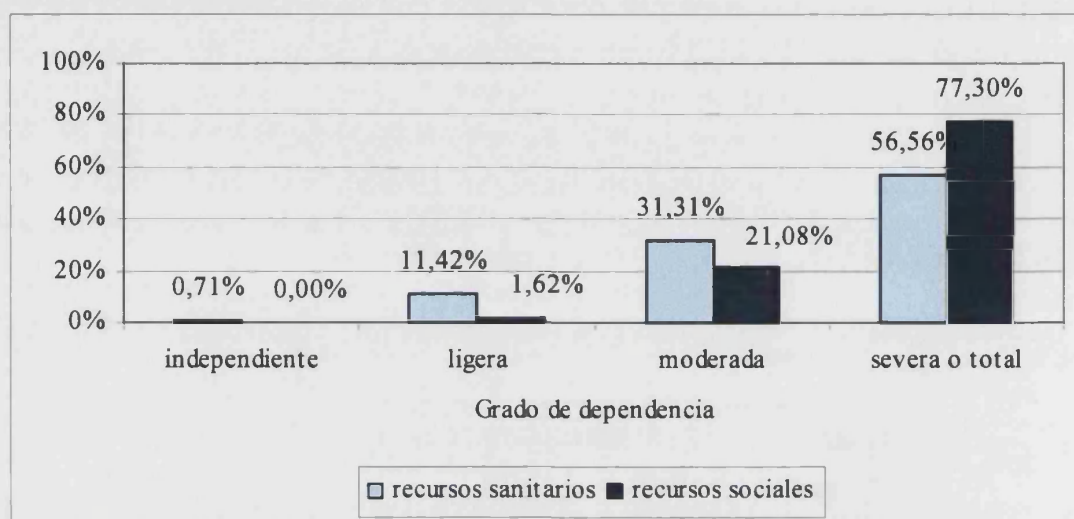
GRÁFICO 38. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD, EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación a las actividades instrumentales de la vida diaria, en la población atendida en recursos sociales el 77,3% son dependientes severos o totales para este tipo de actividades, frente al 56,6% de las personas atendidas en recurso sanitarios (gráfico 39).

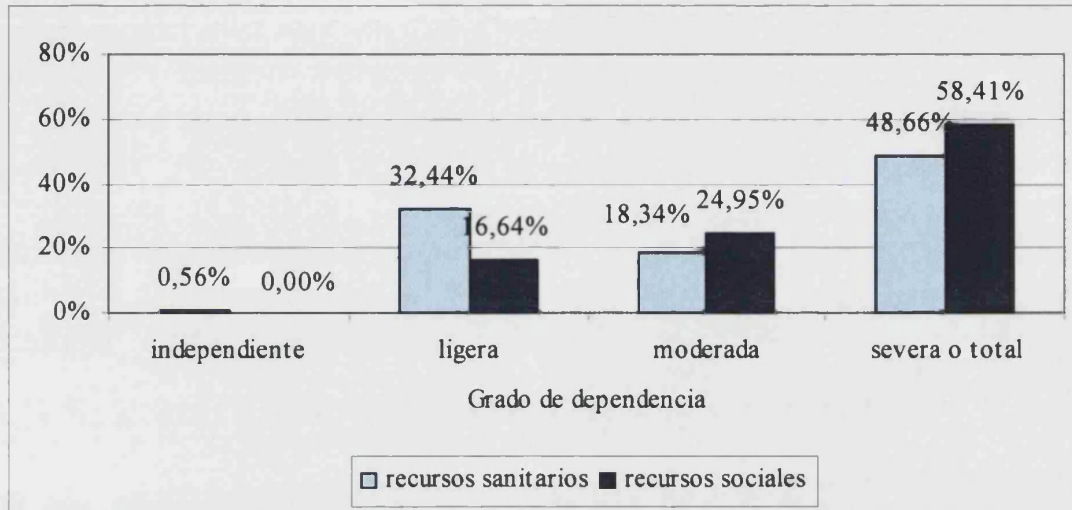
GRÁFICO 39. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD, EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto a la capacidad funcional –combinando dependencia para las básicas e instrumentales de la vida diaria-, dentro del estrato social sólo el 16,6% son dependientes ligeros, frente a un 32,4% de las personas atendidas en recursos sanitarios (gráfico 40). Asimismo, el 58,4% de la demanda atendida en recursos sociales presenta una dependencia severa o total para las AVD, frente a un 48,7% de la atendida en el estrato sanitario.

GRÁFICO 40. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL, EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

4.5. ESTADO COGNITIVO Y EMOCIONAL DE LA DEMANDA ATENDIDA.

El 41,3% de la población atendida en recursos sociales y sanitarios presenta fallo cognitivo. La prueba t de Student permite observar diferencias significativas entre varones y mujeres con relación al deterioro cognitivo ($t = 3,274$; $p = 0,001$) (tabla 43), las mujeres atendidas en la provincia de Valencia presentan mayor deterioro cognitivo que los varones. Así, el 49,1% del total de mujeres atendidas en recursos sociales y sanitarios presentan fallo cognitivo, frente al 30,9% de los varones (tabla 44).

TABLA 43. DEPENDENCIA CAUSAL ENTRE GÉNERO Y LA PUNTUACIÓN EN EL MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC).

Género	Puntuación MEC		
	Media	Desviación tip.	
Varón	28,66	6,86	$t = 3,274$ $p = 0,001$
Mujer	26,26	7,53	

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

TABLA 44. DISTRIBUCIÓN DE VARONES Y MUJERES ATENDIDOS EN FUNCIÓN DEL ESTADO COGNITIVO.

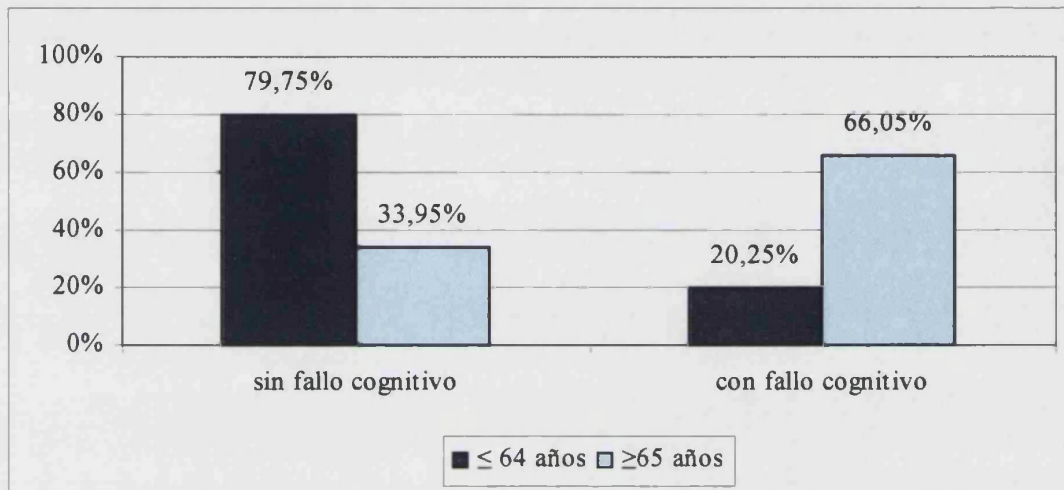
Estado cognitivo -MEC (% por columnas)	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
Sin fallo cognitivo	69,15	50,92	58,69
Con fallo cognitivo	30,85	49,08	41,31
Total población	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación a la edad (en años), la Correlación de Pearson entre esta variable y la puntuación en el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) es altamente significativa ($r = -0,545$; $p < 0,001$); la variable edad explica por sí misma el 29,7% de la varianza en el MEC. Como

muestra el gráfico 41, el 66% de las personas atendidas mayores de 65 años presentan fallo cognitivo, frente al 20,3% de las personas menores de esta edad.

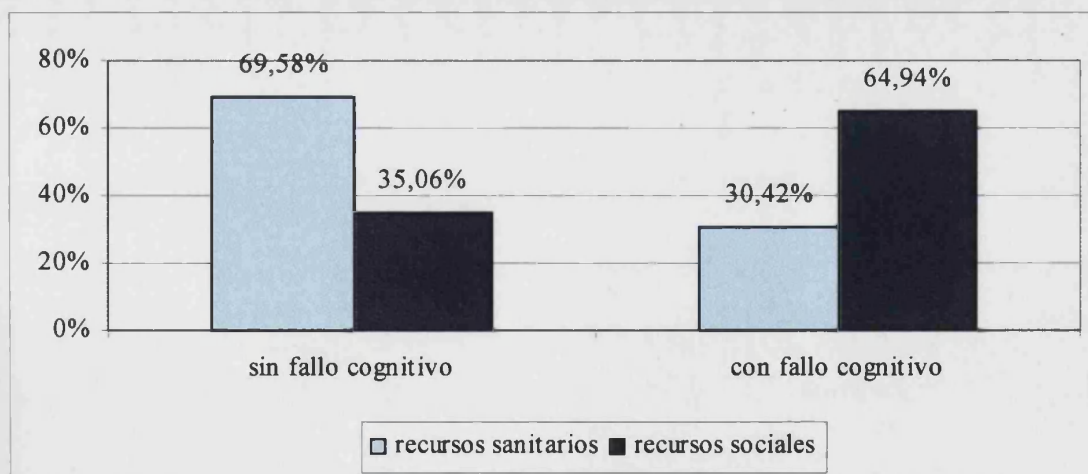
GRÁFICO 41. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN FUNCIÓN DEL ESTADO COGNITIVO, EN CADA GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Si consideramos el tipo de recurso utilizado, el 30,4% de los pacientes atendidos en recursos sanitarios tienen fallo cognitivo; en el estrato social, el porcentaje de personas atendidas con fallo cognitivo alcanza el 64,9% (gráfico 42).

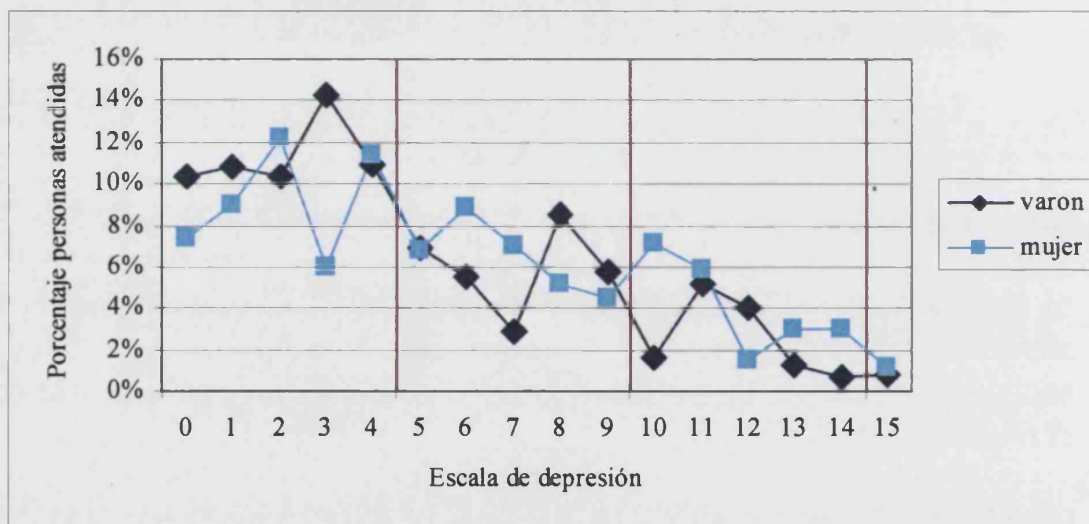
GRÁFICO 42. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN FUNCIÓN DEL ESTADO COGNITIVO, EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación al estado emocional, la puntuación media (5,3, desv. típ. 3,92) indica que la mayoría de la población atendida no presenta síntomas depresivos; así, el 57,6% de la población puntúa por debajo de 5 en la escala de depresión. Las mujeres presentan una mayor tendencia depresiva que los varones (5,68 y 4,86 de media, con desviaciones típicas de 3,77 y 3,99, respectivamente). El 47,2% de las mujeres atendidas tienen una depresión moderada o severa (puntúan 6 o más en la escala de depresión), frente al 36,3% de los varones (gráfico 43).

GRÁFICO 43. DISTRIBUCIÓN VARONES Y MUJERES ATENDIDAS EN FUNCIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL.



*Nota: valor 0 = normal; valor 15 = depresión severa.

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación al estrato, la puntuación media en la escala de depresión es mayor para las personas atendidas en recursos sanitarios que para las atendidas en recursos sociales (5,53 y 4,87, desviación típica 3,95 y 3,83, respectivamente), dado el elevado porcentaje de pacientes en el estrato sanitario que utilizan recursos para enfermos mentales como las unidades de salud mental.

Al considerar el grupo de edad, la población menor de 65 años puntúa más alto en la escala de depresión que los mayores de esta edad, con medias de 5,91 (desv. típ. 4,06) y 4,64 (desv. típ. 3,64), respectivamente. Esta situación está vinculada al predominio de las enfermedades mentales en la población menor de 65 años atendida en recursos sociales y sanitarios.

En la población estudiada existe una relación estadísticamente significativa ($t = 2,465$; $p = 0,014$) entre vivir solo y la presencia de estados depresivos (tabla 45); al igual que entre el nivel de depresión y el nivel de apoyo social, siendo los peor relacionados socialmente los más deprimidos ($X^2 = 17,848$; $p = 0,007$).

TABLA 45. DEPENDENCIA CAUSAL ENTRE VIVIR O NO SOLO Y LA PUNTUACIÓN EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN.

Convivencia	Puntuación escala de depresión		
	Media	Desviación tip.	
Vive sólo	6,30	4,33	$t = 2,465$ $p = 0,014$
No vive sólo	5,08	3,79	

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

4.6. COMBINACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y EL ESTADO COGNITIVO.

Para establecer la *dependencia de otra persona*, como comentamos en el apartado de metodología, se combinó la capacidad funcional para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y el estado cognitivo. Ya que la dependencia puede venir dada por limitaciones funcionales asociadas con problemas físicos, o por la merma de la conciencia o de la capacidad de razonar. Los test de Barthel, Frenchay y Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) correlacionan significativamente entre sí y de forma directa, mostrando que los tres tipos de dependencia aumentan o disminuyen paralela y simultáneamente en la población atendida en recursos sociales y sanitarios (tabla 46).

TABLA 46. COVARIACIÓN ENTRE LOS TEST DE BARTHEL, FRENCHAY Y MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC).

Test	Prueba utilizada	Barthel	Frenchay	MEC
Total Barthel (puntuación)	Correlación de Pearson	1,000	0,552	0,531
	Sig. (bilateral)	.	0,000	0,000
Total Frenchay (puntuación)	Correlación de Pearson	0,552	1,000	0,529
	Sig. (bilateral)	0,000	.	0,000
Total MEC (puntuación)	Correlación de Pearson	0,531	0,529	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	.

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al considerar conjuntamente la dependencia para las básicas e instrumentales de la vida diaria y el grado de conservación cognitiva – dependencia de otra persona-, observamos que el 45,1% de la población atendida presenta una dependencia severa o total; en el otro extremo, el 35,1% es independiente o tiene una dependencia ligera.

En la demanda atendida no existe asociación significativa entre género y grado de dependencia de otra persona ($X^2 = 0,492$; $p = 0,921$), aunque el grupo más numeroso es el de mujeres con un grado de dependencia severo o total (26,3%) (tabla 47).

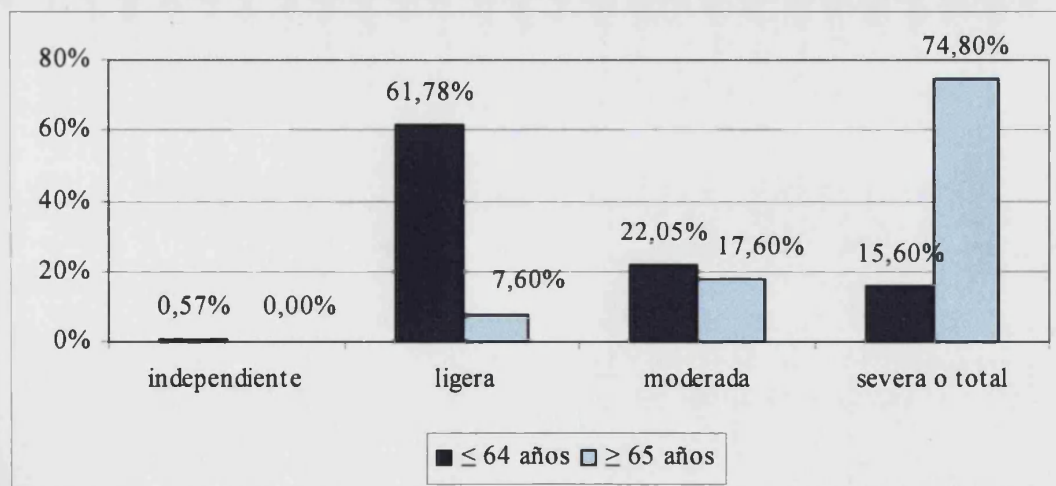
TABLA 47. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN FUNCIÓN DEL GÉNERO Y EL GRADO DE DEPENDENCIA DE OTRA PERSONA.

Nivel de Dependencia (% sobre el total)	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
Independiente	0,12	0,17	0,29
Ligera	15,77	19,05	34,82
Media	8,70	11,12	19,82
Severa o total	18,78	26,29	45,07
Total población	43,37	56,63	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Sí existe asociación significativa entre grado de dependencia de otra persona (combinando capacidad funcional y conservación cognitiva) y grupo de edad ($X^2 = 179,531$; $p < 0,001$). Así, las personas mayores de 65 años de la población atendida presentan porcentajes más elevados de dependencia severa o total que los jóvenes (gráfico 44).

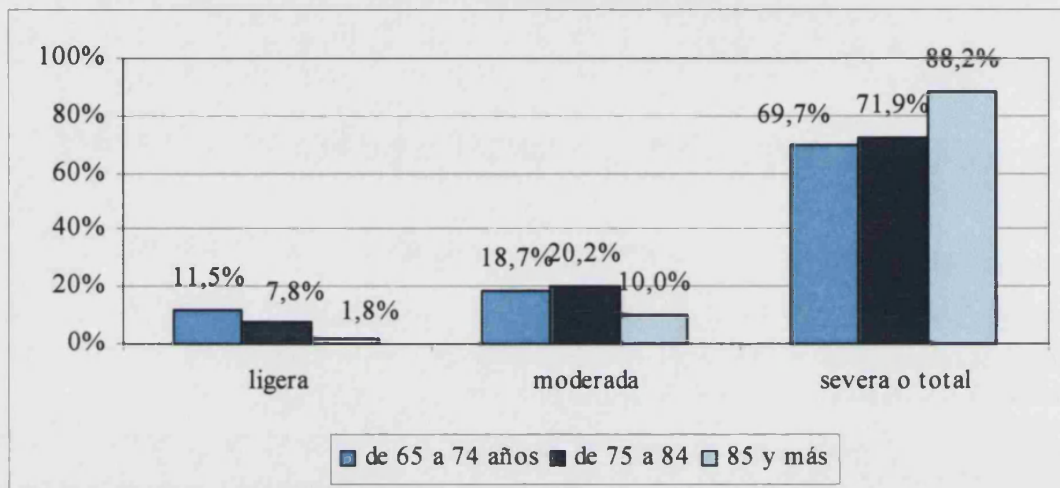
GRÁFICO 44. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN FUNCIÓN DE LA DEPENDENCIA, EN CADA GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

A su vez, dentro del grupo de los mayores de 65 años, se aprecian porcentajes más elevados de dependencia severa o total entre los más ancianos (gráfico 45).

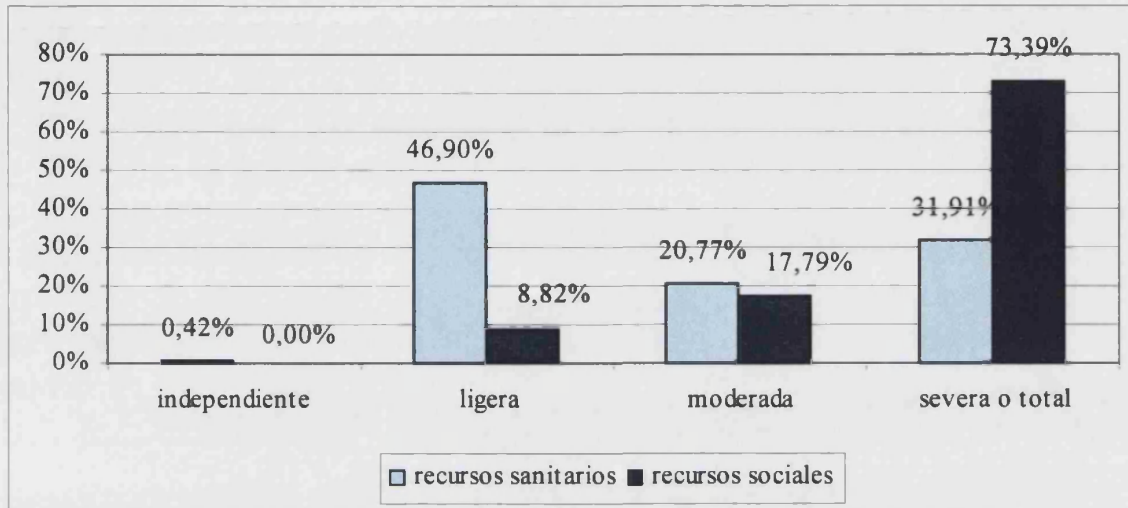
GRÁFICO 45. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDAS EN FUNCIÓN DE LA DEPENDENCIA DE OTRA PERSONA, EN CADA SUBGRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Por estratos, el 73,4% de la población atendida en recursos sociales presentan una dependencia severa o total –combinando capacidad funcional y estado cognitivo-, y solo un 8,8% son dependientes ligeros (gráfico 46). En el estrato sanitario estos porcentajes son del 31,9% y del 46,9%, respectivamente.

GRÁFICO 46. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN FUNCIÓN DE LA DEPENDENCIA DE OTRA PERSONA, EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

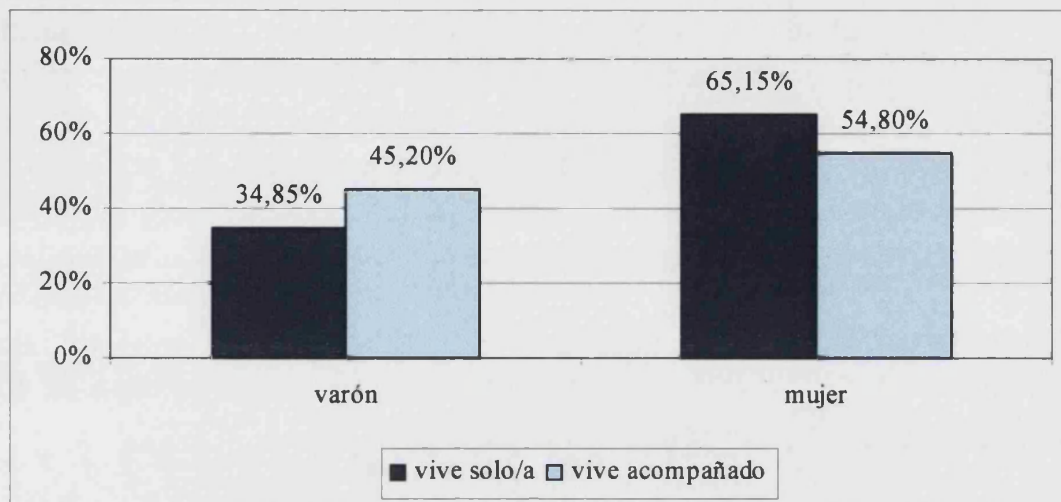
4.7. APOYO SOCIAL DE LA DEMANDA ATENDIDA.

El apoyo social hace referencia al capital de relaciones personales y asistenciales que una persona posee procedentes de la familia, los amigos y el entorno próximo. Ello le mantiene en contacto con la sociedad, y puede ser convertido en ayuda inmediata en caso de necesidad. Las personas dependientes, que requieren cuidados de larga duración, necesitan una adecuada red de apoyo social que garantice la prestación de dichos cuidados. Si este apoyo no procede de su entorno doméstico y familiar, o no puede ser adquirido en el mercado, estas personas buscarán la ayuda en la Administración a través de centros sociosanitarios, como residencias u hospitales para crónicos.

En este estudio, para estimar la magnitud de esta variable, se han considerado los siguientes factores: si la persona vive sola o acompañada; si tiene o no tiene cuidador real, que atienda sus necesidades básicas y supla sus deficiencias temporales o permanentes; si considera que alguien, familiar o amigo, le ayudaría en caso de enfermedad o discapacidad grave (existencia de cuidador potencial); y el grado de relación social, es decir, si le visita su familia con cierta frecuencia, si llama por teléfono y mantiene contacto regular con otras personas o si participa en actividades sociales tales como conversar o pasear.

Aproximadamente el 18,1% de las personas atendidas en la provincia de Valencia, a través de recursos sociales y sanitarios, *viven solas*. No se ha observado una asociación significativa entre las variables género y vivir solo/a ($X^2 = 2,455$; $p = 0,117$), aunque el 65,2% del total de personas atendidas que viven solas son mujeres (gráfico 47).

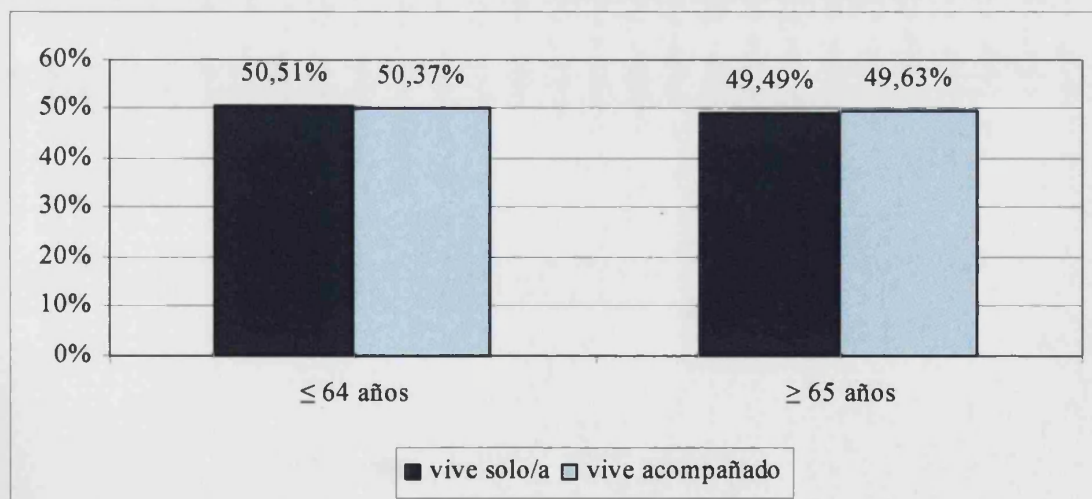
GRÁFICO 47. DISTRIBUCIÓN DE VARONES Y MUJERES EN CADA SITUACIÓN DE CONVIVENCIA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Tampoco existe asociación significativa entre la variable grupo de edad y vivir solo/a ($X^2 = 0,001$; $p = 0,973$). En el estudio se obtiene una distribución porcentual semejante de las personas atendidas mayores y menores de 65 años que viven solas o en compañía (gráfico 48).

GRÁFICO 48. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS MENORES Y MAYORES DE 65 AÑOS EN CADA SITUACIÓN DE CONVIVENCIA.

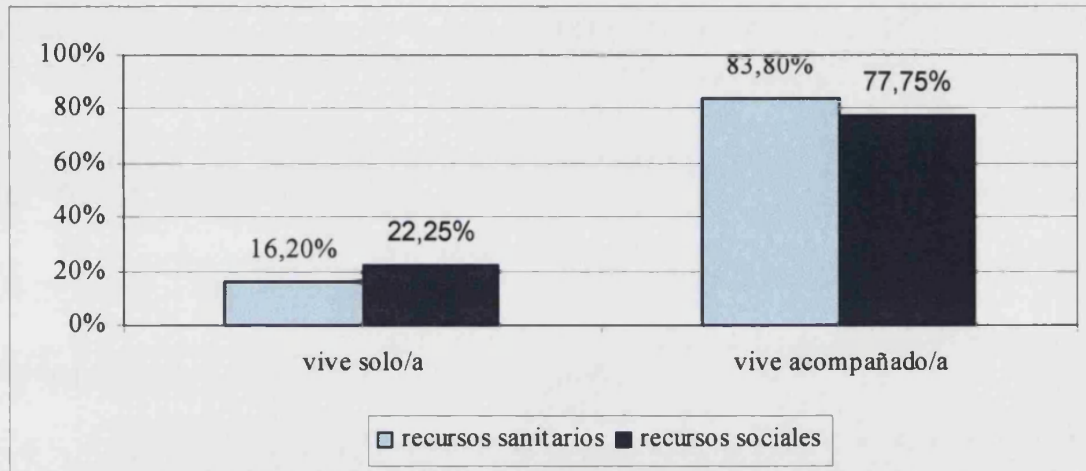


Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Se comprueba que no existe una asociación significativa entre las variables vivir solo/a y el nivel de dependencia para las ABVD –test Barthel- ($X^2 = 8,325$; $p = 0,08$), si bien hay una tendencia a que las personas atendidas en recursos sociales y sanitarios con mayor grado de dependencia sean también las que en un porcentaje más elevado vivan acompañadas. Sí existe una asociación significativa entre las variables vivir solo/a y nivel de dependencia para las actividades instrumentales ($X^2 = 8,358$; $p = 0,039$); las personas atendidas con dependencia severa o total viven, en mayor proporción, acompañadas.

Por estratos, el 22,3% de las personas atendidas en recursos sociales viven solas (gráfico 49); este porcentaje es inferior en el caso de los pacientes que utilizan recursos sanitarios (16,2%).

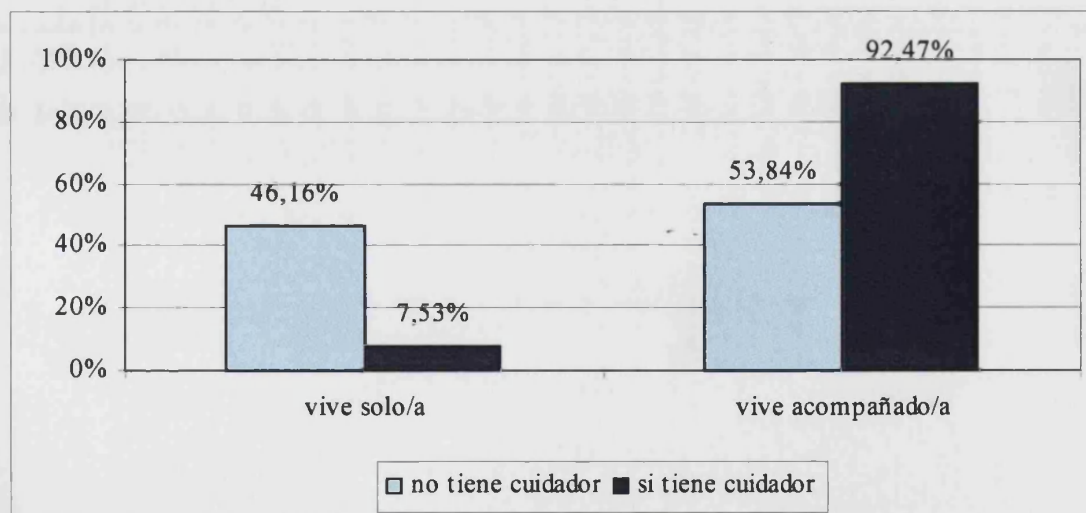
GRÁFICO 49. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN SOLAS O ACOMPAÑADAS EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 65,4% de las personas atendidas tienen *cuidador real*, el 34,6% restante carece de él. El 46,2% de las personas atendidas en recursos sociales y sanitarios que no tienen cuidador real viven solas (gráfico 50).

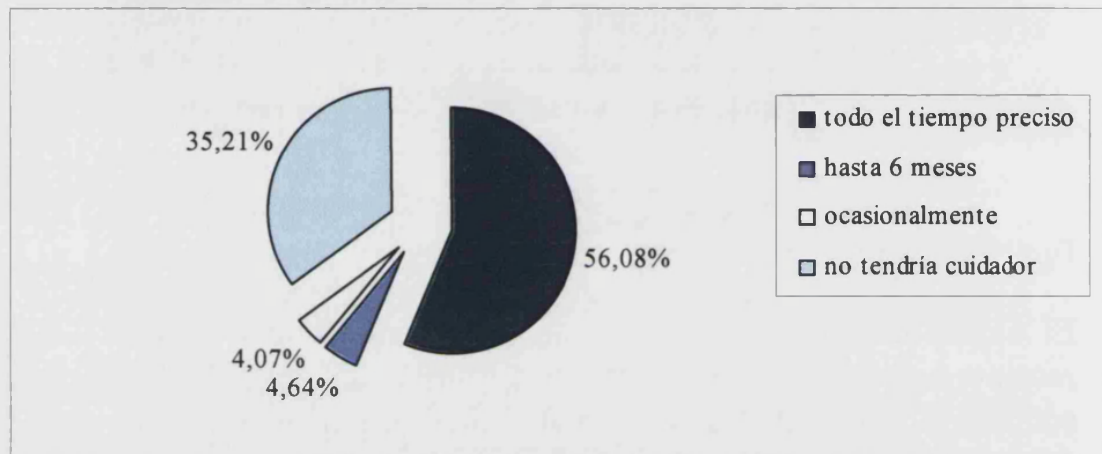
GRÁFICO 50. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN SOLAS O ACOMPAÑADAS EN FUNCIÓN DE LA EXISTENCIA DE CUIDADOR REAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto a los que carecen de cuidador real, el 56,1% cree que dispondría de un cuidador todo el tiempo que precisase en caso de enfermedad o discapacidad grave; en el otro extremo el 35,2% piensa que nadie le prestaría ayuda (gráfico 51). Por género, el 52,5% de las personas sin cuidador real son mujeres y el 47,5% varones.

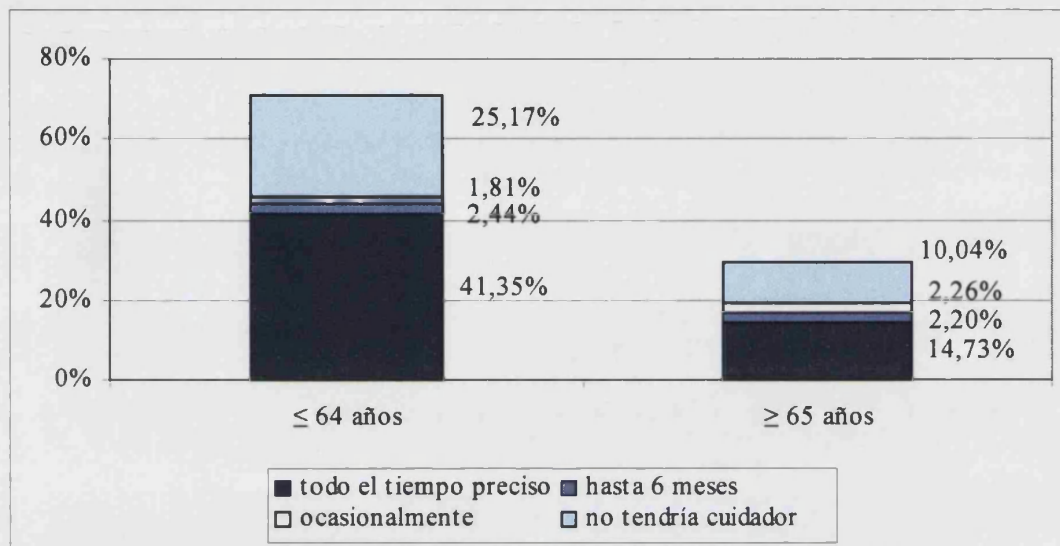
GRÁFICO 51. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA SIN CUIDADOR REAL EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR POTENCIAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Si consideramos la variable grupo de edad, el 70,8% de la población atendida que carece de cuidador real es menor de 65 años, frente a un 29,2% de personas mayores de 65 años. En la población atendida sin cuidador real, el grupo más numeroso son las personas menores de 65 años que consideran que tendría un cuidador potencial en caso de necesitarlo durante todo el tiempo preciso (41,4%) (gráfico 52).

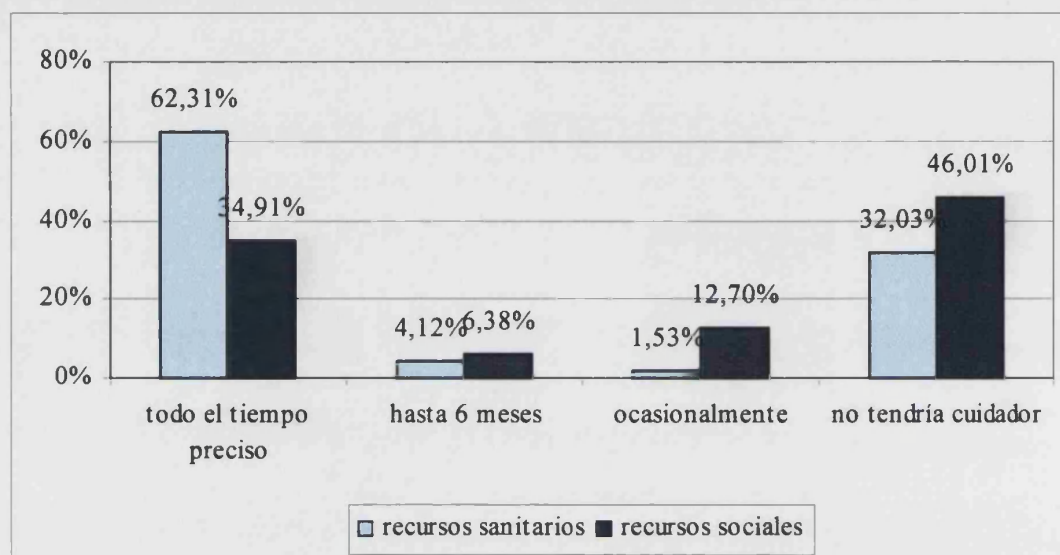
GRÁFICO 52. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA SIN CUIDADOR REAL EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR POTENCIAL Y EL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La población atendida que carece de cuidador está utilizando principalmente recursos sanitarios (77,2%), sólo un 22,8% utiliza recursos sociales. Dentro del estrato sanitario el 62,3% de los pacientes afirman que contaría con un cuidador todo el tiempo que precisasen ante una situación de enfermedad o discapacidad grave; en entre los usuarios de recursos sociales, sólo un 34,9% reconoce que alguien le ayudaría en dicha situación todo el tiempo necesario (gráfico 53).

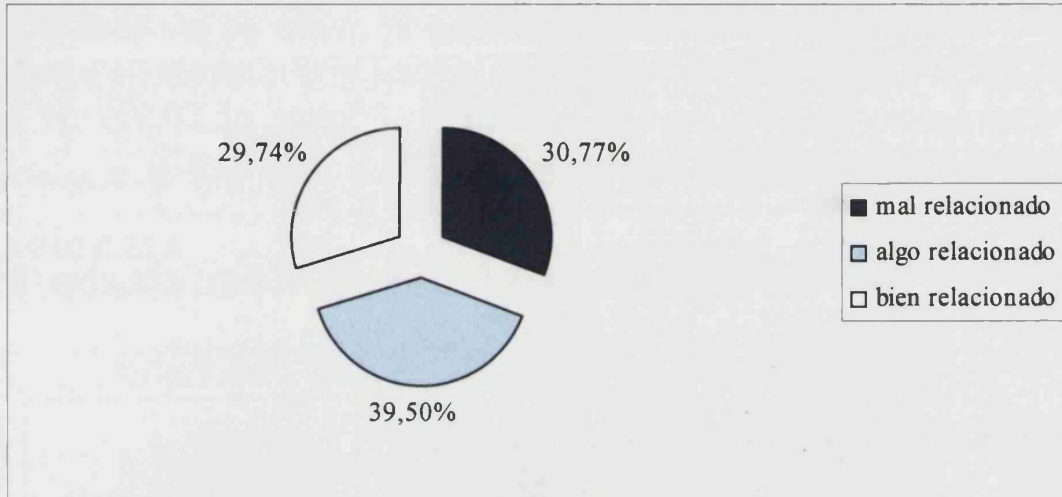
GRÁFICO 53. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA SIN CUIDADOR REAL EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR POTENCIAL EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 30,8% de las personas atendidas en recursos sociales y sanitarios están mal relacionados socialmente (gráfico 54). El *grado de relación social* está asociado a la convivencia con otras personas, la frecuencia con la que se visita a la familia y/o amistades, el número de personas que se conoce lo suficiente como para visitarlas en su casa, la frecuencia con que se habla por teléfono, el número de veces que se pasa algún tiempo con alguien con él que no se convive y si existe alguien con quien se tenga confianza

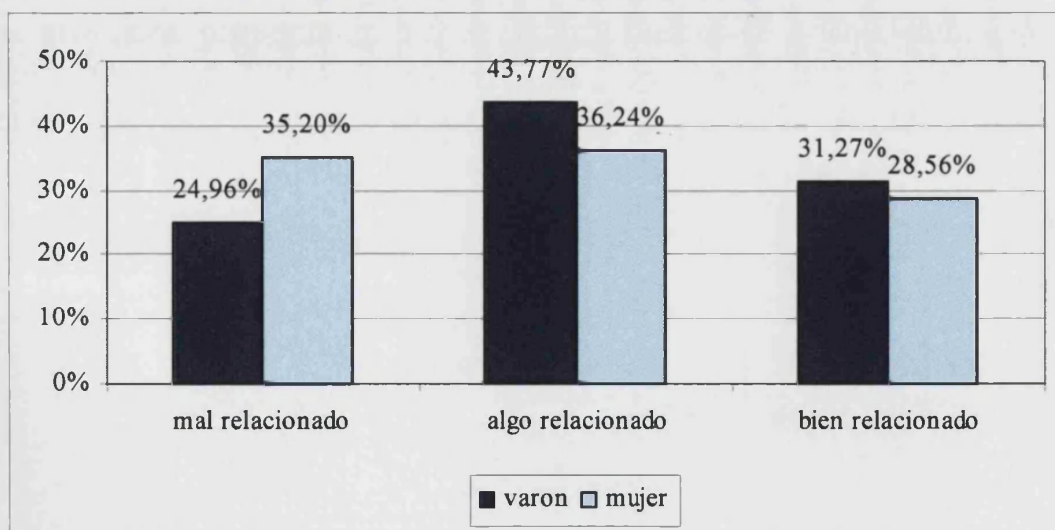
GRÁFICO 54. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN FUNCIÓN DEL GRADO DE RELACIÓN SOCIAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Por género se observan diferencias respecto al grado de relación social, aunque éstas no son estadísticamente significativas ($X^2 = 5,288$; $p = 0,071$). El 35,2% de las mujeres atendidas en recursos sociales y sanitarios tienen graves problemas de relación social, mientras que solo el 24,9% de los varones se encuentra en esta misma situación (gráfico 55).

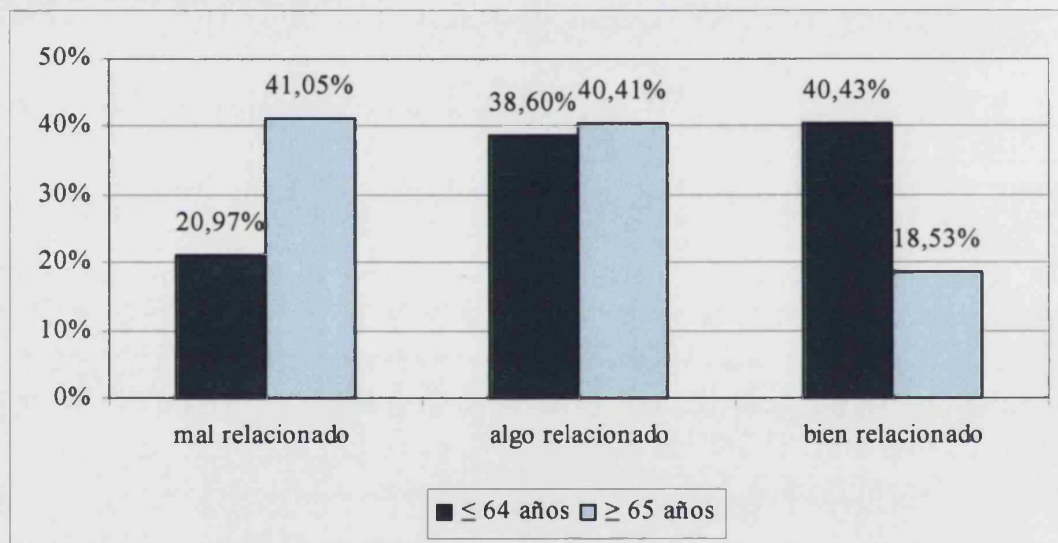
GRÁFICO 55. DISTRIBUCIÓN DE VARONES Y MUJERES ATENDIDOS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE RELACIÓN SOCIAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Se comprueba que en la población atendida, el grupo de 65 años o más se encuentra, de forma estadísticamente significativa, peor relacionado socialmente que el integrado por personas menores de esa edad ($\chi^2 = 29,792$; $p < 0,001$). El 41,1% del total de personas mayores de 65 años se encuentra mal relacionado socialmente, frente al 20,9% de las personas menores de dicha edad (gráfico 56).

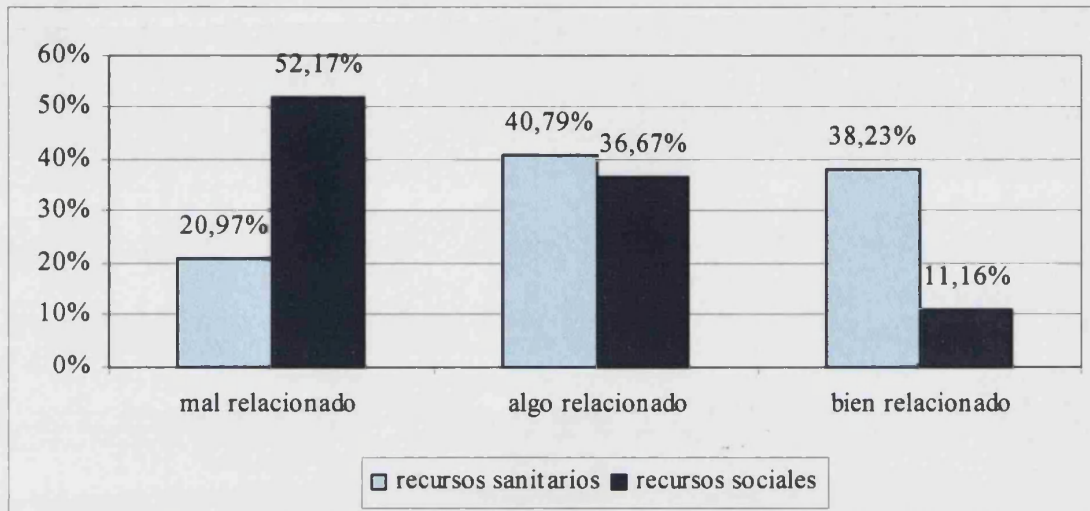
GRÁFICO 56. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS ATENDIDAS MENORES Y MAYORES DE 65 EN FUNCIÓN DEL GRADO DE RELACIÓN SOCIAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Por estratos, cabe destacar la situación de aislamiento social de las personas que utilizan recursos sociales, el 52,2% están mal relacionados (gráfico 57). En el ámbito sanitario las relaciones sociales de los pacientes están menos deterioradas.

GRÁFICO 57. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS FUNCIÓN DEL GRADO DE RELACIÓN SOCIAL EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

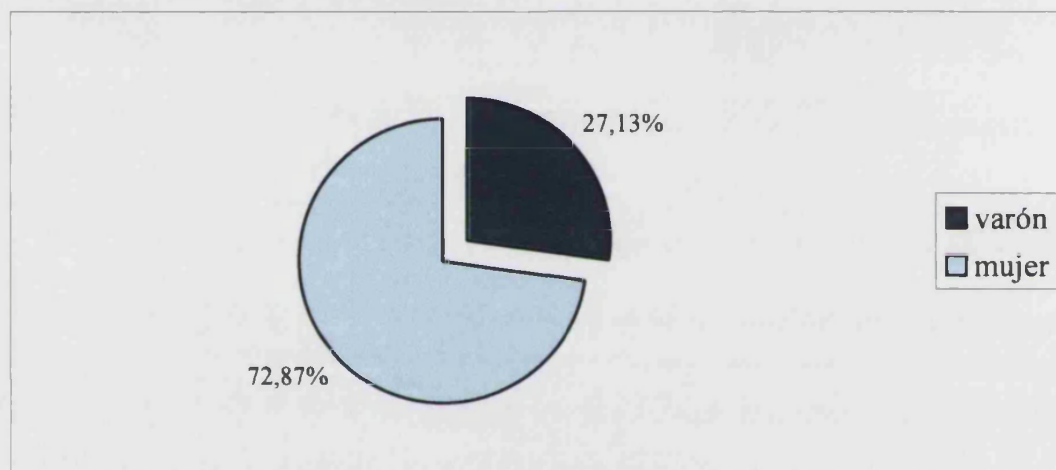
Los datos obtenidos permiten establecer que existe una asociación significativa entre el grado de relación social y el nivel de dependencias para las AIVD –test Frenchay- ($X^2 = 74,678$; $p < 0,001$), de tal forma que las personas atendidas peor relacionadas son también las que presenta un grado de dependencia mayor para las actividades instrumentales. También hay asociación significativa entre estar mal relacionado y padecer fallo cognitivo ($X^2 = 28,868$; $p < 0,001$).

Por último señalar que la mayoría de las personas atendidas en la provincia de Valencia utilizan un solo recurso –social o sanitario- (97%), un 2,7% utilizan dos recursos, y el 0,3% restante entre 3 y 4 recursos. Habría que estudiar, como hemos llevado a cabo en el último apartado de esta tesis, si ese recurso es el más adecuado en cada caso.

4.8. CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES.

El 72,9% de los cuidadores de la población atendida en recursos sociales y sanitarios son mujeres (gráfico 58), con una edad media de 54,5 años (desv. típ. 14,6). La edad media de los varones que ejercen de cuidador es superior, alcanzando los 59,1 años (desv. típ. 14,5).

GRÁFICO 58. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CUIDADORAS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Resulta preocupante la existencia de un 6,9% de cuidadores de 75 o más años que están atendiendo a personas de ese mismo grupo de edad (tabla 48). De este dato se deduce un incremento de la demanda sociosanitaria a corto plazo y, por consiguiente, la necesidad de arbitrar estrategias de provisión de servicios públicos y privados.

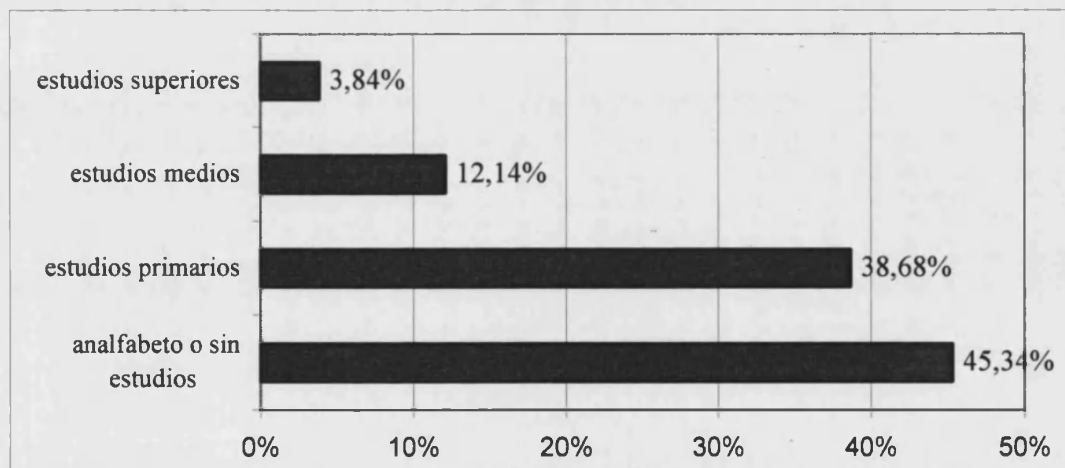
TABLA 48. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CUIDADORA EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD AL QUE PERTENECE Y EL DE LA PERSONA CUIDADA.

Grupo de edad del usuario (% sobre el total)	Grupo de edad del cuidador			Total usuario
	Hasta 64 años	De 65 a 74 años	75 o más años	
Hasta 64 años	40,20	9,04	1,40	50,64
De 65 a 74 años	5,70	7,07	1,53	14,30
75 años o más	21,28	6,90	6,88	35,06
Total cuidador	67,18	23,01	9,81	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Un 45,3% de los cuidadores carecen de estudios o son analfabetos, y sólo un 3,8% tienen estudios superiores (gráfico 59).

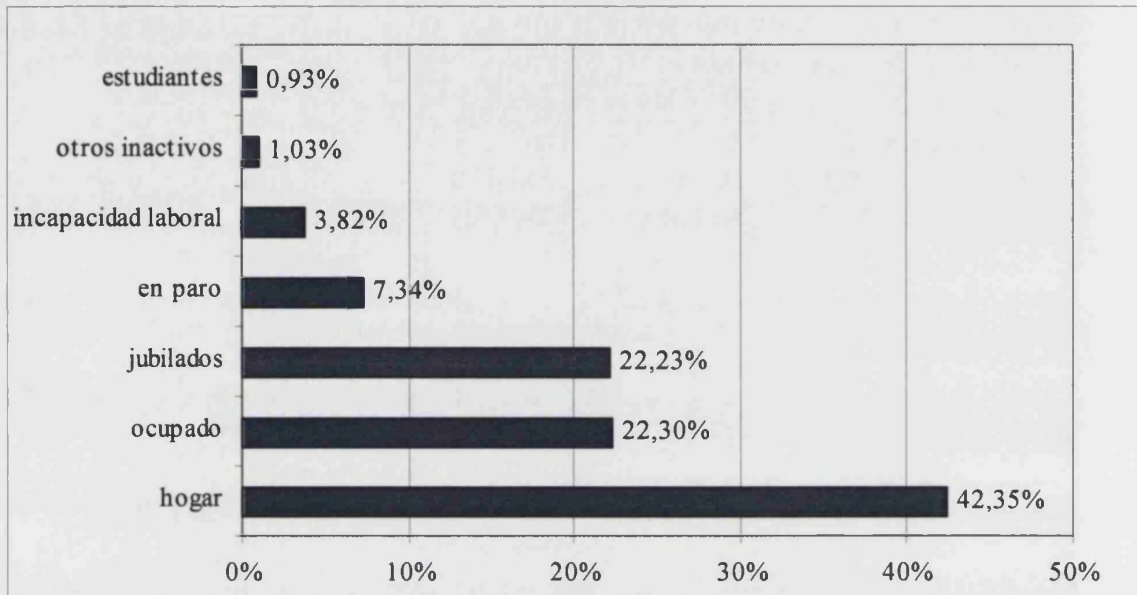
GRÁFICO 59. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CUIDADORAS EN FUNCIÓN DE SU NIVEL DE ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 42,4% de los cuidadores se ocupan de su hogar, el 22,2% está jubilado y otro 22,3% trabaja (gráfico 60). Este dato es muy significativo a la hora de orientar políticas de apoyo a familias con mayores y enfermos dependientes a su cargo.

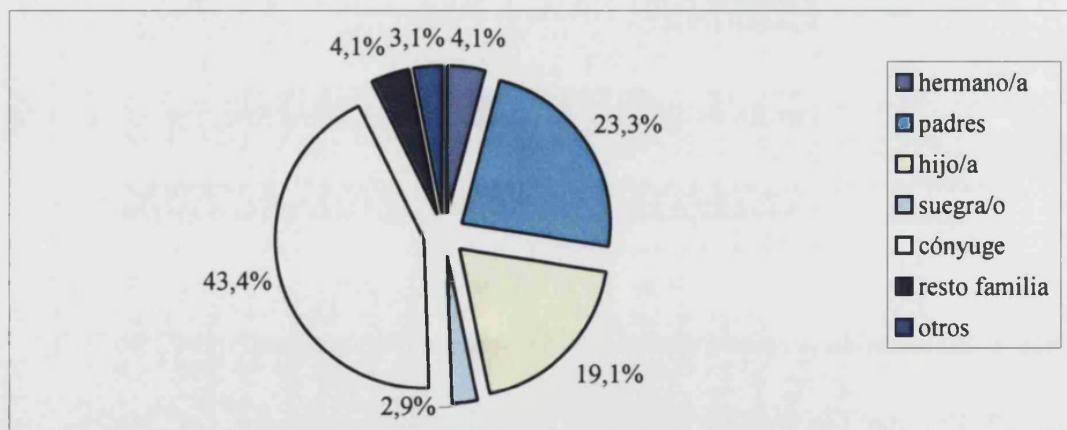
GRÁFICO 60. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS CUIDADORAS EN FUNCIÓN DE SU SITUACIÓN LABORAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Los cuidadores de la provincia de Valencia están atendiendo en un 43,4% de los casos a su cónyuge y en un 23,3% a sus padres (gráfico 61).

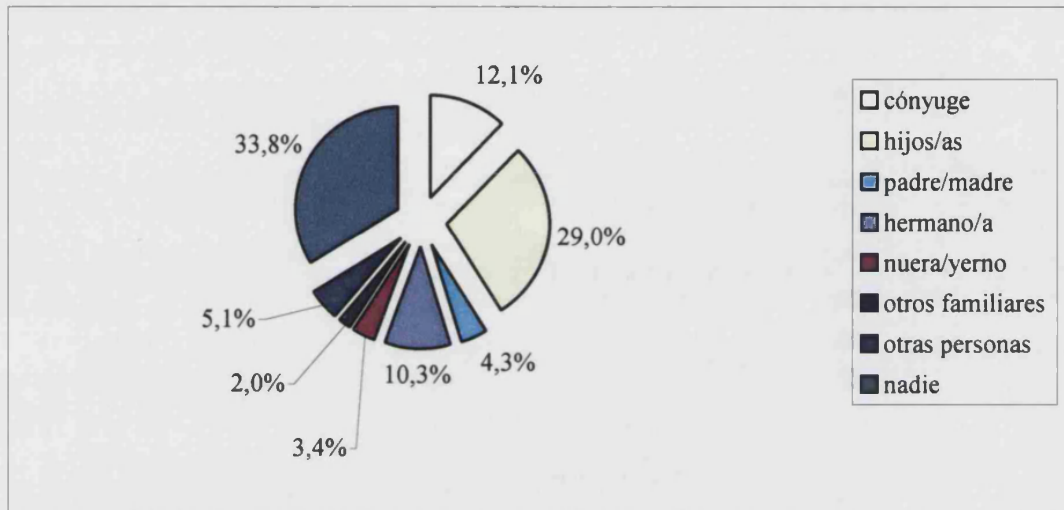
GRÁFICO 61. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CUIDADORA EN FUNCIÓN DEL PARENTESCO CON LA PERSONA CUIDADA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Un 33,8% de los cuidadores afirman no recibir ayuda de nadie, un 29% reciben ayuda de los hijos / as, un 12,1% de su cónyuge y un 10,3% de hermanos / as (gráfico 62).

GRÁFICO 62. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CUIDADORA EN FUNCIÓN DEL PARENTESCO CON LA PERSONA DE LA QUE RECIBE AYUDA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

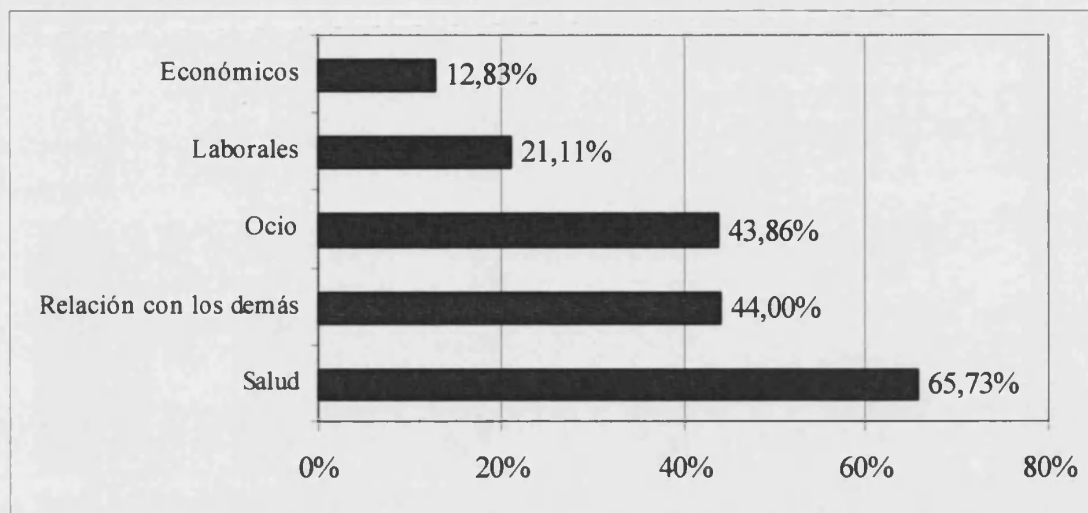
Entre los cuidadores que no reciben ayuda de sus familiares, un 30,4% declara como primera razón no necesitarla y un 21,3% disculpa la ausencia de ésta por cuestiones laborales (tabla 49). Si valoramos la segunda razón planteada por los cuidadores, el 34,1% disculpa a sus familiares por que tienen mucho trabajo; sin embargo, un 15,5% atribuye la falta de ayuda a que sus familiares creen que esa tarea les corresponde a ellos. Este último dato es muy significativo si tenemos en cuenta que la mayoría de los cuidadores son mujeres (esposas o hijas).

TABLA 49. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CUIDADORA EN FUNCIÓN DEL MOTIVO POR EL QUE NO RECIBE AYUDA DE SUS FAMILIARES.

Motivos por los que no recibe ayuda	Primera razón	Segunda razón
No necesito de otros/as	30,41%	14,80%
Tienen mucho trabajo	21,38%	34,09%
Piensen que esa tarea me corresponde a mí	7,31%	15,47%
Viven en otra ciudad	6,29%	12,80%
No quieren	5,73%	7,66%
Viven lejos, aunque en la misma ciudad	1,27%	5,34%
Otras razones	27,61%	9,83%
Total	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

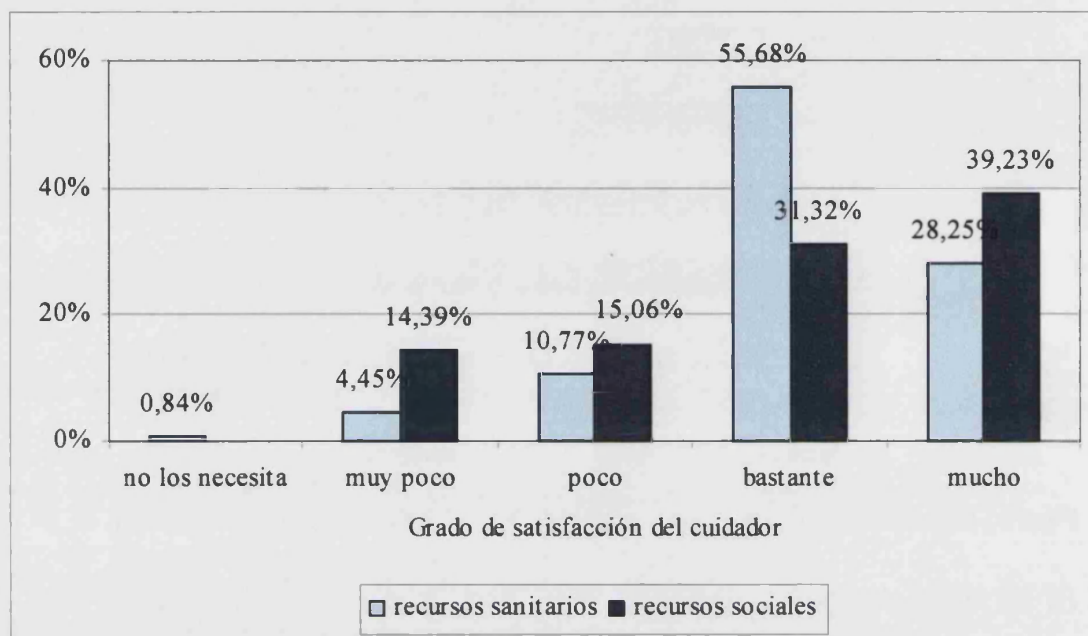
El 65,7% de los cuidadores consideran que su salud se ha visto perjudicada por su actividad como cuidador, el 44% perciben un deterioro en sus relaciones sociales ocasionado por este mismo motivo y el 43,8% consideran que su tiempo de ocio se ha visto afectado negativamente (gráfico 63).

GRÁFICO 63. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CUIDADORA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PERJUICIO PERCIBIDO COMO CONSECUENCIA DE SU COMETIDO.

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 81,65% de los cuidadores están bastante o muy satisfechos con el apoyo que reciben desde los recursos sociales y sanitarios que están utilizando las personas dependientes a las que cuidan, frente a un 17,65% que están muy poco o poco satisfechos. Sólo un 0,7% dice no necesitar apoyo institucional, concretamente de recursos sanitarios. Por estratos, el 83,9% de los cuidadores están bastante o muy satisfechos con el apoyo recibido desde los recursos sanitarios; este porcentaje es inferior en el caso de los recursos sociales, situándose en el 70,6% (gráfico 64).

GRÁFICO 64. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CUIDADORA EN FUNCIÓN DE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE APOYO QUE RECIBEN, EN CADA ESTRATO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

4.9. DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA ATENDIDA POR RECURSOS.

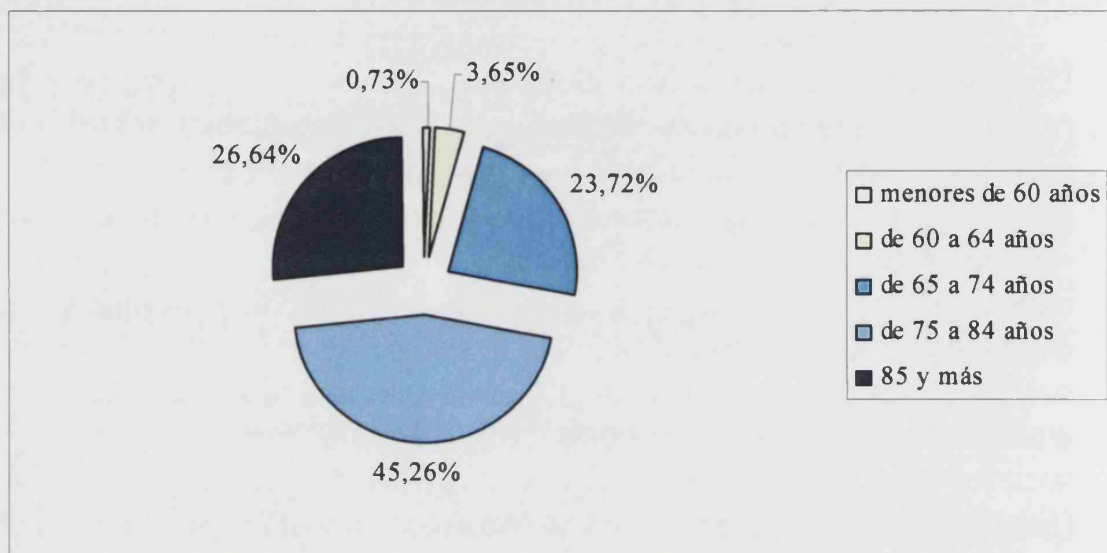
Una vez analizado de forma global el perfil sociodemográfico y las principales características de las personas atendidas en recursos sociales y sanitarios de la provincia de Valencia, en este apartado se presenta un esbozo de dichos aspectos para cada tipo de centro y servicio estudiado. En cada uno de ellos se analizan las principales características sociodemográficas, el diagnóstico clínico, la dependencia (capacidad funcional y estado cognitivo) y el apoyo social. Estos aspectos servirán de base para estudiar la adecuación entre demanda y oferta, es decir, entre las personas con necesidades sociales y sanitarias que requieren cuidados de larga duración (temporales o permanentes) y los recursos que están utilizando en la actualidad.

No obstante, somos conscientes que en aquellos casos en los que la muestra es más reducida, como ocurre con los centros específicos para enfermos mentales (CRIS y CEEM), en las residencias para discapacitados psíquicos o en las plazas de centro de día en residencias de personas mayores, los resultados no son generalizables; aun así resultan interesante conocer esta información para realizar una estimación de la adecuación o no entre los recursos y las necesidades de las personas a las que atienden, que se abordará en un apartado posterior (punto 4.10).

4.9.1. Residencia para personas mayores.

Con relación a los *datos sociodemográficos*, la distribución de edades en centros residenciales para personas mayores es la esperada; así, aproximadamente la mitad de los entrevistados se encuentran en el grupo de 75 a 84 años (gráfico 65), y la edad media alcanza los 78,8 años (desviación tip. 8,61).

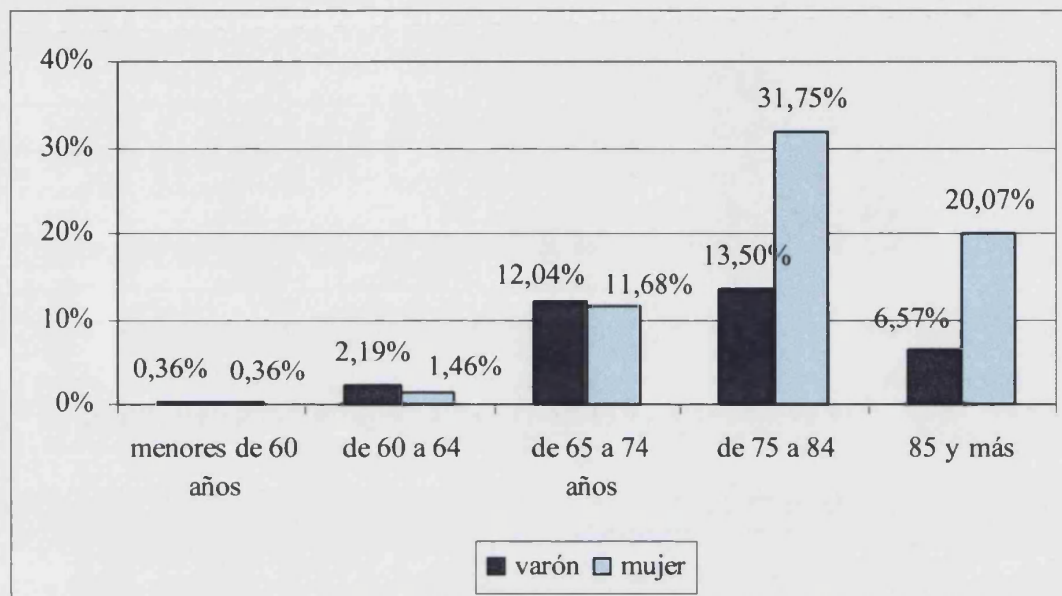
GRÁFICO 65. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 65,6% de los ancianos en residencias son mujeres, frente al 34,4% de varones. La desproporción relativa al género aumenta con la edad, de tal forma que el grupo más numeroso es el de mujeres de 75 años o más (gráfico 66).

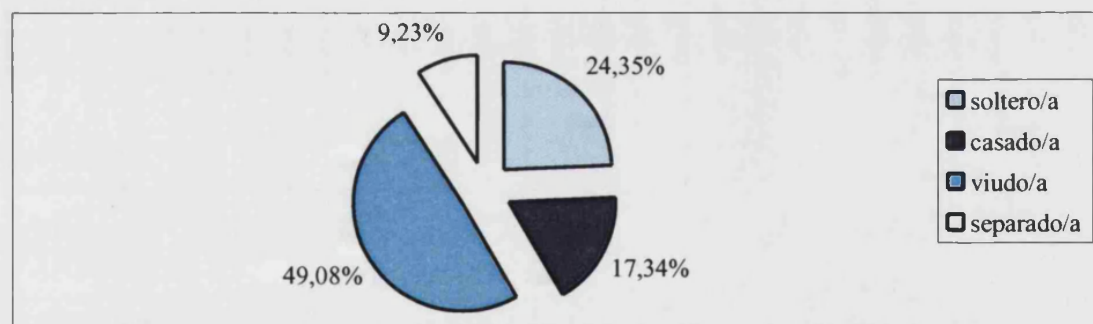
GRÁFICO 66. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD Y EL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Únicamente el 17% de los ancianos en residencias están casados, el 49% son viudos (gráfico 67).

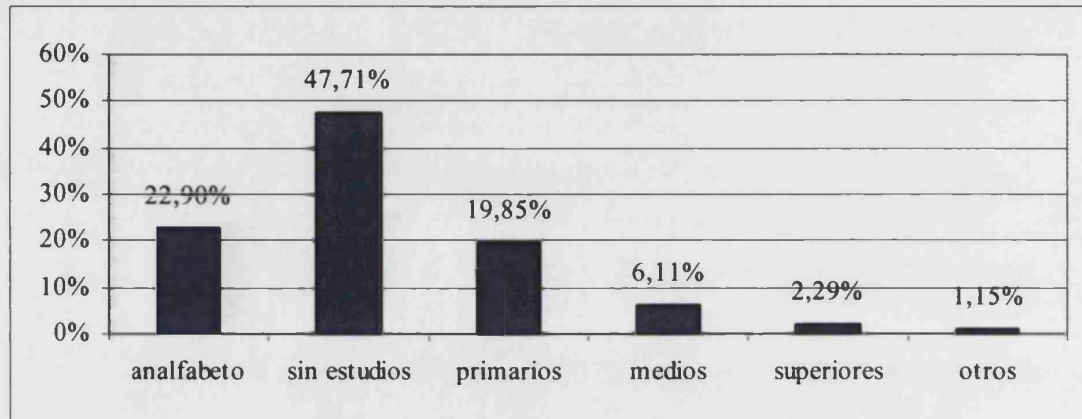
GRÁFICO 67. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Entre los ancianos en residencias hay un porcentaje elevado de personas analfabetas o sin estudios (gráfico 68).

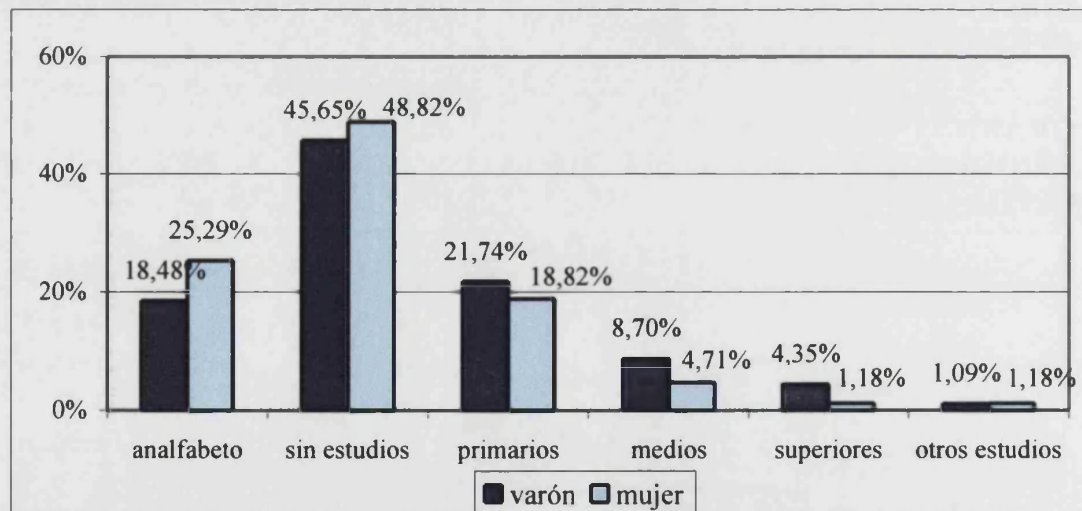
GRÁFICO 68. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En función del género, sólo una de cada cuatro mujeres y uno de cada tres hombres tiene algún tipo de estudios (gráfico 69).

GRÁFICO 69. DISTRIBUCIÓN VARONES Y MUJERES ATENDIDOS EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto a la situación laboral las categorías más representadas, jubilación y otros pensionistas (mayoritariamente, pensión de viudedad), están vinculadas a la edad de los sujetos (tabla 50). Se

observa un sesgo típico en la distribución de varones y mujeres en las categorías "pensión de jubilación" y "otros pensionistas (viudedad)".

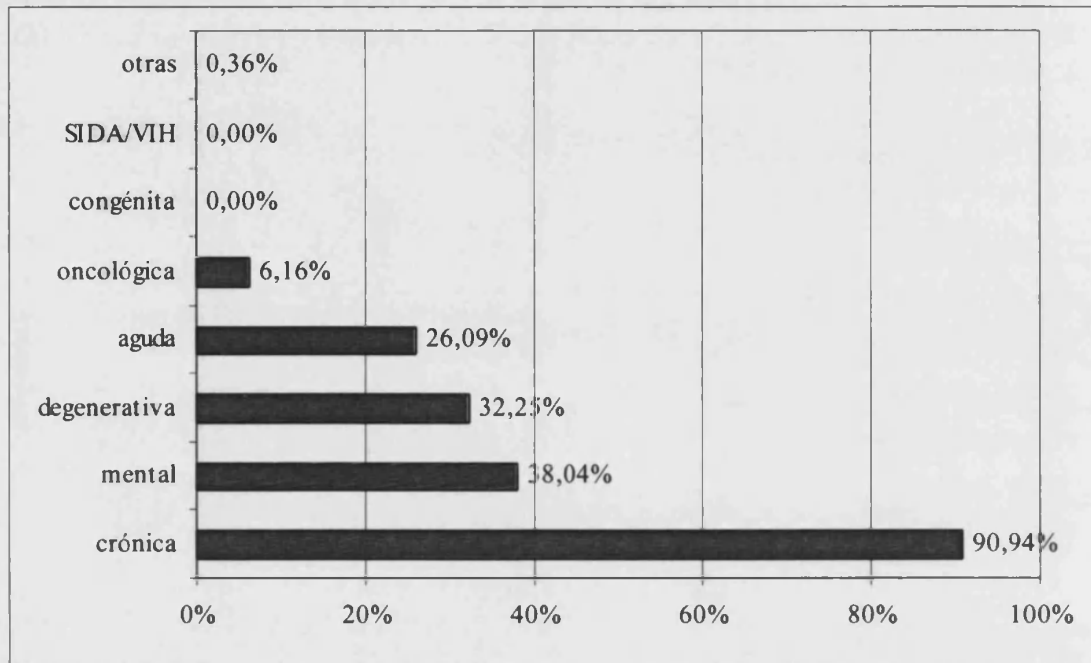
TABLA 50. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL Y EL GÉNERO.

Situación laboral (% por columnas)	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
En paro	2,11	0,00	0,73
Otros tipos de inactivos	2,11	4,44	3,64
Pensión de jubilación	89,46	45,56	60,73
Incapacidad laboral permanente	3,16	0,56	1,45
Otro tipo de pensionista	3,16	49,44	33,45
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al analizar el *diagnóstico clínico*, observamos que el 91% de los ancianos tienen enfermedades crónicas (gráfico 70). Las enfermedades mentales y las degenerativas son también frecuentes en esta población.

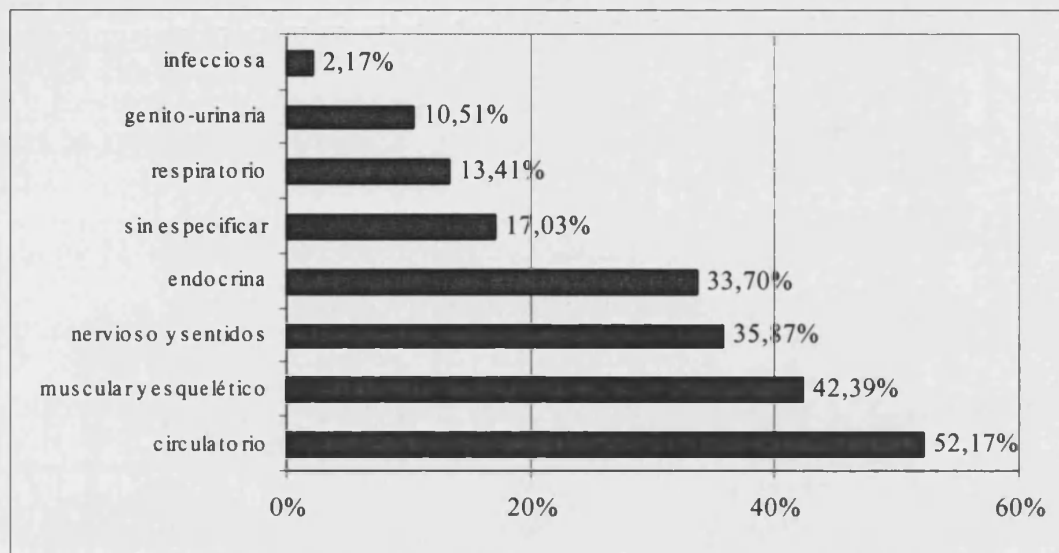
GRÁFICO 70. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN RESIDENCIAS PARA MAYORES POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Entre las enfermedades crónicas, las del aparato circulatorio son las más abundantes, seguidas de las músculo-esqueléticas, de las del sistema nervioso y órganos sensoriales, y de las endocrinas (gráfico 71).

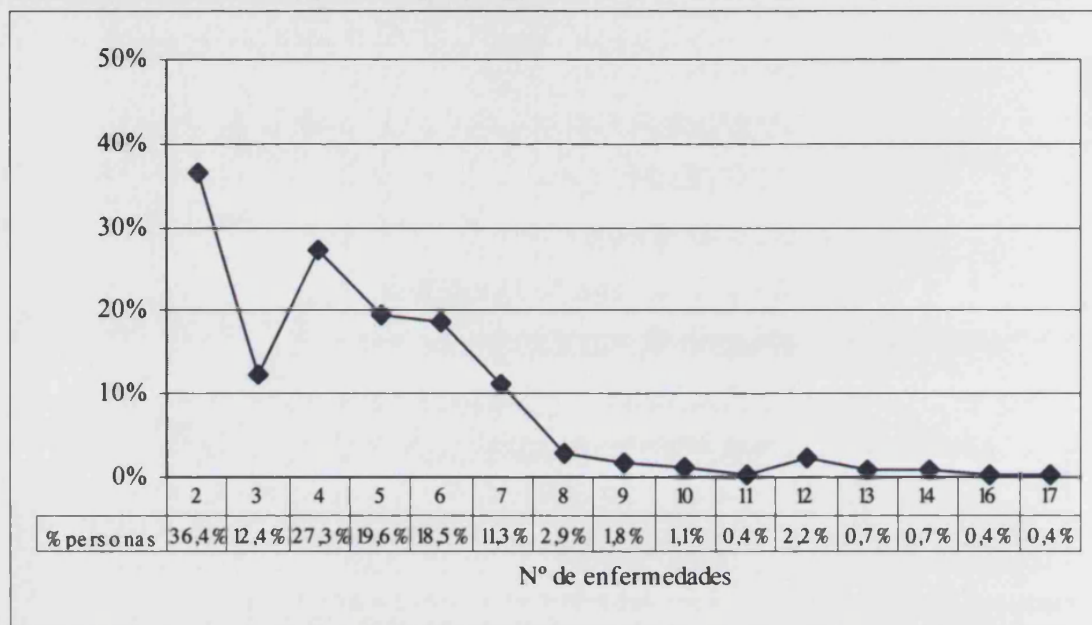
GRÁFICO 71. PORCENTAJE DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA ATENDIDAS EN RESIDENCIAS PARA MAYORES POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 89% de los ancianos en residencias tienen entre tres y siete enfermedades (gráfico 72). La moda está en cuatro enfermedades diferentes. Llama la atención la presencia de pacientes que llegan a presentar hasta 17 enfermedades distintas.

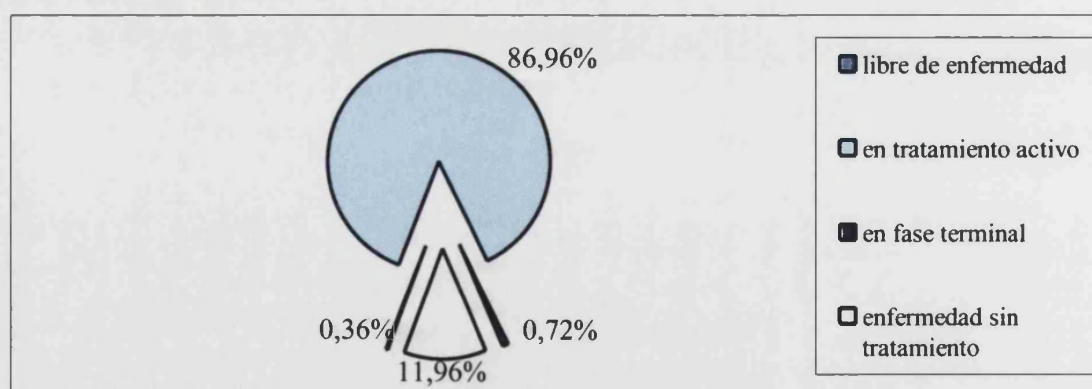
GRÁFICO 72. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de los ancianos se encuentran en tratamiento activo (gráfico 73).

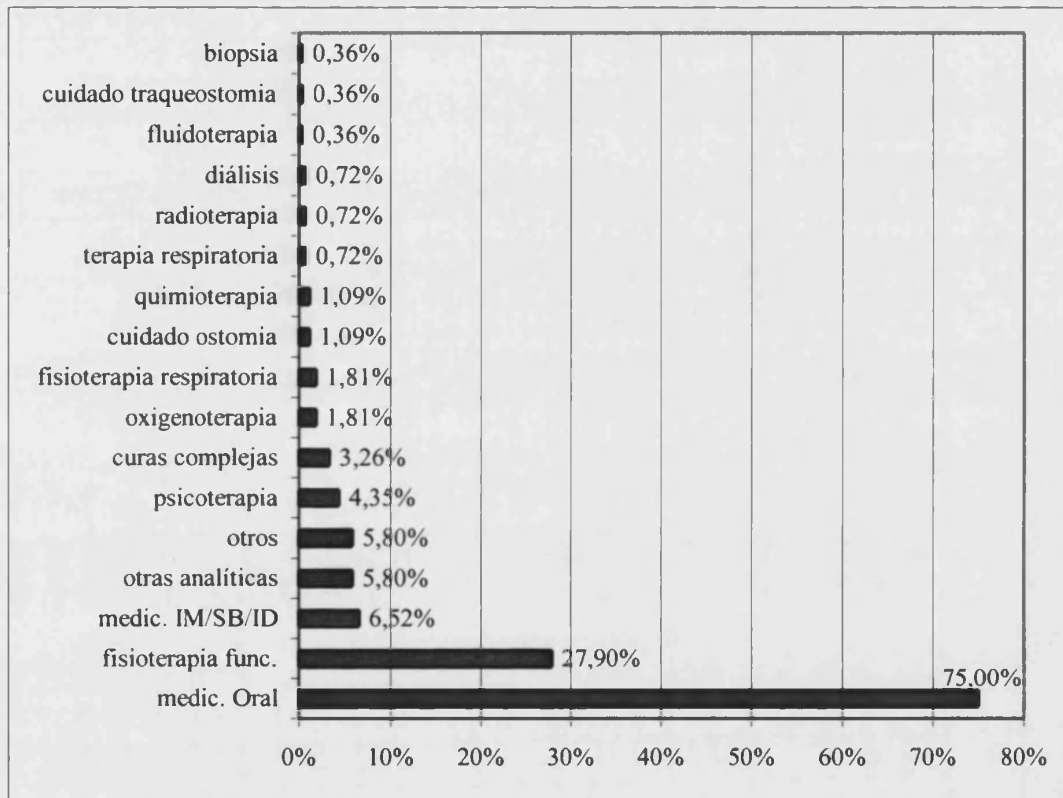
GRÁFICO 73. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DE LA FASE DE SU ENFERMEDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Los procedimientos más utilizados en las residencias de ancianos son la medicación oral y la fisioterapia funcional, lo que es previsible en este tipo de pacientes mayores (gráfico 74).

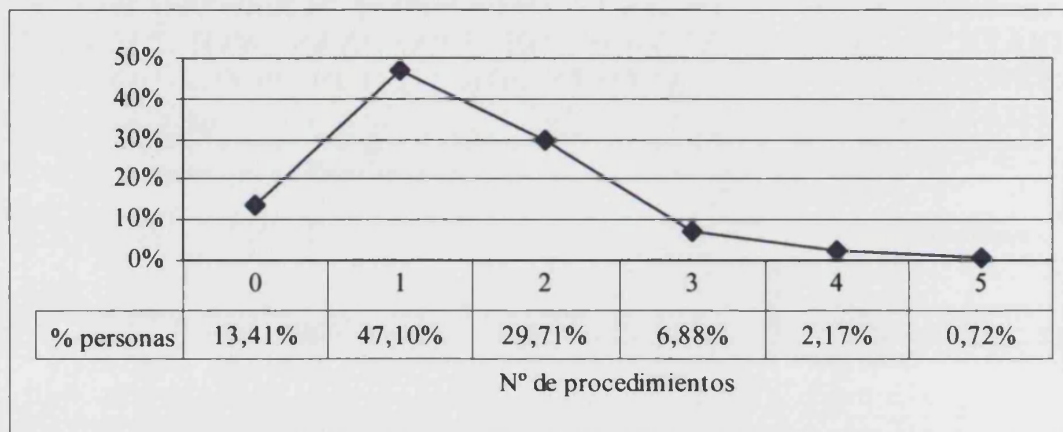
GRÁFICO 74. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN RESIDENCIAS PARA MAYORES POR TIPO DE PROCEDIMIENTO UTILIZADO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La gran mayoría de los ancianos en residencias utiliza uno o dos procedimientos (gráfico 75).

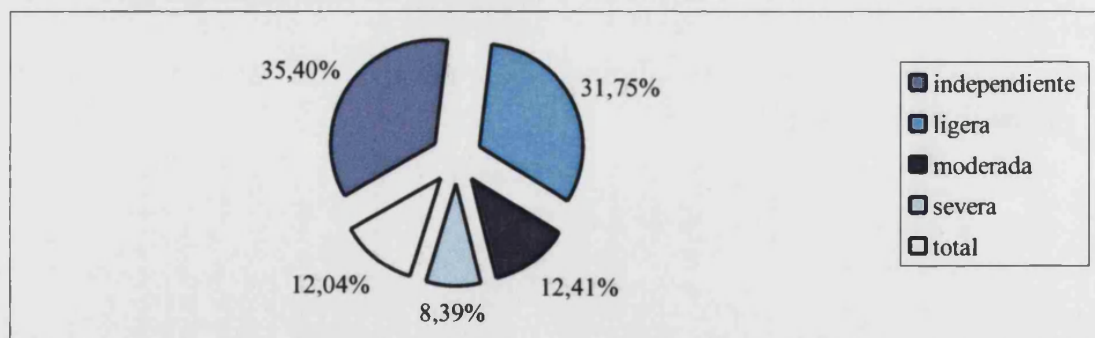
GRÁFICO 75. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al considerar la *capacidad funcional*, los ancianos con una dependencia severa o total para las actividades básicas de la vida diaria representan sólo la quinta parte de la población atendida en este recurso (gráfico 76). Los sujetos independientes y con una dependencia ligera constituyen el 67% del total.

GRÁFICO 76. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD (Test de Barthel).

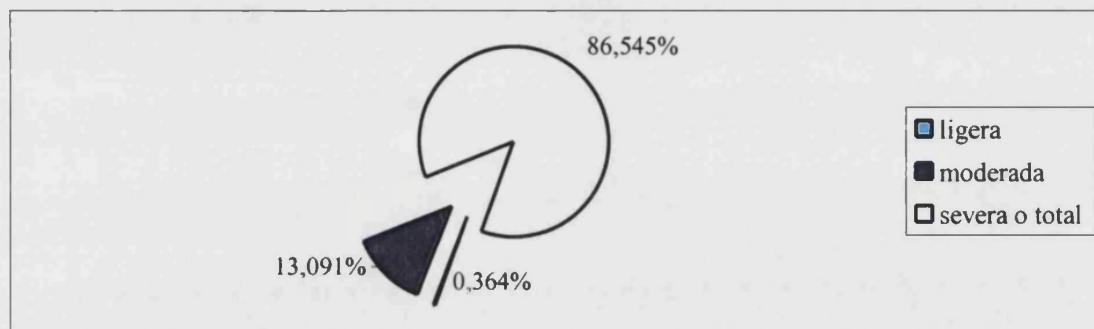


Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Cuando estudiamos la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria el panorama cambia sustancialmente: la mayoría de

los ancianos presentan una dependencia severa o total para este tipo de actividades (gráfico 77).

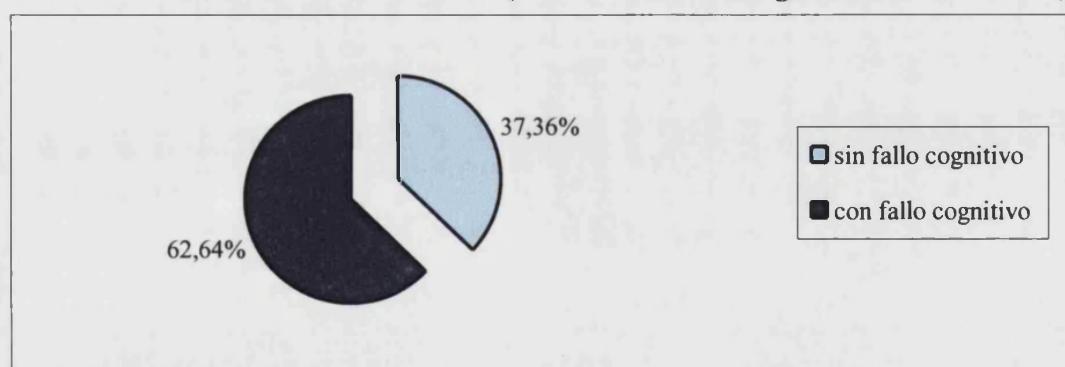
GRÁFICO 77. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD (Test de Frenchay).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Aproximadamente dos de cada tres ancianos en residencias presentan fallo cognitivo (gráfico 78), lo que implica un incremento de su dependencia.

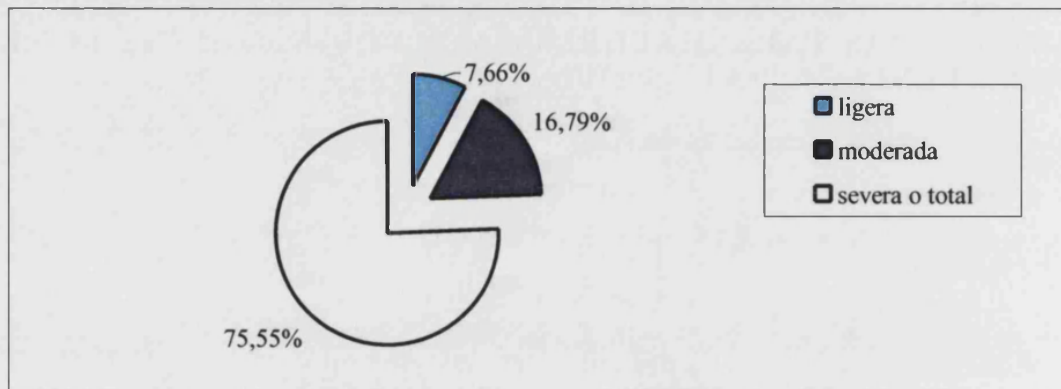
GRÁFICO 78. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DEL GRADO DE CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La combinación de la capacidad funcional y de la conservación cognitiva, permite observar que tres de cada cuatro ancianos ingresados en residencias son dependientes severos o totales (gráfico 79).

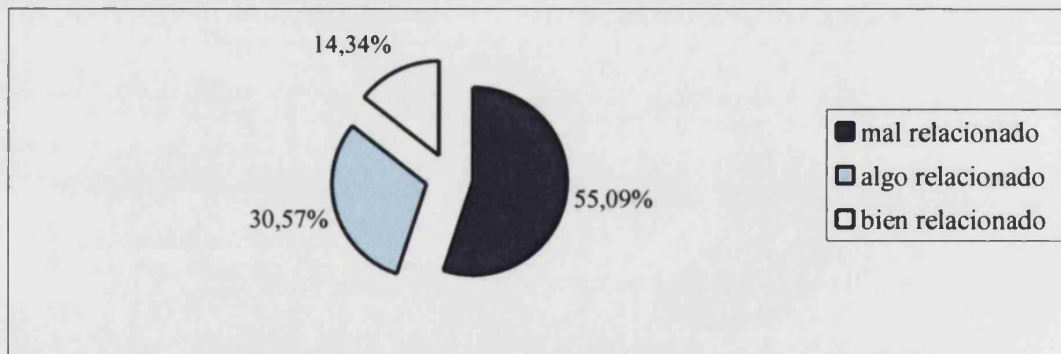
GRÁFICO 79. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DE LA COMBINACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DE LA CONSERVACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación al *apoyo social*, es preocupante comprobar que más de la mitad de los ancianos que viven en residencias tienen un escaso nivel de relación social (amigos, visitas, charlas telefónicas, asistencia a espectáculos, etc.) (gráfico 80).

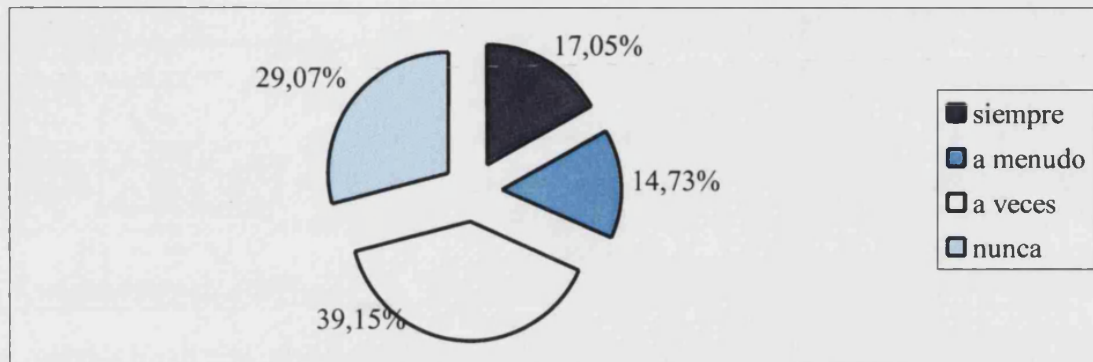
GRÁFICO 80. DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DE SUS RELACIONES SOCIALES.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Un alto porcentaje de ancianos declaran no sentirse solos nunca (29%) o solo en algunas ocasiones (39%) (gráfico 81). No obstante, como veremos a continuación, los niveles de depresión en esta población son elevados.

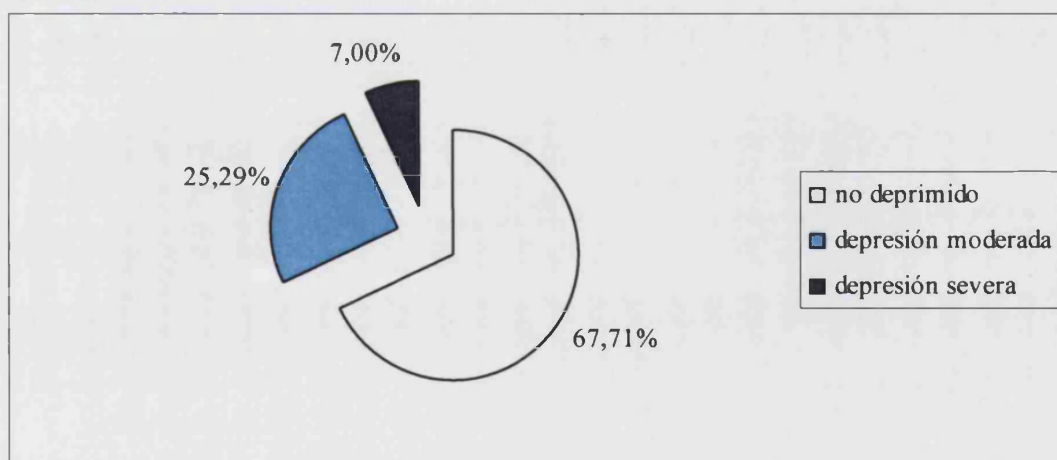
GRÁFICO 81. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DEL GRADO DE SOLEDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El porcentaje de ancianos con niveles moderados o severos de depresión alcanza el 32,3% del total (gráfico 82).

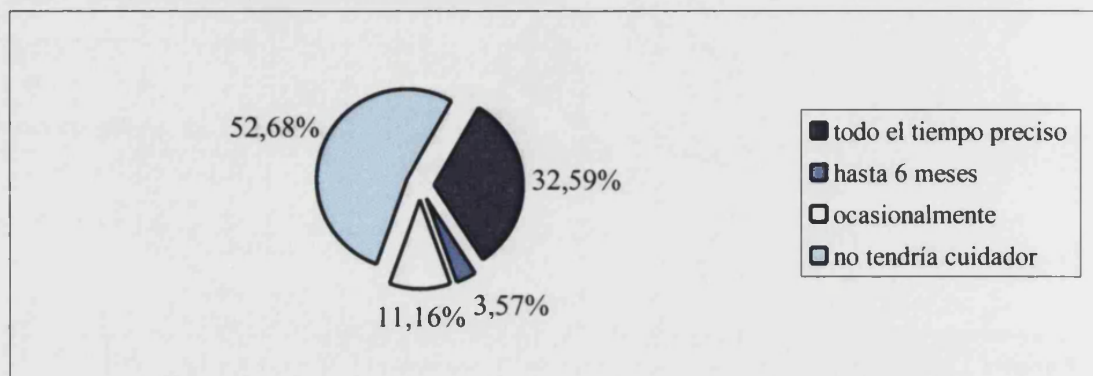
GRÁFICO 82. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La tercera parte de los ancianos en residencias percibe la existencia de un cuidador potencial que los atendería todo el tiempo que fuese necesario (gráfico 83).

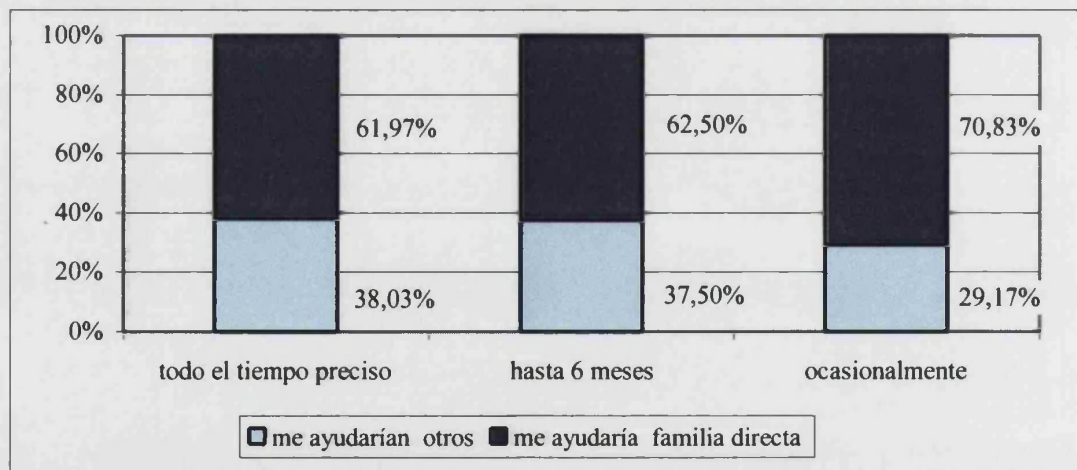
GRÁFICO 83. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS PARA MAYORES EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El cuidador percibido procedería, en dos de cada tres casos, de la familia directa (padres, hijos, cónyuge o hermanos) (gráfico 84).

GRÁFICO 84. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN RESIDENCIAS CON CUIDADORES POTENCIALES DE LA FAMILIA DIRECTA U OTROS, POR DURACIÓN DE LA AYUDA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En resumen, dos de cada tres ancianos en residencias son mujeres, esta desproporción aumenta al incrementarse la edad. El tramo de edad más numeroso es el de 75 a 84 años. Entre los usuarios de los centros residenciales predominan las personas viudas, que perciben una pensión de jubilación o viudedad.

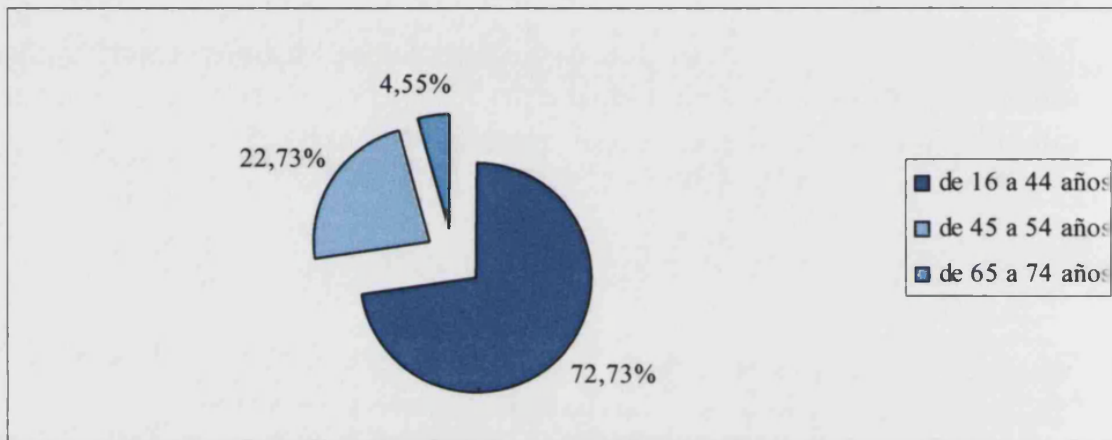
En esta población sobresalen las enfermedades crónicas –sobre todo las que afectan al aparato circulatorio y músculo-esquelético-, las enfermedades mentales y las degenerativas. El número de enfermedades suele estar comprendido entre 3 y 7. La medicación oral y la fisioterapia funcional son los tratamientos más comunes. La mayoría de los ancianos entrevistados presentan una dependencia severa o total, al considerar conjuntamente su capacidad funcional y su estado cognitivo.

Las relaciones sociales de los residentes están bastante deterioradas, aunque es importante destacar que un 33% afirma que podría tener un cuidador que le atendiese todo el tiempo fuese necesario.

4.9.2. Residencias discapacitados.

Con referencia a los *datos* sociodemográficos, la edad media de las personas discapacitadas ingresadas en centros residenciales para discapacitados psíquicos no alcanza los 40 años; sólo un porcentaje mínimo (inferior al 5%) supera los 65 años (gráfico 85).

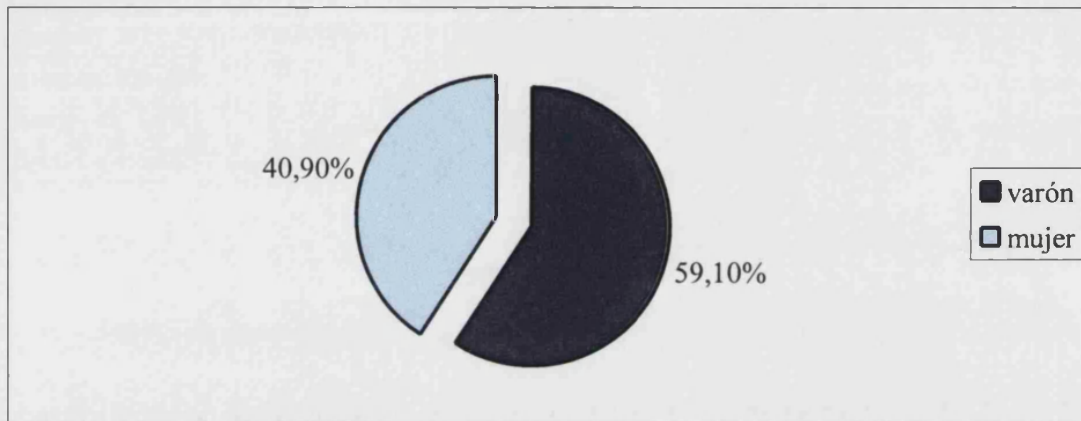
GRÁFICO 85. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Varones y mujeres están representados de forma equilibrada en este tipo de centros, con una pequeña superioridad numérica de los primeros (gráfico 86).

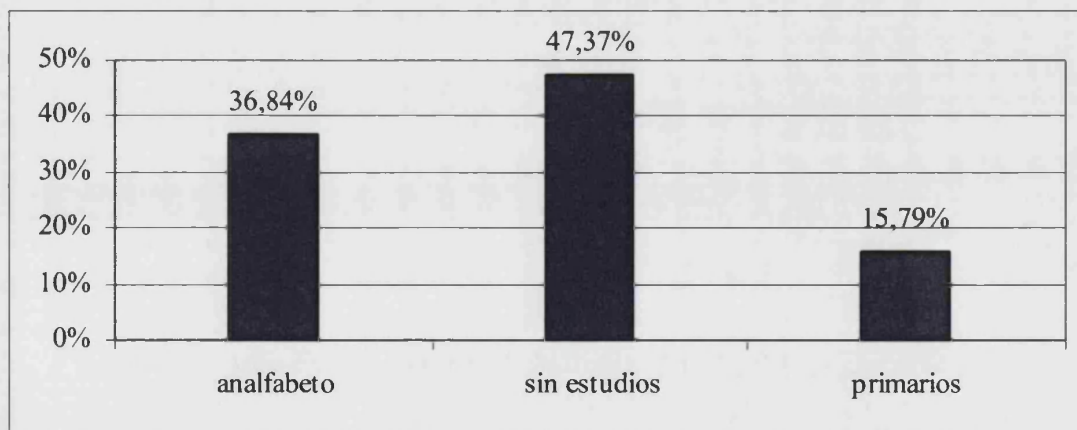
GRAFICO 86. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 100% de la población atendida es soltera. Por otra parte, tan sólo el 16% de estas personas tienen estudios primarios, el resto no tienen estudios (gráfico 87).

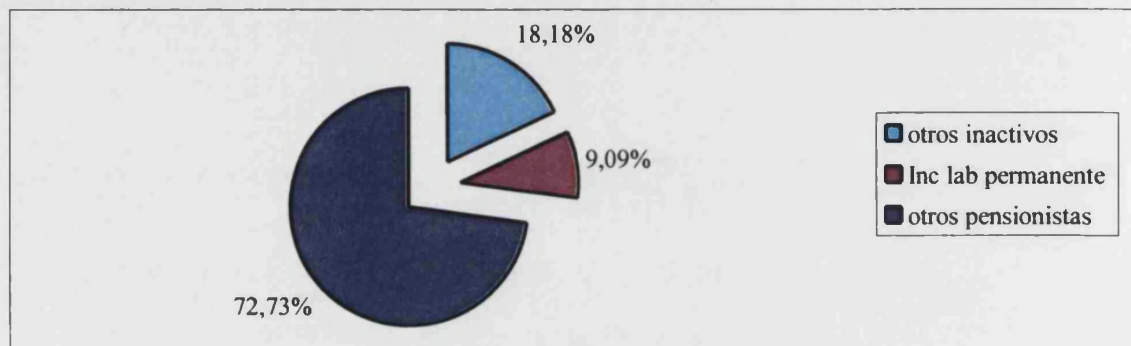
GRAFICO 87. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Cuatro de cada cinco personas son pensionistas por discapacidad. El resto son inactivos o tienen una incapacidad laboral permanente (gráfico 88).

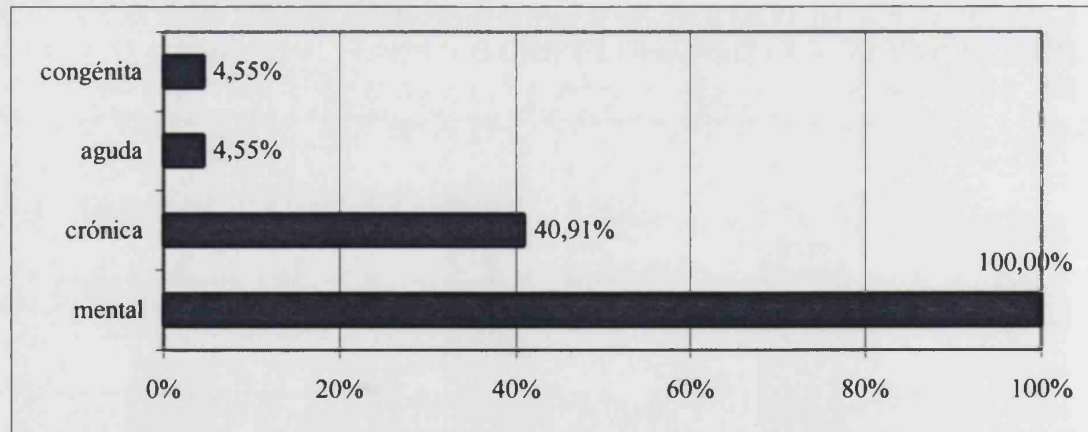
GRAFICO 88. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto al *diagnóstico clínico*, todos los usuarios de las residencias para discapacitados psíquicos presentan algún trastorno mental. En el 41% de los casos también tienen enfermedades crónicas (gráfico 89).

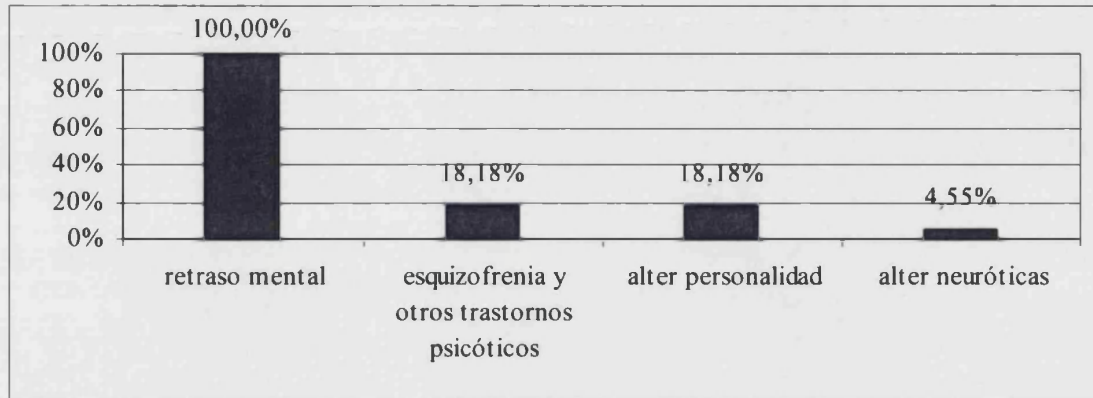
GRAFICO 89. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La enfermedad común de estas personas es el retraso mental (gráfico 90).

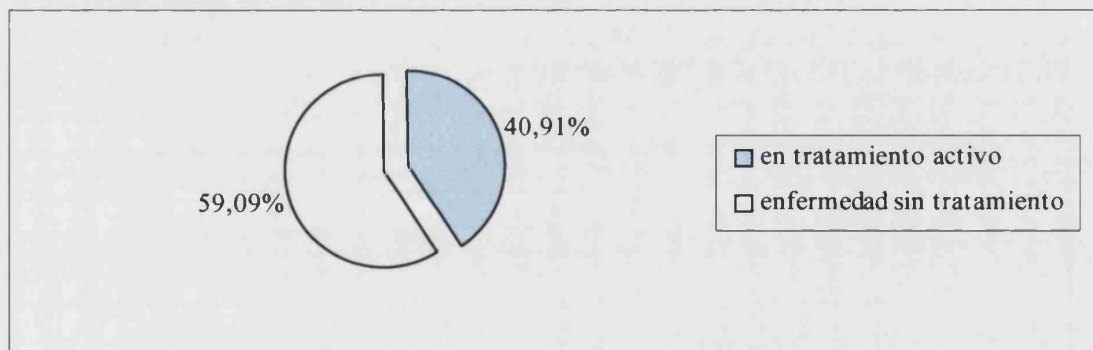
GRAFICO 90. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS POR TIPO DE TRASTORNO MENTAL QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Por otra parte, más de la mitad de estos enfermos no reciben un tratamiento específico (gráfico 91).

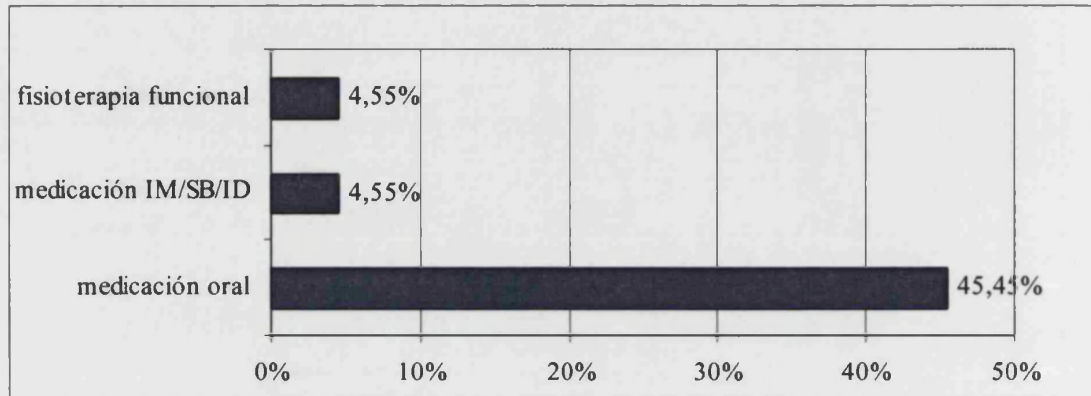
GRAFICO 91. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS EN FUNCIÓN DE LA FASE DE SU ENFERMEDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mitad de las personas atendidas usan la medicación oral como procedimiento clínico (gráfico 92).

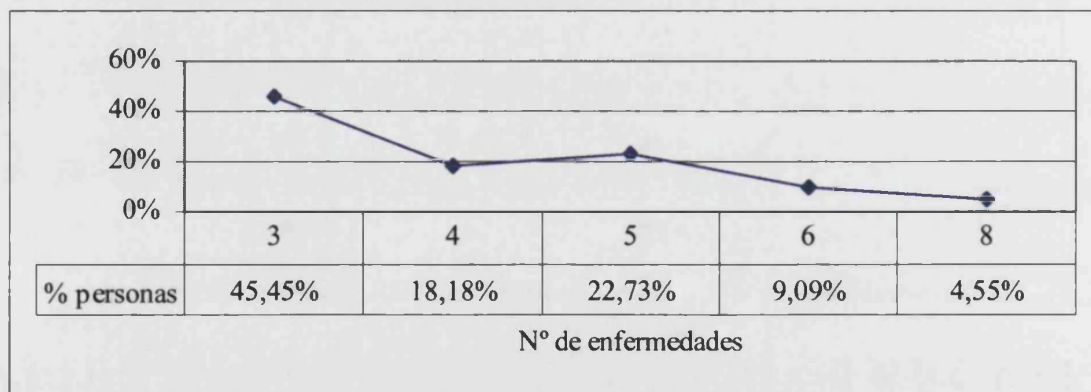
GRAFICO 92. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS POR TIPO DE PROCEDIMIENTO MÁS UTILIZADO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

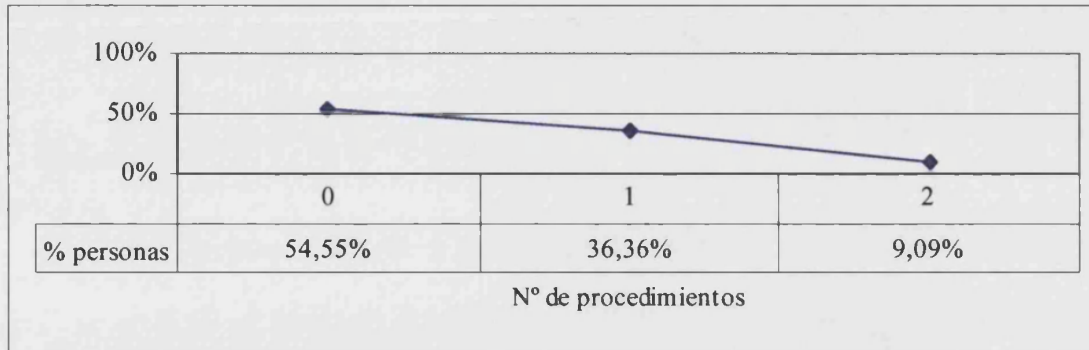
Los usuarios de residencias para discapacitados tienen entre tres y cinco enfermedades (gráfico 93). No obstante, la mayoría no utilizan ningún procedimiento (55% de los casos) o sólo uno (36,5%) (gráfico 94).

GRAFICO 93. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

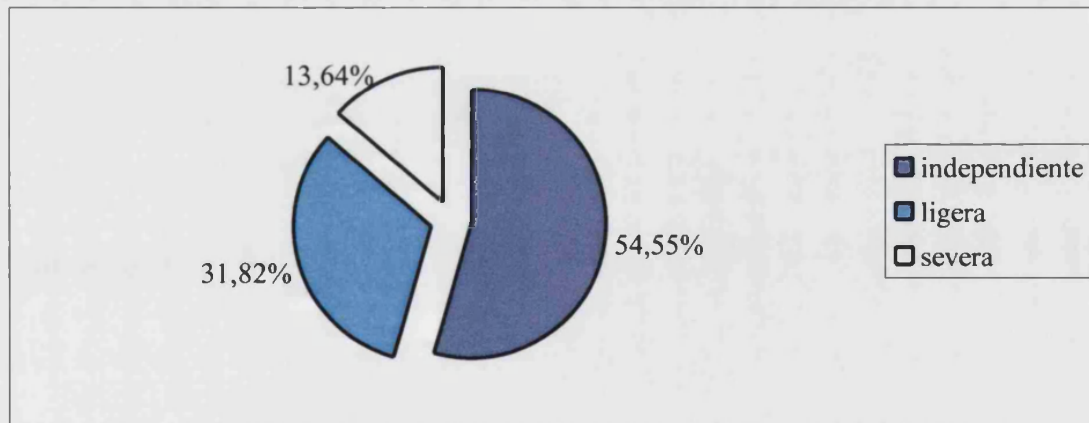
GRAFICO 94. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto a la *capacidad funcional*, más de la mitad de estos usuarios son independientes para las actividades básicas de la vida diaria (gráfico 95).

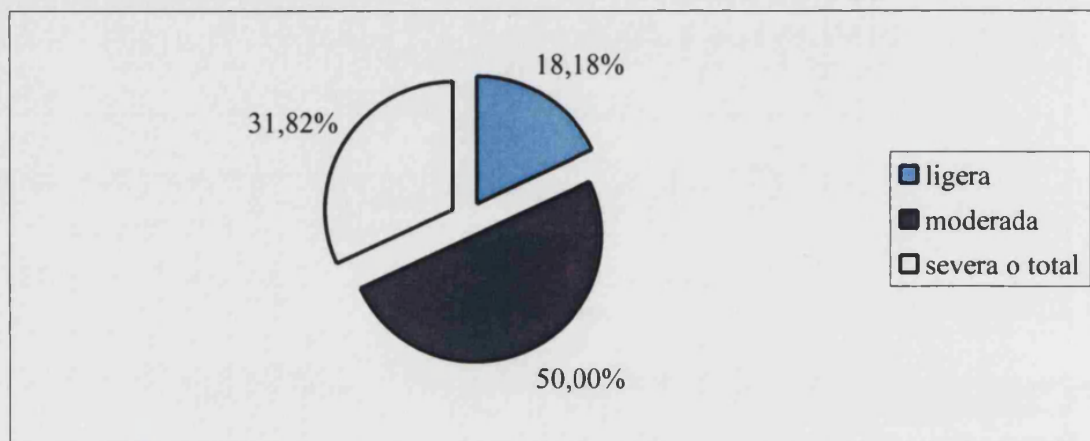
GRAFICO 95. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD (Test de Barthel).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto a las actividades instrumentales, los porcentajes de dependencia moderada o severa son mayores. La tercera parte de estos usuarios son dependientes severos o totales para este tipo de actividades (gráfico 96).

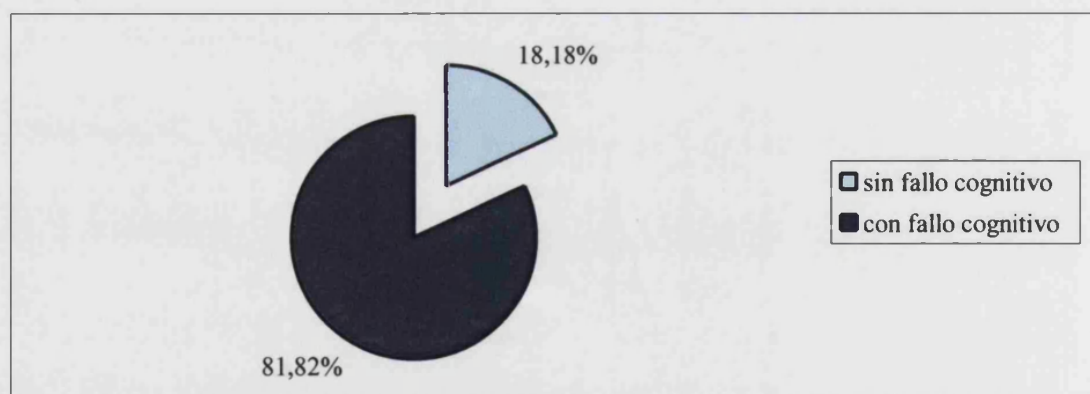
GRAFICO 96. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD (Test de Frenchay).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Una de cada cinco personas usuarias de estas residencias no presenta fallo cognitivo (gráfico 97).

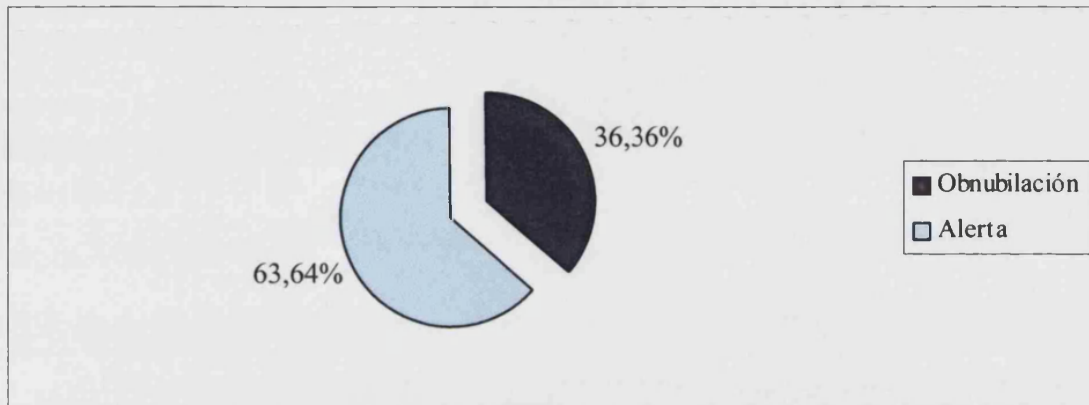
GRAFICO 97. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al interpretar el dato anterior hay que considerar que la tercera parte de estos usuarios están en estado de obnubilación (gráfico 98).

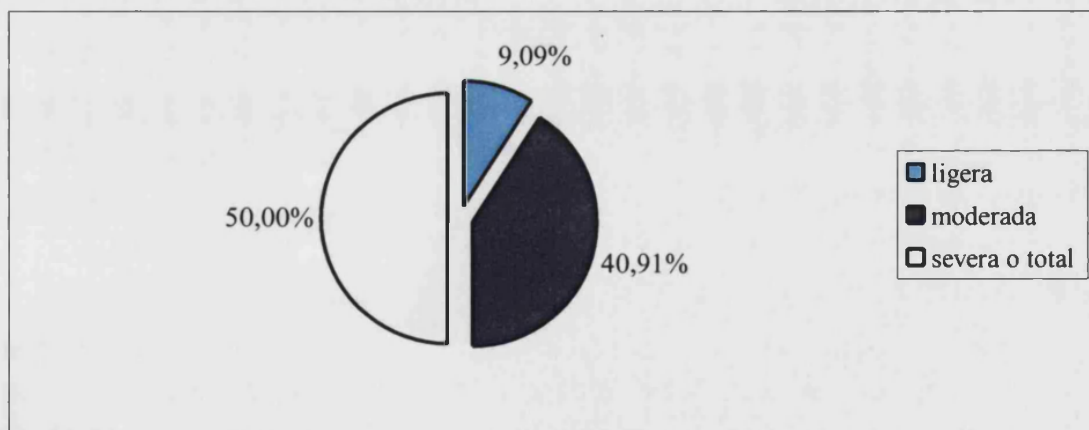
GRAFICO 98. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La combinación de la dependencia funcional con la capacidad cognitiva nos muestra que la mitad de los residentes son dependientes severos o totales, mientras que únicamente el 9% son dependientes ligeros (gráfico 99).

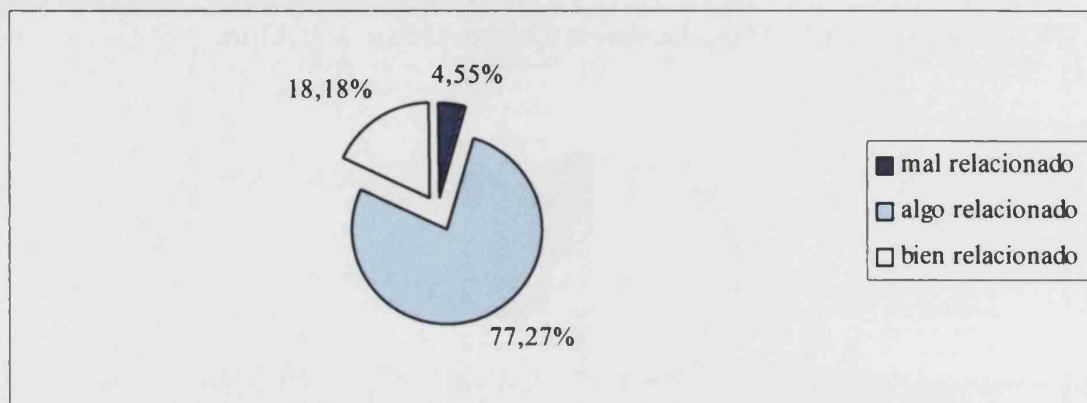
GRAFICO 99. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS EN FUNCIÓN DE LA COMBINACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y LA CONSERVACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto al *apoyo social*, sólo el 5% de las personas discapacitadas se hallan mal relacionadas socialmente (gráfico 100).

GRAFICO 100. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SUS RELACIONES SOCIALES.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 54,5% de los discapacitados contaban con cuidador informal real, y casi el 90% responden que podrían tener un cuidador potencial, en la mayoría de los casos de su familia directa (en este caso, padres y/o hermanos), todo el tiempo que lo precisasen (tabla 51).

TABLA 51. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN RESIDENCIAS DE DISCAPACITADOS EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR POTENCIAL.

Duración de los cuidados (% sobre el total)	Parentesco del cuidador potencial		Total
	Otros	Familia directa	
Todo el tiempo preciso	22,21	66,67	88,88
Hasta 6 meses	5,56		5,56
Ocasionalmente		5,56	5,56
Total	27,78	72,22	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La edad media de la población entrevistada en residencias para discapacitados psíquicos no alcanza los 40 años, es una población joven, soltera, en la que el porcentaje de varones destaca ligeramente sobre el de las mujeres. La gran mayoría son pensionistas y carecen de estudios o son analfabetos. Estas personas padecen trastornos mentales, concretamente retraso mental.

Los usuarios de estas residencias tienen frecuentemente entre 3 y 5 enfermedades, que suelen ser tratadas con medicación oral, si bien, muchos de ellos no utilizan ningún procedimiento.

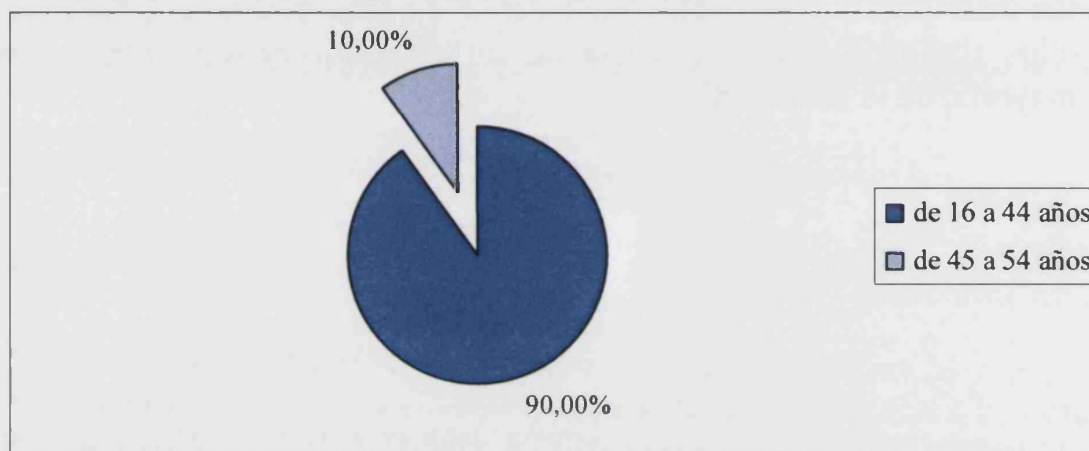
Los porcentajes de dependencia severa o total son mayores para las actividades instrumentales que para las básicas, en las que un 54% es independiente.

Las relaciones sociales de los entrevistados en este recurso no están tan deterioradas como entre los usuarios de otros recursos. Un 90% de ellos responde que dispondría de un cuidador proveniente, en su mayoría, de la familia directa.

4.9.3. Centros específicos para enfermos mentales crónicos (CEEM).

Al analizar los *datos sociodemográficos*, las personas atendidas en centros especializados para enfermos mentales (CEEM) son mayoritariamente jóvenes, con una edad media situada en 37,2 años (desv. tip. 5,29). Así, el 90% pertenece al grupo de edad de 16 a 44 años (gráfico 101).

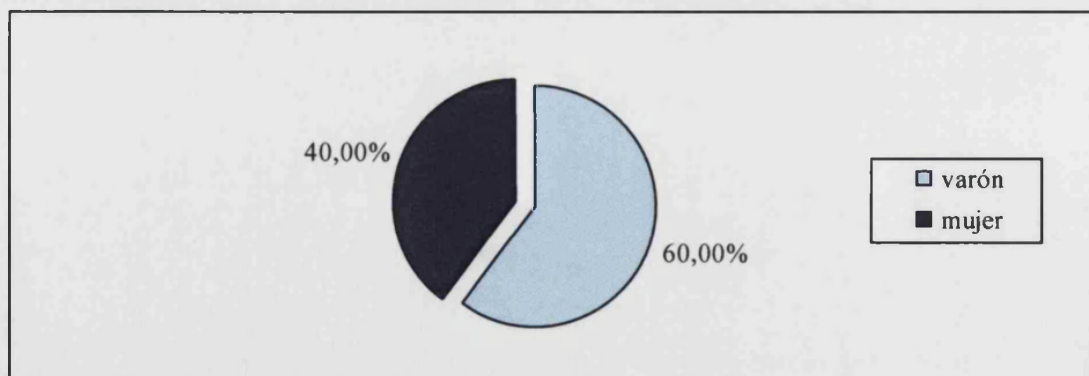
GRÁFICO 101. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CEEM EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La distribución por género muestra un mayor porcentaje de varones (gráfico 102).

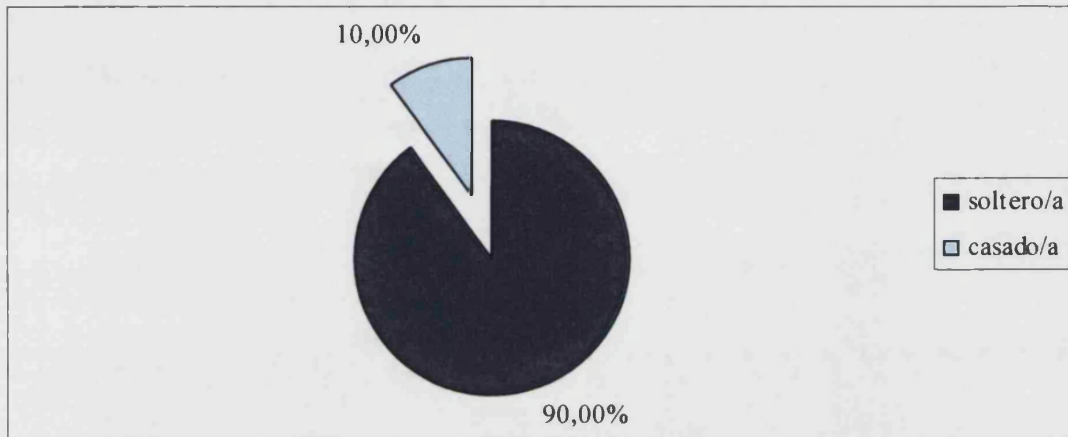
GRAFICO 102. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA EN CEEM EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La práctica totalidad de las personas entrevistadas están solteras (gráfico 103).

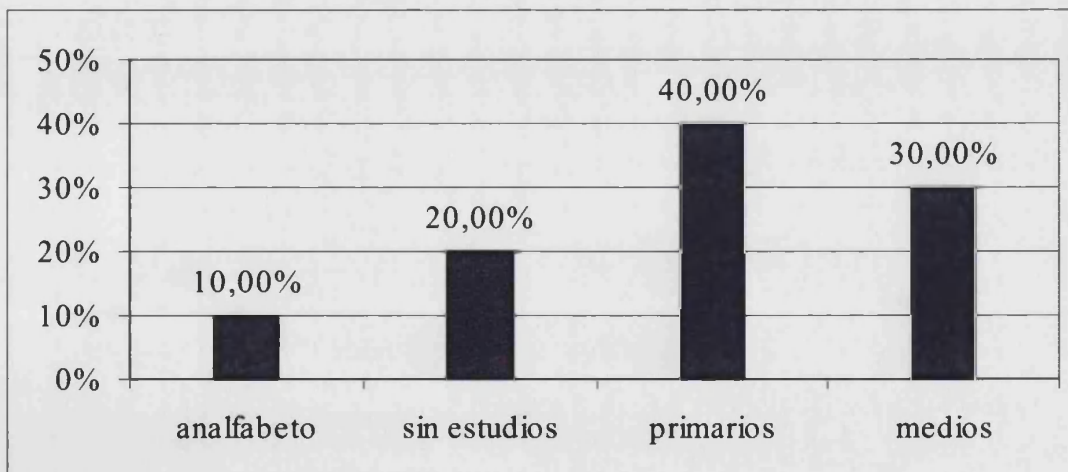
GRAFICO 103. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CEEM EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 70% de los usuarios de los CEEM tiene estudios primarios o medios, frente a un 30% de personas sin estudios (gráfico 104). Por otra parte, el 100% de los usuarios de este recurso son pensionistas por discapacidad.

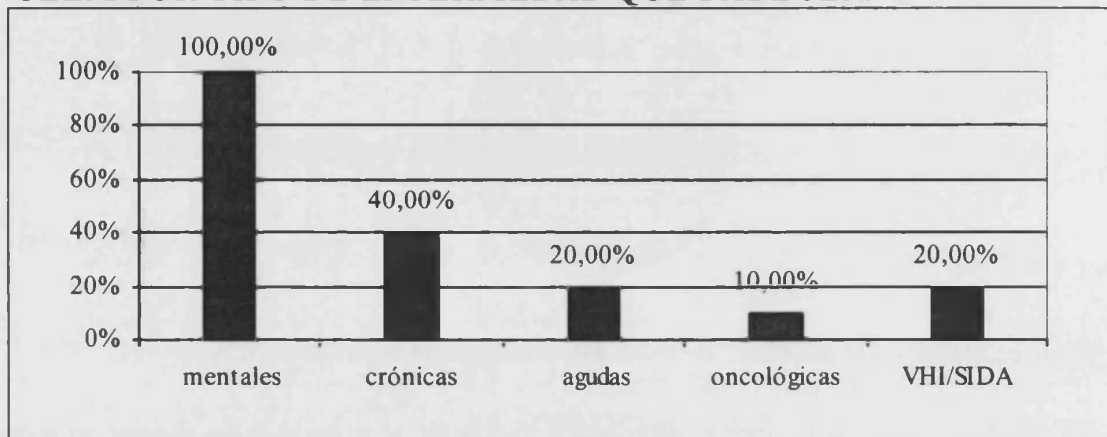
GRAFICO 104. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CEEM EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con respecto al *diagnóstico clínico*, el 100% de las personas atendidas en CEEM sufren un trastorno mental. El 40%, además, tiene alguna enfermedad crónica y el 20% una enfermedad aguda. Es preocupante la existencia de un 20% de enfermos de VIH/SIDA detectados en este estudio (gráfico 105).

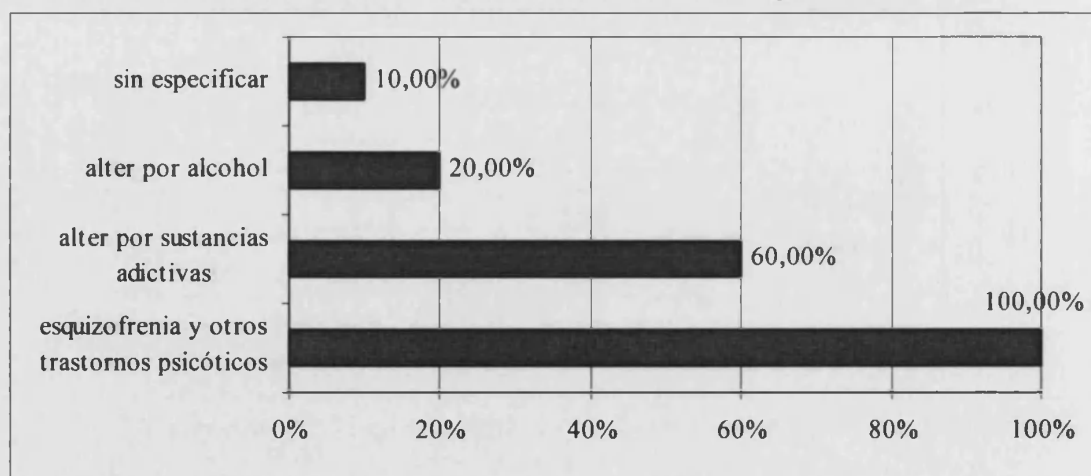
GRAFICO 105. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN CEEM POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Todos los pacientes sufren esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, aunque un porcentaje elevado presentan también alteraciones debidas al consumo de alcohol u otras sustancias adictivas (gráfico 106). El 100% de estas personas se halla en tratamiento activo.

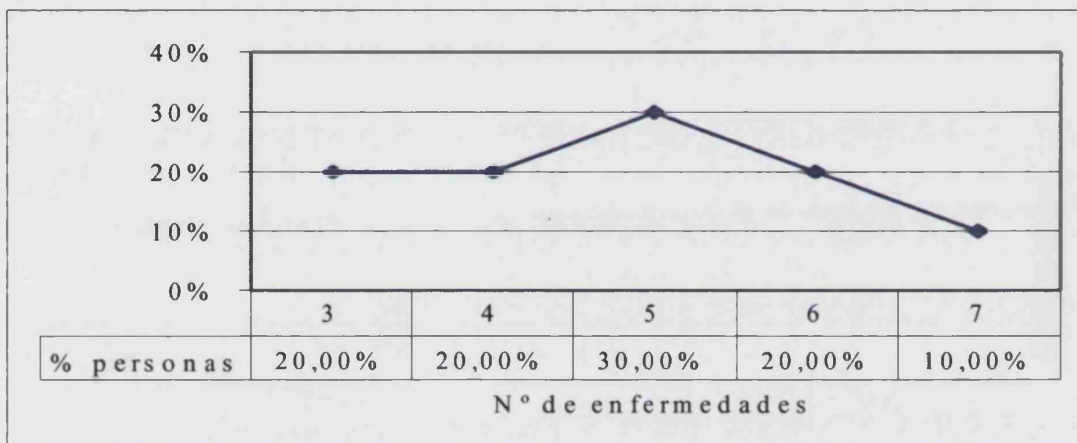
GRAFICO 106. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN CEEM POR TIPO DE ENFERMEDAD MENTAL QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Los usuarios de los CEEM tienen entre tres y siete enfermedades, con una distribución casi homogénea (gráfico 107).

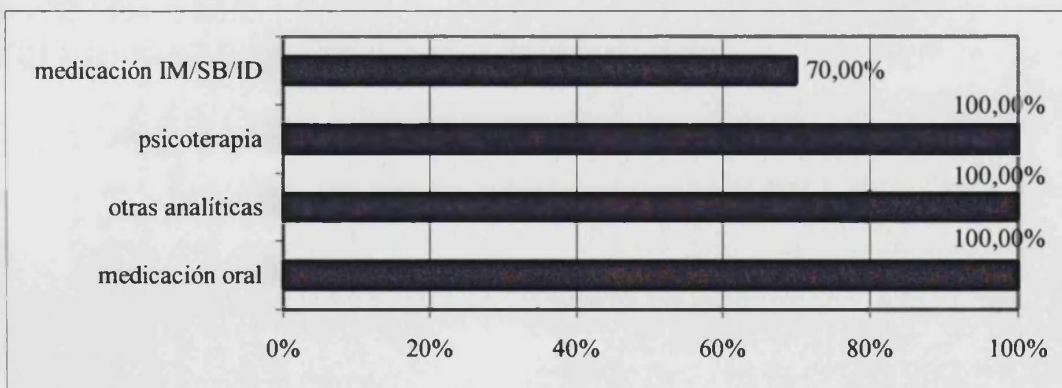
GRAFICO 107. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CEEM EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Los procedimientos están relacionados con el tipo de enfermedad y el recurso que se está utilizando, así los usuarios de los CEEM reciben en todos los casos medicación oral, psicoterapia y otras analíticas (gráfico 108).

GRAFICO 108. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN CEEM POR TIPO DE PROCEDIMIENTO MÁS UTILIZADO.

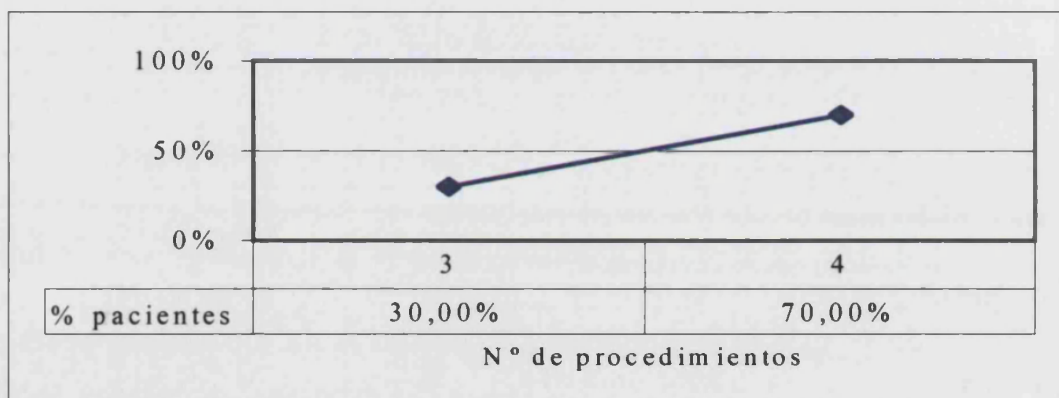


Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 70% de las personas atendidas utilizan los cuatro procedimientos anteriores, mientras que el 30% restante sólo utiliza tres procedimientos (medicación oral, analíticas y psicoterapia) (gráfico 109).

El número de enfermedades, junto al elevado porcentaje de enfermos que usan cuatro procedimientos, indica cierta complejidad en los tratamientos de los usuarios de los CEEM.

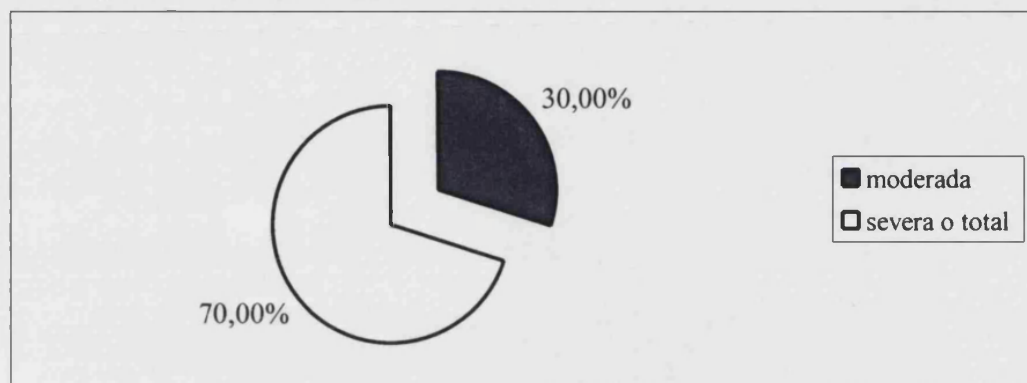
GRAFICO 109. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CEEM EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al considerar la *capacidad funcional*, todos los usuarios de los CEEM son independientes para las actividades básicas de la vida diaria. Sin embargo, cuando se trata de las actividades instrumentales, el 70% de estas personas presentan una dependencia severa o total (gráfico 110).

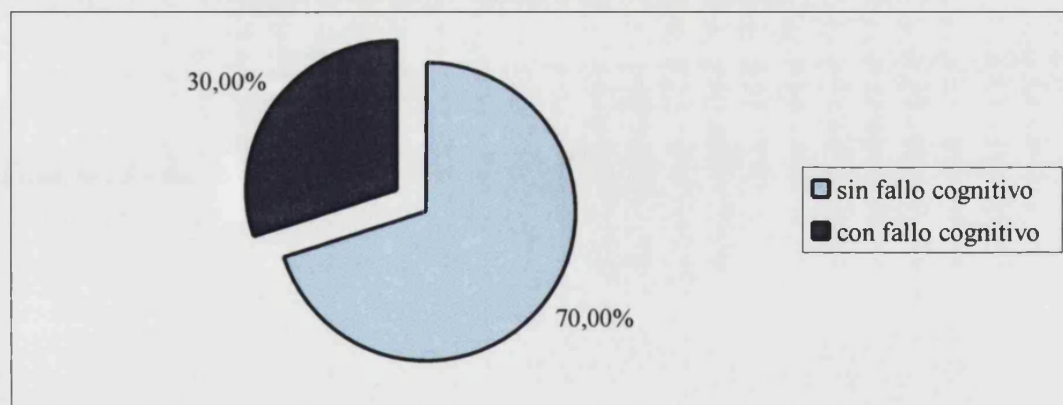
GRAFICO 110. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CEEM EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD (Test de Frenchay).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

A pesar de los trastornos mentales, sólo el 30% de estos sujetos tienen fallo cognitivo (gráfico 111). El 10% se encuentra en estado de obnubilación, mientras que el 90% restante se halla en estado de alerta.

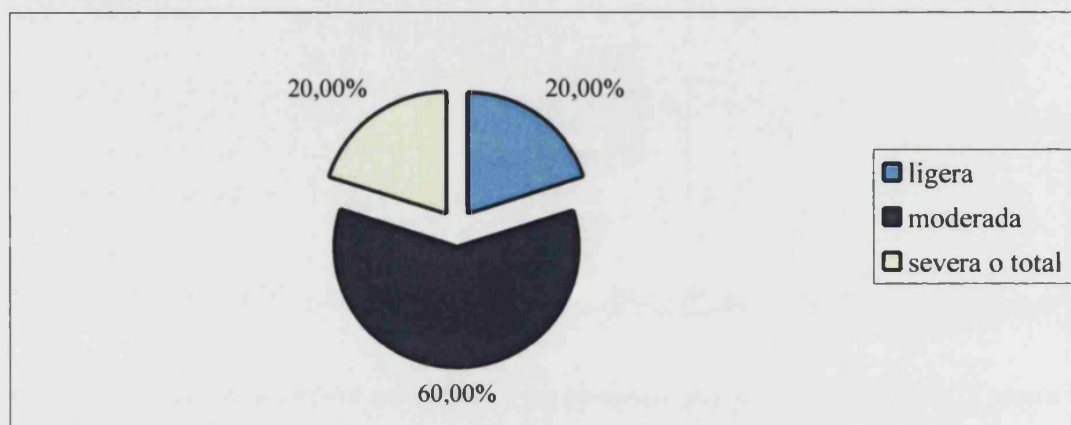
GRAFICO 111. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CEEM EN FUNCIÓN DEL GRADO DE CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto a la combinación de la capacidad funcional y la conservación cognitiva, el 60% de los sujetos son dependientes moderados y el 20% severos o totales (gráfico 112).

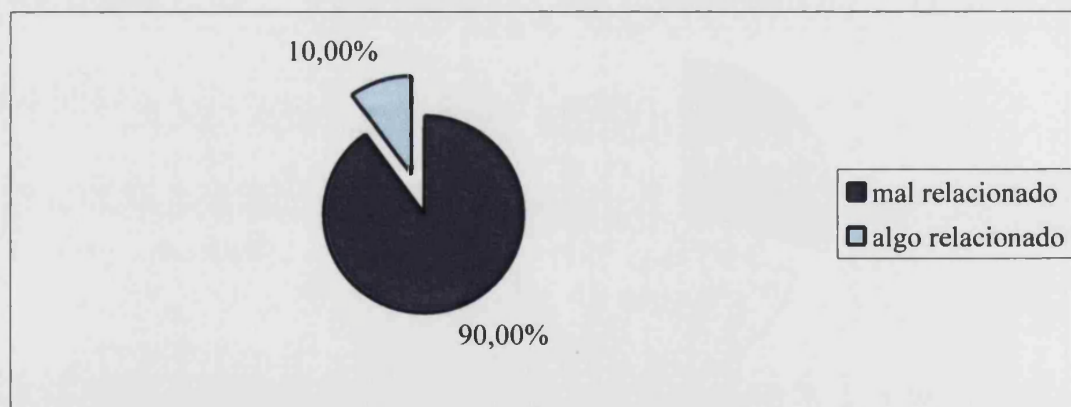
GRAFICO 112. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENIDA EN CEEM EN FUNCIÓN DE LA COMBINACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DE LA CONSERVACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación al *apoyo social*, la gran mayoría de estas personas está mal relacionada socialmente (gráfico 113).

GRAFICO 113. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LOS CEEM EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SUS RELACIONES SOCIALES.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 57,1% de los sujetos entrevistados en los CEEM perciben que tendrían un cuidador potencial permanente en su familia directa (padres, hermanos o cónyuge) (tabla 52), aunque ninguno tiene cuidador real informal.

TABLA 52. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CEEM EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR POTENCIAL.

Duración de los cuidados (% sobre el total)	Parentesco del cuidador potencial		Total
	Otros	Familia directa	
Todo el tiempo preciso		57,14	57,14
Hasta 6 meses		14,29	14,29
Ocasionalmente	14,29	14,29	28,57
Total	14,29	85,71	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La población usuaria de los CEEM está integrada por jóvenes varones con una edad media de 37 años, solteros, con estudios primarios y medios. Las enfermedades mentales que predominan son la esquizofrenia y otras alteraciones psicóticas, aunque un 40% también está afectado por enfermedades crónicas. Habría que considerar la existencia de un 20% de enfermos con VIH/SIDA.

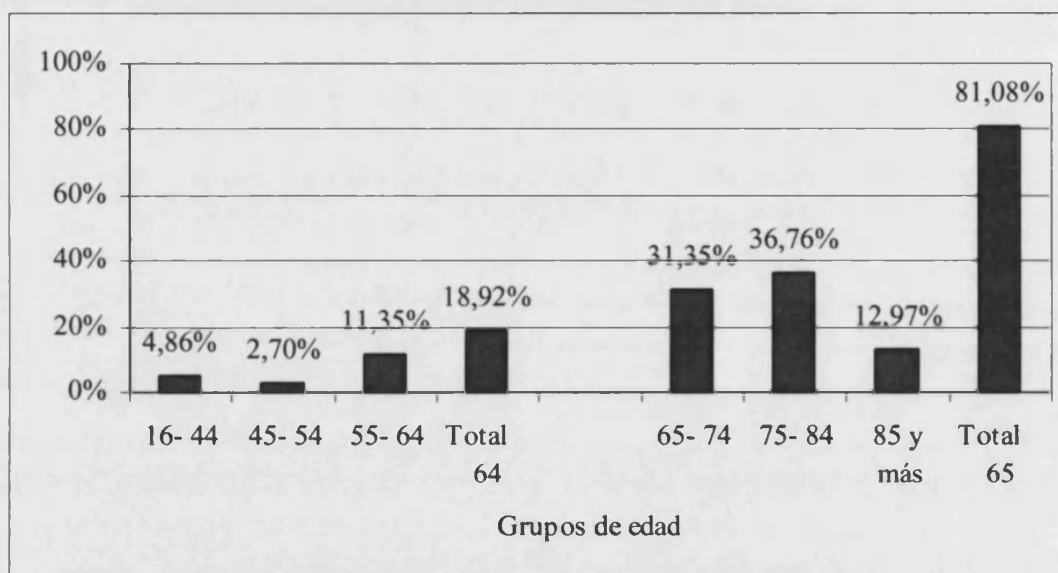
Los procedimientos más utilizados son la medicación oral, la psicoterapia y diversas analíticas. Los enfermos mentales de los CEEM son independientes para las ABVD, pero presentan elevados porcentajes de dependencia para las AIVD.

Esta población está socialmente mal relacionada; si bien, más de la mitad de estas personas piensan que dispondrían de un cuidador todo el tiempo que fuese necesario.

4.9.4. Hospital de atención a crónicos y larga estancia (HACLE).

Con relación a los *datos sociodemográficos* de los pacientes del HACLE, la edad media se sitúa en 72,3 años (desviación tip. 13,4). De hecho, el porcentaje de pacientes menores de 65 es del 19%, y el de mayores de 65 años del 81 %, y el 68,1% de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 65 y 84 años (gráfico 114).

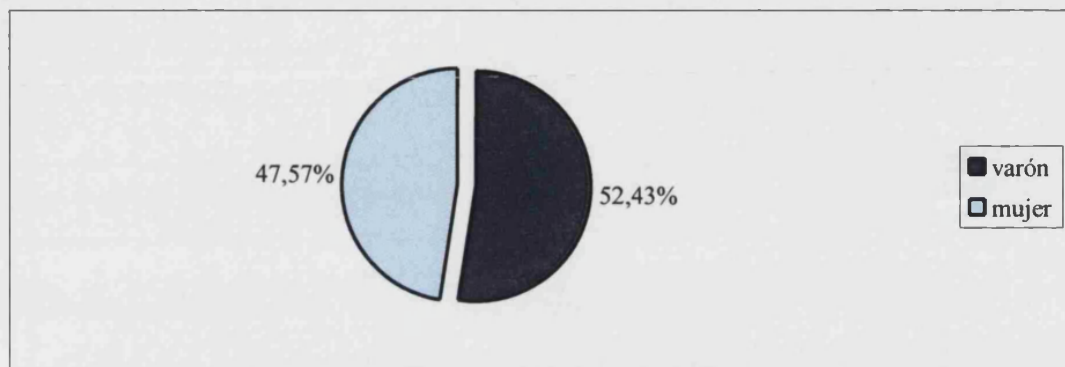
GRÁFICO 114. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En los HACLE la distribución por género está equilibrada (gráfico 115).

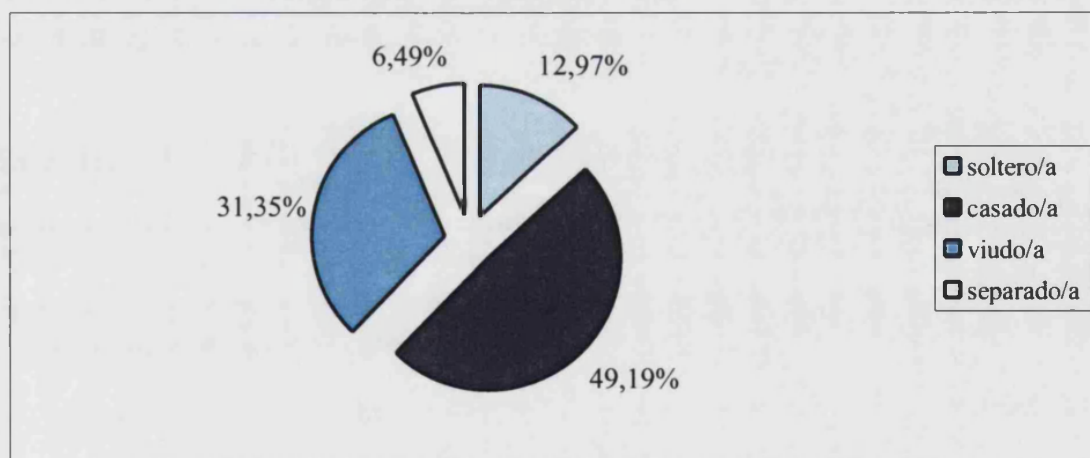
GRÁFICO 115. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mitad de los pacientes en HACLE están casados (gráfico 116), lo que implica que tienen cuidador potencial todo el tiempo que precisen.

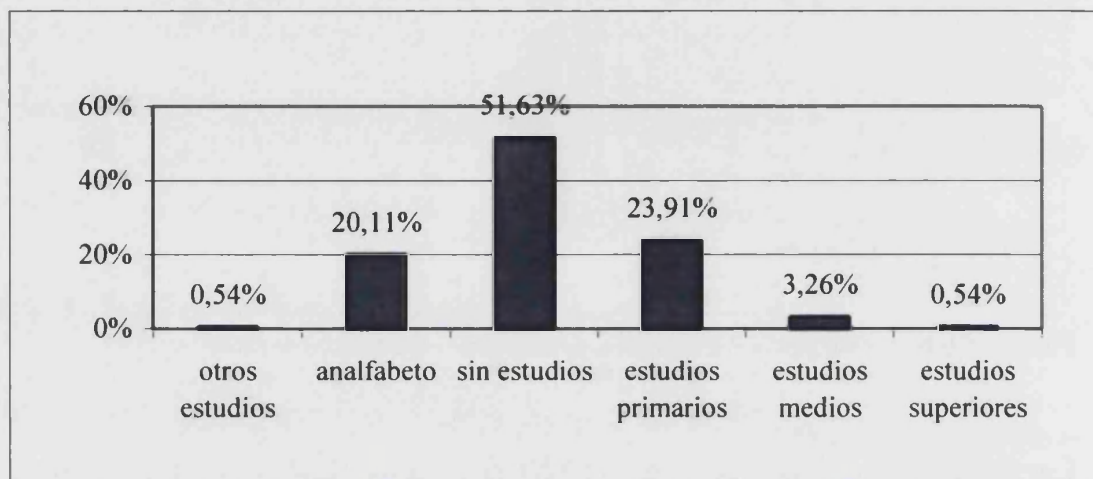
GRÁFICO 116. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En la red HACLE se aprecia una gran proporción de pacientes analfabetos o sin estudios (72%) (gráfico 117). Los pacientes mayores de 65 años son los que tienen menor nivel de estudios.

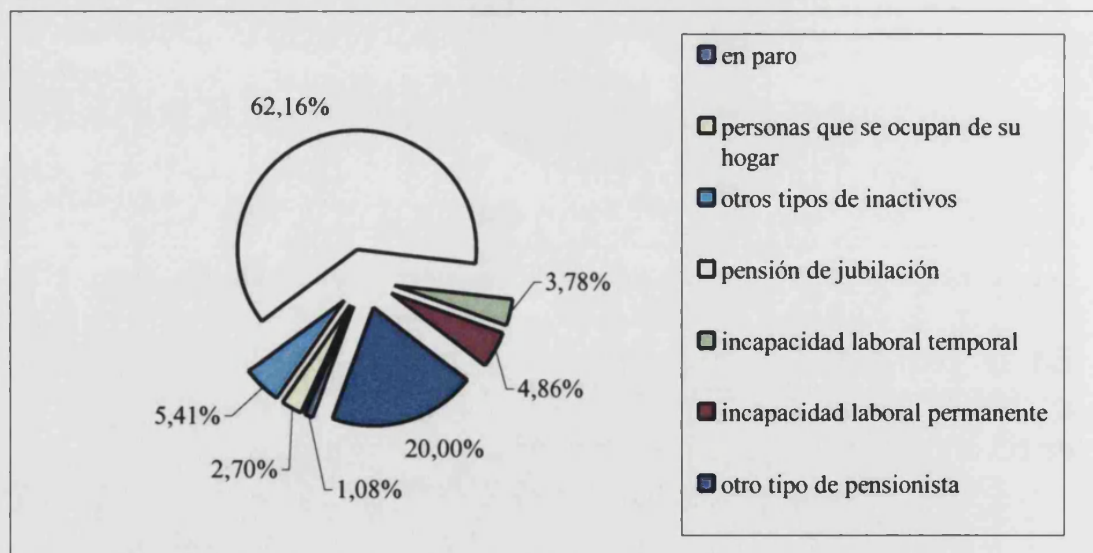
GRÁFICO 117. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Dada la distribución de edad es previsible que más del 80% de los pacientes en HACLE sean jubilados o pensionistas (gráfico 118). Entre los menores de 65 años, el 29% está jubilado (jubilación anticipada) o percibe alguna pensión.

GRÁFICO 118. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Las mujeres están menos representadas que los varones en todas las categorías que implican haber trabajado fuera del hogar. Obsérvense, por ejemplo, las diferencias en los porcentajes por género en la categoría "jubilación", si bien no existen diferencias apreciables entre el número de varones y mujeres (tabla 53). Todo ello concuerda con los estereotipos sociolaborales de las personas mayores de 65 años.

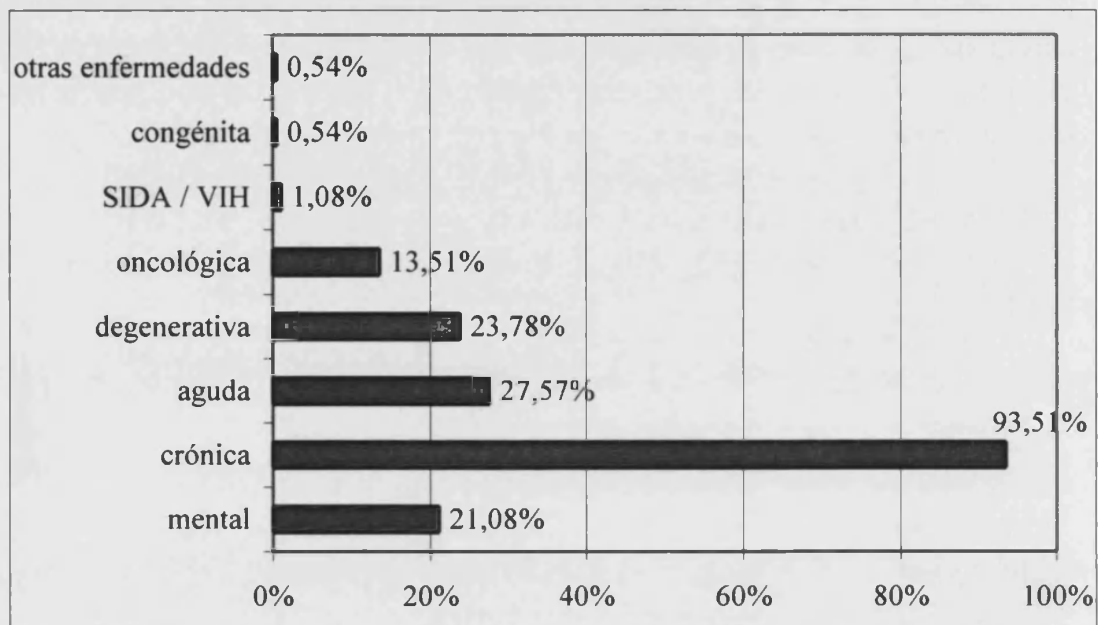
TABLA 53. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL Y EL GÉNERO.

Situación laboral (% por columnas)	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
En paro	1,03%	1,14%	1,08%
Su hogar	0,00%	5,68%	2,70%
Otros inactivos	5,15%	5,68%	5,41%
Jubilación	79,38%	43,18%	62,16%
Incapacidad laboral temporal	5,16%	2,27%	3,78%
Incapacidad laboral permanente	6,19%	3,41%	4,86%
Otro tipo pensión	3,09%	38,64%	20,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto al *diagnóstico clínico*, las enfermedades crónicas son las más frecuentes entre los pacientes en HACLE, seguidas por las agudas, degenerativas y mentales (gráfico 119). Los porcentajes de pacientes con SIDA/VIH o enfermedades congénitas son muy bajos ya que estas personas son atendidas en otro tipo de recursos.

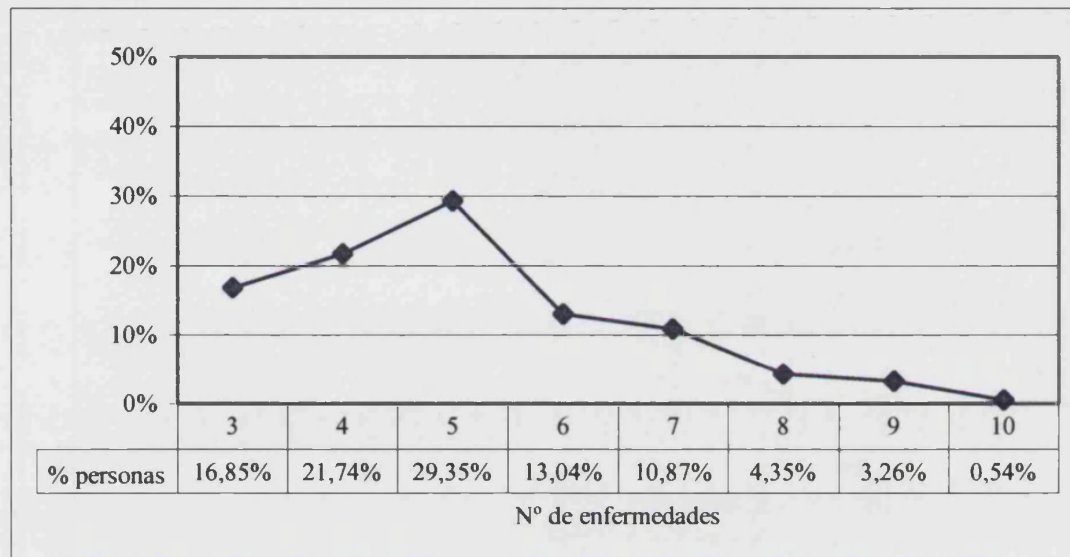
GRÁFICO 119. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN HACLE POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Más del 50% de los pacientes padece 4 ó 5 enfermedades (gráfico 120).

GRÁFICO 120. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 92% de los pacientes ingresados en estos centros hospitalarios están en tratamiento activo (gráfico 121).

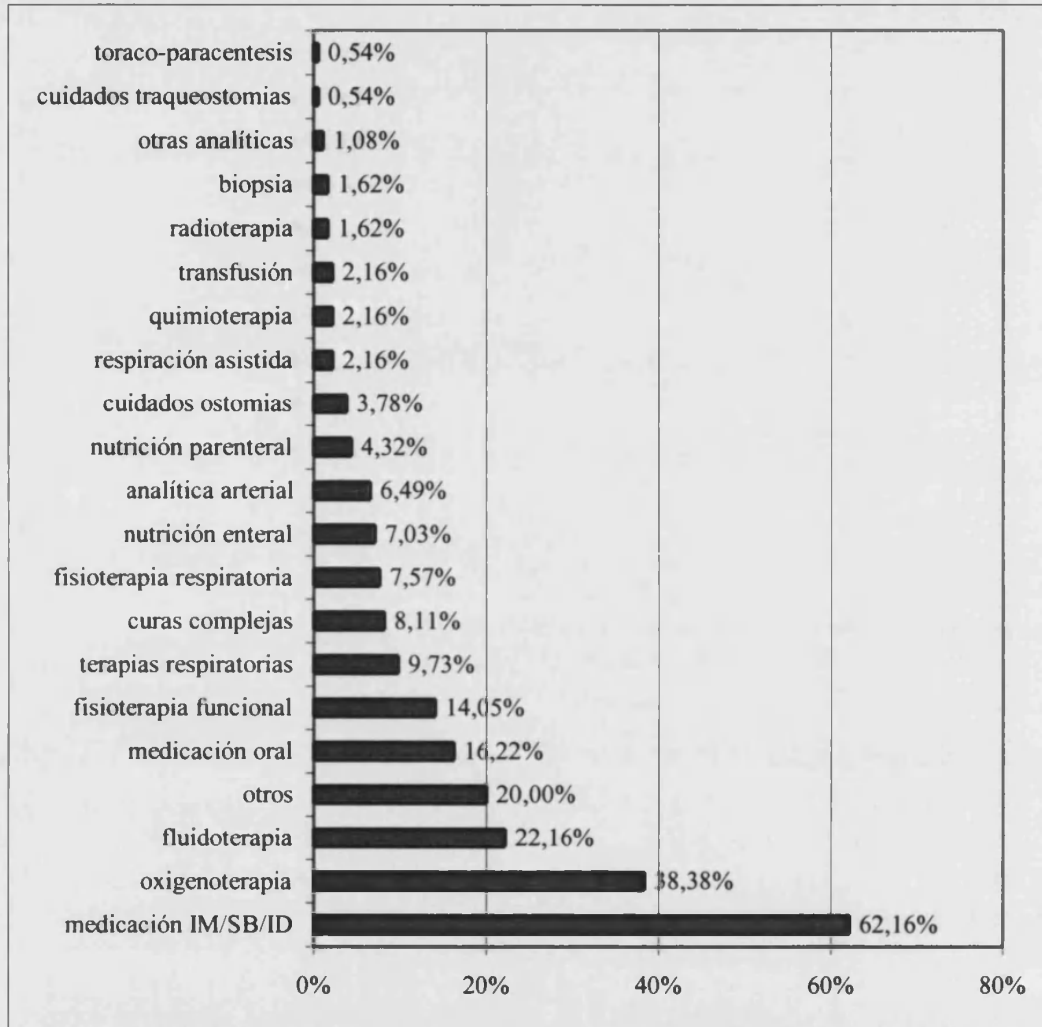
GRÁFICO 121. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DE LA FASE DE SU ENFERMEDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Los procedimientos más utilizados por los pacientes en HACLE son, la medicación intramuscular (IM) / subcutánea (SB) / intradérmica (ID), la oxigenoterapia y la fluidoterapia (gráfico 122).

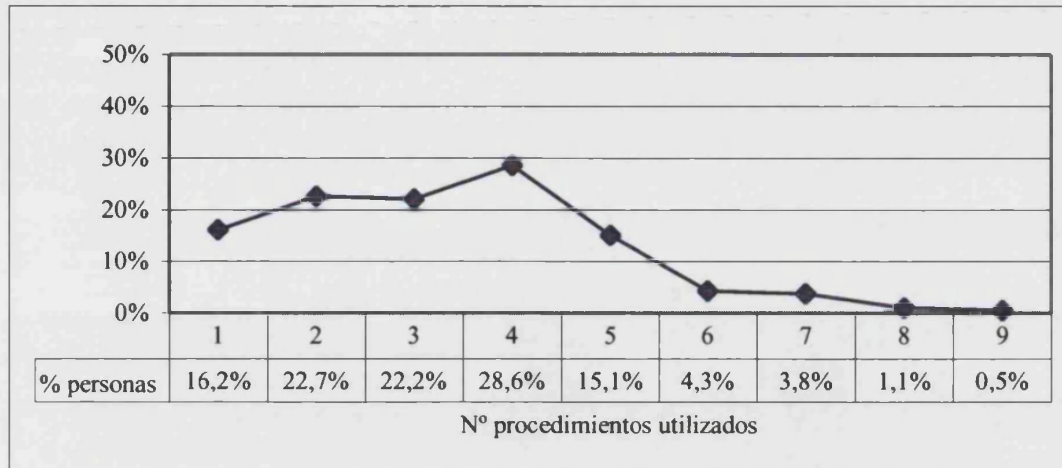
GRÁFICO 122. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN HACLE POR TIPO DE PROCEDIMIENTO UTILIZADO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 88,6% de los pacientes utiliza entre dos y cinco procedimientos (gráfico 123), siendo la moda igual a cuatro procedimientos.

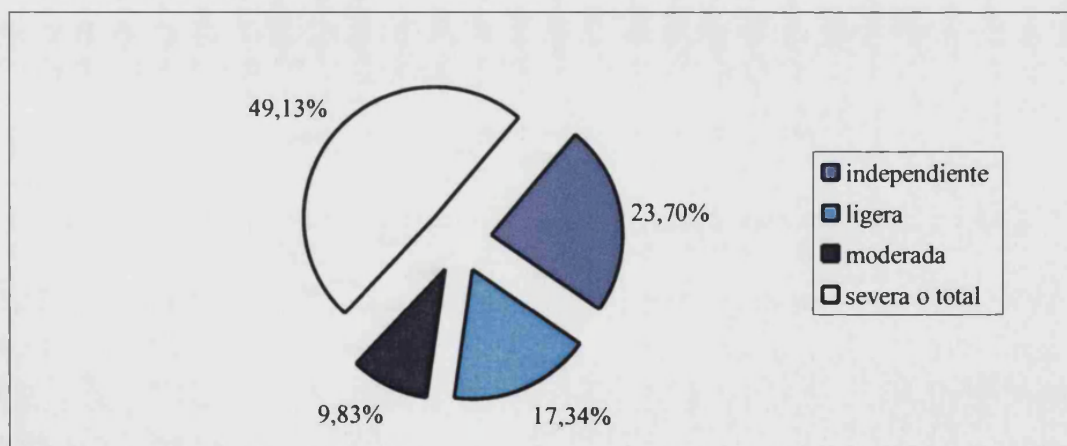
GRÁFICO 123. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al considerar la *capacidad funcional*, el 59% de los pacientes en HACLE presentan una dependencia moderada, severa o total para realizar las actividades básicas de la vida diaria (gráfico 124); no obstante, el 24% son independientes.

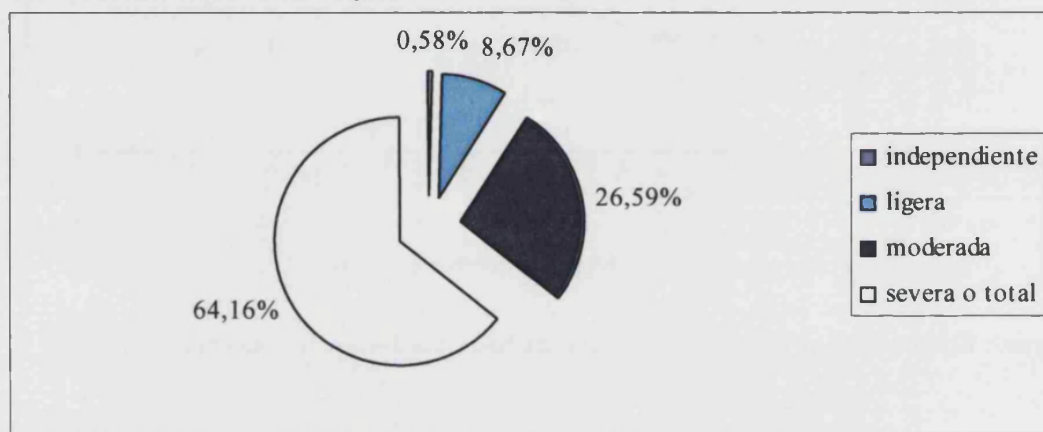
GRÁFICO 124. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD (Test de Barthel).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Prácticamente todos los pacientes ingresados en hospitales de larga estancia presentan algún grado de dependencia para las actividades instrumentales. Así pues, el 63% son dependientes totales de otras personas para este tipo de AVD (gráfico 125).

GRÁFICO 125. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD (Test de Frenchay).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al combinar ambos tipos de dependencia, observamos que el 63% de los pacientes en HACLE son dependientes severos o totales para las actividades instrumentales de la vida diaria, de los cuales, el 42% presenta también una dependencia severa o total para las actividades básicas (tabla 54).

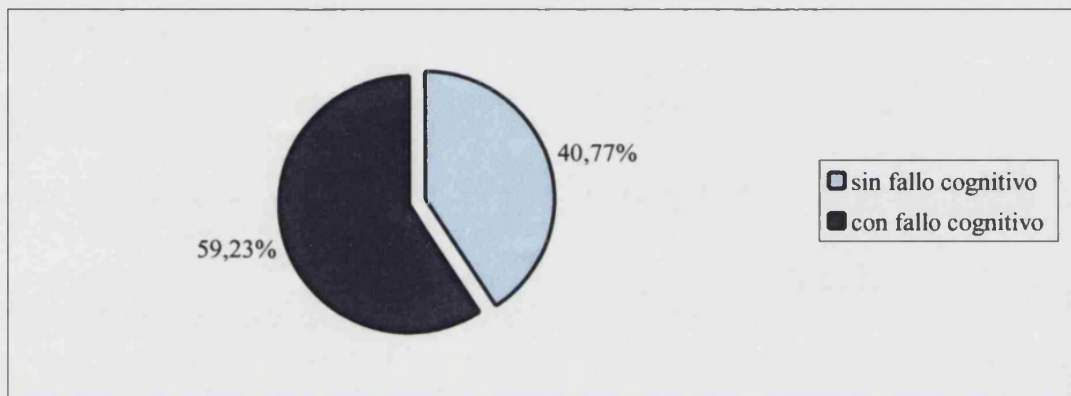
TABLA 54. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DE LA DEPENDENCIA PARA LAS ABVD Y PARA LAS AIVD.

Niveles de Barthel (% sobre el total)	Niveles de Frenchay				Total Barthel
	Independiente	Ligera	Moderada	Severa o total	
Independiente	0,00	3,76	11,53	8,52	23,81
Ligera	0,00	0,00	7,72	9,22	16,94
Moderada	0,75	1,50	3,76	3,76	9,77
Severa o total	0,00	3,76	4,06	41,66	49,48
Total Frenchay	0,75	9,02	27,07	63,16	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Cuando se aplica el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), se obtiene que el 59% de los pacientes atendidos en HACLE presentan fallo cognitivo (gráfico 126), lo que conlleva una dependencia de otras personas.

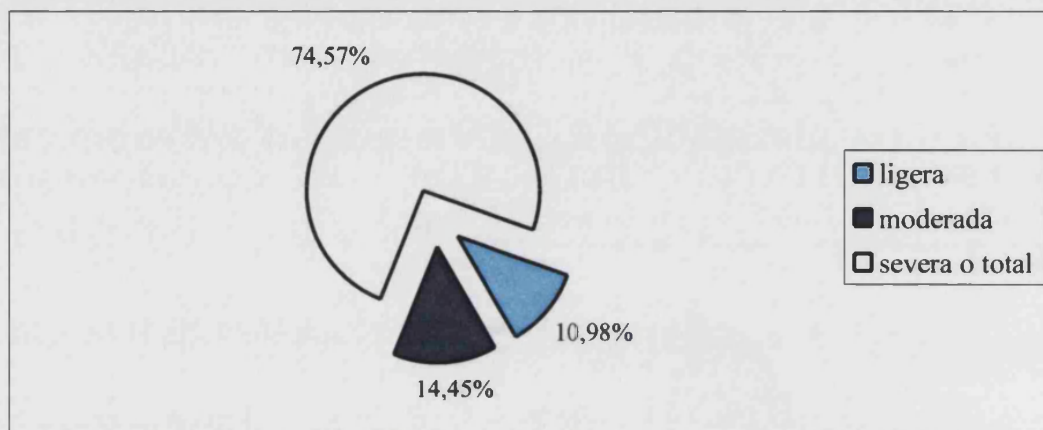
GRÁFICO 126. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DEL GRADO DE CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Si se atiende tanto a la dependencia funcional (dada por los tests de Barthel y Frenchay) como a la conservación cognitiva (medida a través del Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo), y se combinan las categorías de los mismos, se obtiene una medida más aproximada de la dependencia real de otras personas. Utilizando esta variable, podemos observar que en los HACLE el 75% de los pacientes tiene una dependencia severa o total de otra persona, y sólo encontramos un 11 % de personas con una dependencia ligera (gráfico 127).

GRÁFICO 127. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DE LA COMBINACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y LA CONSERVACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al considerar el *apoyo social*, el 16,8% de los pacientes en HACLE afirma que no tendría cuidador en caso de necesitarlo, de ellos un 11,2% vive solo (tabla 55). En el otro extremo, el 72% piensa que tendría cuidador todo el tiempo que fuera necesario y solo un 6,4% vive solo. Puede apreciarse que los posibles cuidadores percibidos pertenecen, en su mayoría, a la familia directa (padres, hermanos, hijos y cónyuges).

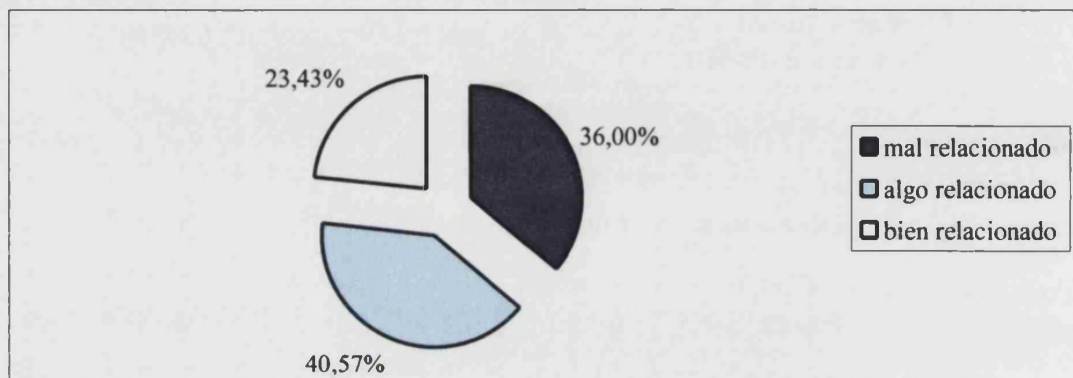
TABLA 55. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR.

<i>Duración de los cuidados</i>	Cuidador potencial (% sobre el total)	Convivencia		Total
	<i>Parentesco</i>	<i>Vive solo/a</i>	<i>Vive acompañado/a</i>	
Todo el tiempo preciso	Hermano/a	0,80	0,80	1,60
	Cónyuge	0,00	32,80	32,80
	Hijo/a	2,40	28,00	30,40
	Sobrino/a	2,40	0,00	2,40
	Nuera/yerno	0,00	0,80	0,80
	Otros familiares de su misma generación	0,80	0,00	0,80
	Amigo/a	0,00	0,80	0,80
	Subtotal	6,40	65,60	72,00
Hasta 6 meses	Hermano/a	0,80	0,00	0,80
	Hijo/a	0,80	0,80	1,60
	Sobrino/a	0,80	0,00	0,80
	Subtotal	2,40	0,80	3,20
Ocasionalmente	Hermano/a	0,80	0,00	0,80
	Hijo/a	0,80	4,80	5,60
	Sobrino/a	0,00	0,80	0,80
	Amigo/a	0,80	0,00	0,80
Subtotal	2,40	5,60	8,00	
No tendría cuidador		11,20	5,60	16,80
Total		22,40	77,60	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Hay un porcentaje elevado de pacientes (76,6%) con escasas relaciones sociales (gráfico 128).

GRÁFICO 128. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HACLE EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SUS RELACIONES SOCIALES.



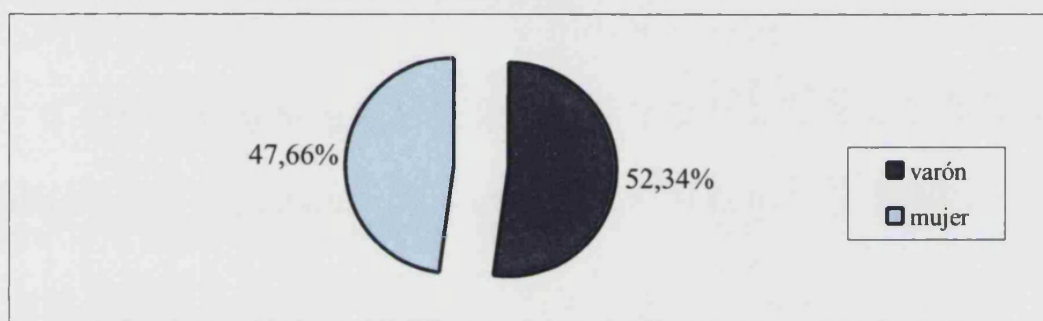
Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En resumen, la edad media de las personas atendidas en HACLE supera los 72 años, sin que existan diferencias numéricas importantes por género. La mayoría están jubilados o son pensionistas. En esta población, las enfermedades crónicas son las más frecuentes, seguidas por las agudas, degenerativas y mentales. Los procedimientos más utilizados son la medicación IM/SB/ID y la oxigenoterapia, suelen utilizarse entre dos y cinco procedimientos distintos. El 75% de los pacientes presenta una dependencia severa o total de otra persona, considerando conjuntamente la capacidad funcional y la conservación cognitiva, frente a un 11% de dependientes ligeros. La mayoría afirma que, en caso de necesitarlo, dispondría de un cuidador todo el tiempo preciso.

4.9.5. Unidad médica de corta estancia (UMCE).

Con relación al *perfil sociodemográfico*, la edad media los pacientes en unidades médicas de corta estancia (UMCE) se sitúa en 67,5 años (desviación tip. 18,86); no obstante, el 33% de los pacientes son menores de 65 años. Varones y mujeres se hallan representados de forma equilibrada (gráfico 129).

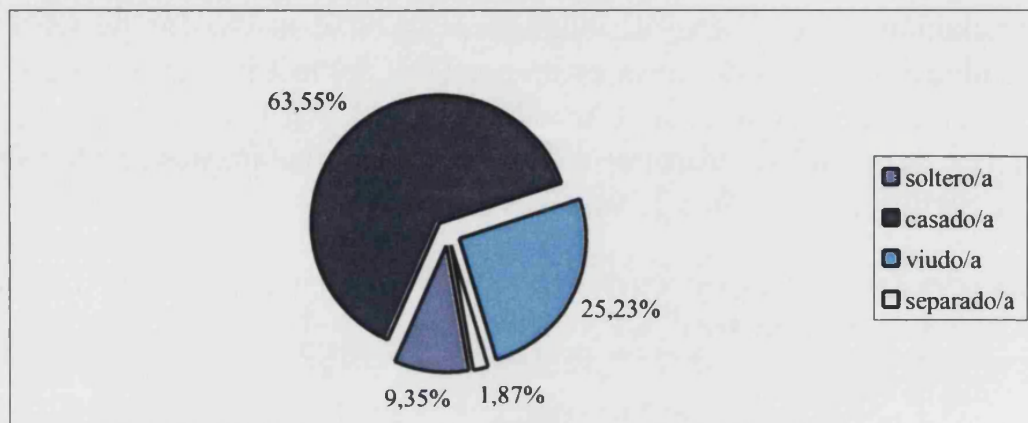
GRÁFICO 129. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de pacientes están casados (64%), lo que implica la existencia potencial de cuidador y un nivel adecuado de apoyo social (gráfico 130).

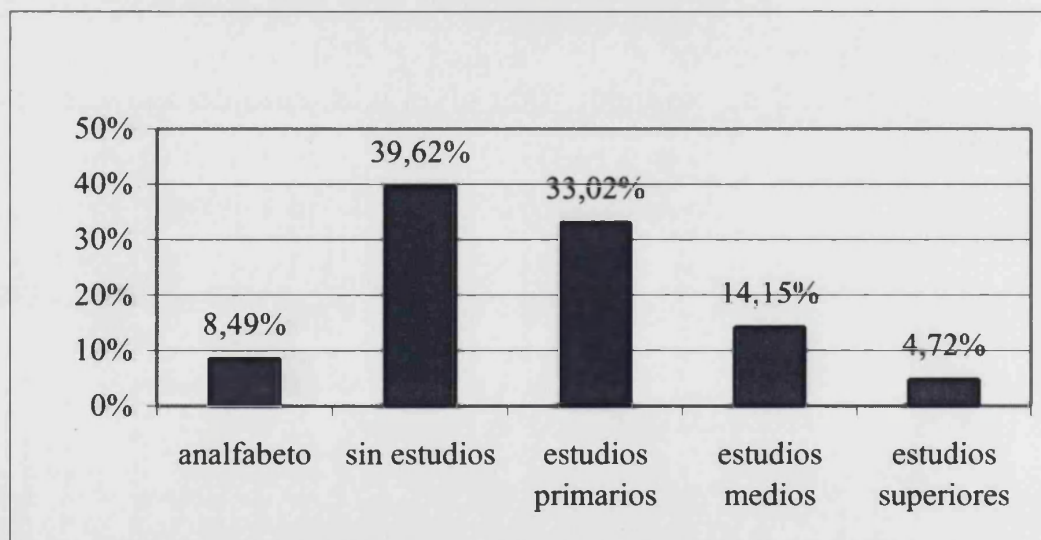
GRÁFICO 130. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En la UMCE predominan las personas sin estudios y con estudios primarios (gráfico 131).

GRÁFICO 131. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.

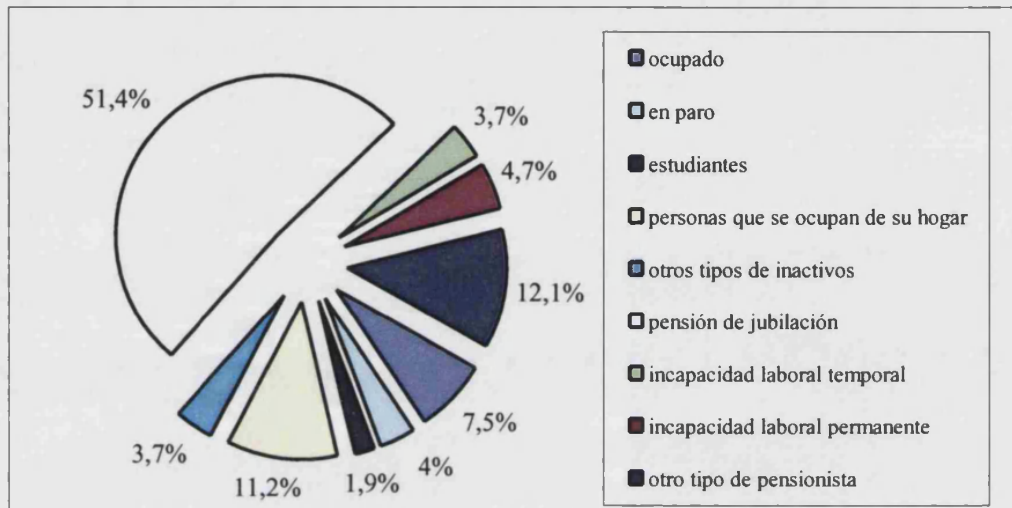


Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mitad de los pacientes en UMCE están jubilados (gráfico 132). La otra mitad está muy distribuida en el resto de categorías, destacando

las personas que se ocupan de su hogar y otros tipos de pensionistas (principalmente personas que perciben una pensión de viudedad).

GRÁFICO 132. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En los pacientes atendidos en UMCE las mujeres están mucho menos representadas que los hombres en las categorías que implican un empleo fuera del hogar, y más representadas en las categorías "personas que se ocupan de su hogar" y "otro tipo de pensionista" -que se corresponde con la pensión de viudedad- (tabla 56). Estos resultados son coherentes con la edad típica de los pacientes y con los estereotipos sociolaborales.

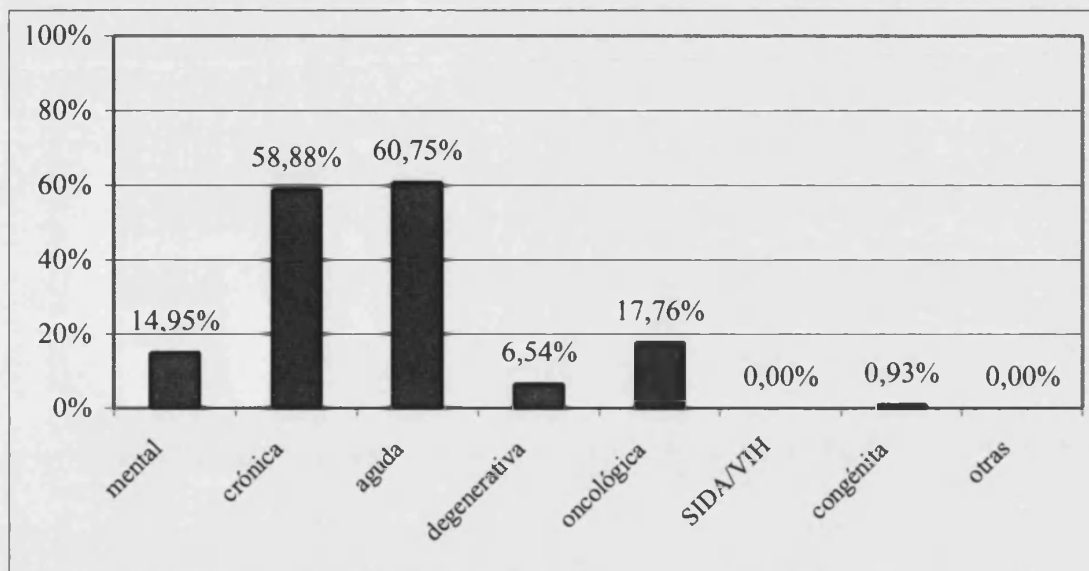
TABLA 56. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL Y DEL GÉNERO.

Situación laboral (% por columnas)	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
Ocupado	7,14	7,84	7,48
En paro	7,14	0,00	3,74
Estudiantes	0,00	3,92	1,87
Personas que se ocupan de su hogar	0,00	23,53	11,21
Otros tipos de inactivos	1,79	5,88	3,74
Pensión de jubilación	73,22	27,46	51,40
Incapacidad laboral temporal	3,57	3,92	3,74
Incapacidad laboral permanente	7,14	1,96	4,67
Otro tipo de pensionista	0,00	25,49	12,15
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al considerar el *diagnóstico clínico*, los pacientes atendidos en UMCE suelen padecer enfermedades agudas o crónicas (gráfico 133), el resto de categorías está mucho menos representada.

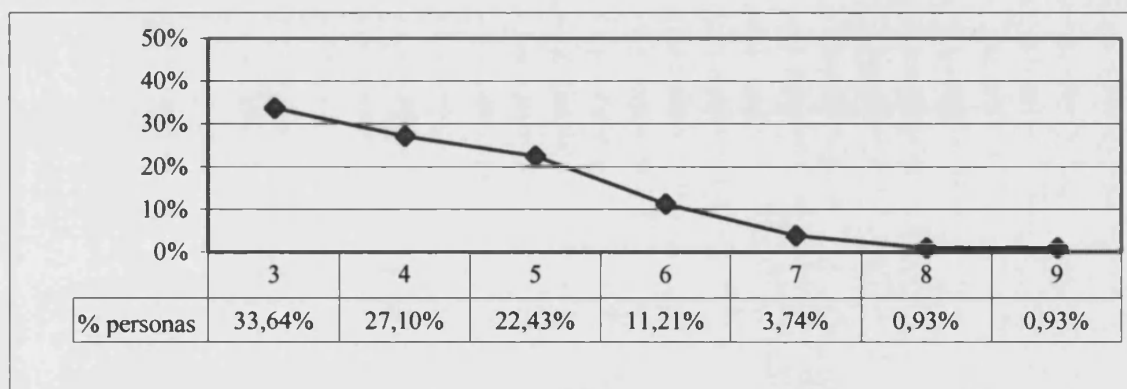
GRÁFICO 133. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN UMCE POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

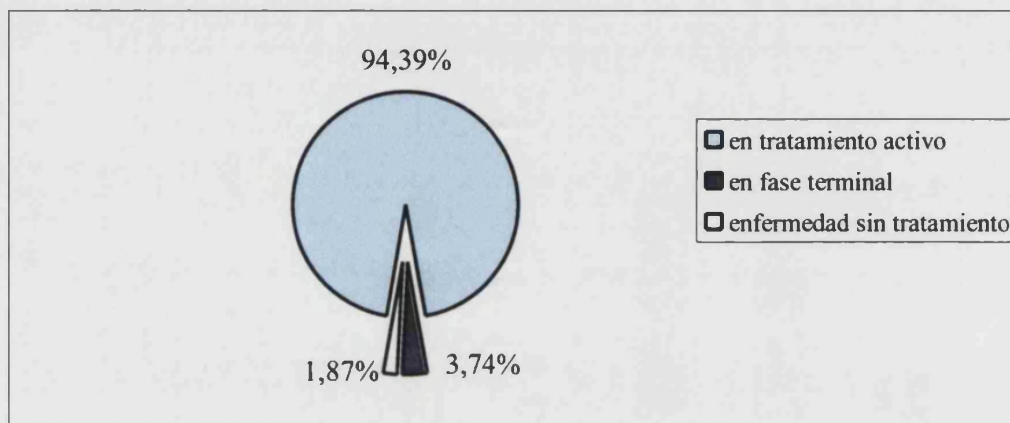
El 83% de los pacientes tiene entre tres y cinco enfermedades (gráfico 134).

GRÁFICO 134. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

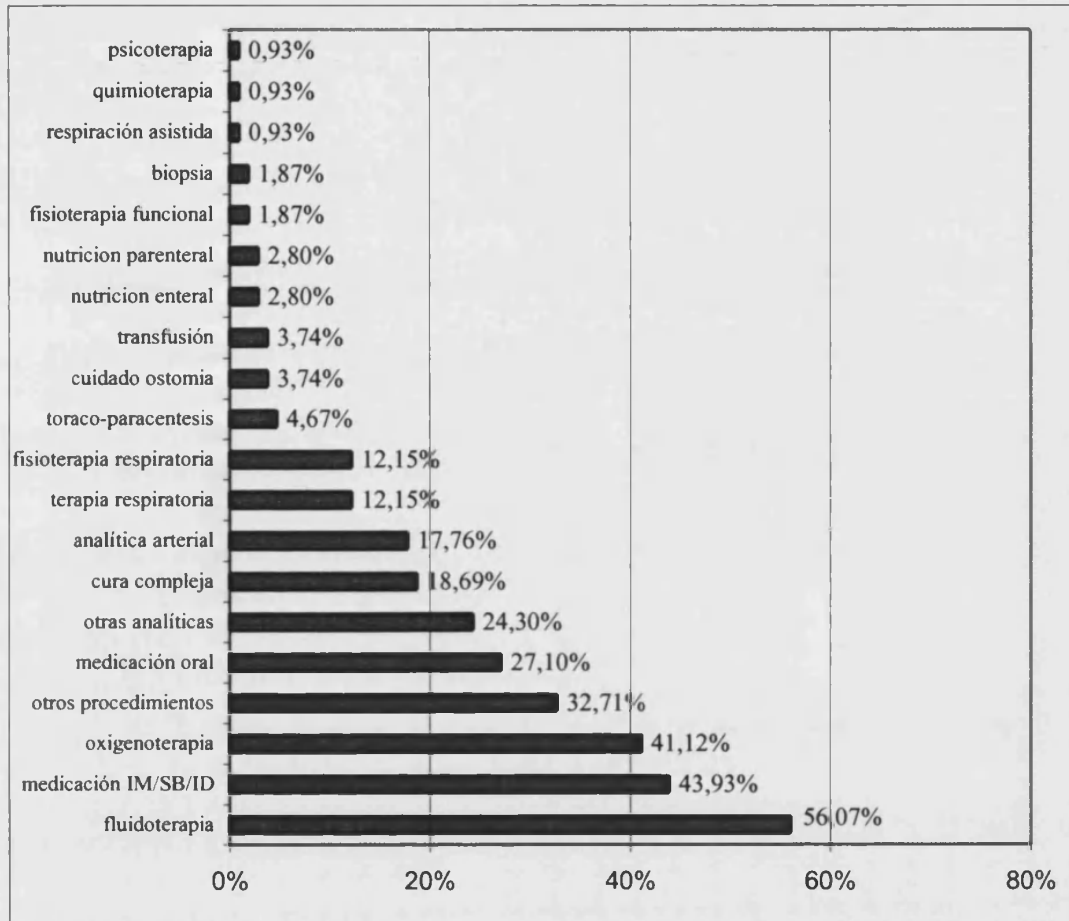
La mayoría de los pacientes ingresados en UMCE se encuentran en tratamiento activo (gráfico 135).

GRÁFICO 135. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DE LA FASE DE SU ENFERMEDAD.

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Los procedimientos más utilizados por los pacientes en UMCE son fluidoterapia, medicación IM/SB/ID y oral, oxigenoterapia, analíticas y curas complejas (gráfico 136).

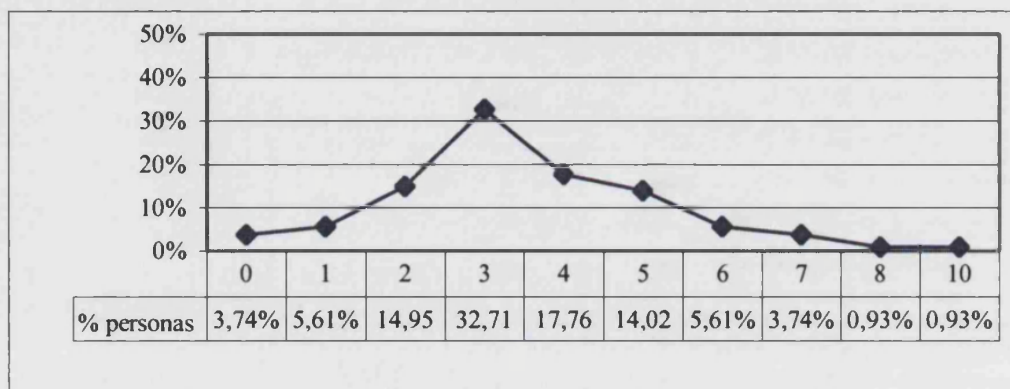
GRÁFICO 136. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN UMCE POR TIPO PROCEDIMIENTO UTILIZADO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de los pacientes (79%) utilizan entre dos y cinco procedimientos (gráfico 137). Sorprende la presencia de un grupo de pacientes que no utiliza ningún procedimiento.

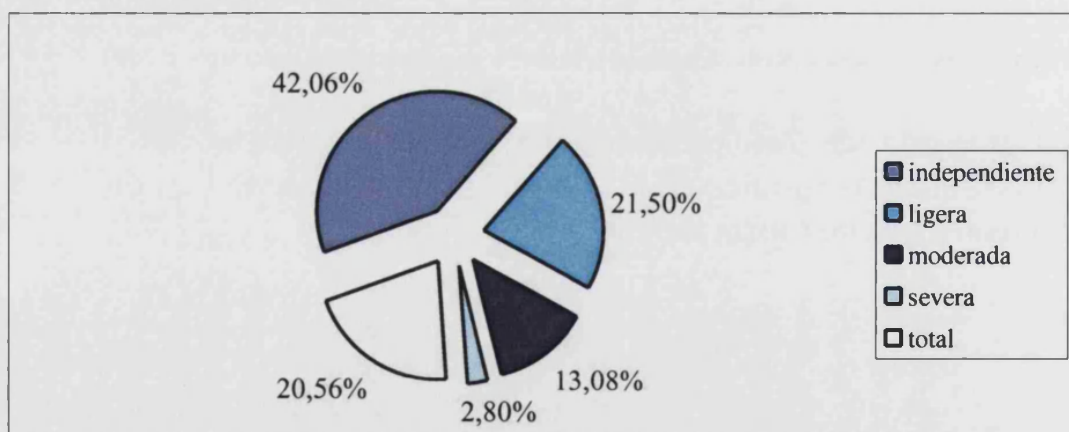
GRÁFICO 137. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación a la *capacidad funcional*, en las UMCE se observa un elevado porcentaje (42%) de pacientes independientes para las actividades básicas de la vida diaria (gráfico 138). En el otro extremo, casi la cuarta parte de estos pacientes presenta una dependencia severa o total para estas actividades.

GRÁFICO 138. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD (Test de Barthel).

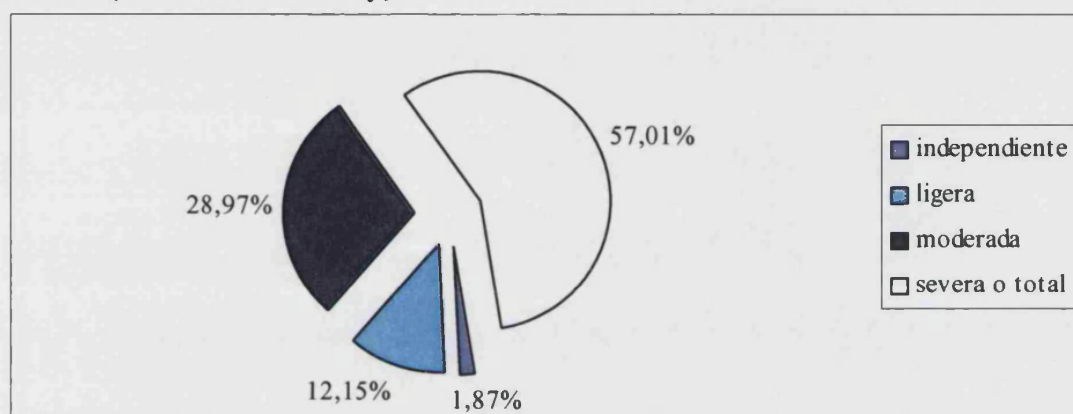


Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Más de la mitad de los pacientes atendidos en UMCE tienen una dependencia severa o total para realizar las actividades instrumentales

de la vida diaria; tan sólo el 14% es independiente o dependiente ligero para las mismas (gráfico 139).

GRÁFICO 139. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD (Test de Frenchay).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Si consideramos ambos tipos de dependencia, comprobamos que en las UMCE existe un pequeño porcentaje de pacientes completamente independientes a nivel funcional (1,9%) (tabla 57). El 57% de los pacientes presentan una dependencia severa o total para las actividades instrumentales; de ellos un 18,7% son, además, dependientes severos o totales para las actividades básicas de la vida diaria.

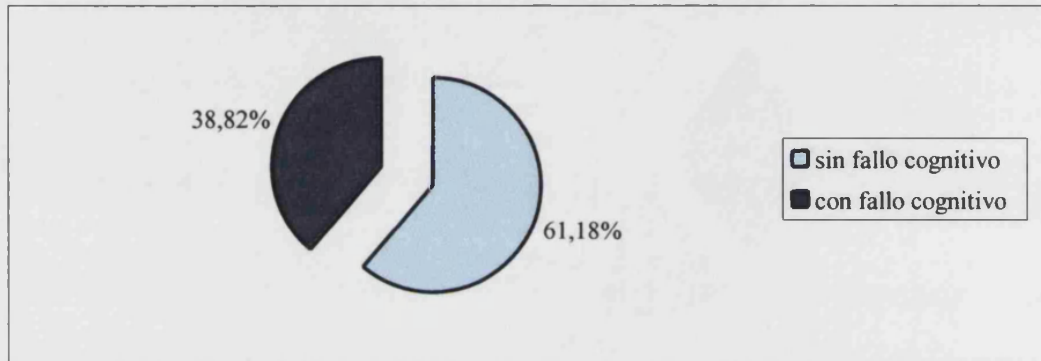
TABLA 57. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DE LA DEPENDENCIA PARA LAS ABVD Y PARA LAS AIVD.

Niveles de Barthel (% sobre el total)	Niveles de Frenchay				Total Barthel
	Independiente	Ligera	Moderada	Severa o Total	
Independiente	1,87	11,21	14,95	14,02	42,06
Ligera	0,00	0,93	8,41	12,15	21,50
Moderada	0,00	0,00	0,93	12,15	13,08
Severa o Total	0,00	0,00	4,67	18,69	23,36
Total Frenchay	1,87	12,15	28,97	57,01	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 61% de los pacientes ingresados en UMCE no presenta fallo cognitivo (gráfico 140).

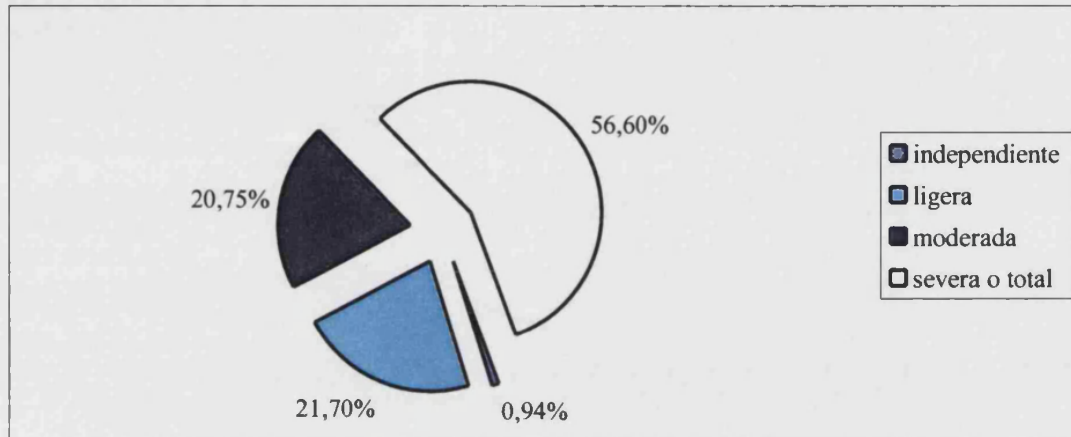
GRÁFICO 140. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DEL GRADO DE CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al combinar la dependencia funcional para las actividades de la vida diaria (instrumentales y básicas) con la conservación cognitiva, podemos observar que en las UMCE más de la mitad de los pacientes presentan una dependencia severa o total de otra persona (gráfico 141). Casi una cuarta parte, sin embargo, son independientes o dependientes ligeros.

GRÁFICO 141. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DE LA COMBINACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DE LA CONSERVACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto al *apoyo social*, todos los pacientes en UMCE afirman que tendrían un cuidador potencial; únicamente el 4,7% de los pacientes piensan que su cuidador potencial no sería una persona de su familia directa (padres, hermanos, hijos o cónyuge). No obstante, un 6,9% de estas personas viven solas (tabla 58).

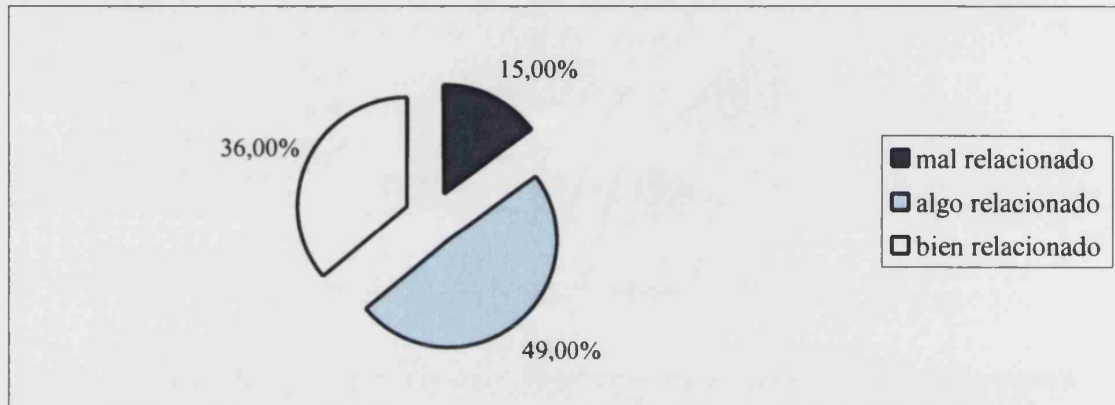
TABLA 58. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR Y DE LA SITUACIÓN DE CONVIVENCIA.

Cuidador potencial (% sobre el total)		Convivencia		Total
<i>Duración de los cuidados</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Vive solo/a</i>	<i>Vive acompañado/a</i>	
Todo el tiempo preciso	Familia directa	3,49	84,88	88,37
	Otros	1,16	3,49	4,65
Hasta 6 meses	Familia directa	1,16	1,16	2,33
Ocasionalmente	Familia directa	1,16	3,49	4,65
Total		6,98	93,02	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Casi la mitad de los pacientes tiene un nivel medio de relaciones sociales, mientras que más de la tercera parte está bien relacionado (gráfico 142).

GRÁFICO 142. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UMCE EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SUS RELACIONES SOCIALES.



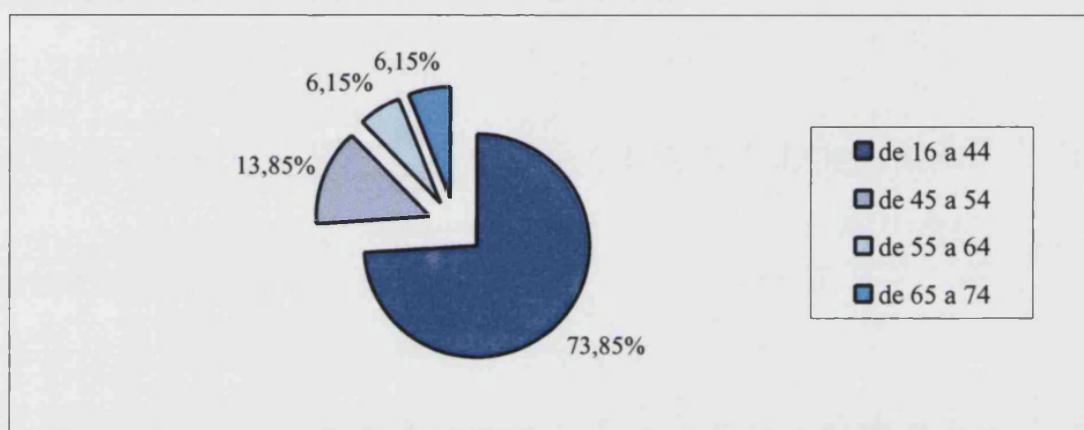
Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En resumen, la edad media de los pacientes en unidades médicas de corta estancia se sitúa aproximadamente en los 65 años y ambos sexos están representados de forma equilibrada. La mayoría de la población atendida está casada, lo que hace prever la posibilidad de un cuidador, y trabaja. Estas personas presentan, principalmente, enfermedades agudas o crónicas, con un promedio de entre tres y cinco enfermedades. Más de la mitad de ellas son dependientes severos o totales, con relación a la combinación de las AVD básicas e instrumentales y la conservación cognitiva. En general afirman disponer de un cuidador potencial, fundamentalmente un familiar directo.

4.9.6. Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP).

Respecto a los *datos sociodemográficos*, en las unidades de hospitalización psiquiátricas (UHP) la edad media es 38,6 años (desv. típ. 13,34); tres de cada cuatro pacientes tienen menos de 45 años (gráfico 143).

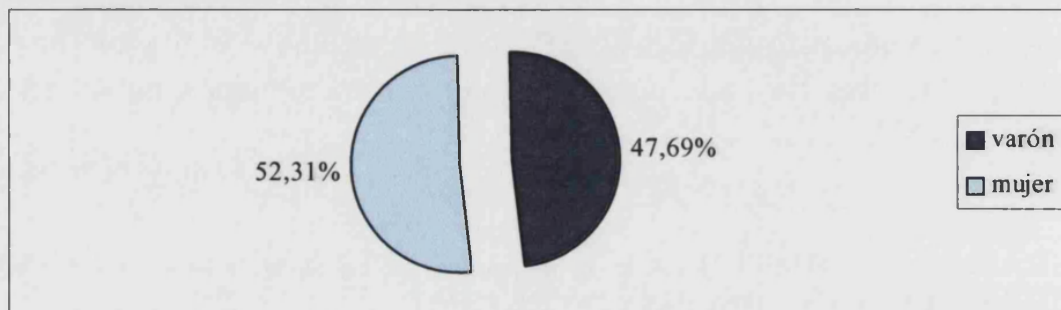
GRÁFICO 143. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

También en este recurso sanitario los varones y las mujeres se hallan representados de forma equilibrada (gráfico 144).

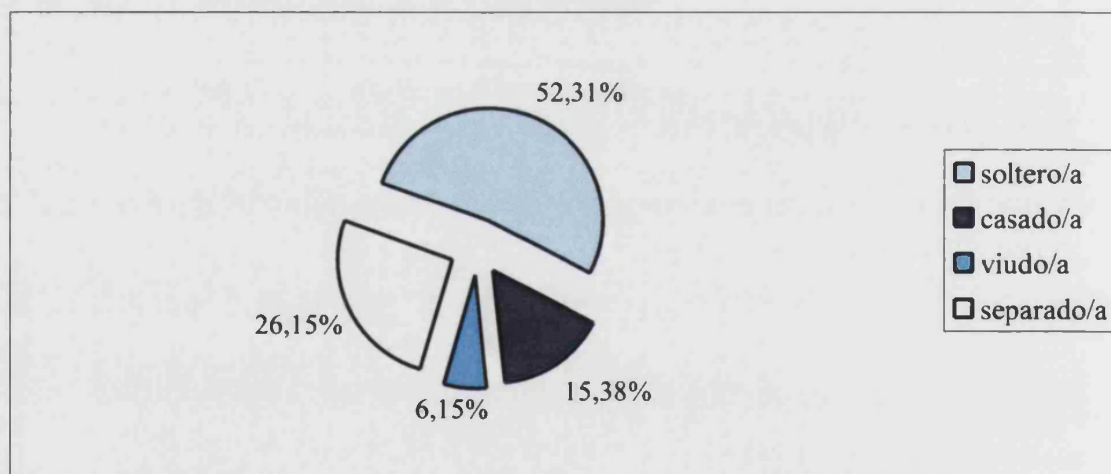
GRAFICO 144. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La distribución de los pacientes de las UHP en función de su estado civil muestra que la mitad son solteros y un 26% separados (gráfico 145).

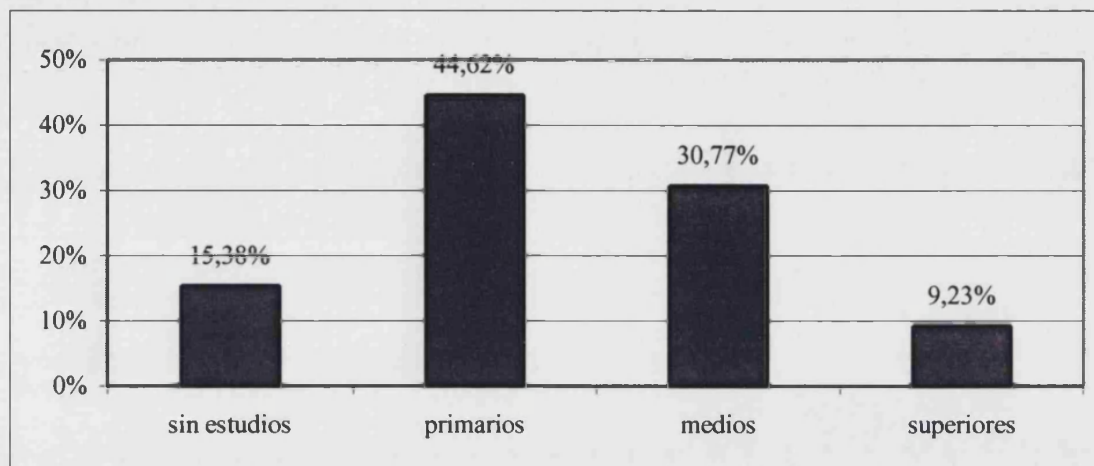
GRÁFICO 145. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Las personas con estudios primarios y medios representan el 75,4% del total de pacientes de las UHP (gráfico 146).

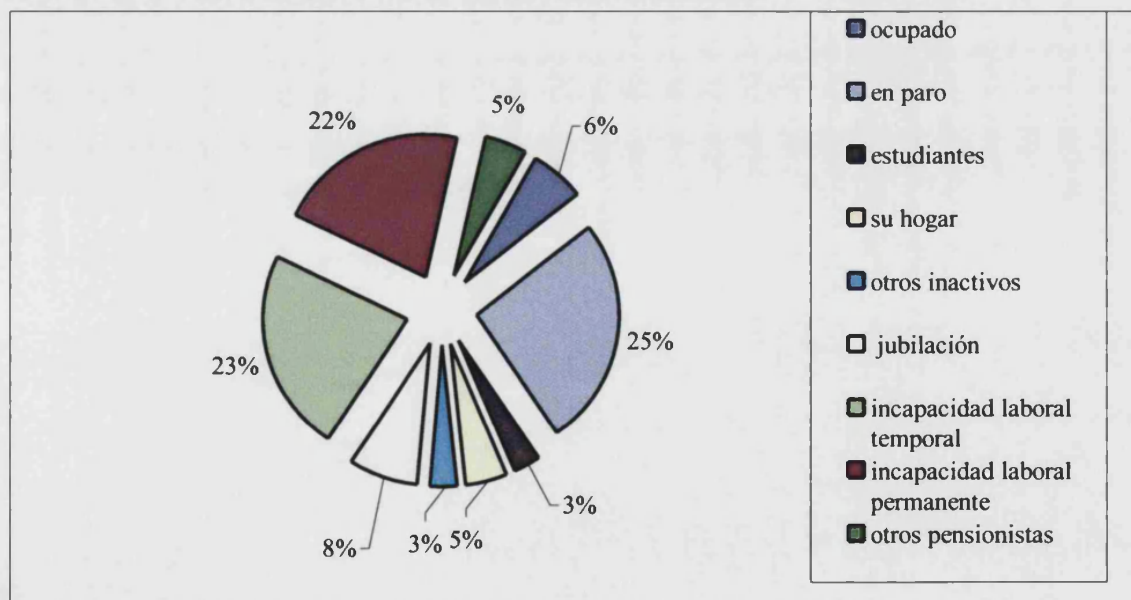
GRÁFICO 146. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación a su situación laboral, como es previsible, los porcentajes más altos se registran en la categoría "parados", "incapacidad laboral permanente" e "incapacidad laboral temporal". En estas tres categorías se sitúan el 70,8% de los pacientes en UHP (gráfico 147).

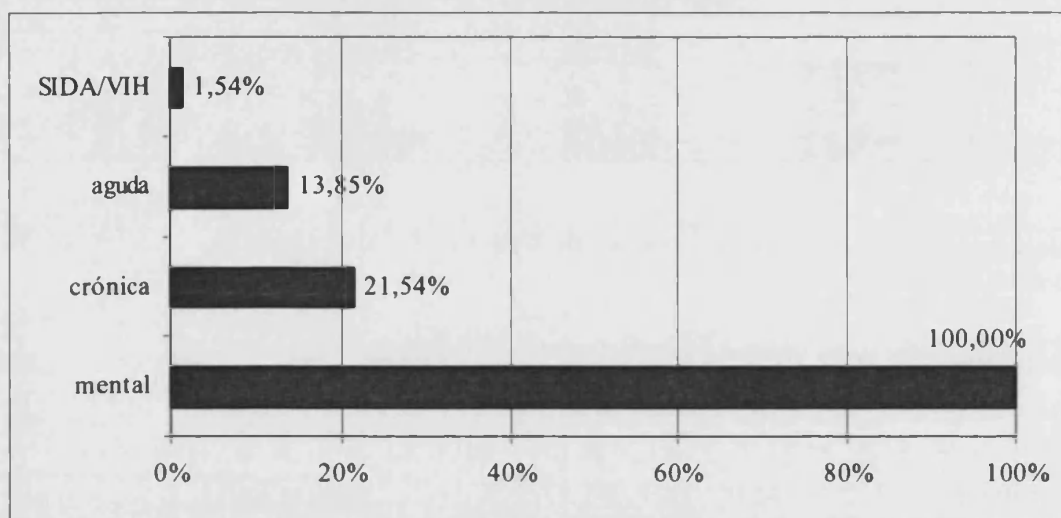
GRÁFICO 147. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DE SU SITUACIÓN LABORAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al analizar el *diagnóstico clínico*, como cabe esperar, todos los pacientes padecen enfermedades mentales, si bien un 21,5% padecen también enfermedades crónicas y un 14% enfermedades agudas (gráfico 148). El 100% de los pacientes se halla en tratamiento activo (ninguno en fase terminal).

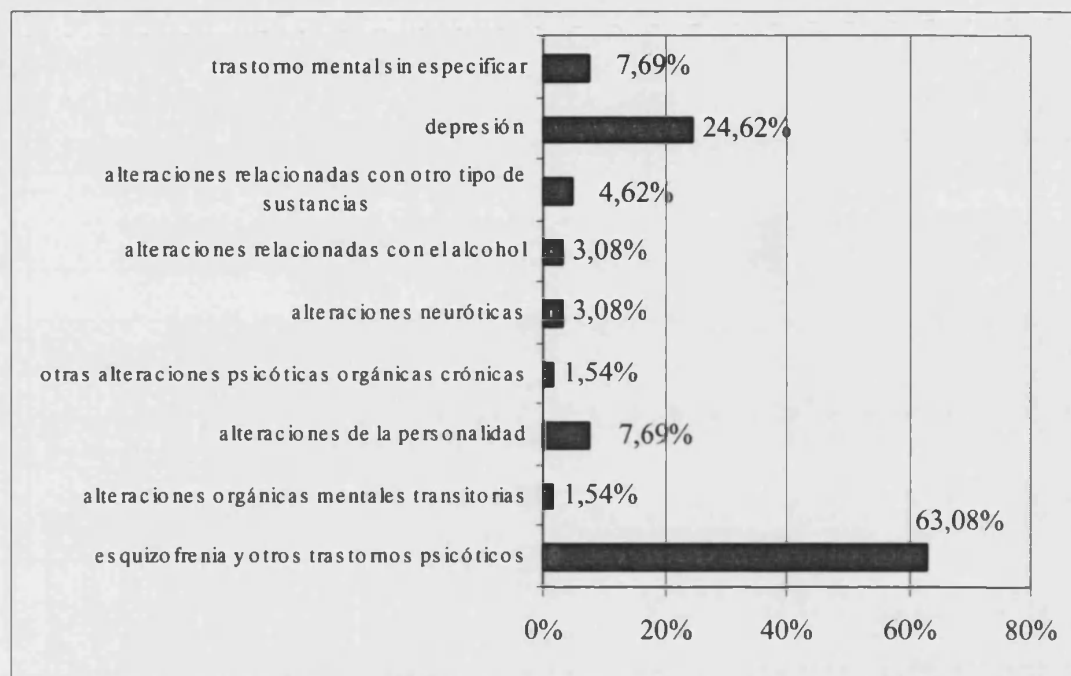
GRÁFICO 148. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN UHP POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

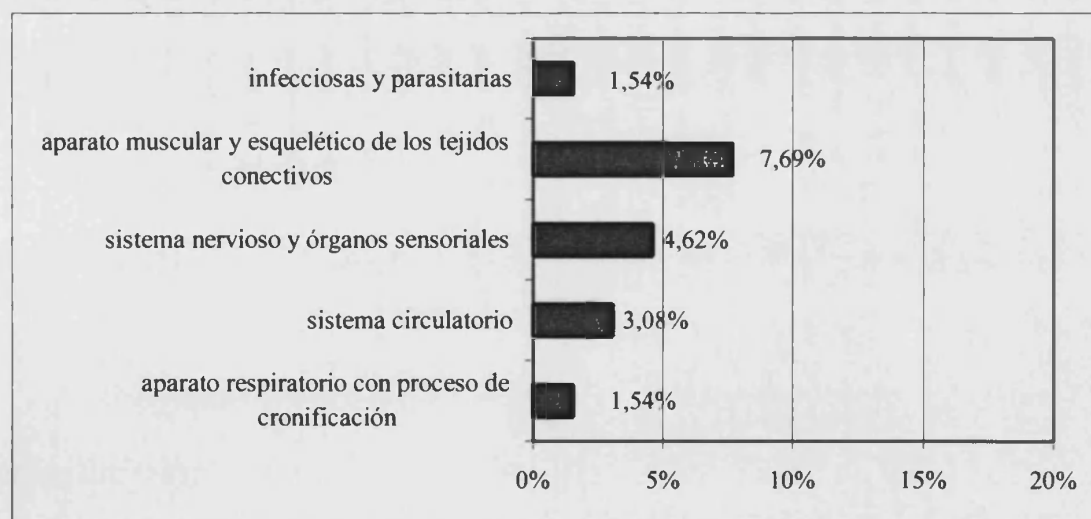
Entre las enfermedades mentales, las de carácter psicótico son las más abundantes (gráfico 149). El pequeño grupo de enfermos agudos sufren, además, enfermedades en el aparato músculo-esquelético, en el sistema nervioso, en los órganos sensoriales y en el sistema circulatorio (gráfico 150).

GRÁFICO 149. PORCENTAJE DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL ATENDIDAS EN UHP POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

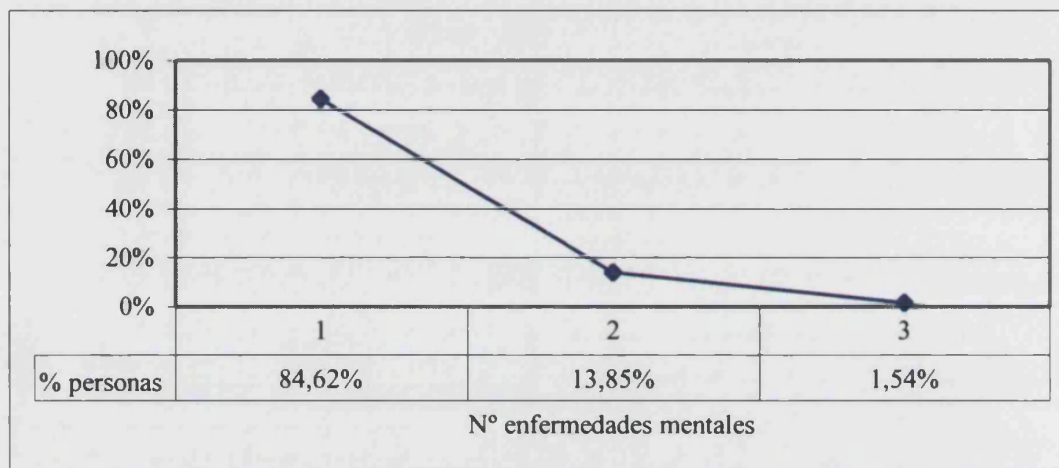
GRÁFICO 150. PORCENTAJE DE PERSONAS CON ENFERMEDADES AGUDAS ATENDIDAS EN UHP POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

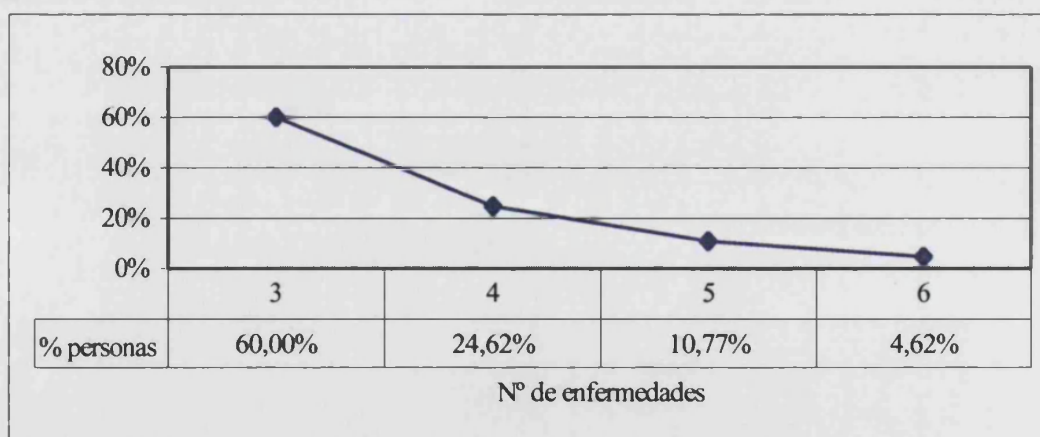
El 85% de los pacientes tienen una única enfermedad mental (gráfico 151); no obstante, el 60% de las personas atendidas en UHP padece un total de tres enfermedades (gráfico 152)

GRAFICO 151. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES MENTALES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

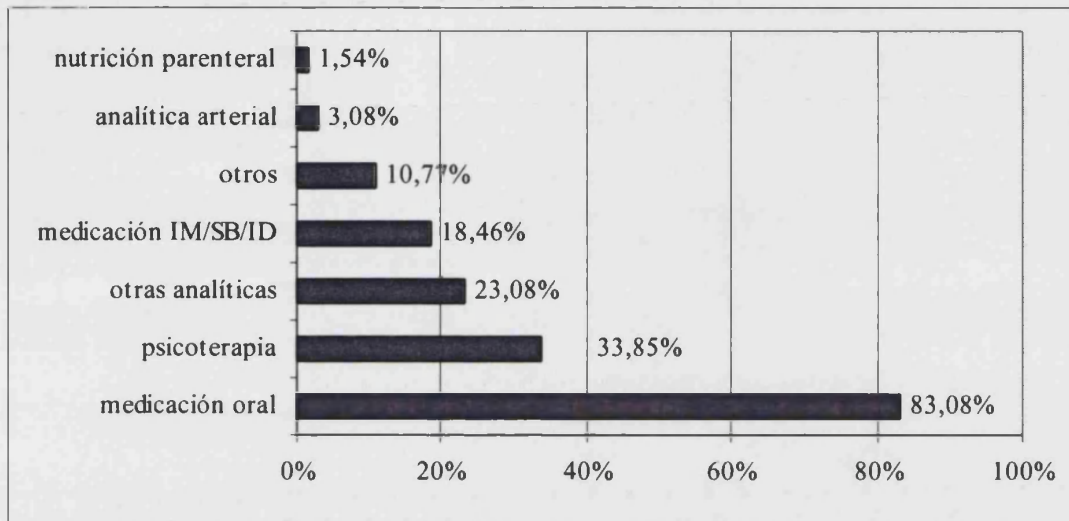
GRAFICO 152. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DEL NÚMERO TOTAL DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En las UHP la medicación oral es el procedimiento más utilizado, seguido de la psicoterapia (gráfico 153).

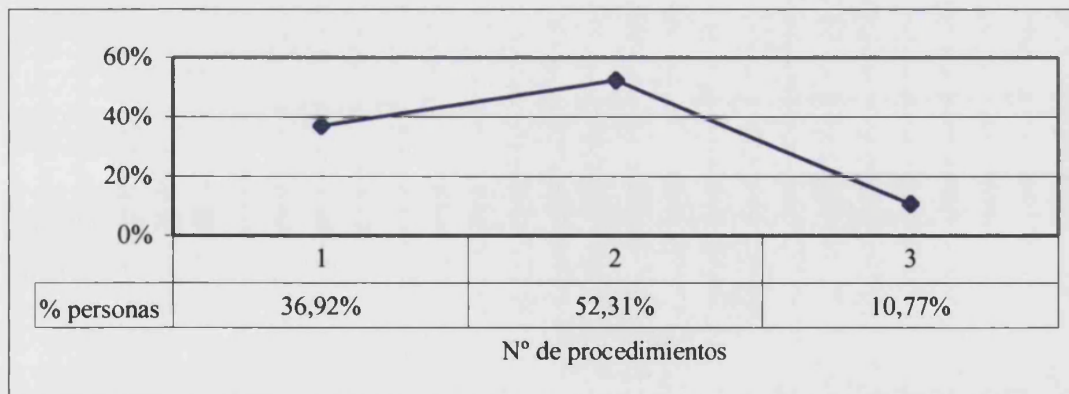
GRÁFICO 153. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN UHP POR TIPO DE PROCEDIMIENTOS MÁS UTILIZADO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Más de la mitad de los pacientes en UHP utilizan 2 procedimientos, mientras que la tercera parte utiliza sólo uno (gráfico 154).

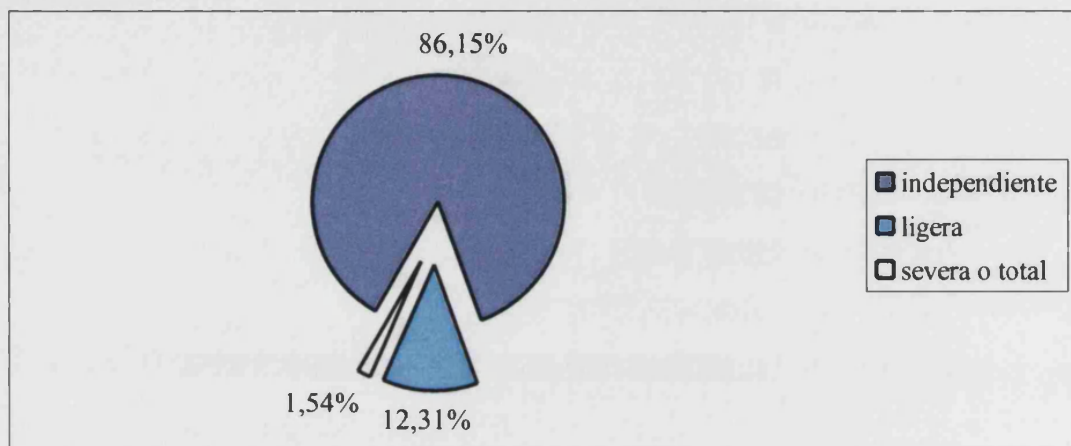
GRAFICO 154. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En cuanto a la *capacidad funcional*, la mayoría de pacientes en UHP son independientes para las actividades básicas de la vida diaria (gráfico 155)

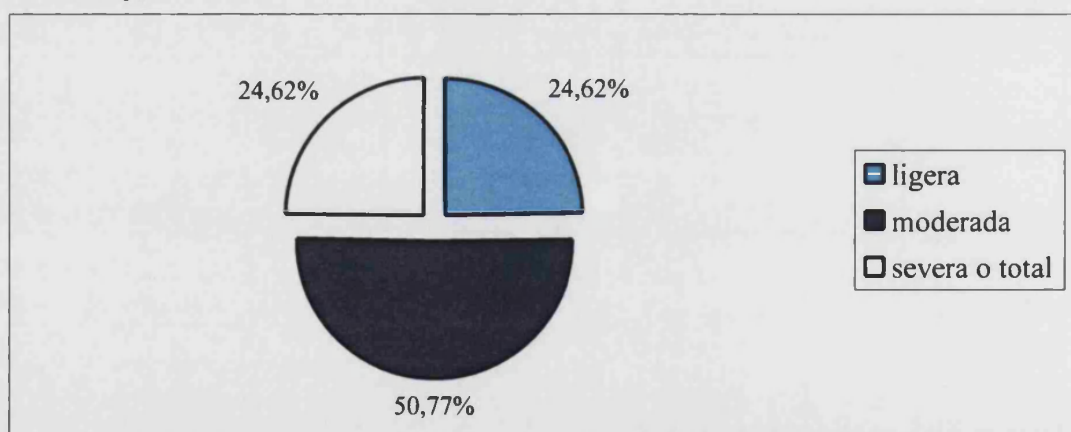
GRAFICO 155. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DE LA DEPENDENCIA PARA LAS ABVD (Test de Barthel).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Todos los pacientes presentan algún grado de dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria: la mitad moderada, una cuarta parte ligera y la otra cuarta parte severa (gráfico 156).

GRAFICO 156. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DE LA DEPENDENCIA PARA LAS AIVD (Test Frenchay).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El cruce de ambos tipos de dependencia para las actividades de la vida diaria, muestra un elevado grado de dependencia de los pacientes en UHP a nivel instrumental (tabla 59).

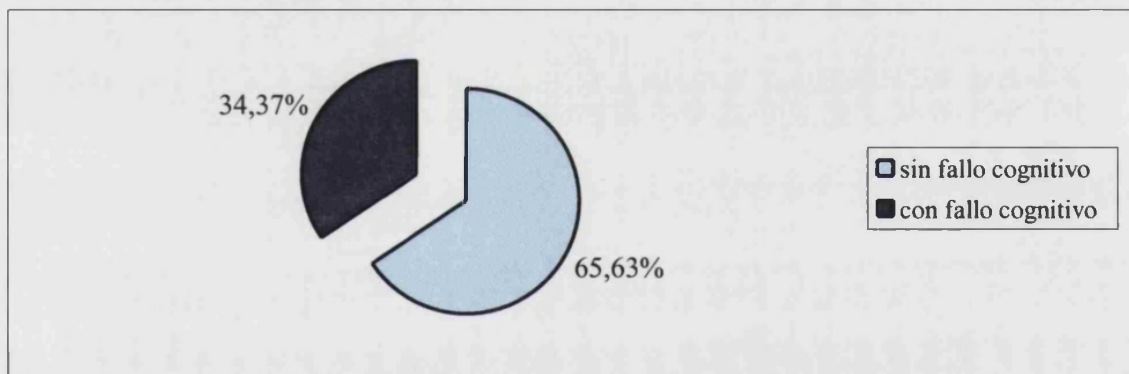
TABLA 59. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DE LA DEPENDENCIA PARA LAS ABVD Y PARA LAS AIVD.

Niveles de Barthel (% sobre el total)	Niveles de Frenchay			Totales Barthel
	Ligera	Moderada	Severa o total	
Ligera	20,00	44,62	21,54	86,15
Moderada	4,62	4,62	3,08	12,31
Severa o total	0,00	1,54	0,00	1,54
Totales Frenchay	24,62	50,77	24,62	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Una tercera parte de los pacientes entrevistados presentan fallo cognitivo (gráfico 157).

GRÁFICO 157. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DE LA CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Únicamente el 20% de los pacientes están en estado de obnubilación (tabla 60).

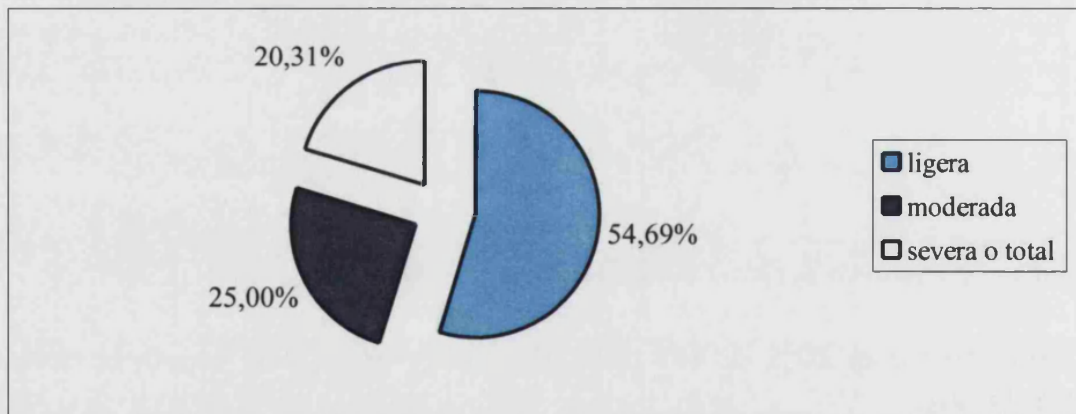
TABLA 60. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA Y DE LA CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).

Conservación cognitiva (% sobre el total)	Nivel de conciencia		Total
	Obnubilación	Alerta	
Sin fallo cognitivo	6,25	59,38	65,63
Con fallo cognitivo	14,06	20,31	34,37
Total	20,31	79,69	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al considerar la dependencia global -combinando capacidad funcional y conservación cognitiva- los resultados indican que no existen pacientes independientes. La mitad son dependientes ligeros y uno de cada cinco presenta una dependencia severa de otra persona (gráfico 158).

GRAFICO 158. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DE LA COMBINACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DE LA CONSERVACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al considerar el *apoyo social*, el 14,3% de los pacientes viven solos, aunque la mayoría de ellos perciben que tendrían un cuidador potencial todo el tiempo que precisasen (tabla 61). La familia directa constituye el cuidador percibido en la inmensa mayoría de los casos (83,3%). Es interesante el hecho de que ningún paciente considere que no tendría cuidador.

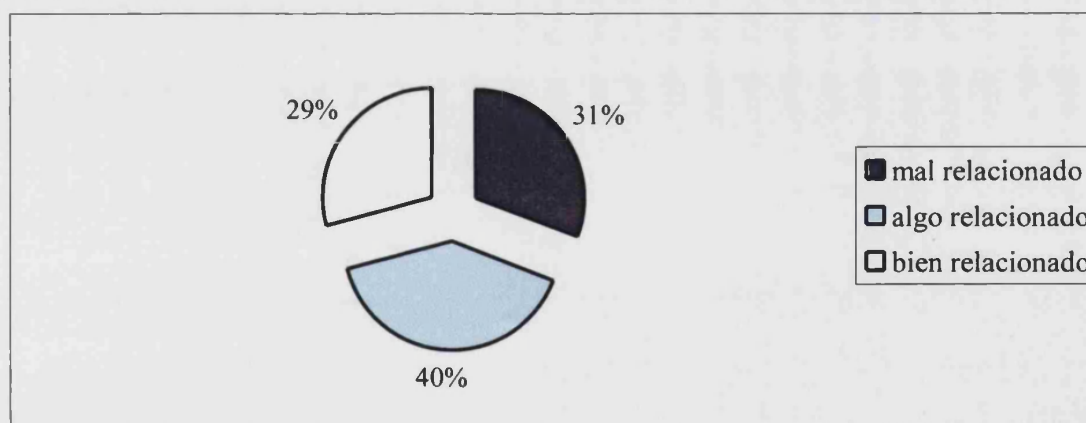
TABLA 61. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR Y DE LA SITUACIÓN DE CONVIVENCIA.

Cuidador potencial (% sobre el total)		Convivencia		Total
Duración de los cuidados	Parentesco	Vive solo/a	Vive acompañado/a	
Todo el tiempo preciso	Familia directa	9,52	66,67	76,19
	Otros	2,38	9,52	11,90
Hasta 6 meses	Otros	0,00	2,38	2,38
Ocasionalmente	Familia directa	2,38	4,76	7,14
	Otros	0,00	2,38	2,38
Total		14,29	85,71	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Un 31% de los pacientes en UHP presentan una preocupante ausencia de relaciones sociales, con el consiguiente menoscabo del apoyo social (gráfico 159). El resto, pese al tipo de enfermedad que padecen, cuenta con un nivel medio o normal de relaciones sociales.

GRÁFICO 159. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHP EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SUS RELACIONES SOCIALES.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de los pacientes de la provincia de Valencia atendidos en las UHP tienen aproximadamente entre 30 y 40 años. La mitad de ellos son solteros, con estudios primarios o medios, y las tres cuartas partes se encuentran parados o en situación de incapacidad laboral temporal o permanente.

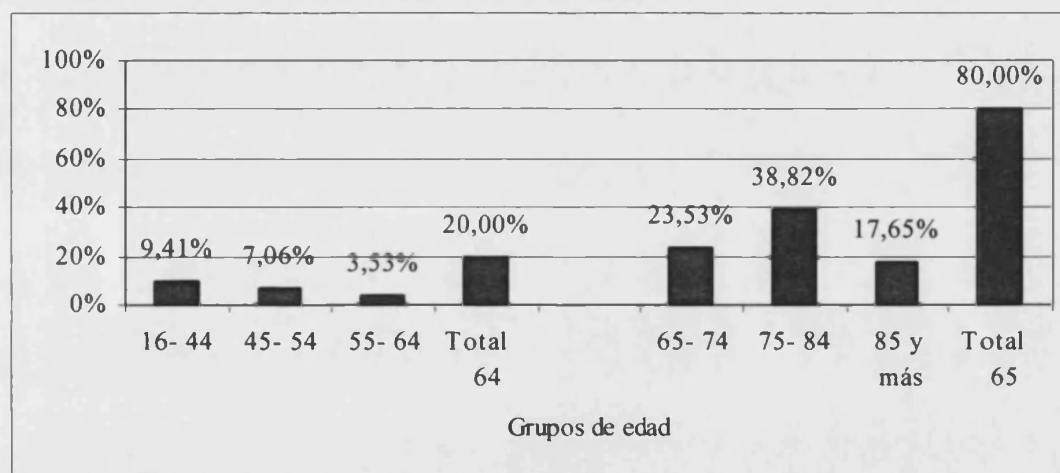
Además de padecer una enfermedad mental, entre las que cabe destacar la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, también sufren enfermedades físicas de tipo crónico. En su mayoría se trata de personas independientes para las actividades básicas de la vida diaria, aunque la mitad de ellos presentan una dependencia moderada para las actividades instrumentales.

Los pacientes de la UHP son personas que viven acompañadas y perciben que algún miembro de su familia directa les ayudaría, en caso de precisar, todo el tiempo que fuese necesario.

4.9.7. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).

Al analizar el *perfil sociodemográfico* de las personas atendidas en el servicio de ayuda a domicilio (SAD), observamos que el 80% son mayor de 65 años, siendo el grupo de edad más frecuente el que va desde los 75 a los 85 años (gráfico 160), con una media de edad de 71,7 años (desviación tip. 16,71). No obstante, un 20% de los casos corresponden a personas menores de 65 años.

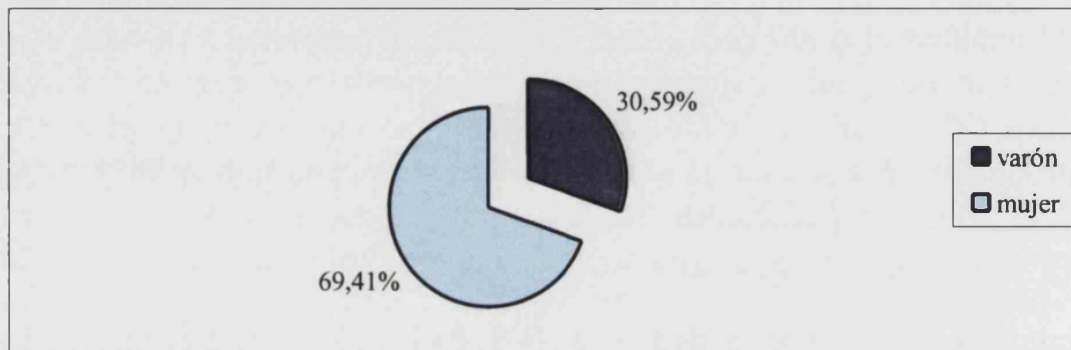
GRÁFICO 160. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Casi el 70% de las personas atendidas por el SAD son mujeres (gráfico 161). Una hipótesis tentativa para explicar esta situación, además de las consideraciones demográficas, es que las mujeres solas permanecen en casa, mientras que los varones no suelen vivir solos en su hogar.

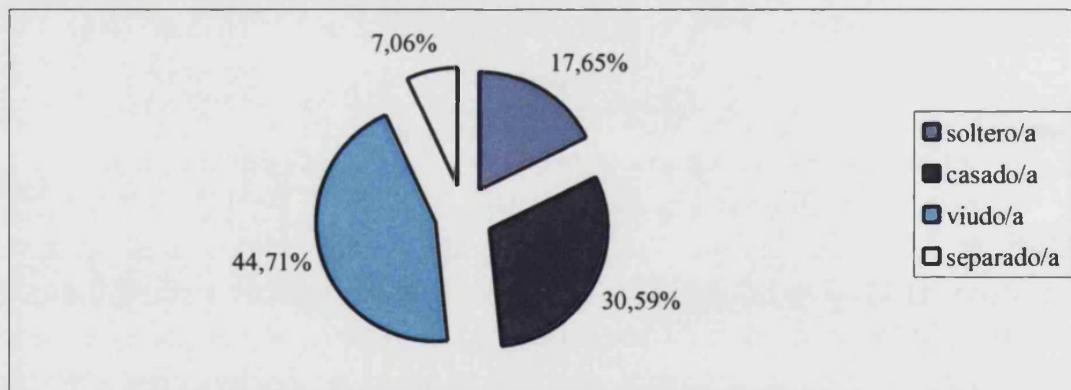
GRÁFICO 161. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Dada la edad media de los sujetos atendidos en este servicio, no es sorprendente que el 44% de ellos sean viudos (gráfico 162). El 31% de casados se corresponde, generalmente, con matrimonios de mucha edad.

GRÁFICO 162. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL.



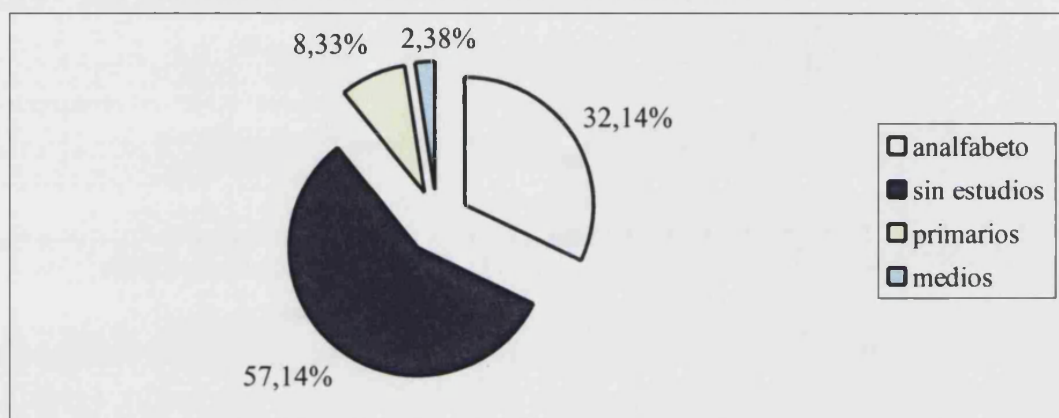
Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Un dato interesante es que las personas menores de 65 años que utilizan el SAD y están casadas son mujeres, no hay ningún varón en esta situación. Estas mujeres, atendidas por el SAD, tienen enfermedades crónicas (un tercio de ellas), enfermedades degenerativas y crónicas (otro tercio) o enfermedades oncológicas (el tercio restante). Asimismo, forman parte de unidades familiares de

tres miembros (cónyuges más un hijo/a), con ingresos que van desde los 601,00 € a los 900,00 € al mes.

Resulta muy significativo el elevado porcentaje de personas analfabetas o sin estudios (90%) (gráfico 163).

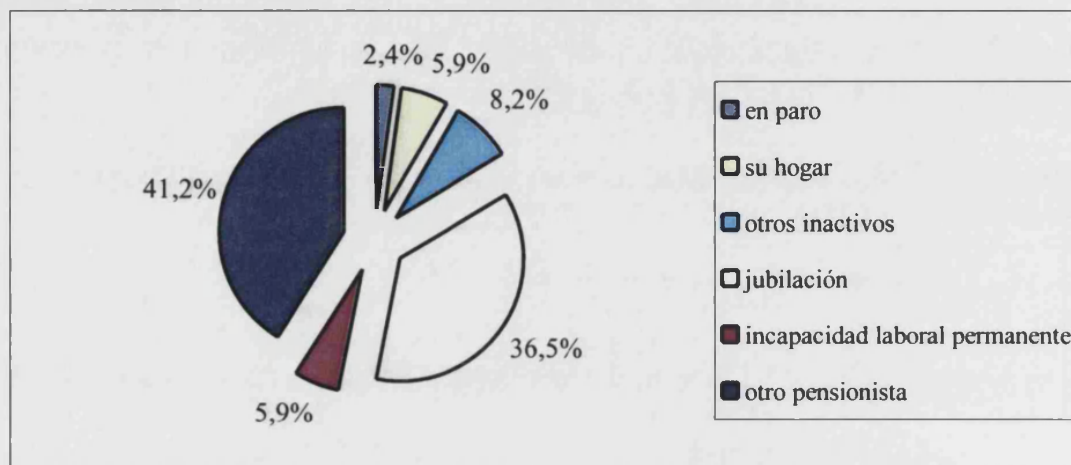
GRÁFICO 163. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La edad media de las personas atendidas en el SAD condiciona su situación laboral (gráfico 164). La mayoría son jubilados o cobran la pensión de viudedad (otros pensionistas).

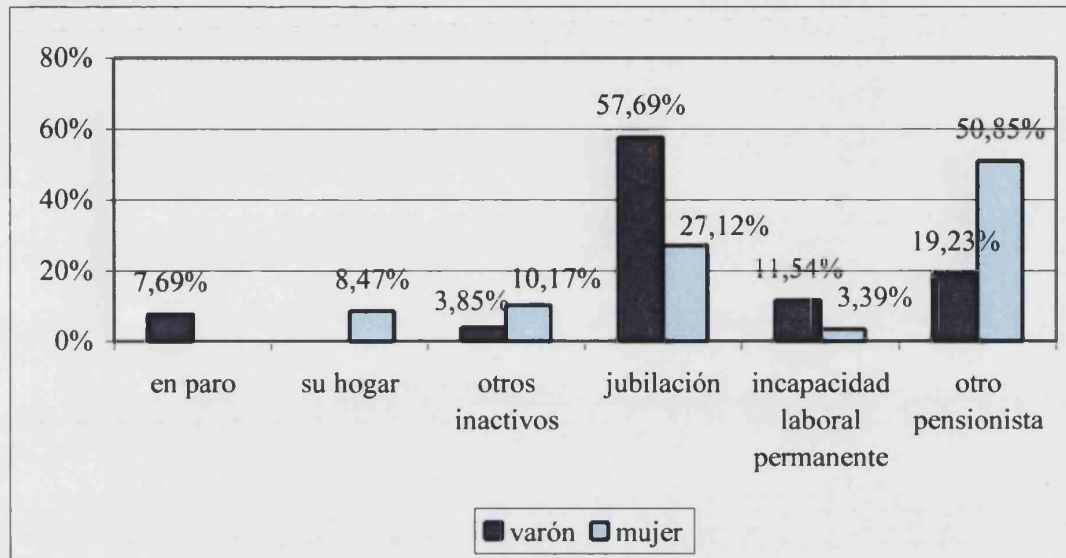
GRÁFICO 164. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El porcentaje de varones que percibe una pensión de jubilación duplica la proporción de mujeres en esa misma situación (gráfico 165). Por el contrario, éstas están más representadas en la categoría “otro tipo de pensiones”, que se corresponde generalmente con la pensión de viudedad.

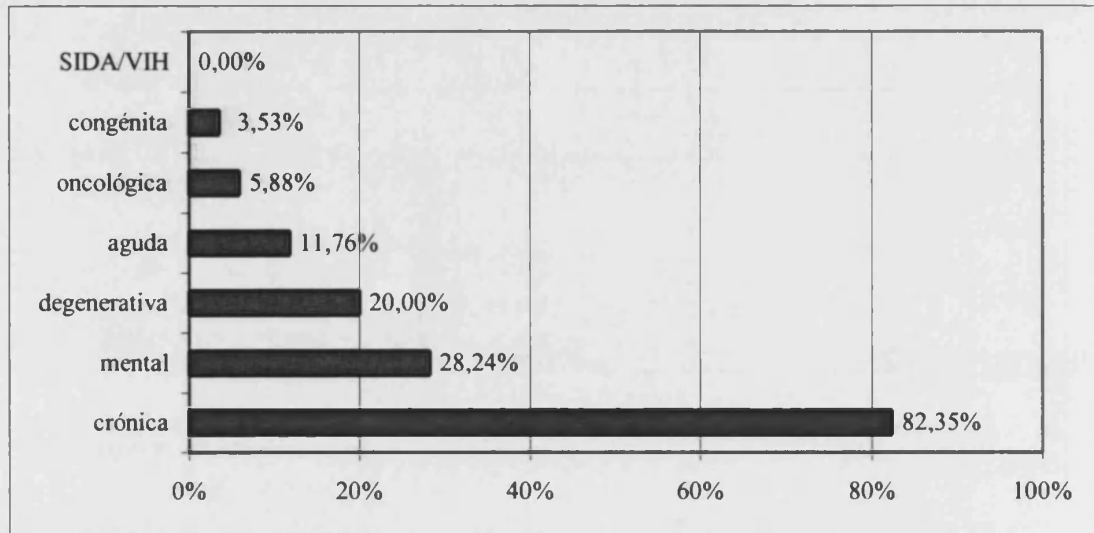
GRÁFICO 165. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL SAD EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL Y EL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación al *diagnóstico clínico*, como se aprecia en el gráfico 166, más del 80% de las personas atendidas por el SAD tienen una enfermedad crónica, le siguen en importancia las enfermedades mentales y las degenerativas. Sorprende encontrar casi un 12% de personas con enfermedades agudas que permanecen en su domicilio.

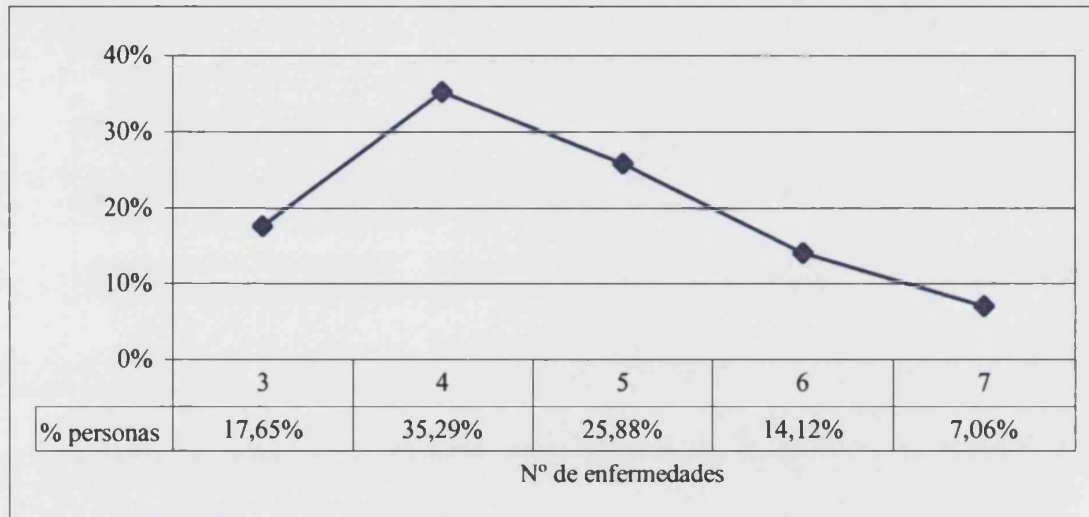
GRÁFICO 166. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN SAD POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Las personas atendidas a través del SAD tienen entre tres y cinco enfermedades distintas (gráfico 167).

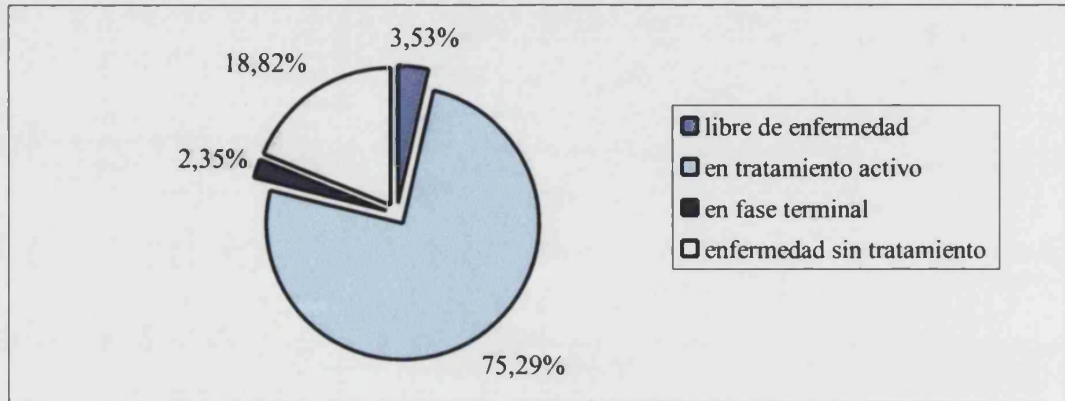
GRÁFICO 167. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN SAD EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Tres de cada cuatro usuarios del SAD están en tratamiento activo (gráfico 168). El pequeño porcentaje de usuarios libres de enfermedad está compuesto por personas que tienen entre 75 y 85 años, y presentan una dependencia severa o total -combinando la capacidad funcional y la conservación cognitiva-, aunque son dependientes ligeros para las ABVD.

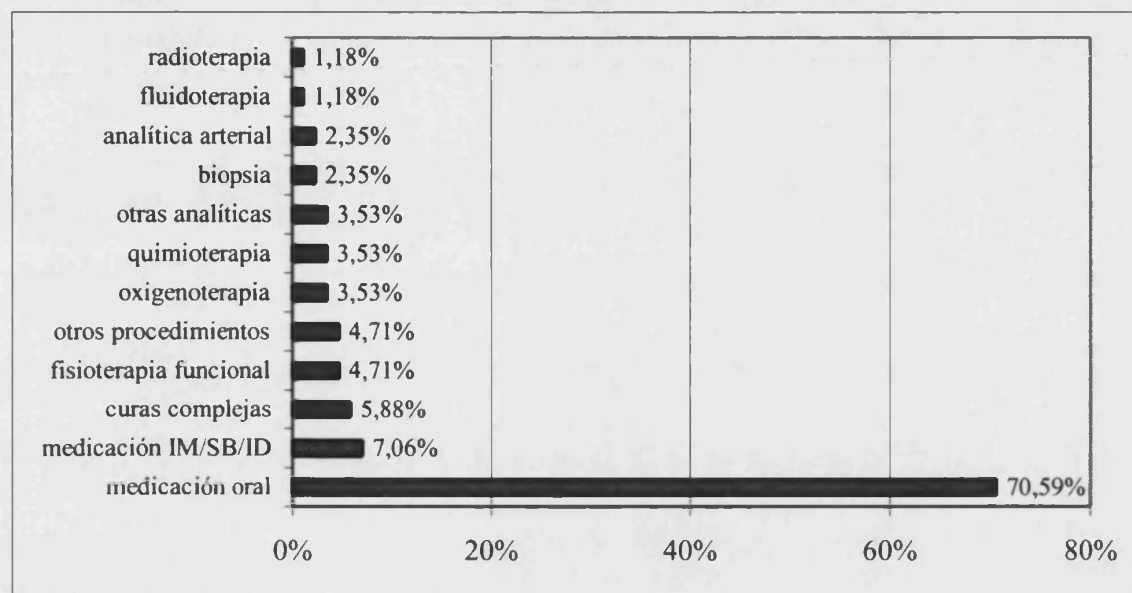
GRÁFICO 168. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DE LA FASE DE SU ENFERMEDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Como cabe esperar, las personas atendidas en el SAD no necesitan de procedimientos complejos. La medicación oral es el procedimiento más frecuente, a mucha distancia del resto (gráfico 169).

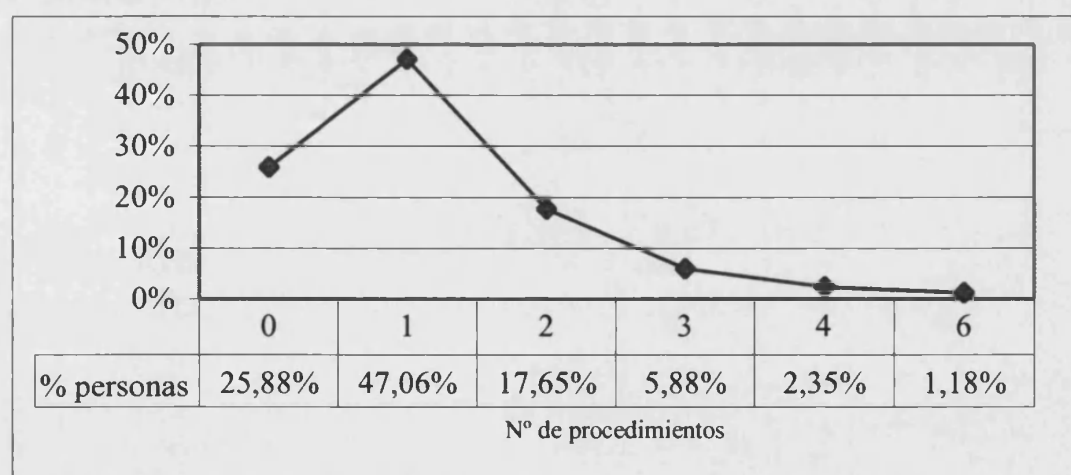
GRÁFICO 169. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN SAD EN FUNCIÓN DEL TIPO PROCEDIMIENTO UTILIZADO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Casi la mitad de las personas atendidas en el SAD utilizan sólo un procedimiento (generalmente medicación oral) y la cuarta parte de ellas no utilizan ninguno (gráfico 170).

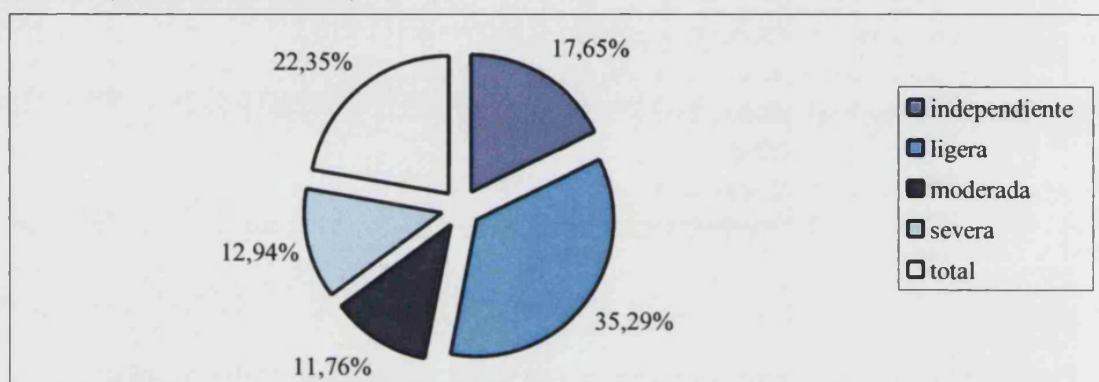
GRÁFICO 170. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al considerar la *capacidad funcional*, observamos que una tercera parte de las personas atendidas por el SAD tiene una dependencia severa o total para las actividades básicas de la vida diaria (gráfico 171).

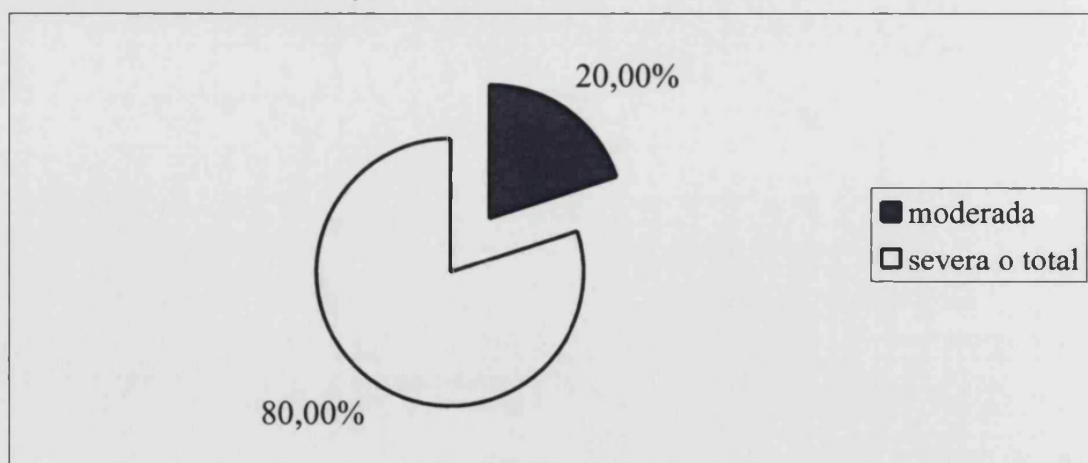
GRÁFICO 171. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD (Test de Barthel).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de los usuarios de este servicio tienen una dependencia severa o total para las actividades instrumentales de la vida diaria (gráfico 172).

GRÁFICO 172. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD (Test de Frenchay).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Del total de las personas atendidas en SAD con una dependencia severa o total para las actividades instrumentales, el 35% tiene también una dependencia grave para las actividades básicas (tabla 62).

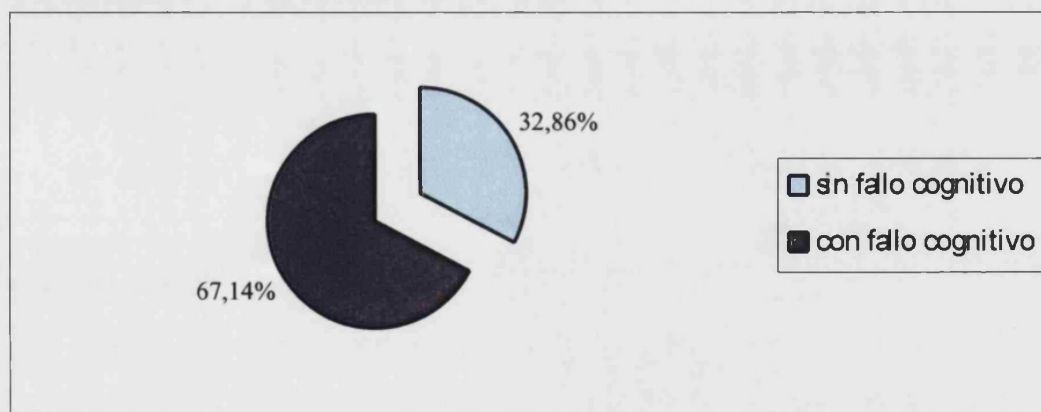
TABLA 62. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD Y PARA LAS AIVD.

Niveles de Barthel (% sobre el total)	Niveles de Frenchay		Total Barthel
	Moderada	Severa o Total	
Independiente	9,41	8,24	17,65
Ligera	10,59	24,71	35,30
Moderada	0,00	11,76	11,76
Severa o total	0,00	35,29	35,29
Total Frenchay	20,00	80,00	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En el SAD dos de cada tres personas presentan fallo cognitivo (gráfico 173).

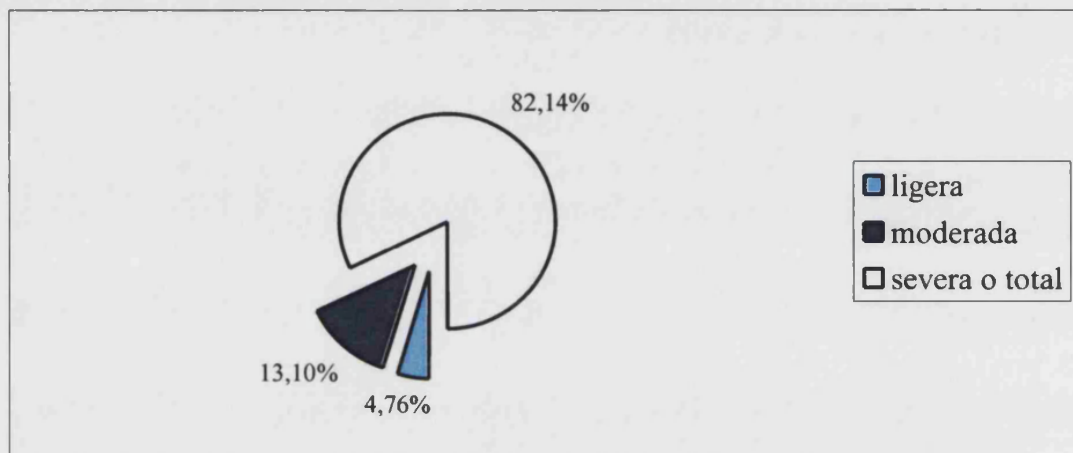
GRÁFICO 173. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DEL GRADO DE CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Más del 80% de las personas que usan el SAD son dependientes severos o totales, cuando se considera conjuntamente la capacidad funcional y la conservación cognitiva (gráfico 174).

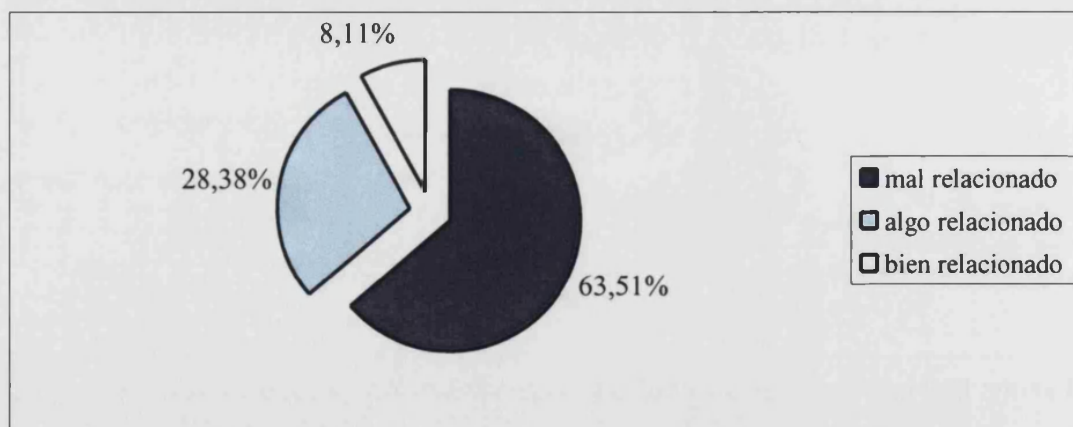
GRÁFICO 174. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DE LA COMBINACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DE LA CONSERVACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con respecto al *apoyo social*, resulta preocupante el elevado porcentaje de personas que permanecen en sus domicilios, utilizando el SAD, y tienen un escaso nivel de relaciones sociales (gráfico 175).

GRÁFICO 175. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SUS RELACIONES SOCIALES.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Dada la avanzada edad de los usuarios de este servicio, y la prestación del mismo en sus domicilios, el elevado porcentaje de personas que viven solas es preocupante (44,78%), en particular aquellas que además afirman que no contarían con un cuidador en caso de enfermar o quedar gravemente discapacitadas (19,4%) (tabla 63).

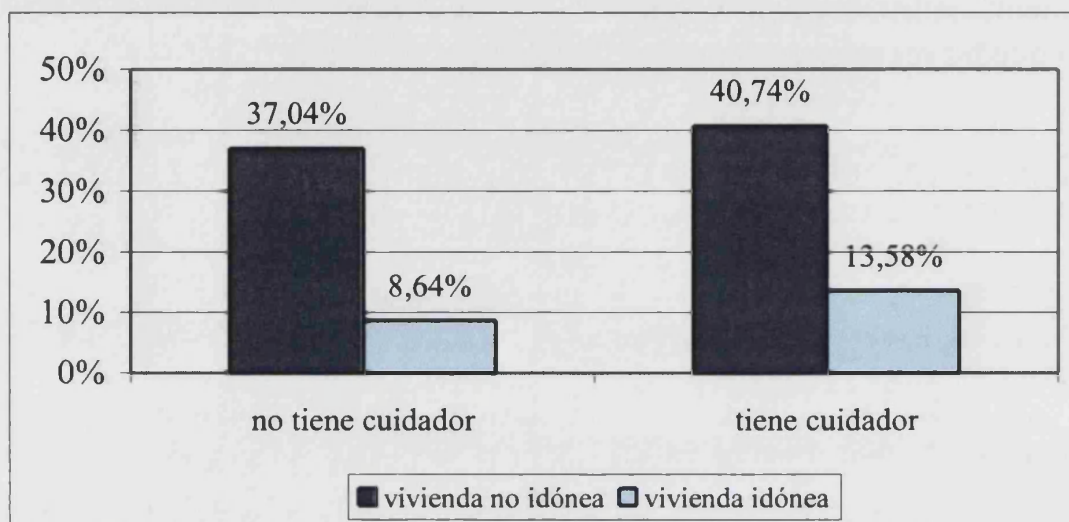
TABLA 63. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR.

Cuidador potencial (% sobre el total)		Convivencia		Total
<i>Duración de los cuidados</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Vive solo/a</i>	<i>Vive acompañado/a</i>	
Todo el tiempo preciso	Familia directa	11,94%	37,31%	49,25%
	Otros	2,99%	1,49%	4,48%
Hasta 6 meses	Familia directa	1,49%	0,00%	1,49%
	Otros	4,48%	1,49%	5,97%
Ocasionalmente	Familia directa	1,49%	2,99%	4,48%
	Otros	2,99%	0,00%	2,99%
No tendría cuidador		19,40%	11,94%	31,34%
Total		44,78%	55,22%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Únicamente el 13,6% de las personas atendidas en SAD tiene una casa idónea y cuidador informal real (gráfico 176).

GRÁFICO 176. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN SAD EN FUNCIÓN DE LA EXISTENCIA DE CUIDADOR Y DEL ESTADO DE SU VIVIENDA.



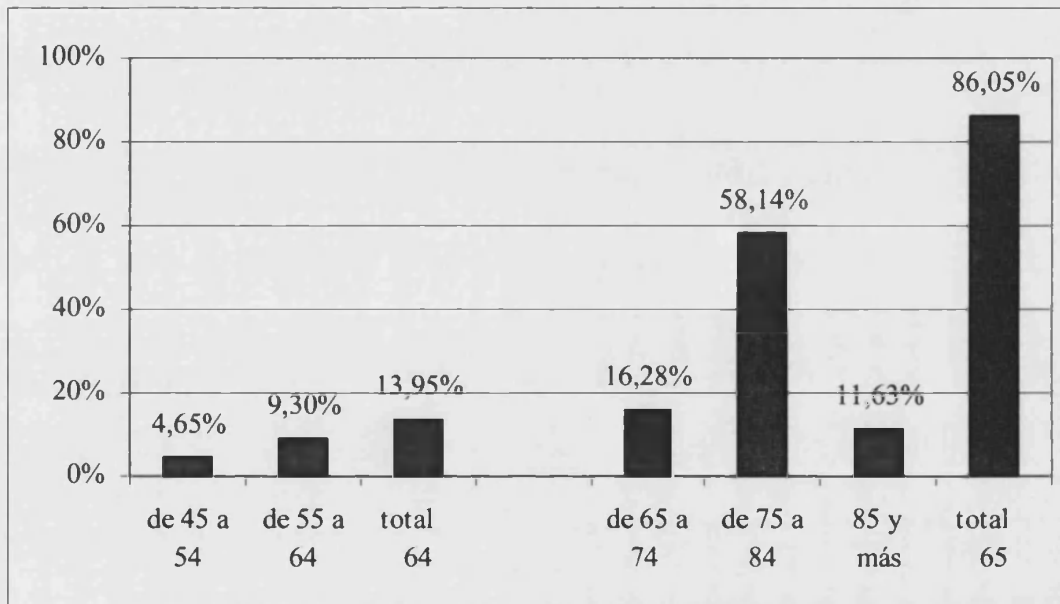
Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En resumen, la población que utiliza el SAD es mayoritariamente femenina, con una edad media que supera los 70 años. En general son viudas, que cobran frecuentemente la pensión de viudedad. Las personas atendidas en SAD tienen entre tres y cinco enfermedades, que suelen ser crónicas, mentales o degenerativas, y utilizan la medicación oral como procedimiento más común. La mayoría de ellas tiene una dependencia severa o total al considerar conjuntamente su capacidad funcional y su estado cognitivo. Existe un alto porcentaje de población que vive sola, aunque muchos de ellos afirman poder disponer de cuidador potencial. Es preocupante que sólo un 13,6% de las personas que utilizan este servicio tengan cuidador informal real y habiten en viviendas idóneas.

4.9.8. Teleasistencia.

En referencia a los *datos sociodemográficos*, más del 80% de los usuarios de teleasistencia son personas mayores de 65 años (gráfico 177), con una edad media de 75,1 años (desv. típ. 10,14). Merece especial atención el 13,9% de personas menores de 65 años que necesitan este servicio. En este caso se trata de mujeres con una dependencia moderada o severa -considerando la combinación de la capacidad funcional y la conservación cognitiva-.

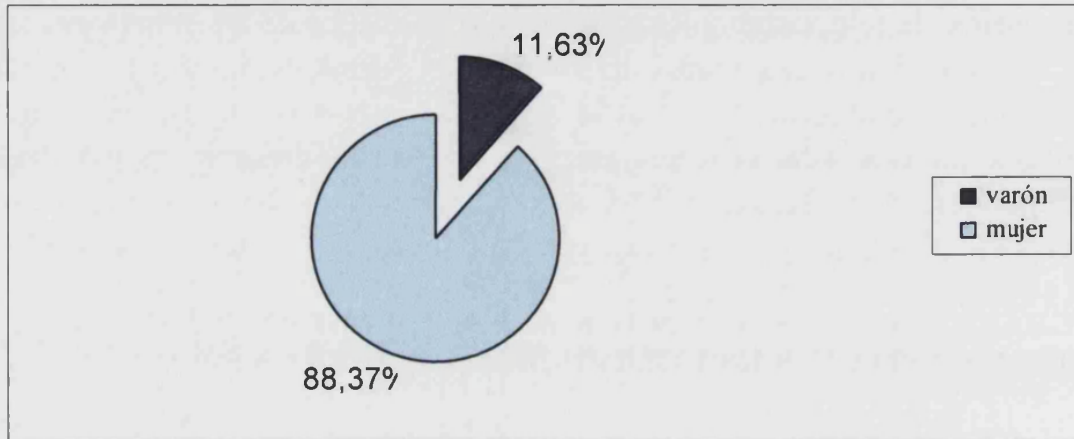
GRÁFICO 177. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN TELEASISTENCIA EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de los usuarios de teleasistencia son mujeres mayores que permanecen en su domicilio (gráfico 178).

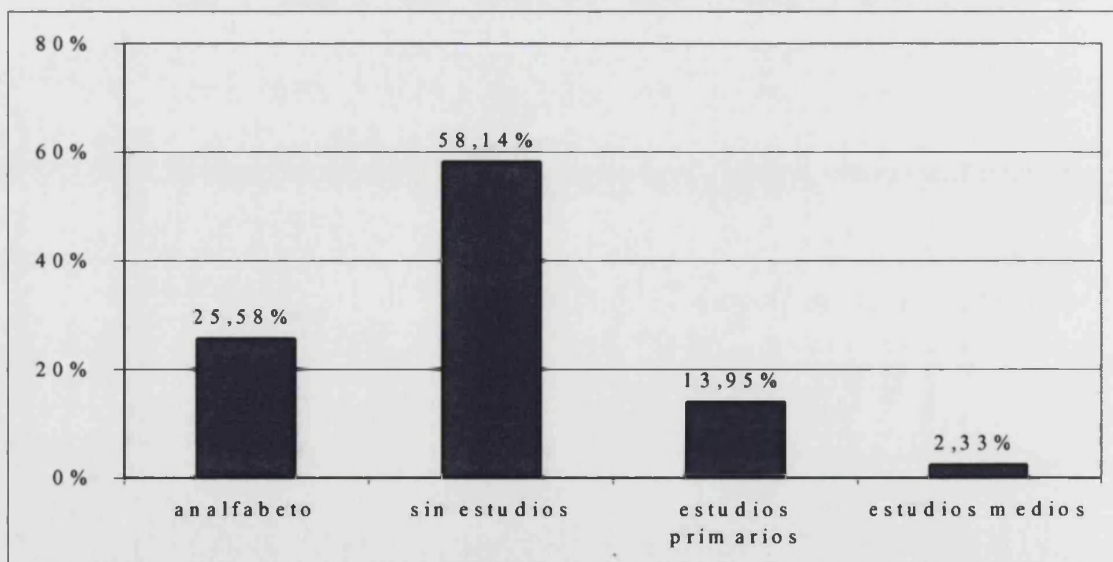
GRAFICO 178. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN TELEASISTENCIA EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Sistemáticamente hemos observado que una edad elevada se corresponde con un bajo nivel de estudios. Entre los usuarios de este recurso cerca del 85% no tiene estudios (recuérdese que se trata generalmente de mujeres mayores) (gráfico 179).

GRAFICO 179. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN TELEASISTENCIA EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La categoría "otro tipo de pensionista", en la que se sitúan dos de cada tres personas atendidas en teleasistencia, se corresponde con mujeres que perciben una pensión de viudedad (tabla 64). El 100% de los varones están jubilados, mientras que sólo el 10,5% de las mujeres se encuentra en esa situación.

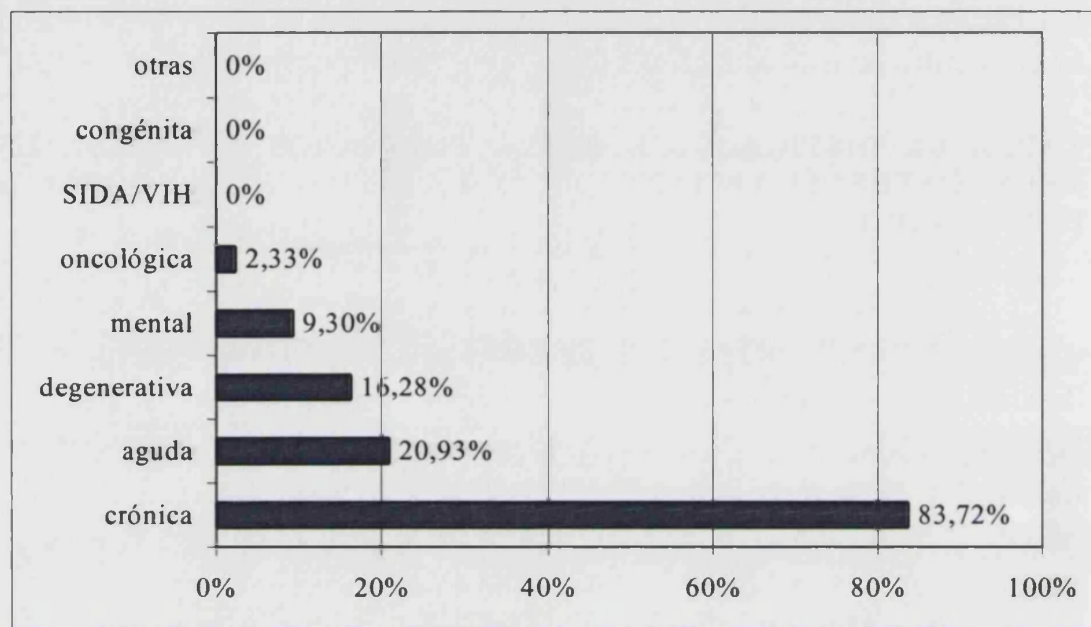
TABLA 64. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN TELEASISTENCIA EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL Y DEL GÉNERO.

Situación laboral (% por columnas)	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
Personas que se ocupan de su hogar	0,00	5,26	4,65
Pensión de jubilación	100,00	10,53	20,93
Incapacidad laboral permanente	0,00	7,89	6,98
Otro tipo de pensionista	0,00	76,32	67,44
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al analizar el *diagnóstico clínico*, en este recurso, dada la elevada presencia de personas con edades superiores a los 75 años, cabe esperar un alto porcentaje de enfermos crónicos (gráfico 180). Sorprende, sin embargo, que un 21% de estas personas presente también un cuadro agudo y esté en su domicilio.

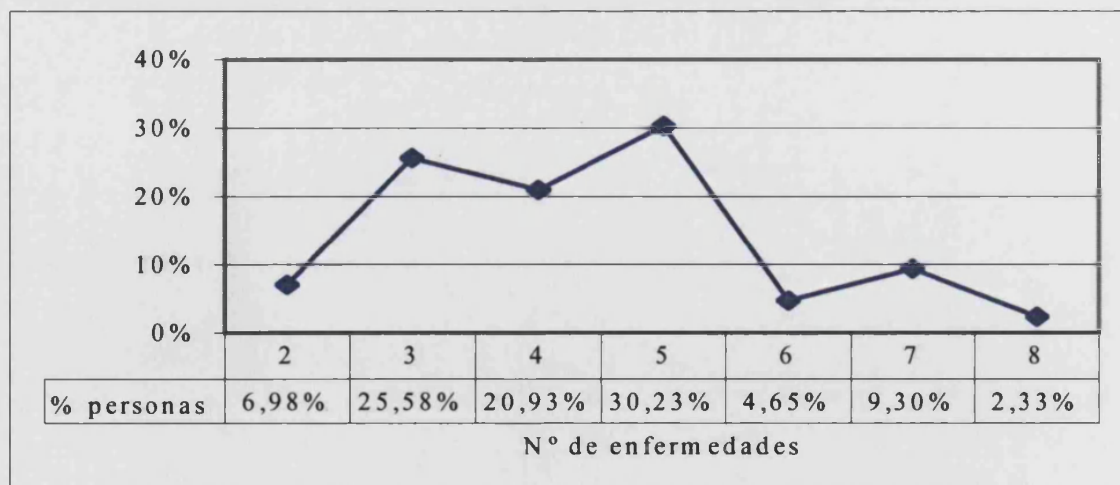
GRÁFICO 180. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN TELEASISTENCIA POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La elevada edad de las personas que utilizan la teleasistencia está asociada a la pluripatología. Así, el 77% de los usuarios tiene entre dos y cinco enfermedades (gráfico 181).

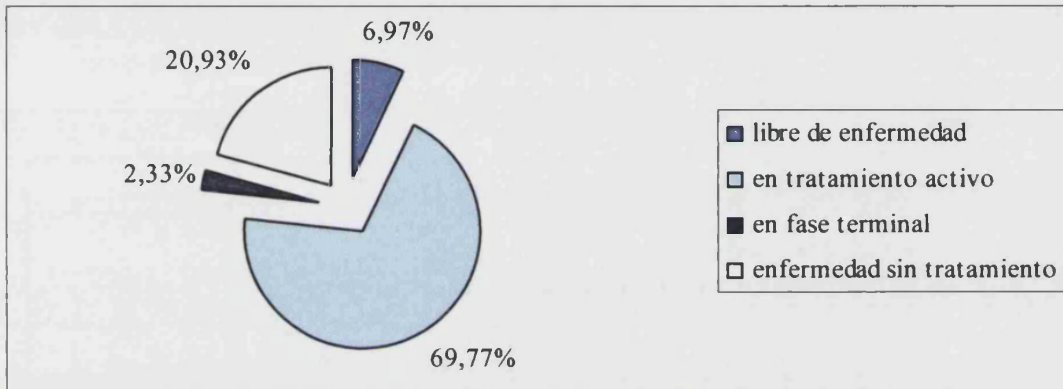
GRÁFICO 181. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN TELEASISTENCIA EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 70% de las personas que utilizan la teleasistencia está en tratamiento activo, mientras que sólo un 7% se halla libre de enfermedad (gráfico 182)

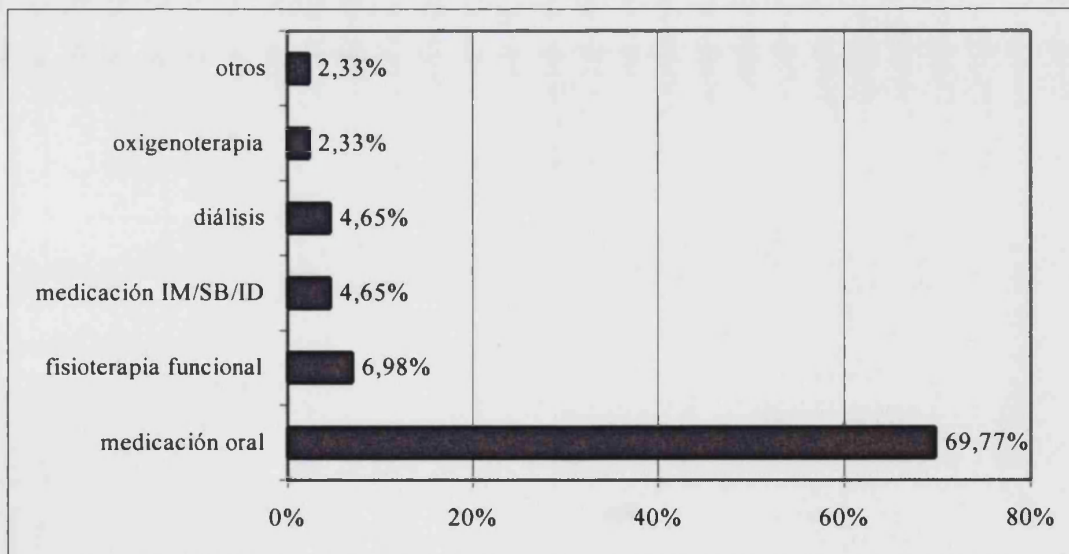
GRÁFICO 182. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN TELEASISTENCIA EN FUNCIÓN DE LA FASE DE SU ENFERMEDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En este recurso es previsible que los usuarios utilicen procedimientos clínicos sencillos, como es el caso de la medicación oral (gráfico 183). El resto de procedimientos están poco representados.

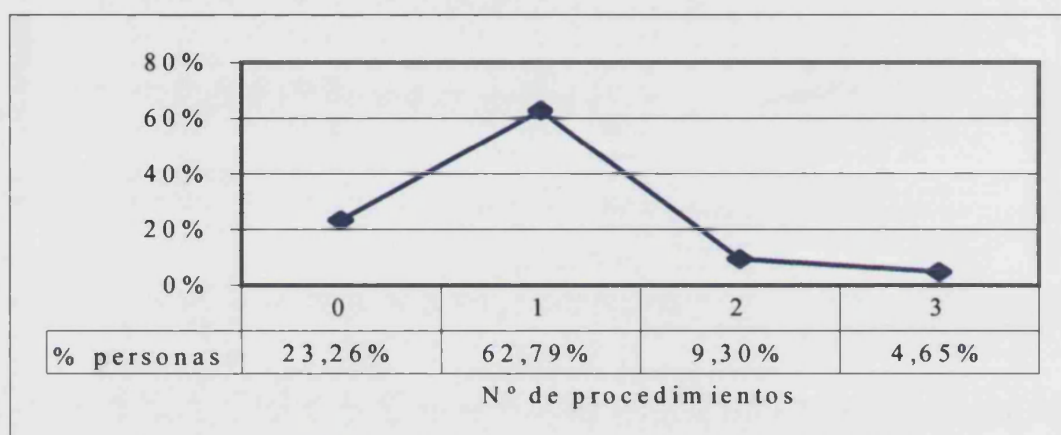
GRÁFICO 183. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN TELEASISTENCIA POR TIPOS DE PROCEDIMIENTOS MÁS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El número de procedimientos utilizados se corresponde con la escasa complejidad de los mismos: algo más del 60% de estas personas sólo necesita un procedimiento, que siempre resulta ser medicación oral (gráfico 184).

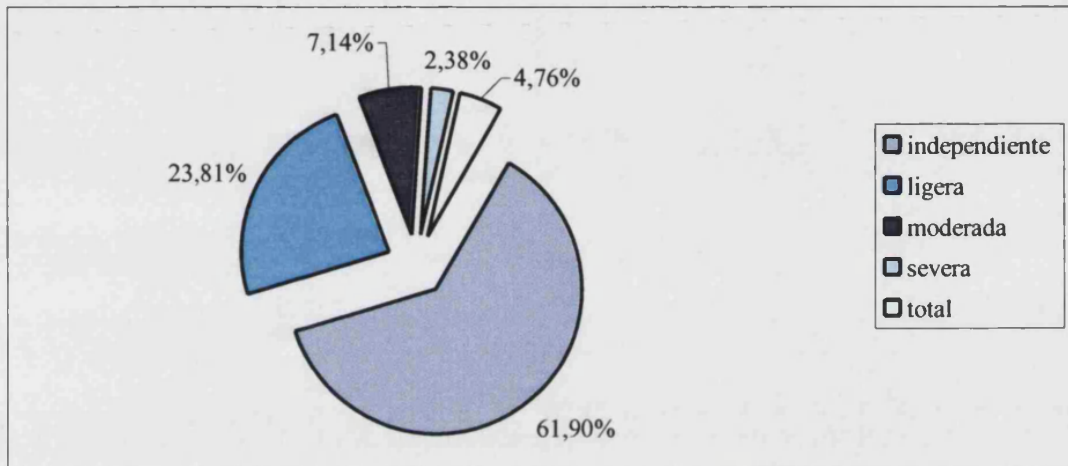
GRÁFICO 184. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN TELEASISTENCIA EN FUNCIÓN DEL NÚMERO TOTAL DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto a la *capacidad funcional*, la mayoría de los usuarios de teleasistencia son independientes para las actividades básicas de la vida diaria (gráfico 185). Sin embargo, es preocupante la presencia de un 14% de personas con dependencia moderada, severa o total para estas actividades.

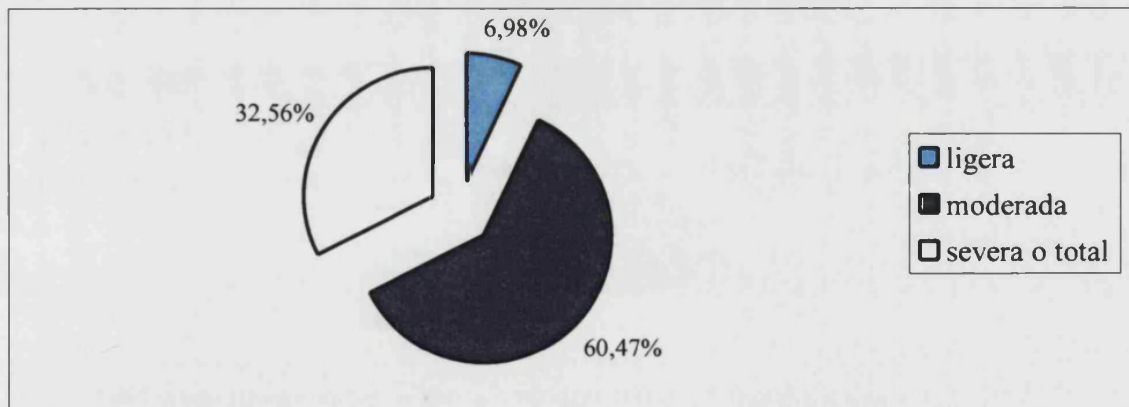
GRÁFICO 185. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN TELEASISTENCIA EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD (Test de Barthel)



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 60% de las personas que utilizan teleasistencia manifiestan una dependencia moderada para las actividades instrumentales, lo que justifica la demanda de este servicio (gráfico 186). Sin embargo, la tercera parte son dependientes severos o totales para estas actividades.

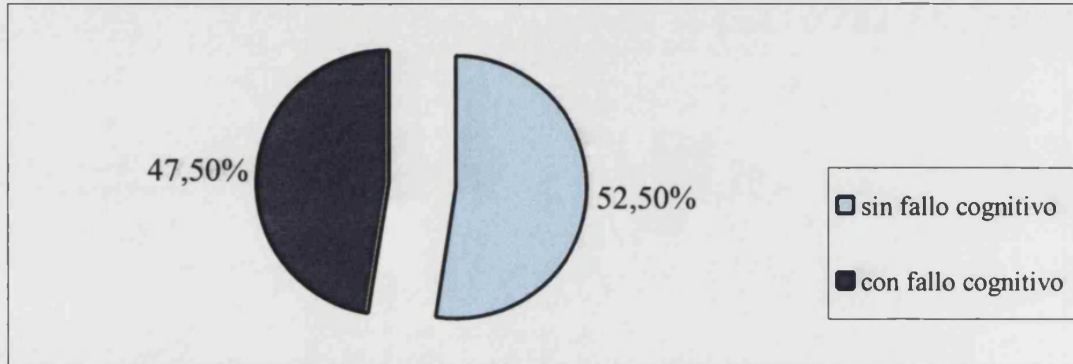
GRÁFICO 186. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN TELEASISTENCIA EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD (Test de Frenchay).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mitad de los usuarios presentan fallo cognitivo (gráfico 187).

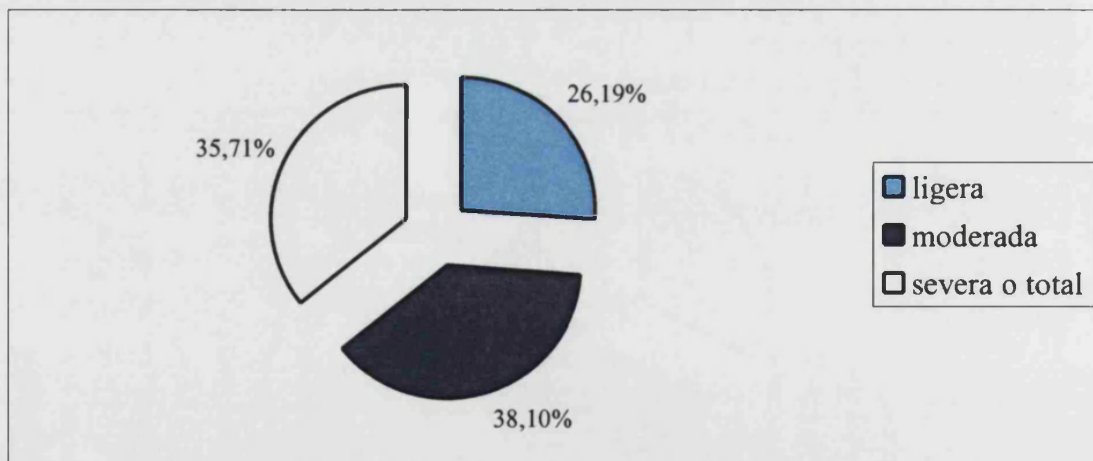
GRÁFICO 187. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN TELEASISTENCIA EN FUNCIÓN DEL GRADO DE CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo)



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Cuando consideramos conjuntamente la dependencia funcional y la conservación cognitiva, encontramos que aproximadamente un 26% de estos usuarios muestran solo una dependencia ligera; no obstante, un 36% y un 38% son dependientes severos o moderados, respectivamente (gráfico 188).

GRÁFICO 188. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN TELEASISTENCIA EN FUNCIÓN DE LA COMBINACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y LA CONSERVACIÓN COGNITIVA.

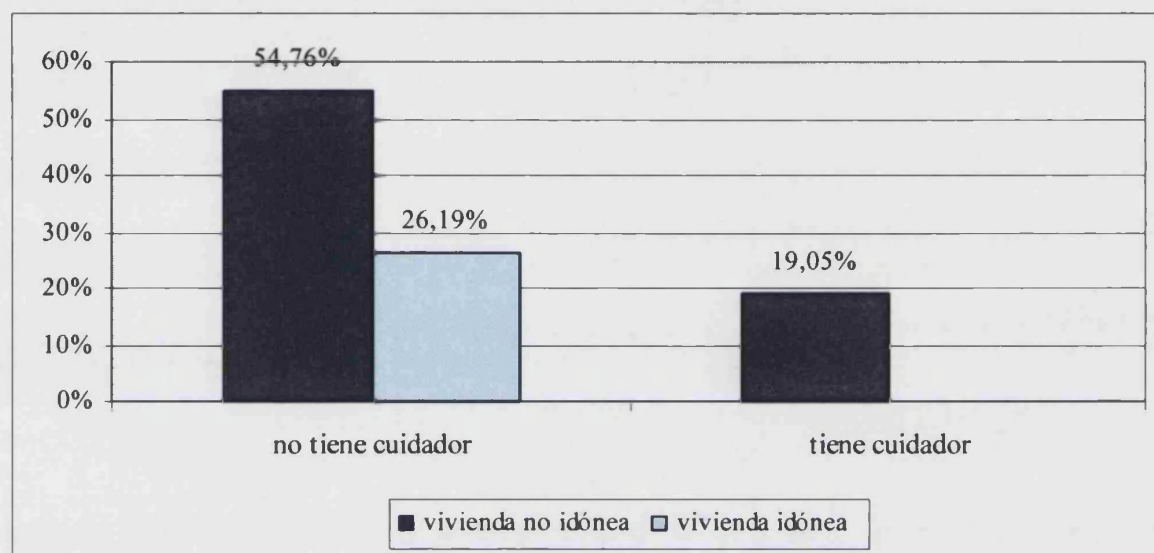


Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación al *apoyo social*, aproximadamente cuatro de cada cinco personas, que utilizan teleasistencia, no tienen cuidador real (gráfico 189). Dado que se trata de personas atendidas en sus domicilios es

preocupante que tres de cada cuatro usuarios residan en viviendas mal acondicionadas.

GRÁFICO 189. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN TELEASISTENCIA EN FUNCIÓN DE LA EXISTENCIA DE CUIDADOR Y DEL ESTADO DE SU VIVIENDA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Un 82% de los usuarios de teleasistencia viven solos/as en su domicilio (casi siempre no idóneo); un 28,2% vive solo y además afirma que no contaría con cuidador potencial en caso enfermedad o grave discapacidad (tabla 65).

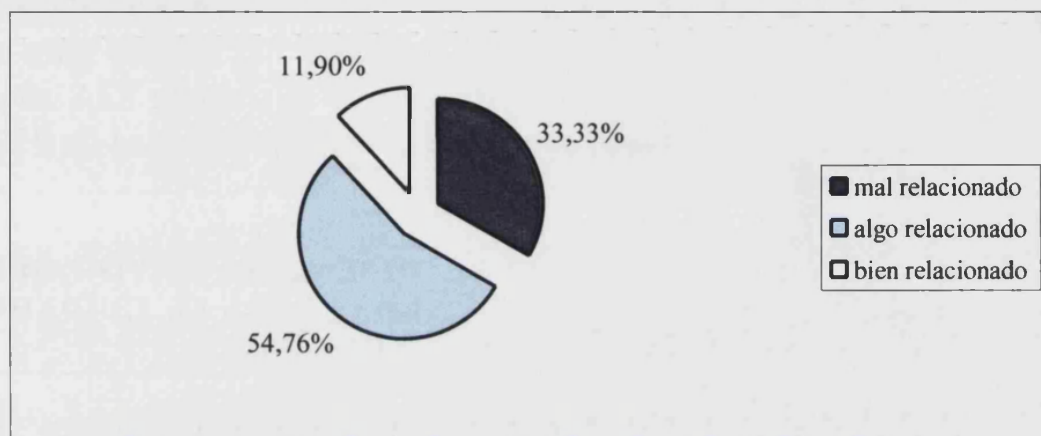
TABLA 65. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN TELEASISTENCIA EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR.

Cuidador potencial (% sobre el total)		Convivencia		Total
<i>Duración de los cuidados</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Vive solo/a</i>	<i>Vive acompañado/a</i>	
Todo el tiempo preciso	Familia directa	38,46	2,56	41,03
	Otros	5,13	7,69	12,82
Hasta 6 meses	Familia directa	2,56	0,00	2,56
Ocasionalmente	Familia directa	2,56	0,00	2,56
	Otros	5,13	0,00	5,13
No tendría cuidador		28,21	7,69	35,90
Total		82,05	17,95	100,0

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Tan sólo el 12% de las personas entrevistadas tienen un buen nivel de relación social. Su edad y su nivel de dependencia, así como la ausencia de compañía, deben ser las causas de que la tercera parte esté mal relacionada y algo más de la mitad poco relacionada socialmente (gráfico 190).

GRÁFICO 190. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN TELEASISTENCIA EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SUS RELACIONES SOCIALES.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El perfil de la población de la provincia de Valencia que utiliza teleasistencia es: mujer con una edad media de 75 años, sin estudios, que percibe una pensión de viudedad.

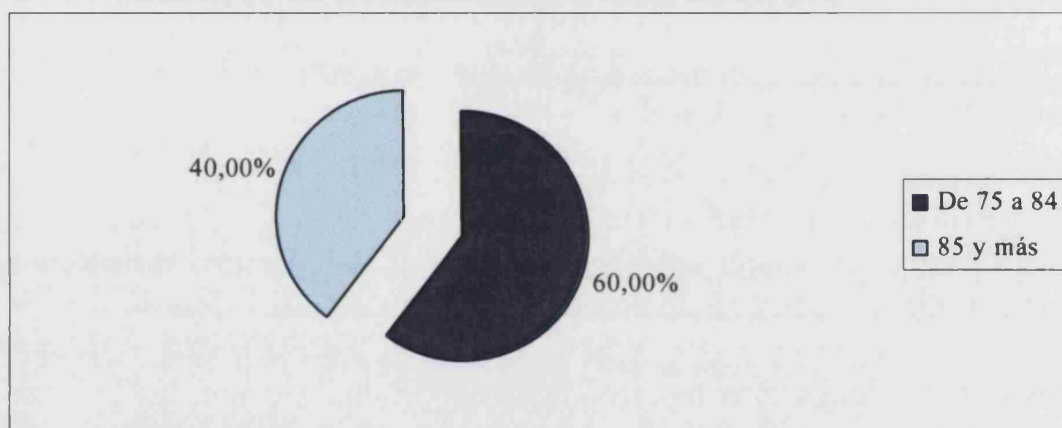
Las enfermedades más frecuentes en esta población son las crónicas, presentando una pluripatología (entre 3 y 5 enfermedades) que evidentemente está asociada a la edad. Estas personas son independientes o presentan una dependencia ligera para las actividades básicas de la vida diaria. Sin embargo, el nivel de dependencia atendiendo a la capacidad funcional y la conservación cognitiva es bastante elevado.

Respecto al apoyo social, destaca el alto porcentaje de población que vive sola, sin cuidador y con carencias en su vivienda.

4.9.9. Ayudas para el cuidado de ancianos.

Al analizar los *datos sociodemográficos*, la edad media de las personas mayores que participan en el programa de “ayudas para el cuidado de ancianos desde el ámbito familiar”, se sitúa en 82,8 años (desv. típ. 5,43). La mayoría se encuentra en el tramo de edad de 75 a 84 años (gráfico 191).

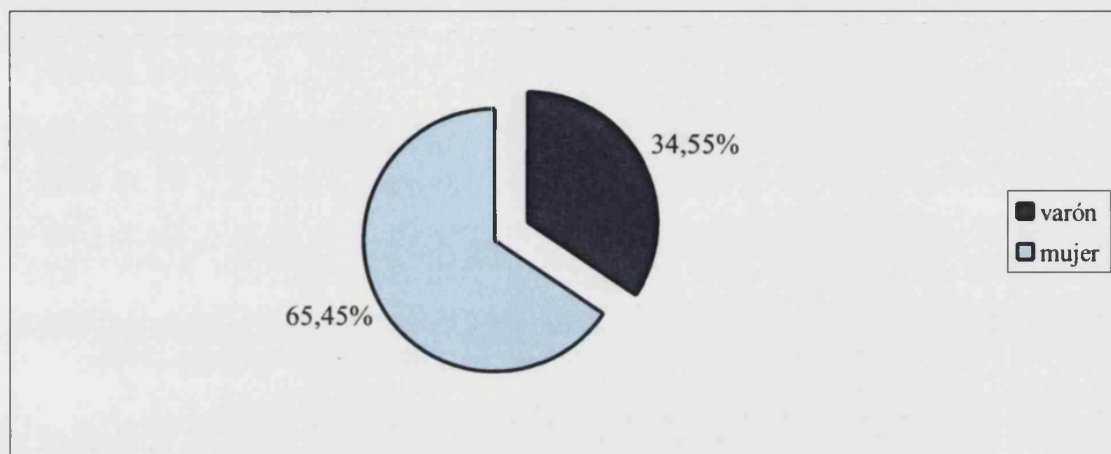
GRÁFICO 191. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Dos de cada tres usuarios son mujeres (gráfico 192).

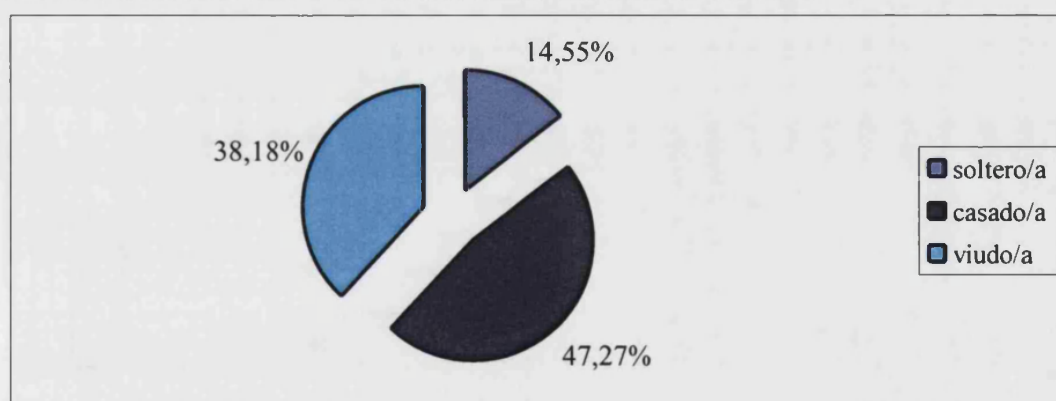
GRÁFICO 192. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Casi la mitad de estas personas están casadas (gráfico 193), lo que supone – dada la edad media de los usuarios- la necesidad potencial de asistir a ambos cónyuges.

GRÁFICO 193. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 88% de estas personas no tienen estudios o son analfabetas, siendo esta situación más frecuentes entre las mujeres (tabla 66).

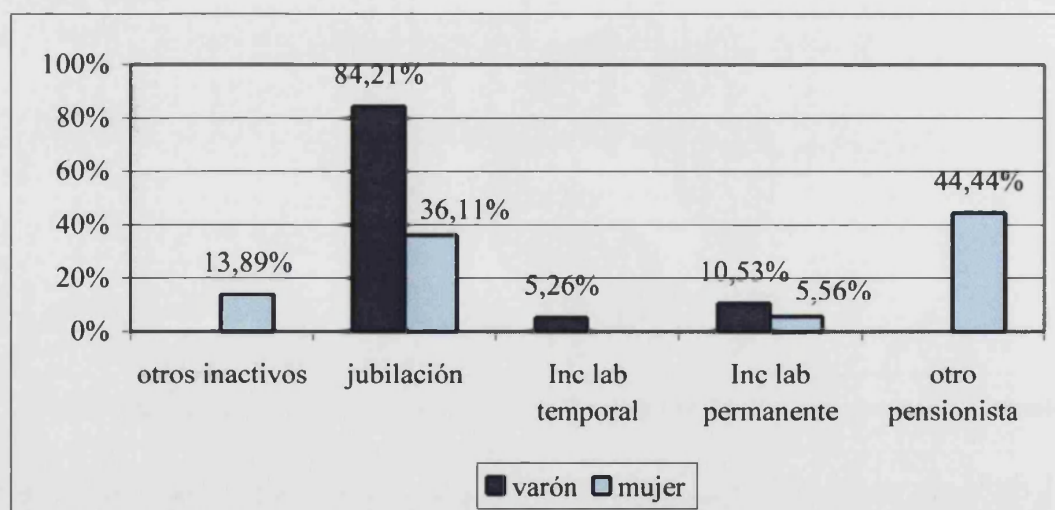
TABLA 66. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.

Nivel de estudios (% sobre el total)	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
Analfabeto	10,91	27,27	38,18
Sin estudios	20,00	30,91	50,91
Con estudios primarios	1,82	7,27	9,09
Con estudios superiores	1,82	0,00	1,82
Total	34,55	65,45	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación a la situación laboral, encontramos la distribución habitual en poblaciones envejecidas, con una mayoría de varones jubilados frente a un porcentaje mucho menor de mujeres (gráfico 194). Además, en la categoría “otros pensionistas”, correspondiente en este caso a las pensiones de viudedad, sólo están representadas las mujeres.

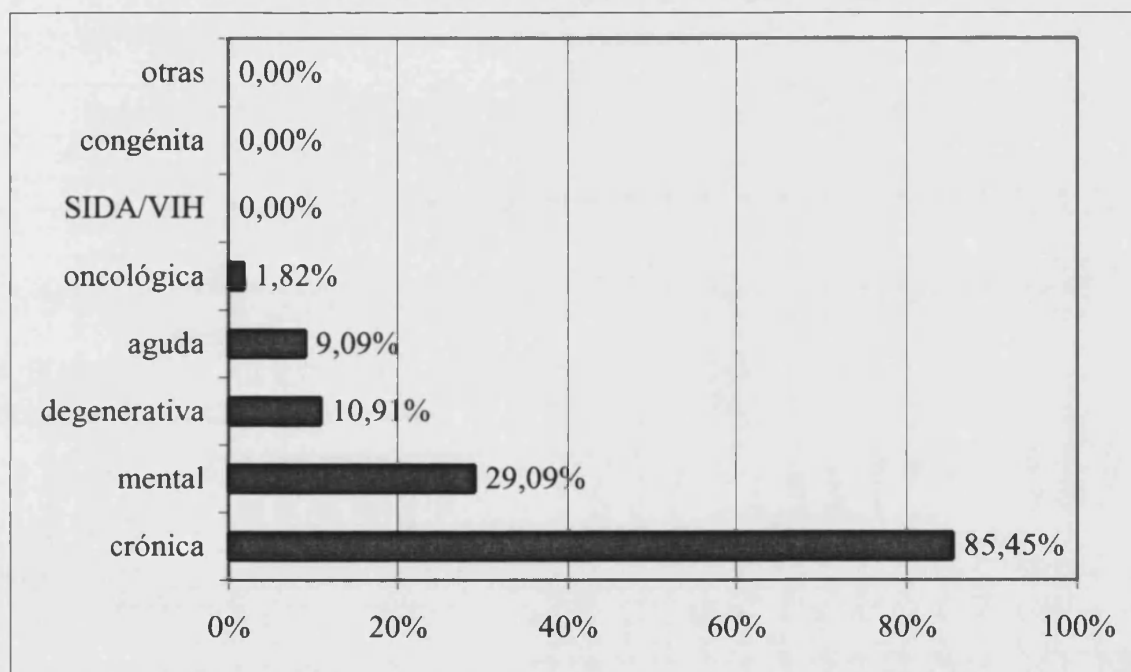
GRÁFICO 194. DISTRIBUCIÓN VARONES Y MUJERES MAYORES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto al *diagnóstico clínico*, en la población atendida a través del programa de “ayudas para el cuidado de ancianos desde el ámbito familiar” observamos una gran incidencia de enfermedades crónicas y mentales, y una escasa presencia de enfermedades agudas que, en todo caso, deberían estudiarse (gráfico 195).

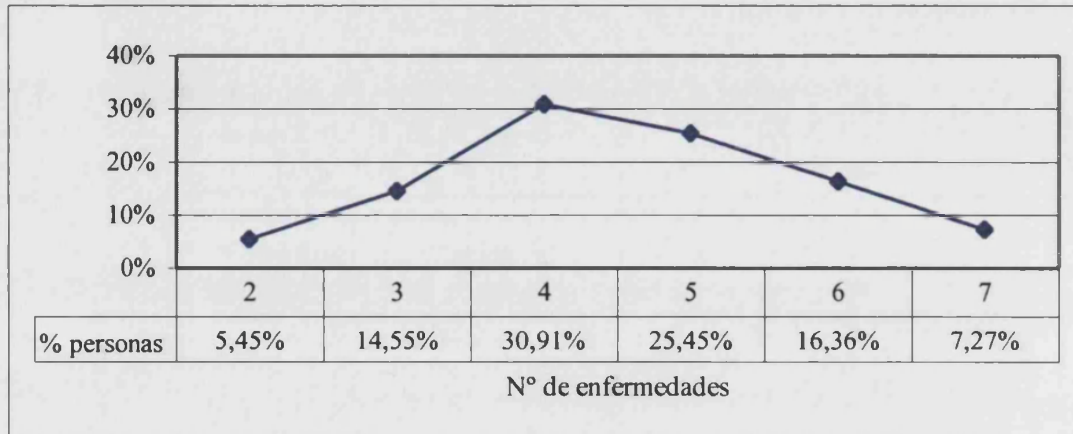
GRÁFICO 195. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Más del 72% de estas personas tienen entre cuatro y seis enfermedades (gráfico 196).

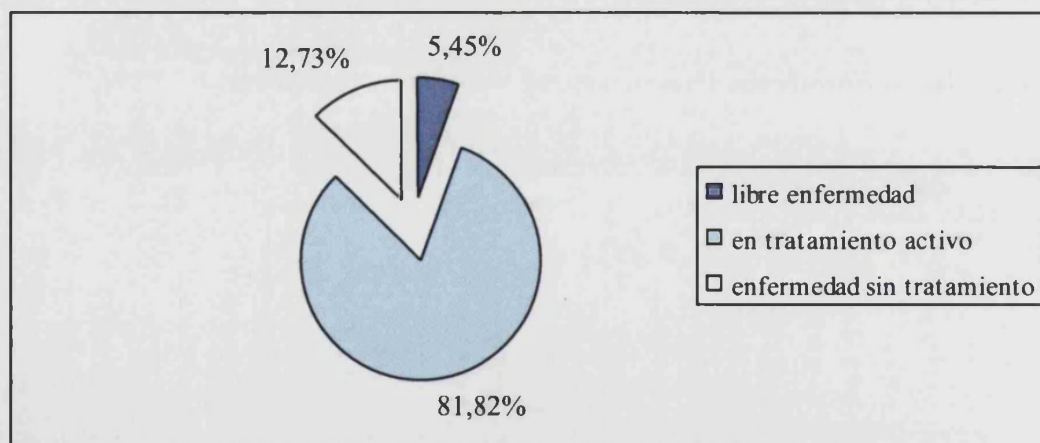
GRÁFICO 196. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación a la fase de la enfermedad, también aquí el resultado es previsible: la inmensa mayoría de los ancianos están en tratamiento activo (gráfico 197).

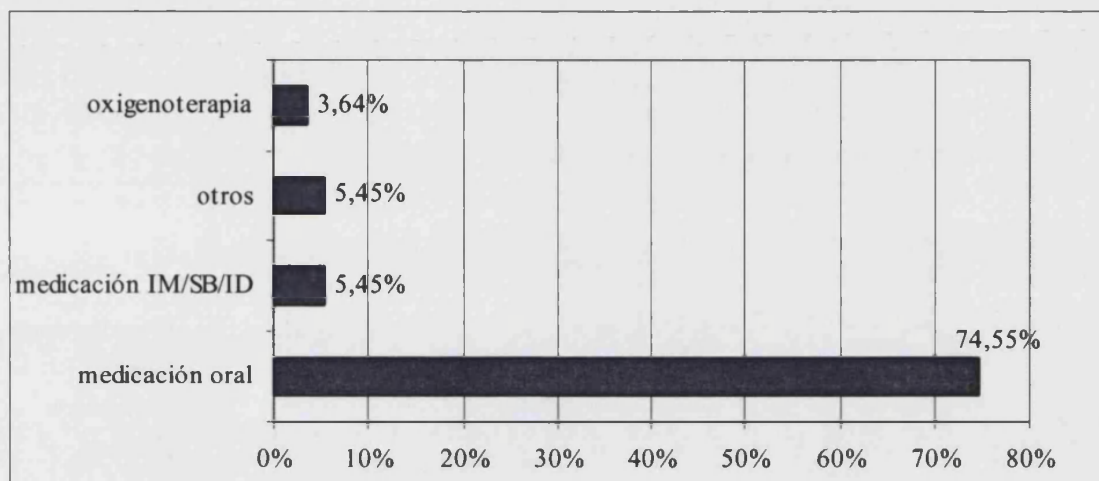
GRÁFICO 197. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DE LA FASE DE SU ENFERMEDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El procedimiento más utilizado, en tres de cada cuatro personas mayores, es la medicación oral (gráfico 198).

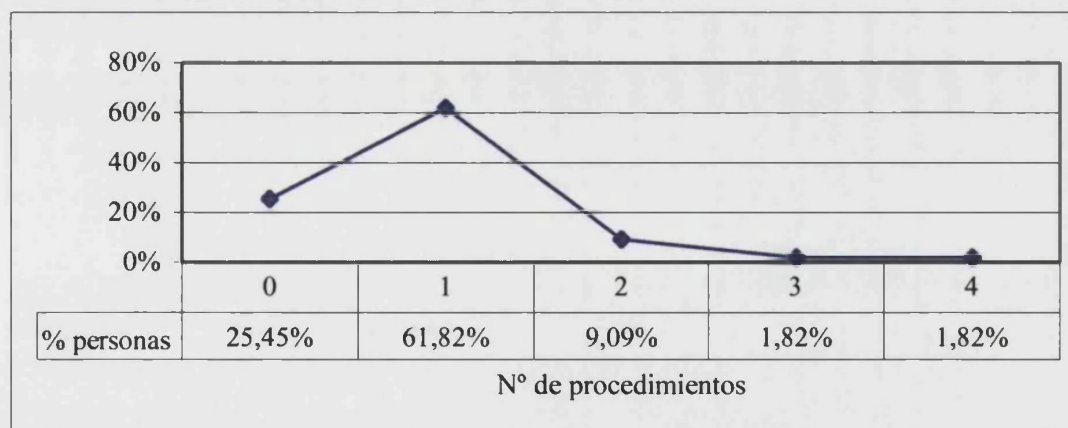
GRÁFICO 198. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS POR TIPO DE PROCEDIMIENTOS MÁS UTILIZADO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El número de procedimientos aplicados es casi siempre uno o ninguno, siendo muy pocas las personas que emplean más de uno (gráfico 199).

GRÁFICO 199. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.

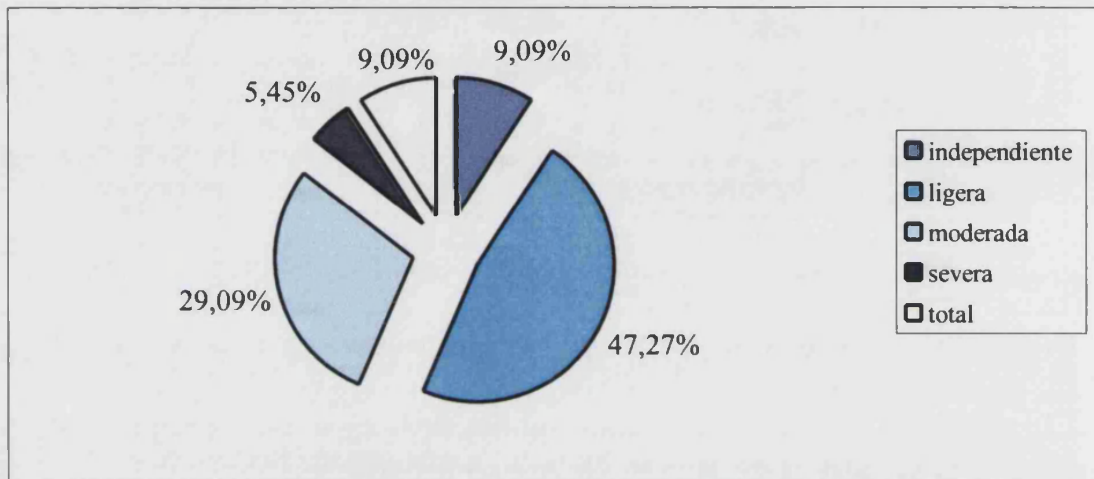


Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación a la *capacidad funcional*, aproximadamente la mitad de estos ancianos tienen una dependencia ligera para las actividades

básicas de la vida diaria (gráfico 200). Algo más de la cuarta parte presentan una dependencia moderada y un 14% tiene una dependencia severa o total para estas actividades.

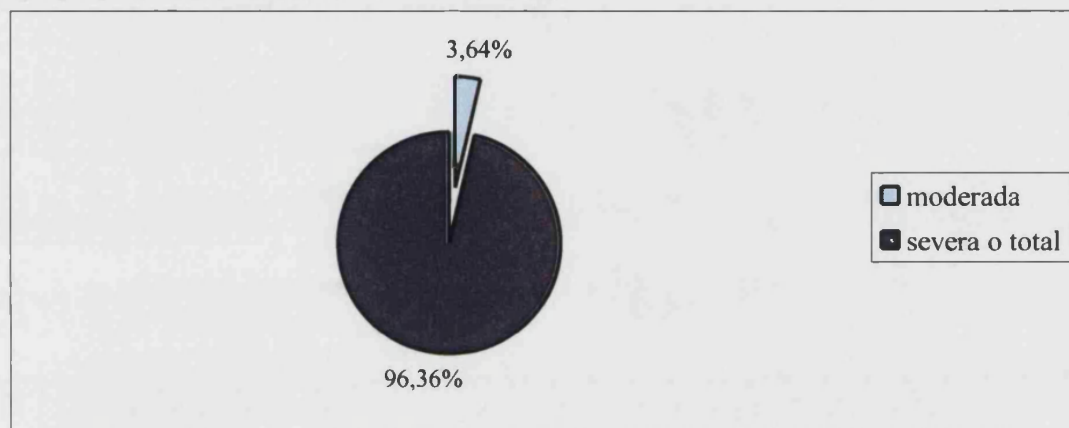
GRÁFICO 200. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD (Test de Barthel).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Sin embargo, como cabía esperar, prácticamente todos los ancianos son dependientes severos o totales para las actividades instrumentales de la vida diaria, lo que justifica la utilización de este recurso (gráfico 201).

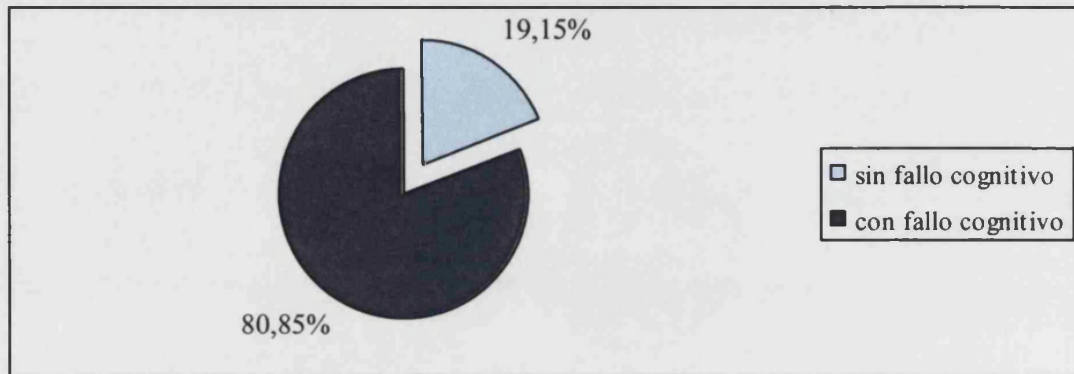
GRÁFICO 201. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD (Test de Frenchay).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Cuatro de cada cinco ancianos presenta fallo cognitivo (recordemos la avanzada edad de estos usuarios) (gráfico 202).

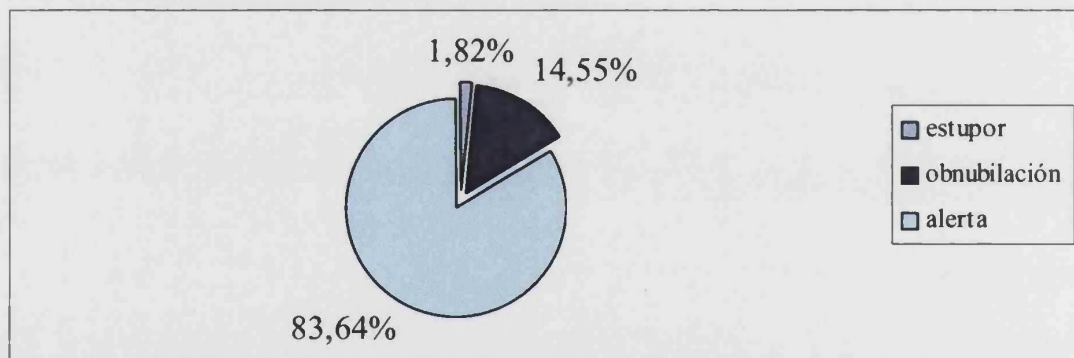
GRÁFICO 202. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

A pesar de la gran proporción de ancianos con fallo cognitivo, el nivel de conciencia es normalmente de alerta, encontrando tan sólo un 15% en estado obnubilado (gráfico 203).

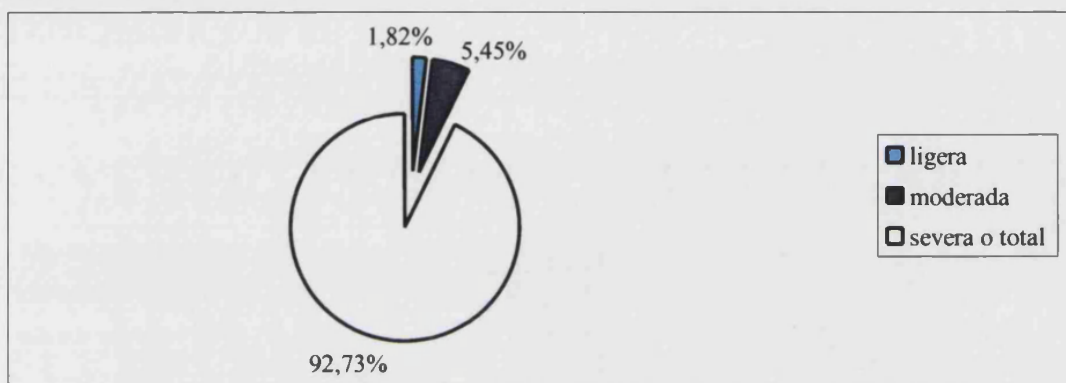
GRÁFICO 203. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La combinación de la dependencia funcional y la conservación cognitiva permite observar que prácticamente la totalidad de los usuarios de este recurso presentan una dependencia severa o total de otras personas (gráfico 204).

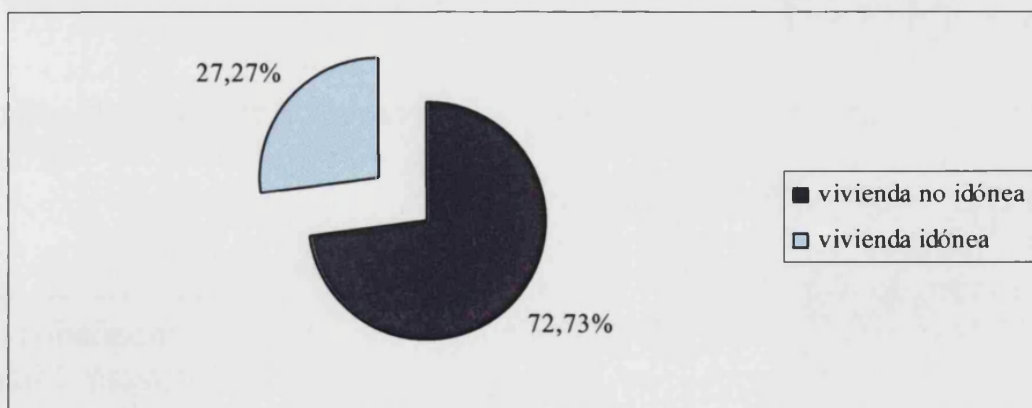
GRÁFICO 204. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DE LA COMBINACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DE LA CONSERVACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al analizar el *apoyo* social, todos los ancianos entrevistados viven acompañados o tienen cuidador real. Más del 72% de los ancianos vive en una vivienda no idónea, con problemas de accesibilidad, de seguridad de las instalaciones o de salubridad (gráfico 205).

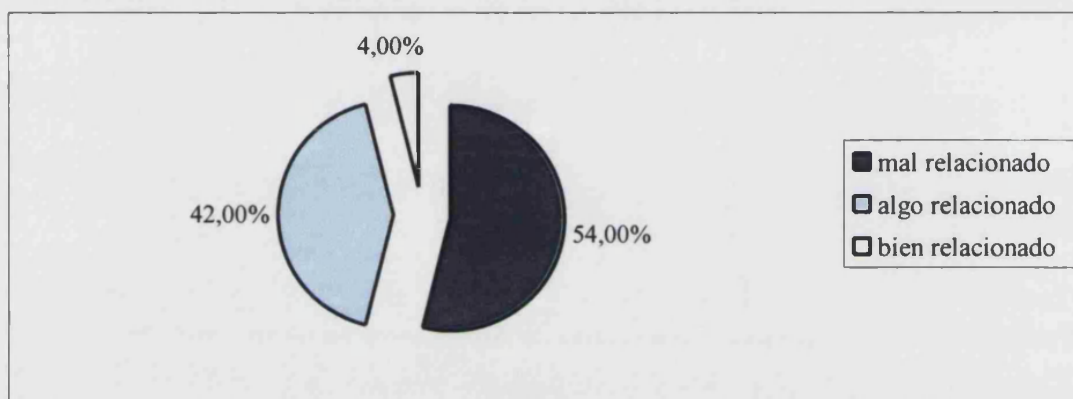
GRÁFICO 205. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SU VIVIENDA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La avanzada edad de estos ancianos y el elevado grado de dependencia de otras personas, puede condicionar que tan sólo el 4% de ellos tengan un buen nivel de relaciones sociales. Sin embargo, dado el tipo de recurso utilizado, este dato parece preocupante (gráfico 206).

GRÁFICO 206. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE AYUDAS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SUS RELACIONES SOCIALES.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La edad media de las personas mayores que participan en el programa de “ayudas para el cuidado de ancianos desde el ámbito familiar” está próxima a los 80 años, en su mayoría son mujeres, sin estudios, que perciben una pensión.

Las enfermedades crónicas son las más frecuentes en esta población, que suele tener entre cuatro y seis enfermedades, y utiliza principalmente la medicación oral.

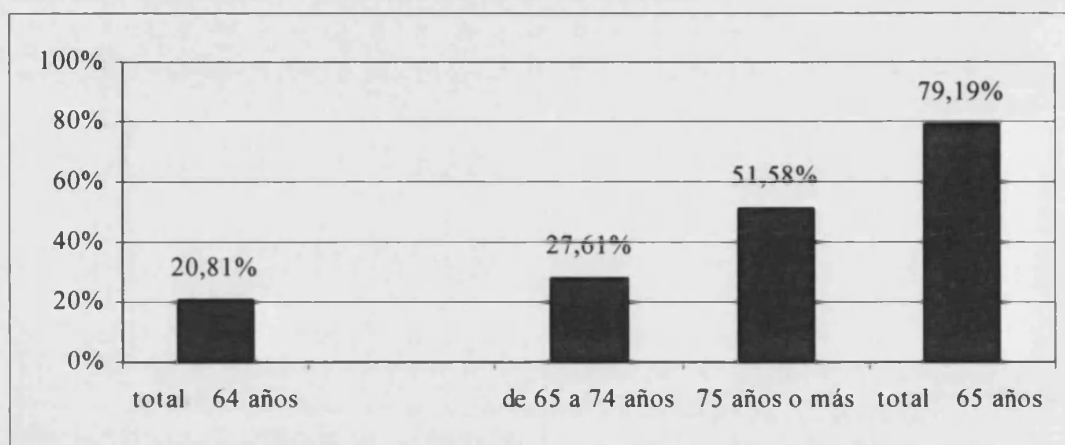
El grado de dependencia combinado de estas personas es en su mayoría severo o total. Todos los ancianos viven acompañados o tienen cuidador informal real perteneciente a la familia directa (hijas,

esposa, nueras, hermanas o sobrinas), aunque generalmente ocupan viviendas no idóneas.

4.9.10. Unidad de hospitalización a domicilio (UHD).

El *perfil sociodemográfico* de los pacientes en unidades de hospitalización a domicilio (UHD), permite establecer que se atiende a personas con una edad media de 72,2 años (desviación típ. 14,92). Así, el 51,6% de las personas que utilizan UHD tienen 75 años o más (gráfico 207).

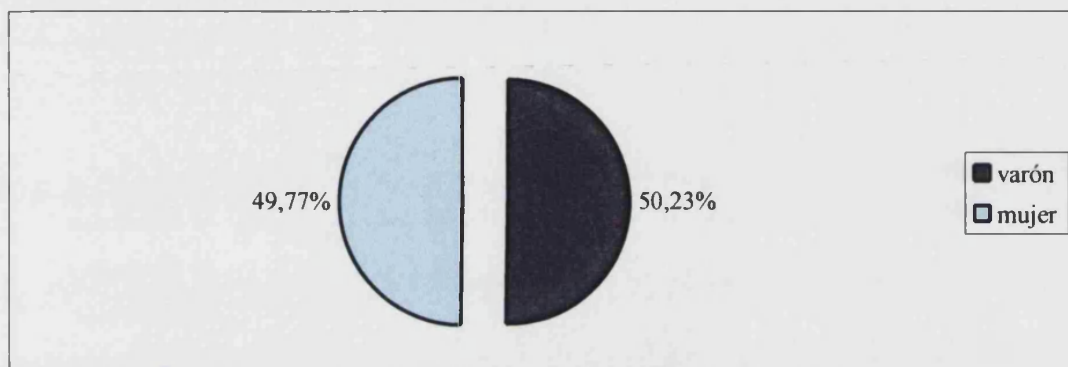
GRÁFICO 207. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Varones y mujeres se hallan igualmente representados entre los pacientes atendidos en UHD (gráfico 208). Cuando además del género se consideran los grupos de edad se obtiene el mismo equilibrio en la distribución (tabla 67).

GRÁFICO 208. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

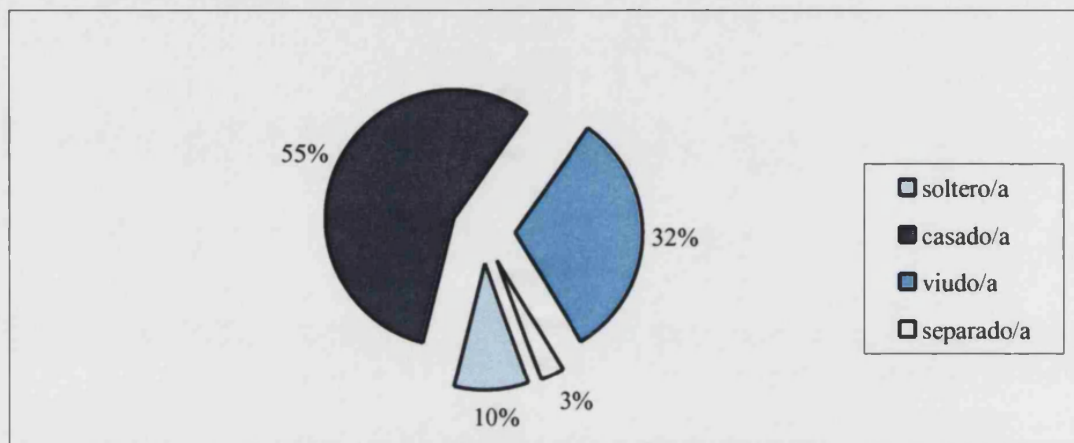
TABLA 67. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD Y EL GÉNERO.

Grupo de edad (% por columnas)	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
64 años	19,82	21,82	20,81
65 a ños	80,18	78,18	79,19
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Más de la mitad de los pacientes están casados, lo que implica la existencia de un cuidador potencial en el domicilio (gráfico 209). El resto de pacientes (viudos, solteros o separados), dadas las características del recurso, también deberían disponer de un cuidador.

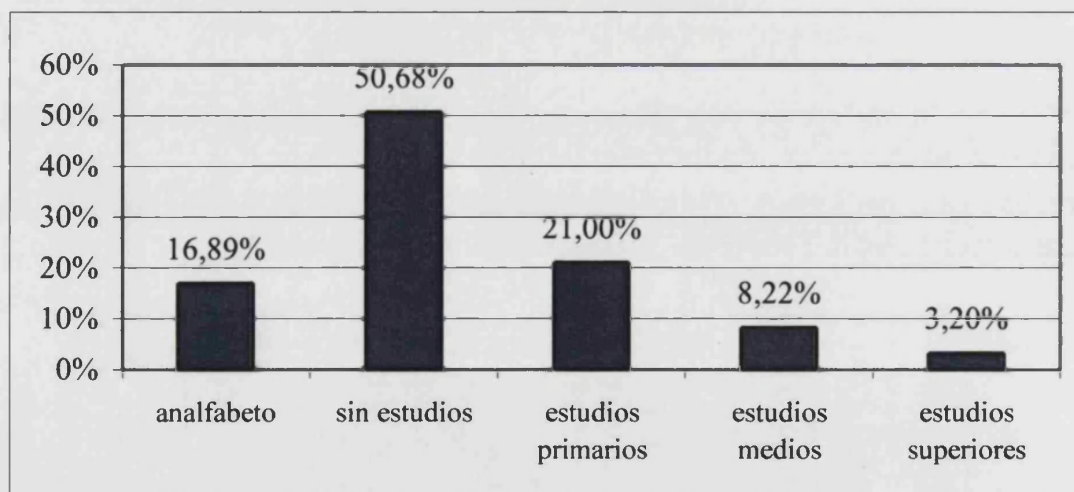
GRÁFICO 209. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

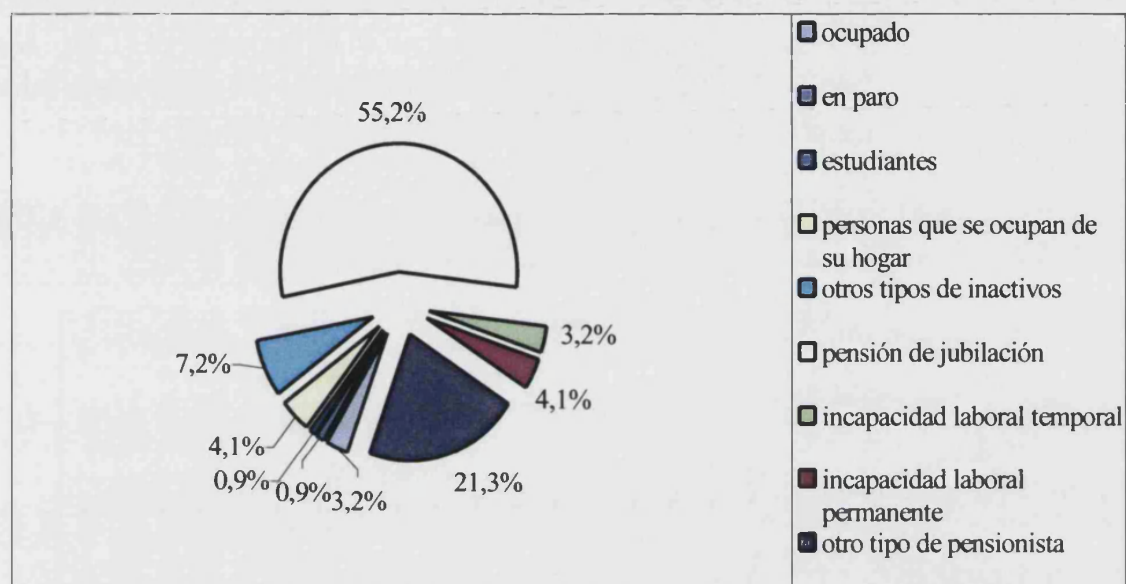
Cerca del 70% de los pacientes no tienen estudios o son analfabetos. Recordemos que la edad media de estas personas supera los 70 años (gráfico 210).

GRÁFICO 210. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Dada la edad de los usuarios de las UHD, es lógico que más del 75% tenga una pensión de jubilación o viudedad (gráfico 211).

GRÁFICO 211. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL.

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

También en este recurso se observa el desequilibrio existente en el plano sociolaboral por género. Los varones perciben una pensión de jubilación derivada de su anterior actividad laboral, mientras que las mujeres se ocupan del hogar, y cuentan con pensiones de viudedad (tabla 68).

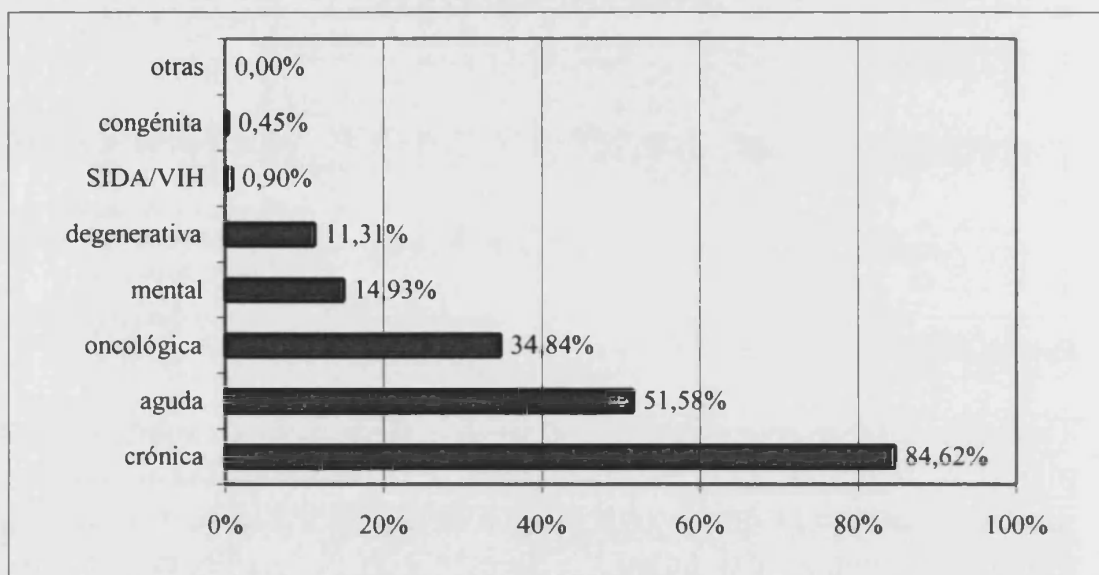
TABLA 68. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL Y EL GÉNERO.

Situación laboral (% por columnas)	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
Ocupado	3,60	2,73	3,17
En paro	0,90	0,91	0,90
Estudiantes	0,00	1,82	0,90
Personas que se ocupan de su hogar	0,00	8,18	4,07
Otros tipos de inactivos	0,90	13,64	7,24
Pensión de jubilación	84,68	25,45	55,20
Incapacidad laboral temporal	5,41	0,91	3,17
Incapacidad laboral permanente	4,50	3,64	4,07
Otro tipo de pensionista	0,00	42,73	21,27
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación al *diagnóstico clínico*, las enfermedades crónicas afectan al 85% de los pacientes atendidos en UHD (gráfico 212). Sin embargo, también encontramos que el 52% de los pacientes atendidos en su domicilio presentan enfermedades agudas.

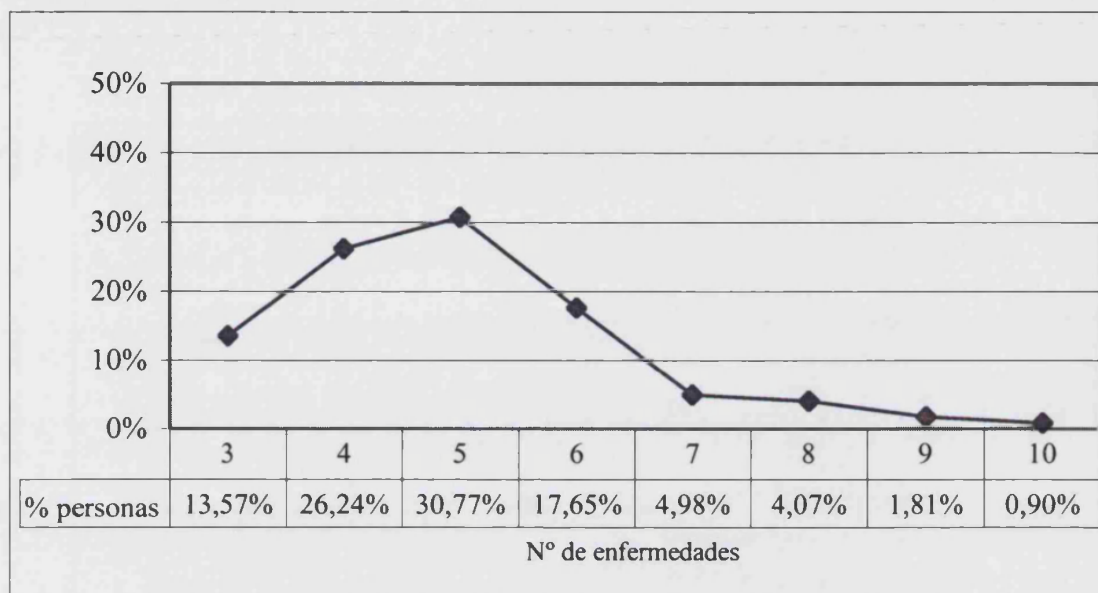
GRÁFICO 212. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN UHD POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 75% de las personas atendidas en UHD tienen entre cuatro y seis enfermedades (gráfico 213).

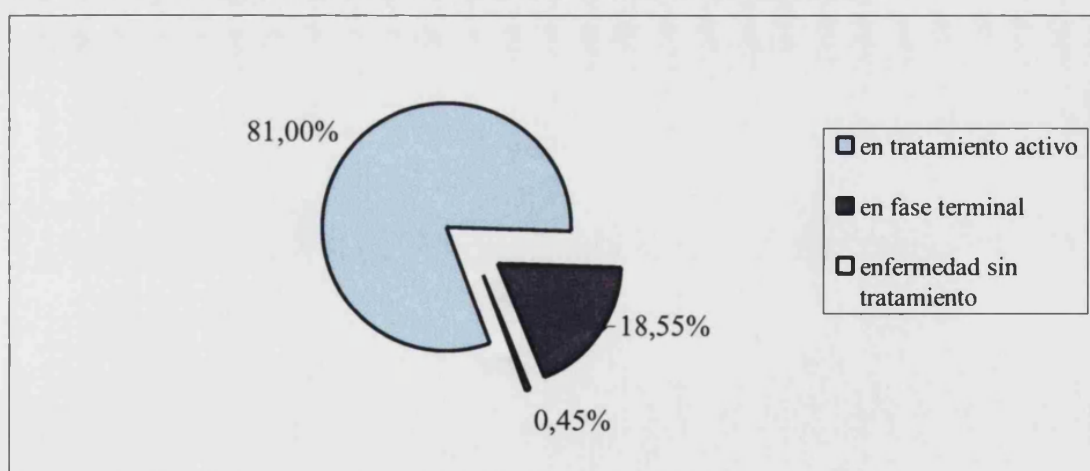
GRÁFICO 213. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de pacientes se halla en tratamiento activo, pero también hay casi un 19% de pacientes en fase terminal (gráfico 214).

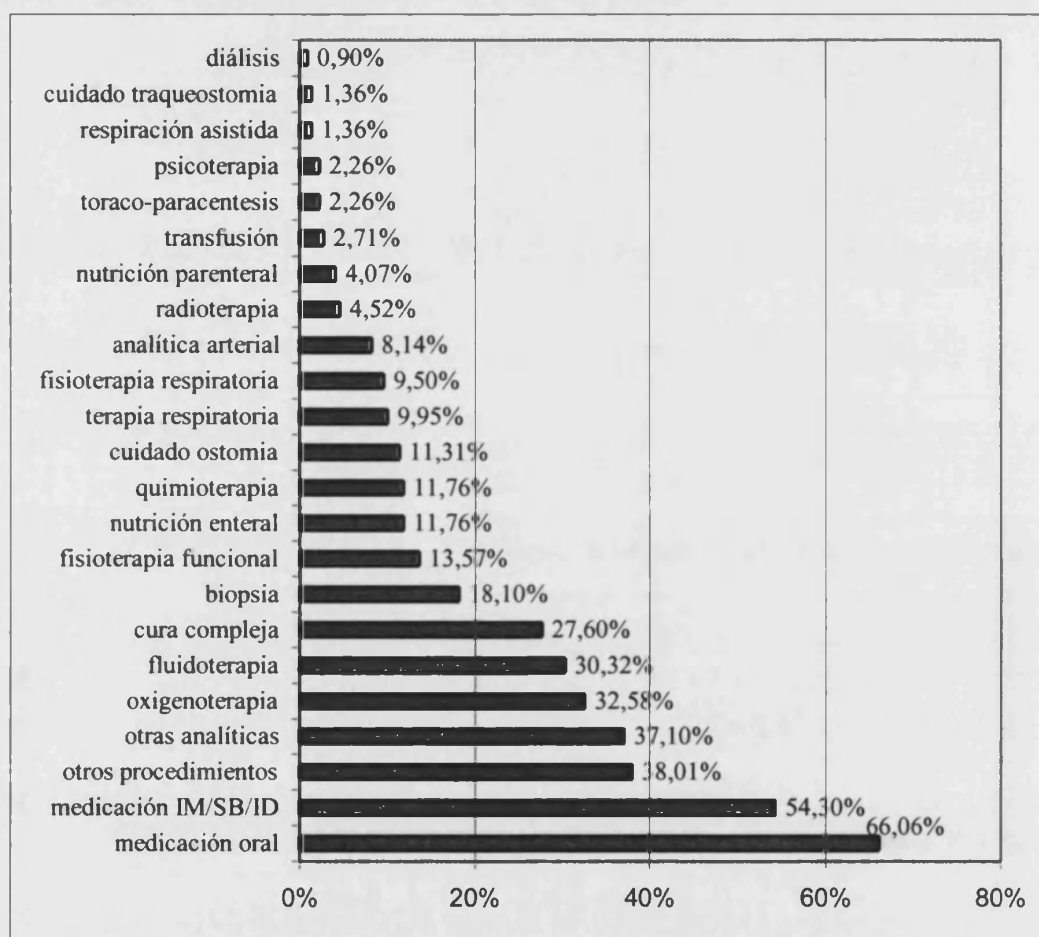
GRÁFICO 214. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DE LA FASE DE SU ENFERMEDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El procedimiento más utilizado por los pacientes en hospitalización domiciliaria es la medicación oral y IM/SB/ID, seguida de diversas analíticas, oxigenoterapia y curas complejas (gráfico 215).

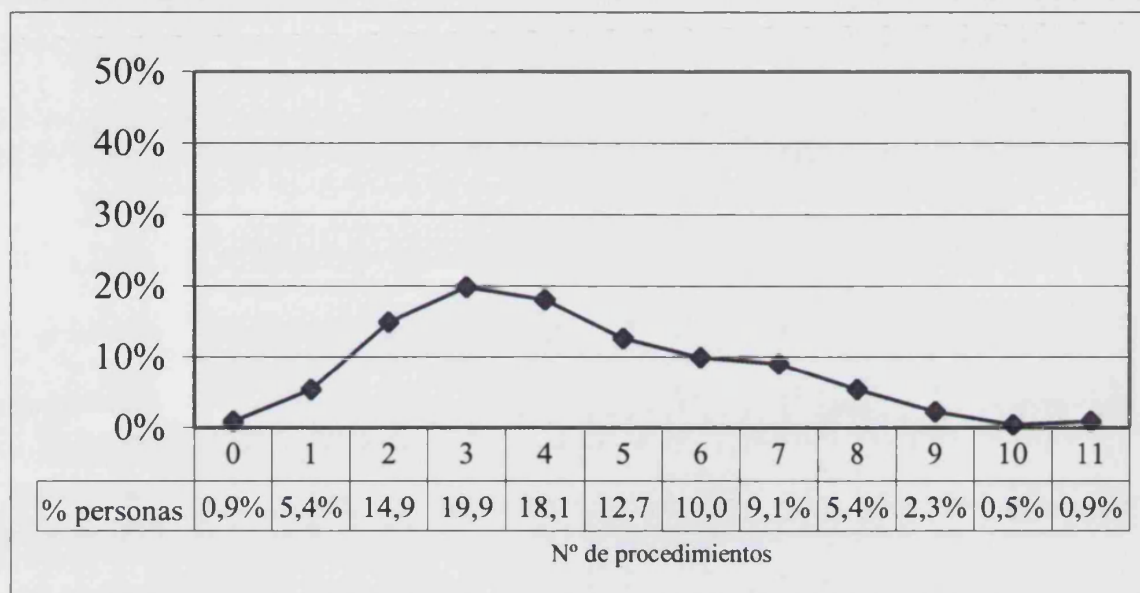
GRÁFICO 215. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN UHD POR TIPO PROCEDIMIENTO UTILIZADO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de pacientes utiliza entre dos y siete procedimientos (85%), siendo la moda igual a tres procedimientos (gráfico 216).

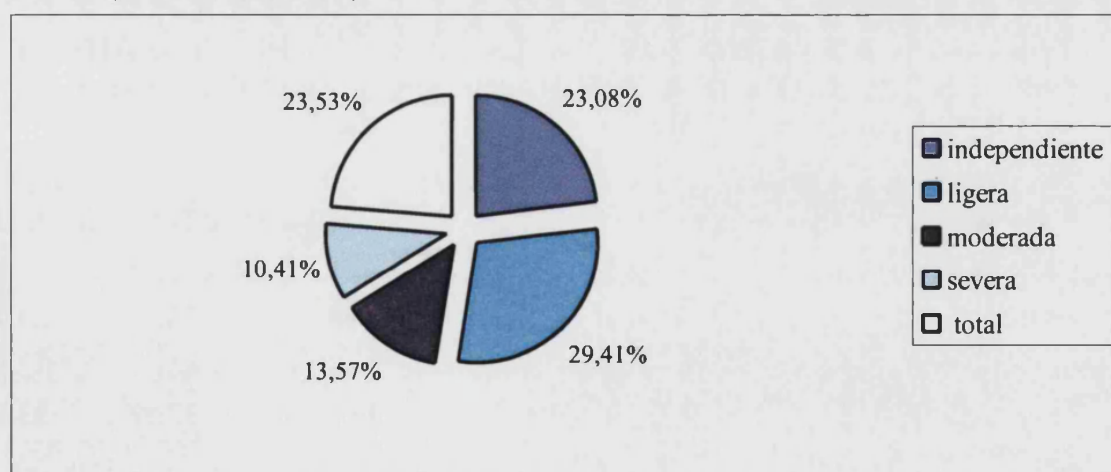
GRÁFICO 216. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto a la *capacidad funcional*, un 23% de los pacientes en UHD son independientes para las actividades básicas, mientras que un 34% son dependientes severos o totales (gráfico 217).

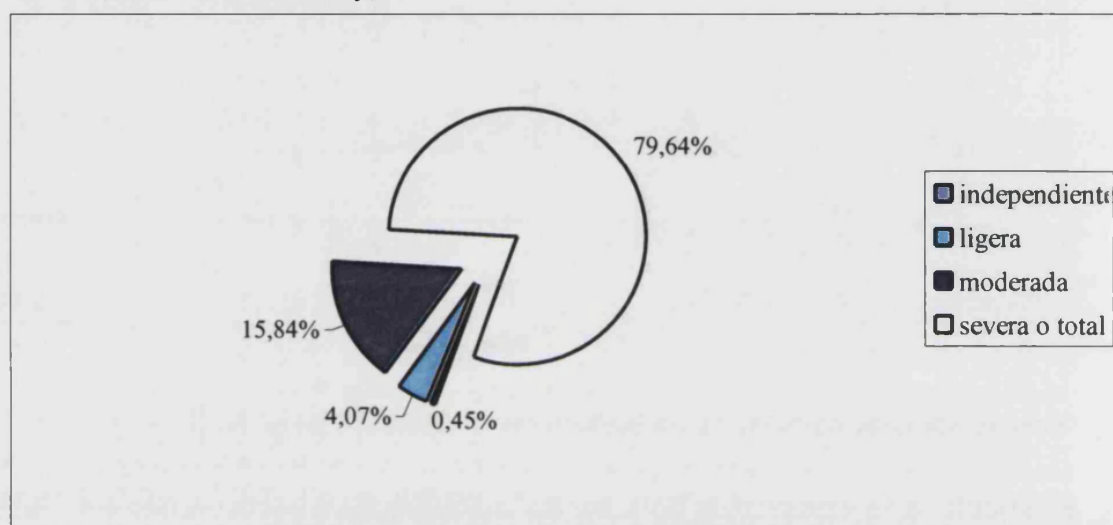
GRÁFICO 217. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD (Test de Barthel).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Menos del 1% de pacientes son independientes para las actividades instrumentales, como cabe esperar de estos enfermos (gráfico 218). Aproximadamente el 80% tiene un nivel de dependencia severa o total para las actividades instrumentales.

GRÁFICO 218. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD (Test de Frenchay).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Del total de pacientes en hospitalización domiciliaria con una dependencia severa o total para las actividades instrumentales, el 32,6% lo son también para las actividades básicas (tabla 69).

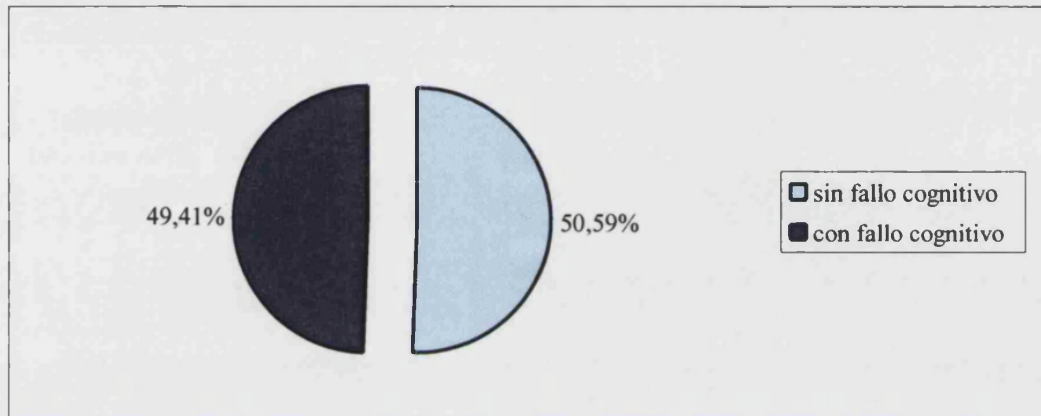
TABLA 69. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD Y PARA LAS AIVD.

Niveles de Barthel (% sobre el total)	Niveles de Frenchay				Total Barthel
	Independiente	Ligera	Moderada	Severa o Total	
Independiente	0,45	3,17	10,41	9,05	23,08
Ligera	0,00	0,45	3,17	25,79	29,41
Moderada	0,00	0,00	1,36	12,22	13,57
Severa o total	0,00	0,45	0,90	32,58	33,94
Total Frenchay	0,45	4,07	15,84	79,64	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mitad de los pacientes que utilizan UHD presentan fallo cognitivo (gráfico 219).

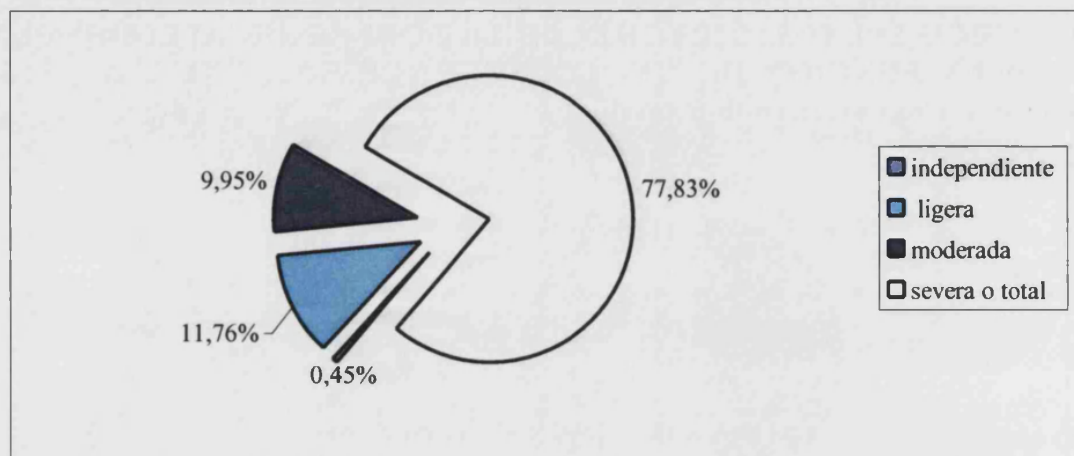
GRÁFICO 219. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DE LA CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Más del 75% de estas personas son dependientes severos o totales al combinar la capacidad funcional y la conservación cognitiva (gráfico 220).

GRÁFICO 220. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DE LA COMBINACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y LA CONSERVACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al analizar el *apoyo social*, observamos que la mayoría de los pacientes en hospitalización domiciliaria viven acompañados y afirman que tendrían un cuidador todo el tiempo que fuese necesario (tabla 70). Como en casos anteriores, el cuidador potencial percibido pertenece, principalmente, a la familia directa (87%).

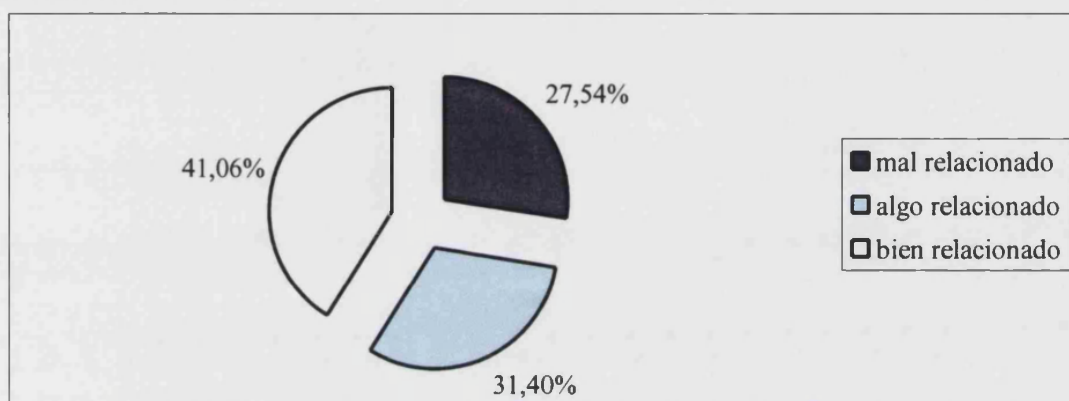
TABLA 70. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR.

Cuidador potencial (% sobre el total)		Convivencia		Total
<i>Duración de los cuidados</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Vive solo/a</i>	<i>Vive acompañado/a</i>	
Todo el tiempo preciso	Familia directa	3,28%	77,05%	80,33%
	Otros	1,64%	8,74%	10,38%
Hasta 6 meses	Familia directa	0,55%	2,73%	3,28%
	Otros	0,00%	2,19%	2,19%
Ocasionalmente	Familia directa	0,00%	2,19%	2,19%
	Otros	0,00%	0,55%	0,55%
No tendría cuidador		0,00%	1,09%	1,09%
Total		5,46%	94,54%	100,00%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Un 28% de los pacientes está mal relacionado, posiblemente por su estado clínico (gráfico 221).

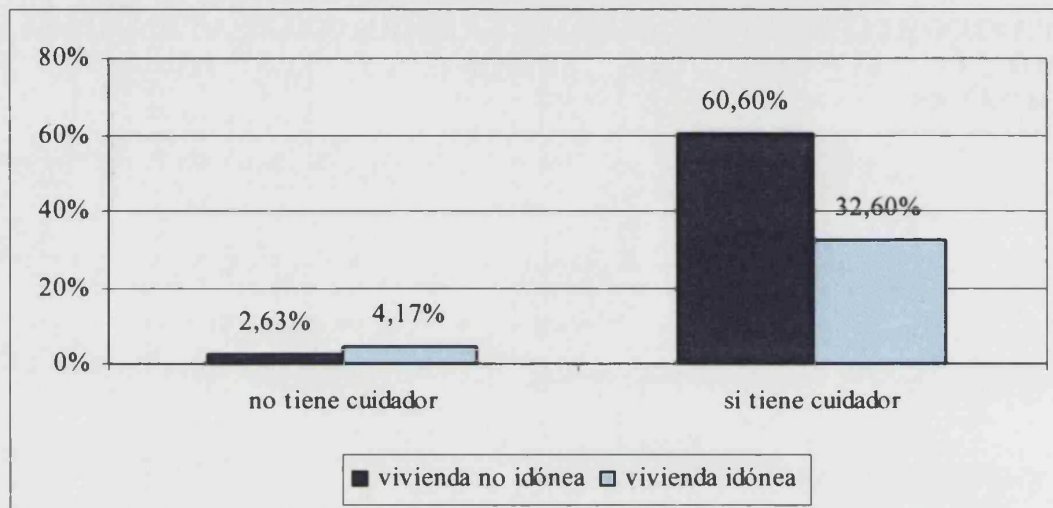
GRÁFICO 221. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SUS RELACIONES SOCIALES.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Aunque los pacientes de UHD cuentan generalmente con cuidador, en muchos casos, su actividad se desarrolla en domicilios con diversas carencias. Así, en el 63% de los casos la hospitalización a domicilio se realiza en viviendas con algún problema de accesibilidad, seguridad de las instalaciones o salubridad (gráfico 222). Esto sucede más frecuentemente cuando la edad de los pacientes es elevada.

GRÁFICO 222. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UHD EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SU VIVIENDA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

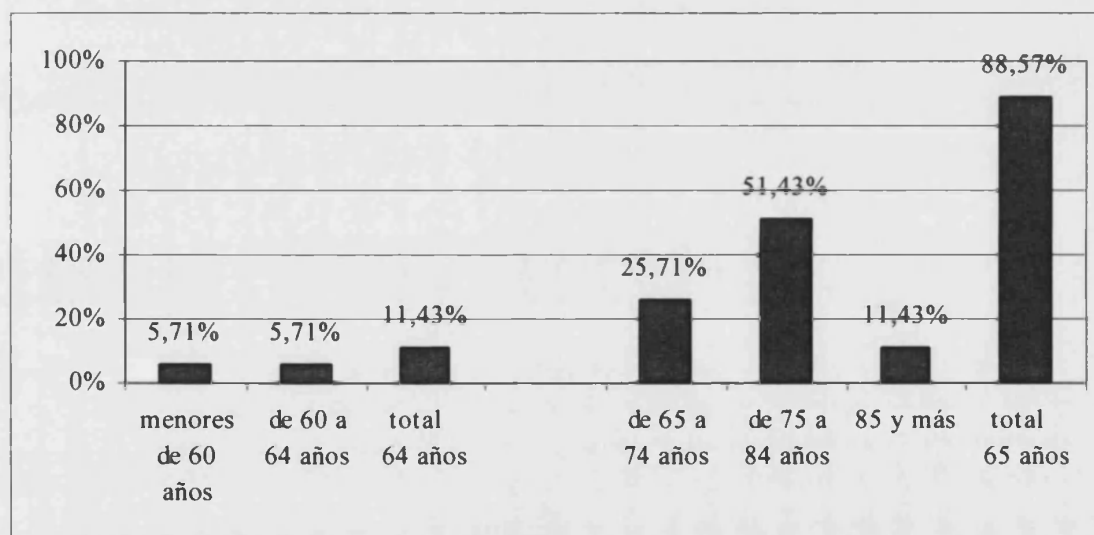
En las unidades de hospitalización domiciliaria encontramos, principalmente, a personas casadas con una edad media próxima a los 70 años. Varones y mujeres están representados de forma equilibrada, y la mayoría de los pacientes perciben pensiones de jubilación y viudedad.

Un elevado porcentaje de estas personas viven acompañados y afirman tener un cuidador potencial. Si no pueden obtener la ayuda necesaria de un cuidador su situación es realmente problemática, ya que su nivel de dependencia suele ser severo o total (combinando la capacidad funcional y la conservación cognitiva). Esta situación puede complicarse si consideramos las características de sus viviendas, que en el 63% de los casos no son idóneas, puesto que presentan problemas de accesibilidad, seguridad o salubridad.

4.9.11. Centro de día en residencia para mayores.

Con relación a los *datos sociodemográficos*, la media de edad en las personas que ocupan plazas de centro de día en residencias es de 76 años (desv. típ. 8,5 años). El grupo de edad más frecuente es el que va desde los 75 a los 84 años, con más de la mitad de los usuarios, seguido por el grupo de 65 a 74 años que contiene la cuarta parte de estas personas (gráfico 223).

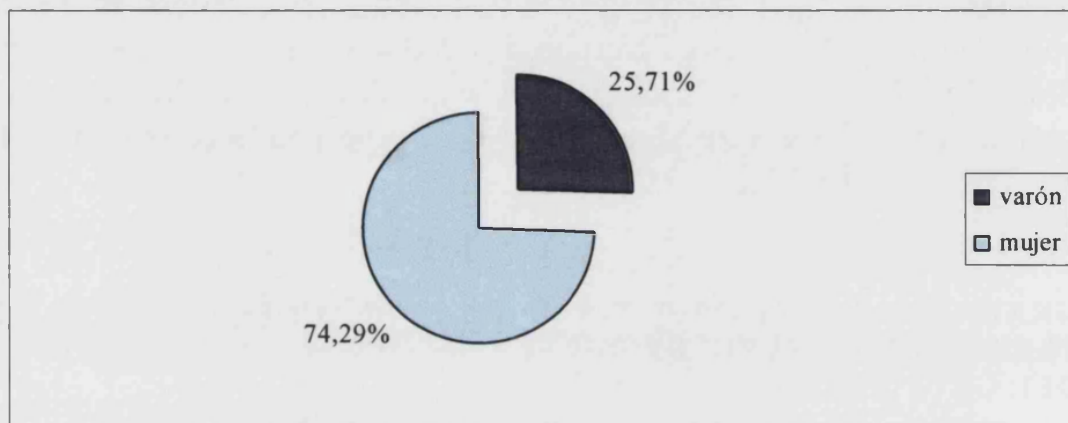
GRÁFICO 223. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Tres de cada cuatro usuarios de este tipo de plazas de centro de día son mujeres (gráfico 224).

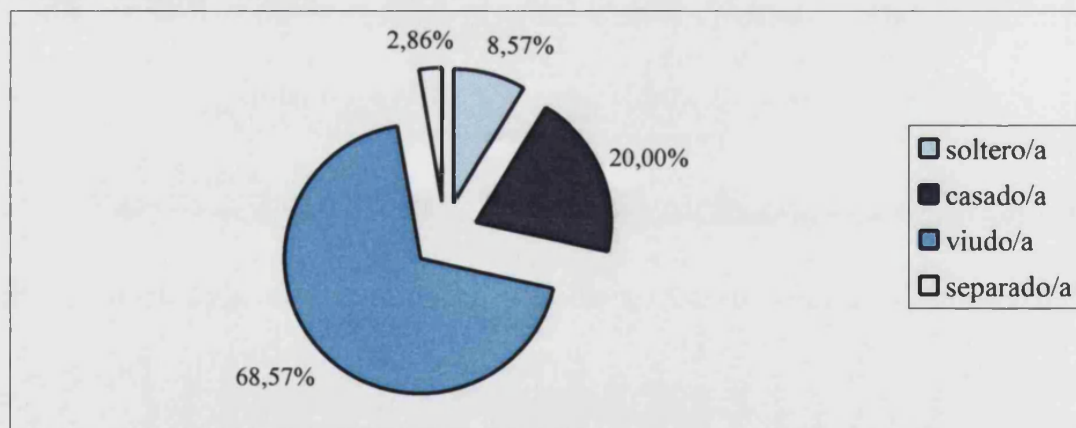
GRÁFICO 224. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En este tipo de centros de día predominan las personas viudas, aunque el 20% están casadas (gráfico 225).

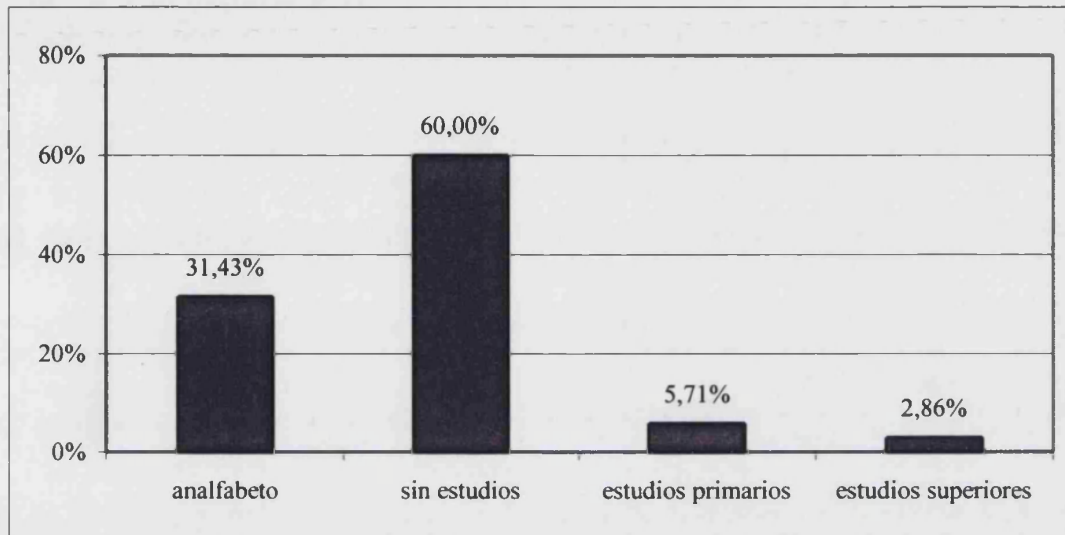
GRÁFICO 225. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DE SU ESTADO CIVIL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto al nivel de estudios, se observa la tendencia habitual entre la población mayor: la mayoría de las personas atendidas son analfabetas o carecen de estudios (gráfico 226).

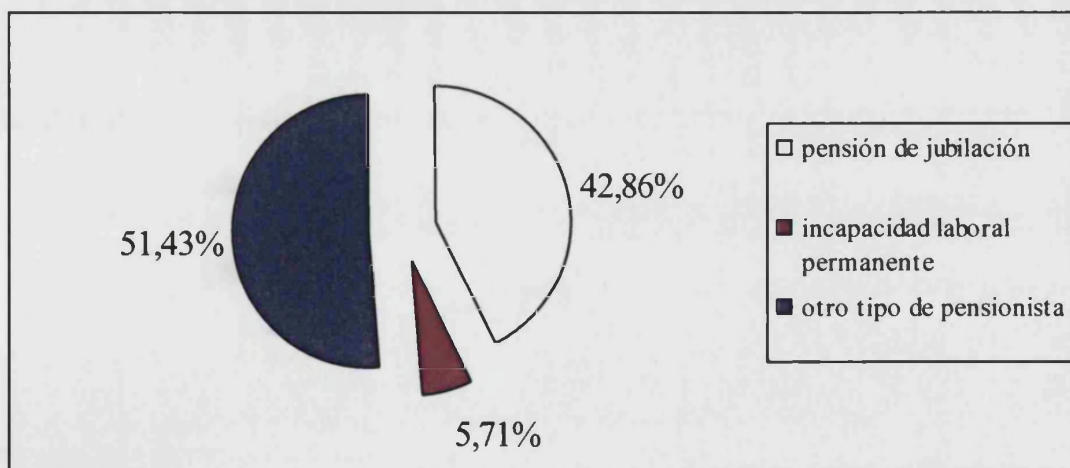
GRÁFICO 226. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La gran mayoría de los usuarios de estos centros son pensionistas (jubilación o viudedad) (gráfico 227). El 6% en situación de “incapacidad laboral permanente” corresponde a personas menores de 65 años.

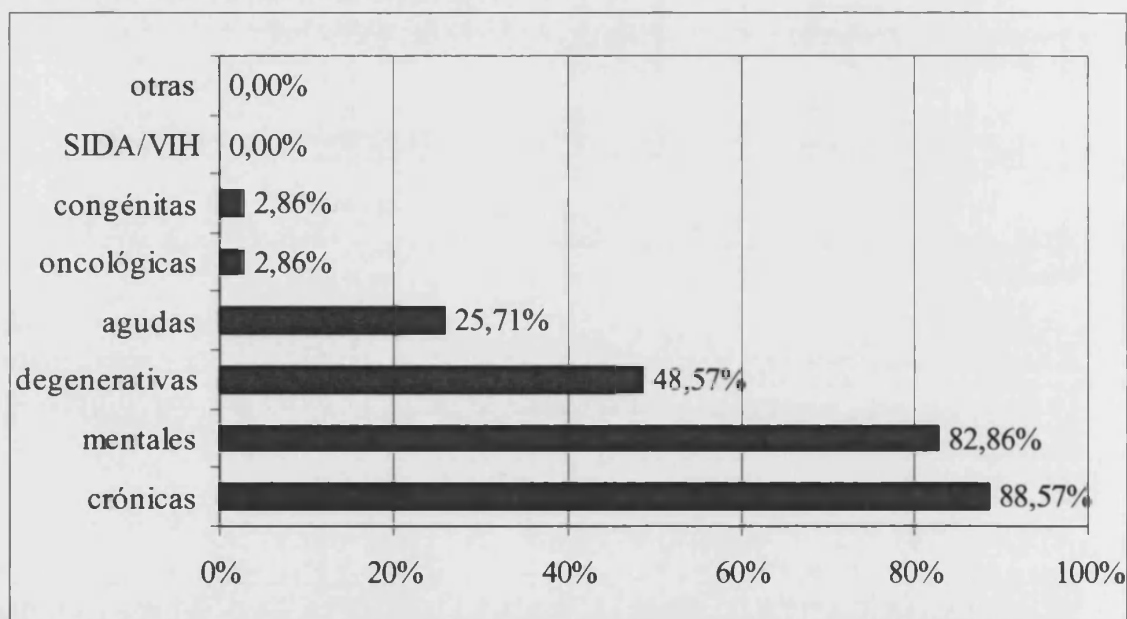
GRÁFICO 227. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación al *diagnóstico clínico*, las enfermedades mentales y crónicas están presentes en la mayoría de los usuarios de estas plazas centro de día (gráfico 228). Asimismo, las enfermedades degenerativas afectan a casi la mitad de las personas y una cuarta parte también tiene alguna enfermedad aguda. Todos los usuarios se encuentran en tratamiento activo.

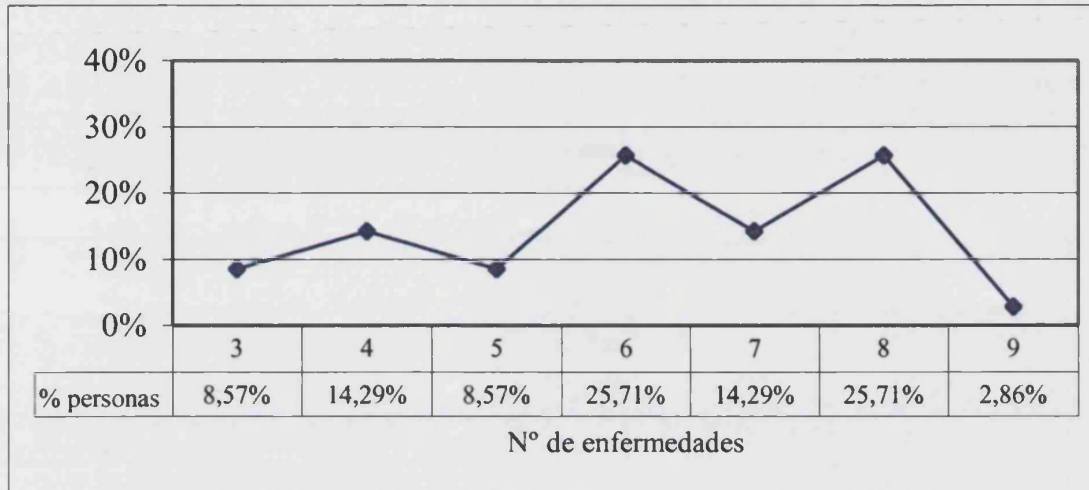
GRÁFICO 228. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 65,7% de estas personas tiene entre seis y ocho enfermedades (gráfico 229).

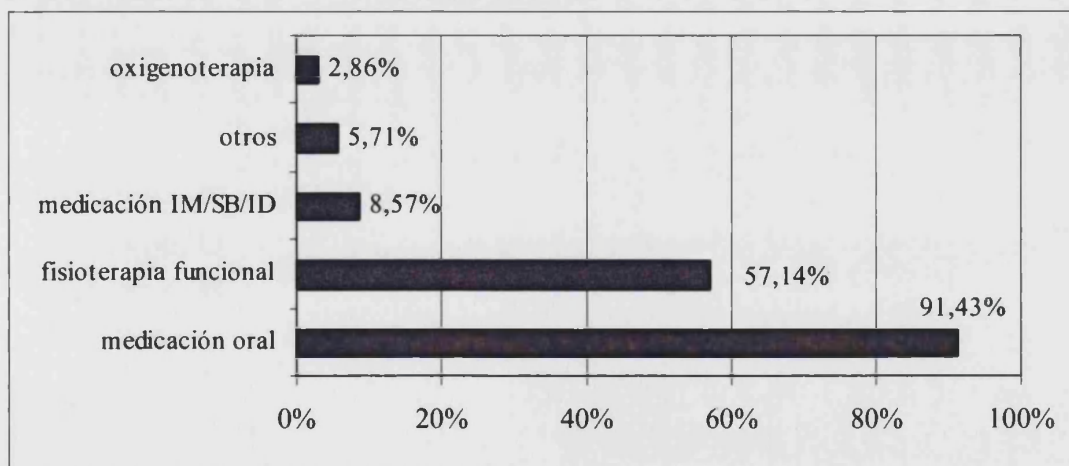
GRÁFICO 229. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Los procedimientos utilizados para tratar las enfermedades (sobre todo mentales y crónicas) son básicamente la medicación oral y la fisioterapia funcional, seguidas por otras vías de medicación y oxigenoterapia (gráfico 230).

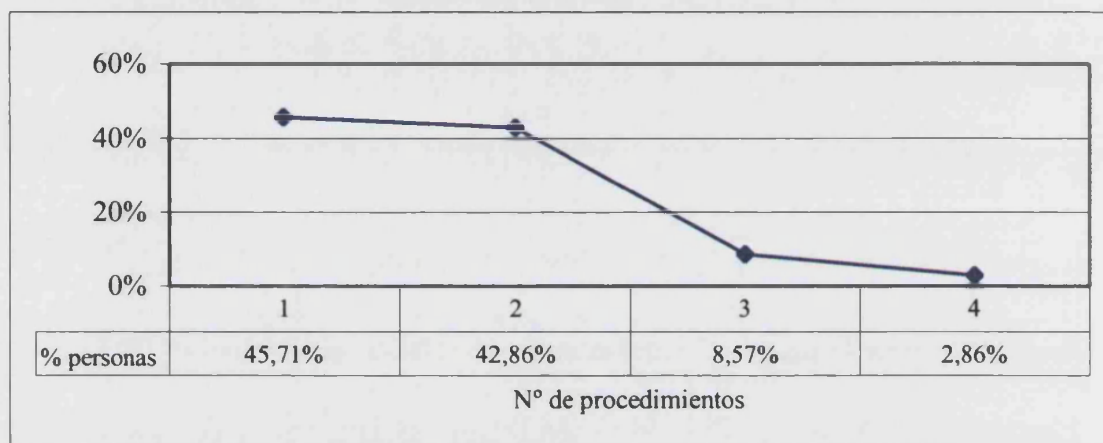
GRÁFICO 230. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS POR TIPO DE PROCEDIMIENTO MÁS UTILIZADO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Aunque un porcentaje elevado de las personas entrevistadas tiene varias enfermedades, el número de procedimientos utilizados no es muy elevado, ya que la gran mayoría de los enfermos utiliza sólo uno o dos procedimientos (gráfico 231).

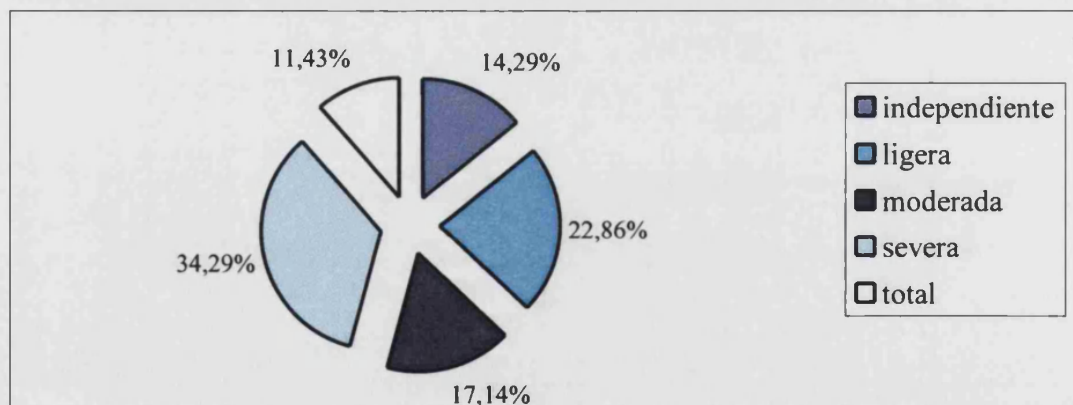
GRÁFICO 231. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al analizar la *capacidad funcional*, casi la mitad de personas presentan una dependencia severa o total para las ABVD (gráfico 232).

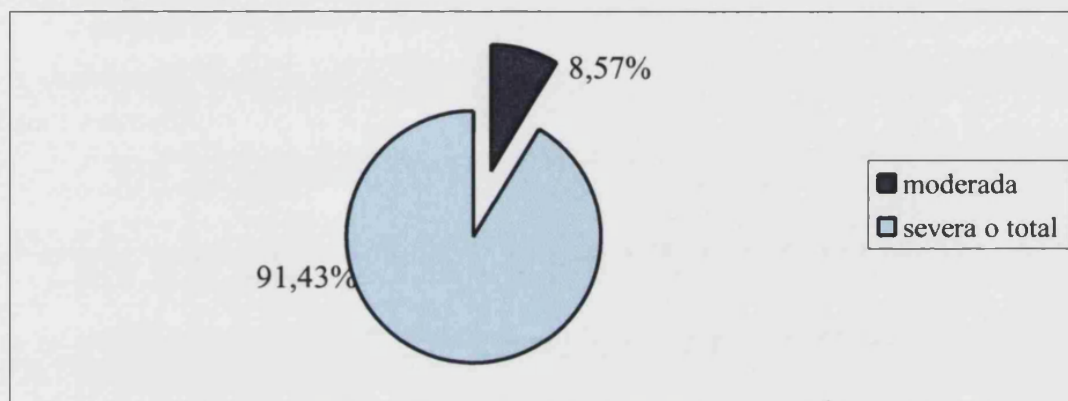
GRAFICO 232. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD (Test de Barthel).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Prácticamente la totalidad de los usuarios de este tipo de plazas de centro de día son dependientes severos o totales para las actividades instrumentales de la vida diaria (gráfico 233).

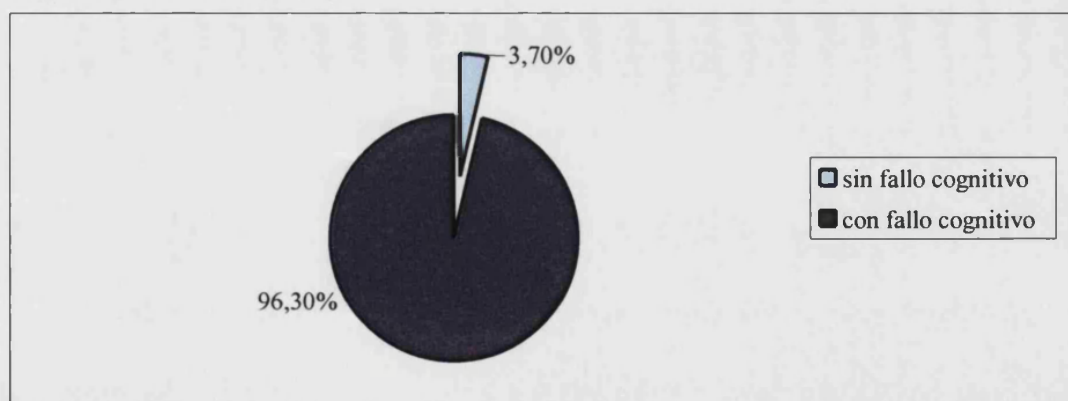
GRAFICO 233. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD (Test de Frenchay).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Asimismo, casi todos los usuarios presentan fallo cognitivo (gráfico 234).

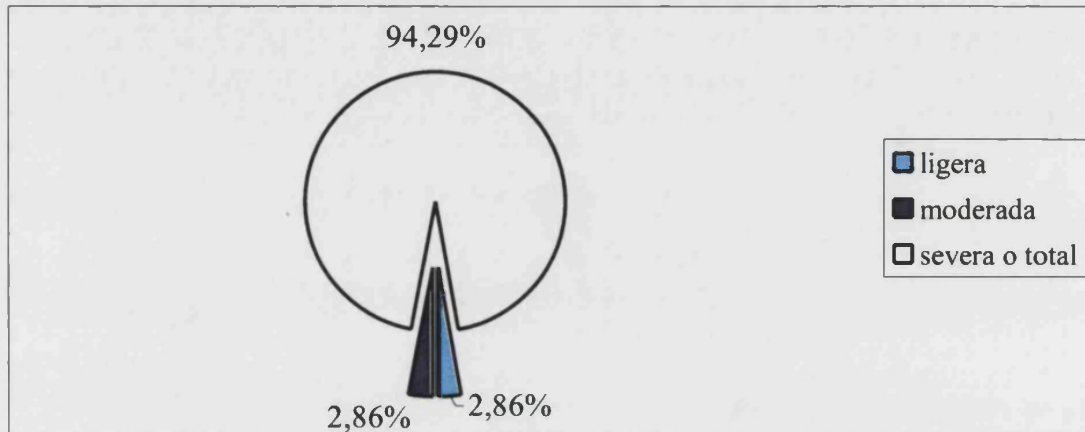
GRAFICO 234. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La evaluación global de la dependencia muestra que el 94% de los usuarios son dependientes severos o totales (gráfico 235).

GRAFICO 235. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DE LA COMBINACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DE LA CONSERVACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación al *apoyo social*, entre los usuarios de plazas de centros de día en residencia el 91,4% tiene cuidador informal real. Resulta preocupante la situación de un 8,6% de personas que viven solas y no tienen cuidador informal real (tabla 71).

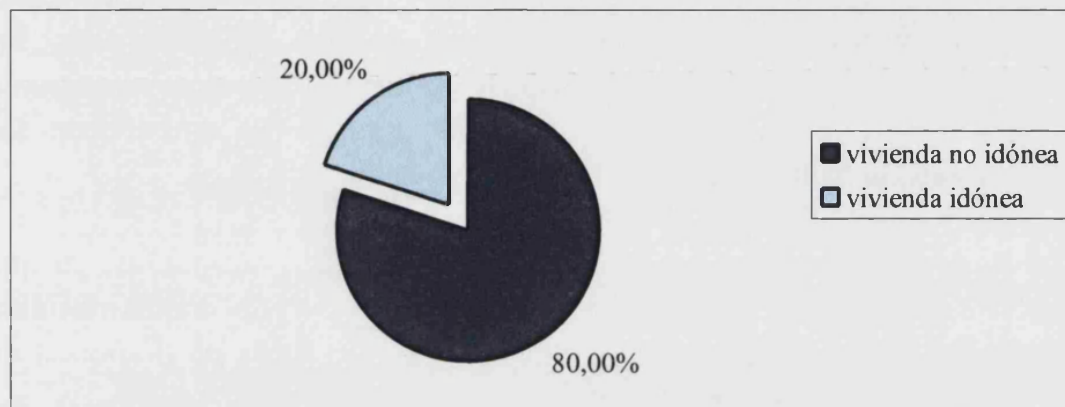
TABLA 71. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR REAL Y DE SU SITUACIÓN DE CONVIVENCIA.

Convivencia	Disponibilidad de cuidador informal real		Total
	No	Si	
Vive solo/a	8,57	14,29	22,86
Vive acompañado/a	0,00	77,14	77,14
Total	8,57	91,43	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 80% de las personas atendidas a través de este tipo de plazas de centro de día en residencia poseen viviendas con carencias importantes relativas a la seguridad, accesibilidad y/o salubridad (gráfico 236).

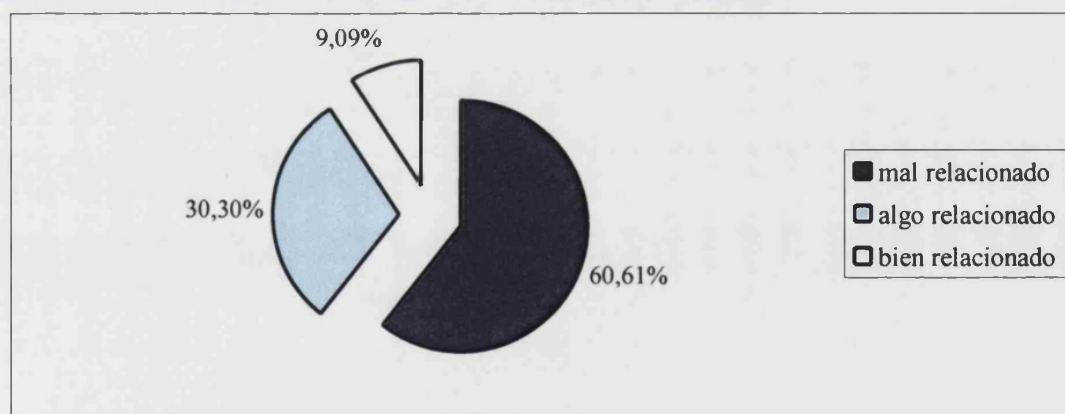
GRAFICO 236. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE LA VIVIENDA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Por otra parte, tan solo el 9% de estas personas tiene un buen nivel de relaciones sociales; más del 60% está mal relacionado (gráfico 237).

GRAFICO 237. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SUS RELACIONES SOCIALES.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La población atendida en plazas de centro de día en residencia está compuesta principalmente por mujeres viudas, con una media de edad de 76 años, analfabetas o sin estudios que perciben una pensión de jubilación y/o de viudedad.

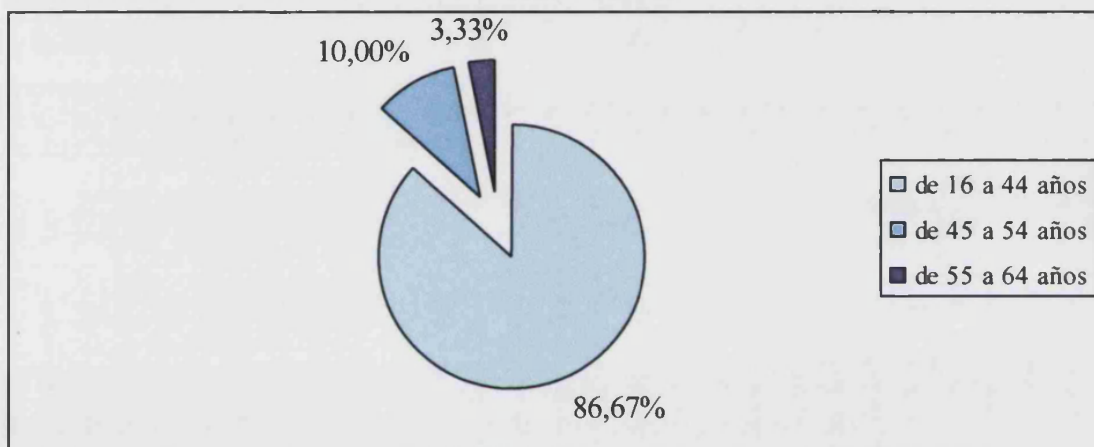
En cuanto al estado de salud, la gran mayoría presenta enfermedades crónicas y mentales, tratadas fundamentalmente a través de medicación oral y fisioterapia funcional. Cerca de la mitad de estas personas manifiestan una dependencia severa o total para las actividades básicas de la vida diaria, llegando al 91% el porcentaje de personas dependientes severas o totales cuando se consideran las actividades instrumentales.

Las relaciones sociales de esta población aparecen mermadas, ya que un 60% declara estar mal relacionado, debido -tal vez- a que su única salida del hogar es cuando acuden al centro. Un 8,6% no disponen de cuidador informal real y además viven solos.

4.9.12. Centro de rehabilitación e integración social para enfermos mentales crónicos (CRIS).

Al considerar *los datos sociodemográficos*, la media de edad de los usuarios de los centros de rehabilitación e integración social de enfermos mentales se sitúa en 33,7 años (desv. típ. 9,01), el grupo de edad más numeroso es el comprendido entre los 16 y los 44 años (gráfico 238).

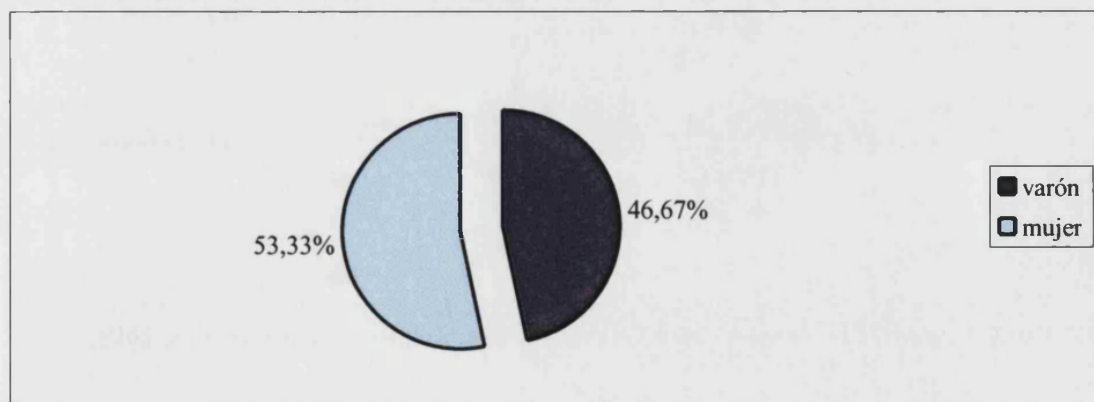
GRÁFICO 238. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CRIS EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La distribución por género es equilibrada (gráfico 239).

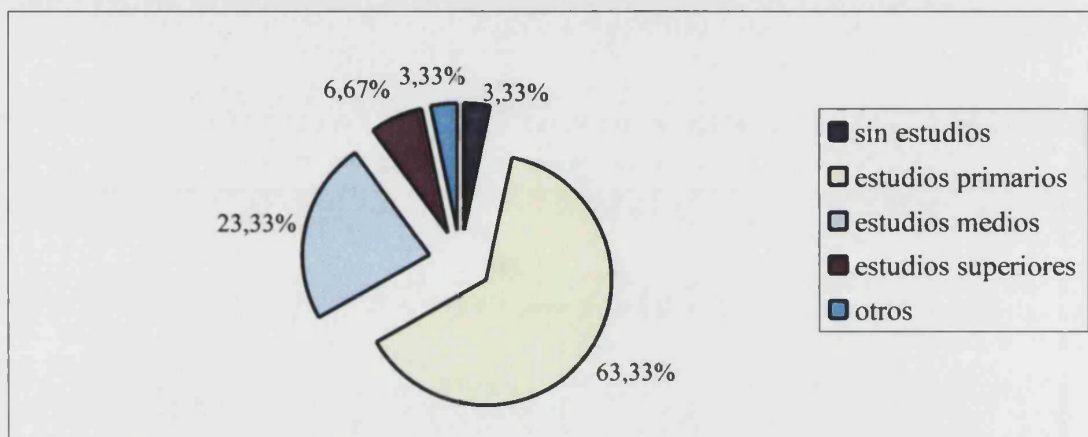
GRÁFICO 239. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CRIS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación al estado civil, todos los usuarios del CRIS son solteros. Por otra parte, más del 60% de éstos tienen estudios primarios y casi la cuarta parte estudios medios (gráfico 240).

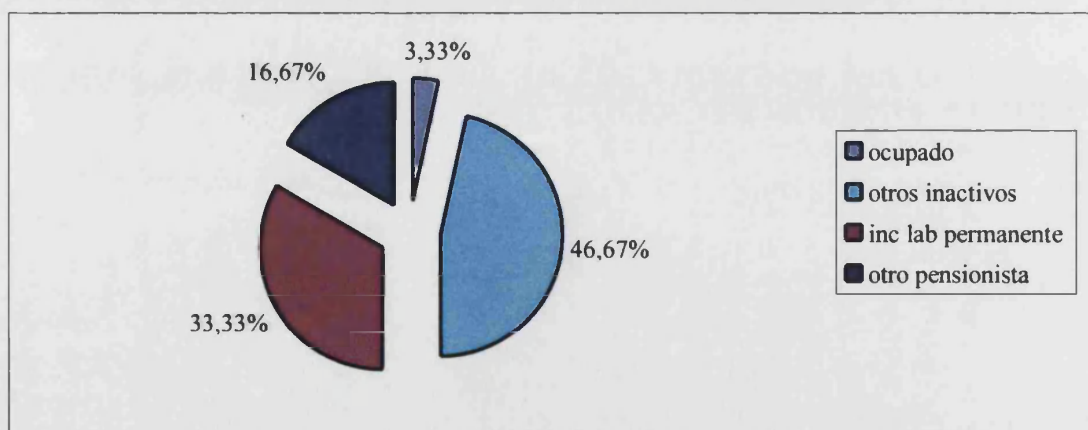
GRÁFICO 240. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CRIS EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Sólo un 3% de estas personas están trabajando, el resto son inactivos (casi la mitad de ellos), presentan una incapacidad laboral permanente o son pensionistas (por discapacidad) (gráfico 241).

GRÁFICO 241. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CRIS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL.

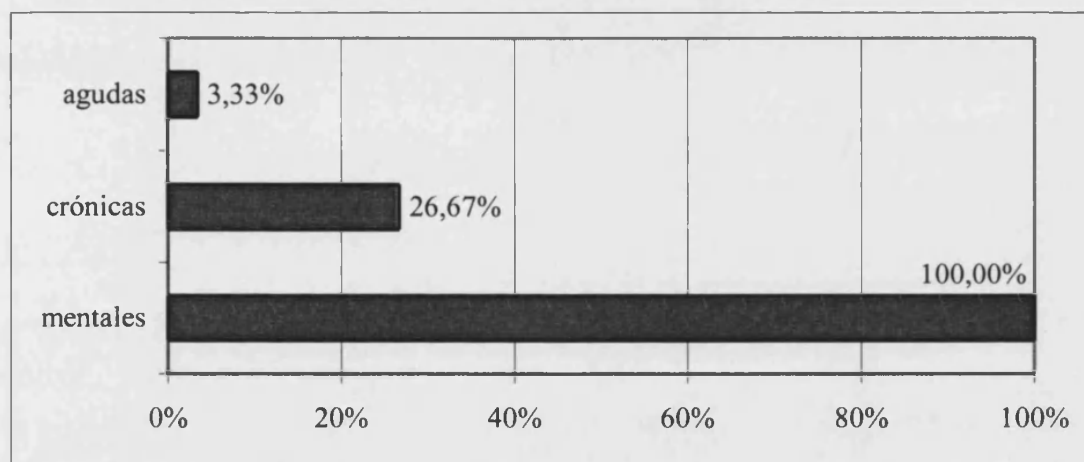


Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto al *diagnóstico clínico*, las enfermedades mentales son la principal causa de dependencia en los usuarios del CRIS (gráfico

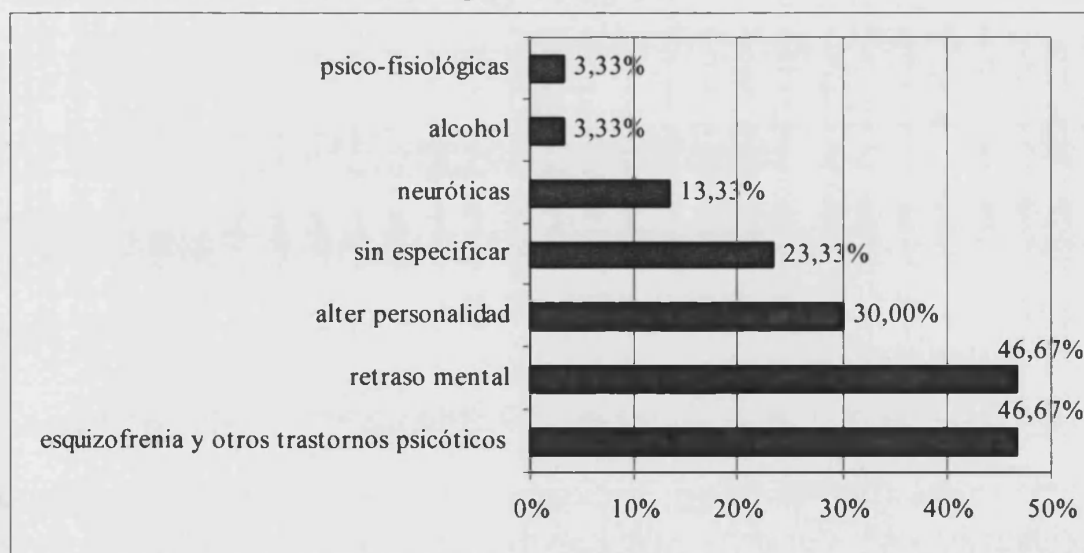
242). Dentro de las enfermedades mentales, la mayoría son de carácter psicótico (esquizofrenia, alteración de la personalidad, etc.) o genético (retraso mental) (gráfico 243).

GRAFICO 242. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN CRIS POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

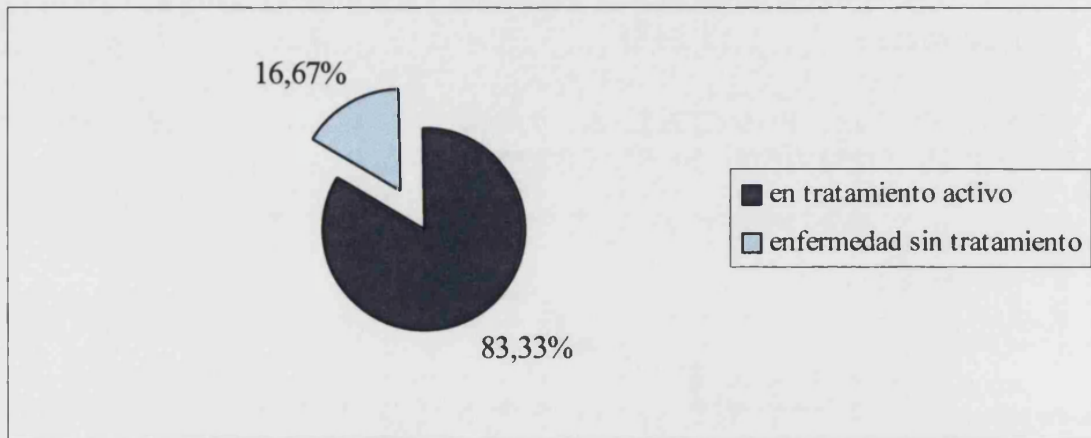
GRAFICO 243. PORCENTAJE DE PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES ATENDIDAS EN CRIS EN FUNCIÓN TIPO DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de estas personas están en tratamiento activo, aunque una parte significativa no recibe un tratamiento específico (gráfico 244).

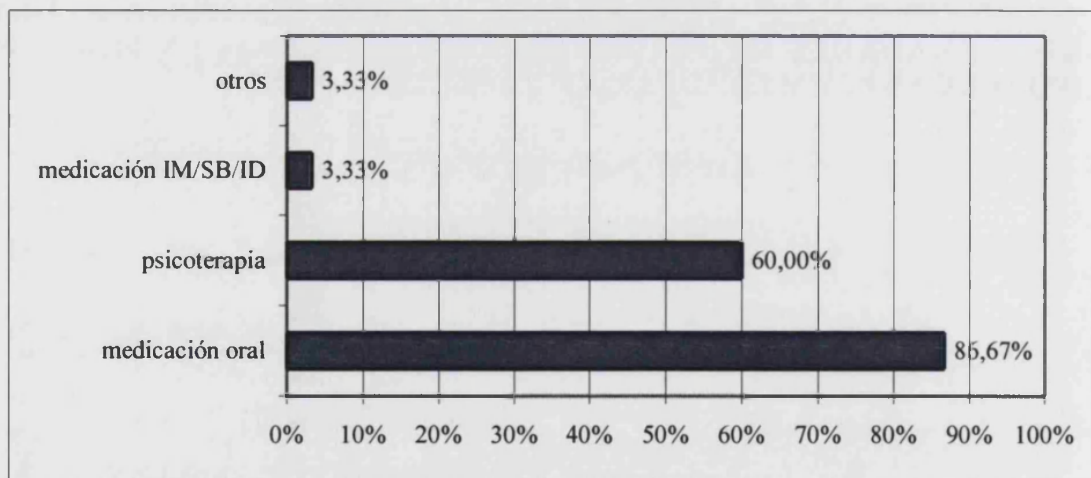
GRAFICO 244. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CRIS EN FUNCIÓN DE LA FASE DE SU ENFERMEDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La medicación oral y la psicoterapia son los procedimientos clínicos más utilizados (gráfico 245).

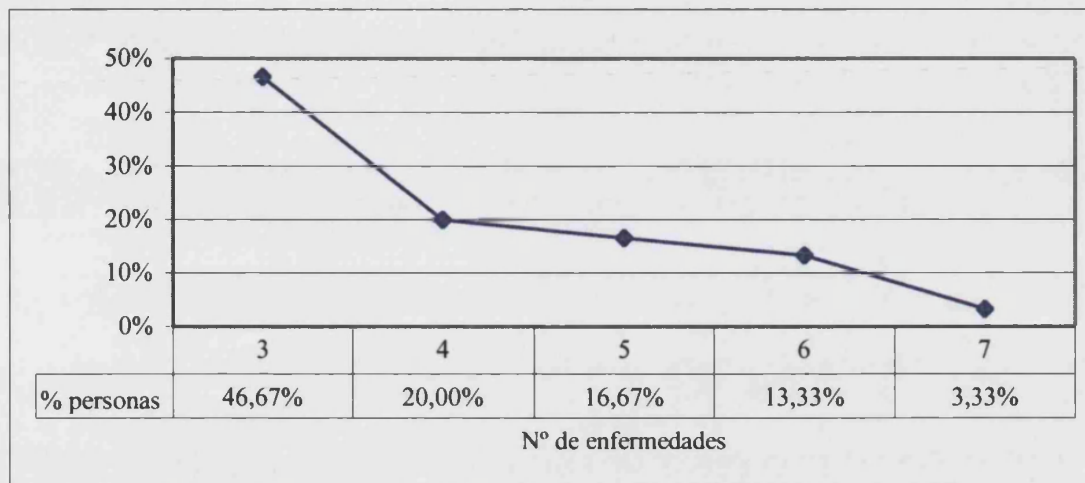
GRAFICO 245. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN CRIS POR TIPO DE PROCEDIMIENTO MÁS UTILIZADO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

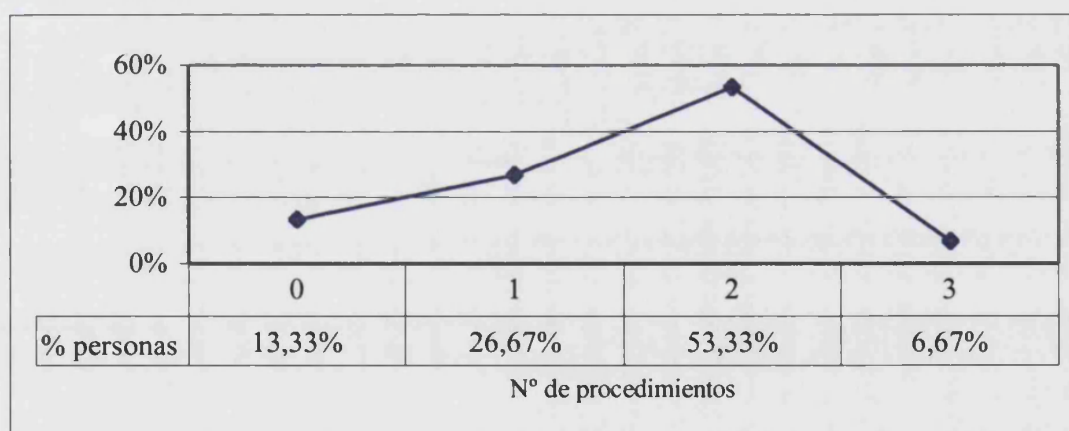
Más del 80% de estos pacientes presentan entre tres y cinco enfermedades (gráfico 246), cuyo tratamiento requiere pocos procedimientos (gráfico 247).

GRAFICO 246. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CRIS EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

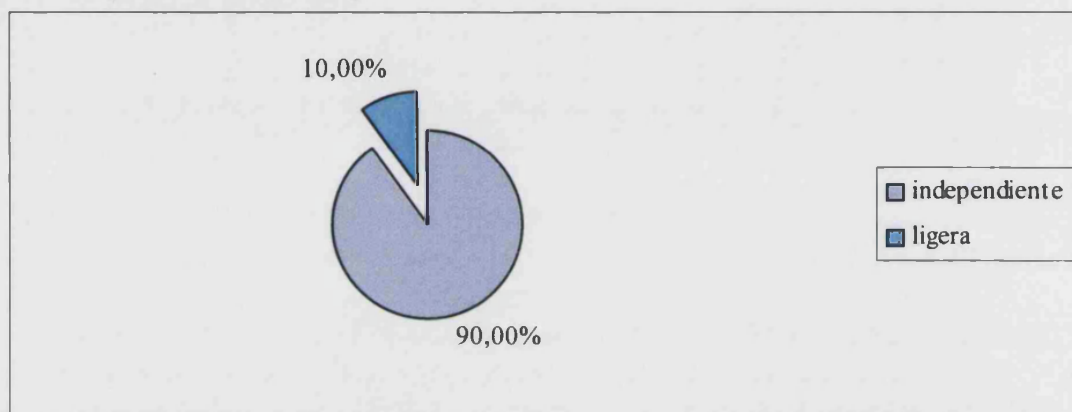
GRAFICO 247. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CRIS EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con referencia a la *capacidad funcional*, como corresponde a personas con el tipo de enfermedades mencionadas anteriormente y que usan un servicio ambulatorio, casi todos los usuarios de los CRIS son independientes para las actividades básicas de la vida diaria (gráfico 248).

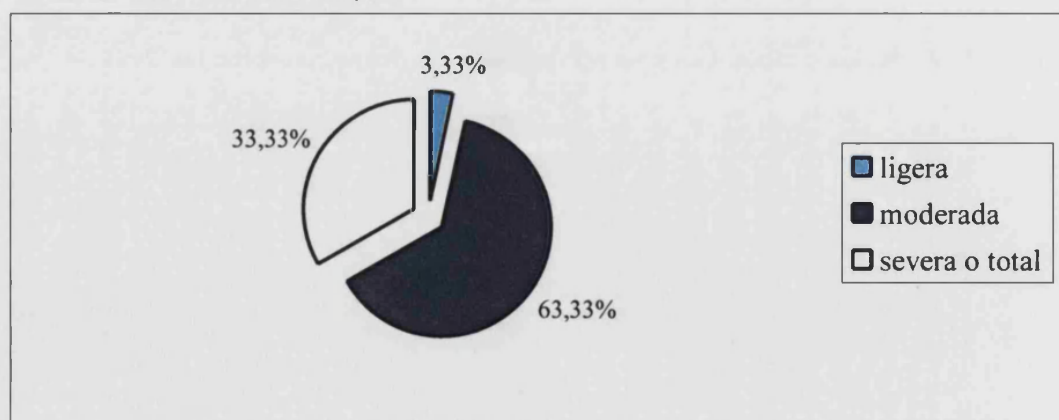
GRAFICO 248. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CRIS EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD (Test de Barthel).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Cuando analizamos la dependencia para las actividades instrumentales, encontramos que la tercera parte sufren una dependencia severa, mientras que más del 60% presentan una dependencia moderada (gráfico 249).

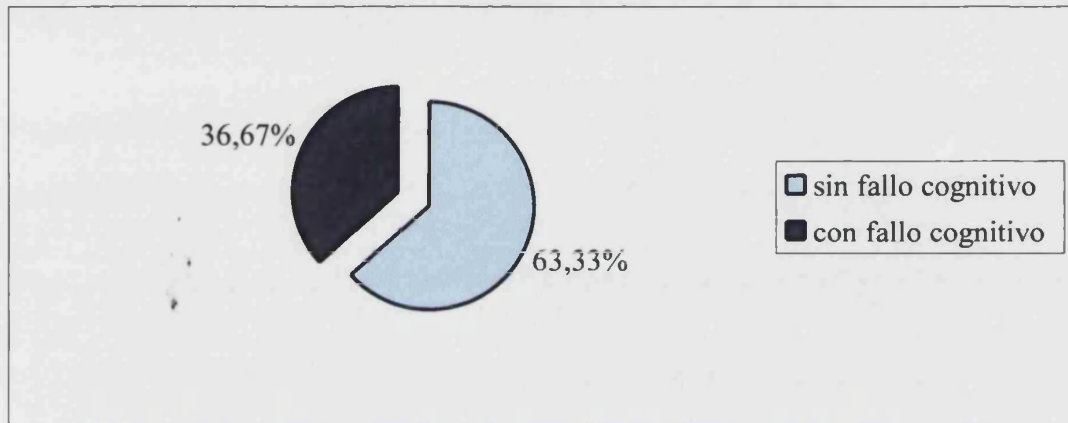
GRAFICO 249. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CRIS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD (Test de Frenchay).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En los CRIS dos de cada tres personas no presentan fallo cognitivo (gráfico 250).

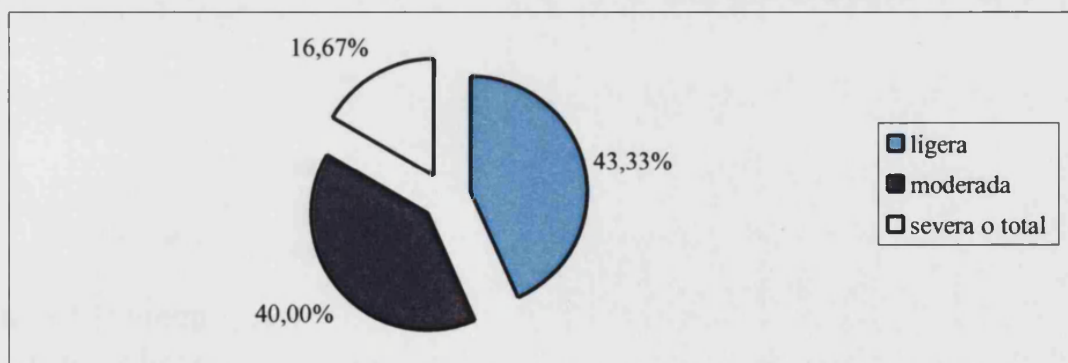
GRAFICO 250. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CRIS EN FUNCIÓN DEL GRADO DE CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Congnoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La combinación de la dependencia funcional y la conservación cognitiva da como resultado un porcentaje elevado de dependientes ligeros (43%), que pueden utilizar el servicio ambulatorio fácilmente. Otro 40% presenta una dependencia moderada y un porcentaje menor, pero importante de personas, son dependientes severos o totales (gráfico 251).

GRAFICO 251. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CRIS EN FUNCIÓN DE LA COMBINACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y LA CONSERVACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al analizar el *apoyo* social, únicamente un porcentaje muy pequeño de los usuarios de los CRIS viven solos y sin cuidador (6.7%), esta situación puede agravar determinados tipos de dependencia (tabla 72). Por el contrario, el 80% tiene cuidador permanente en su familia directa.

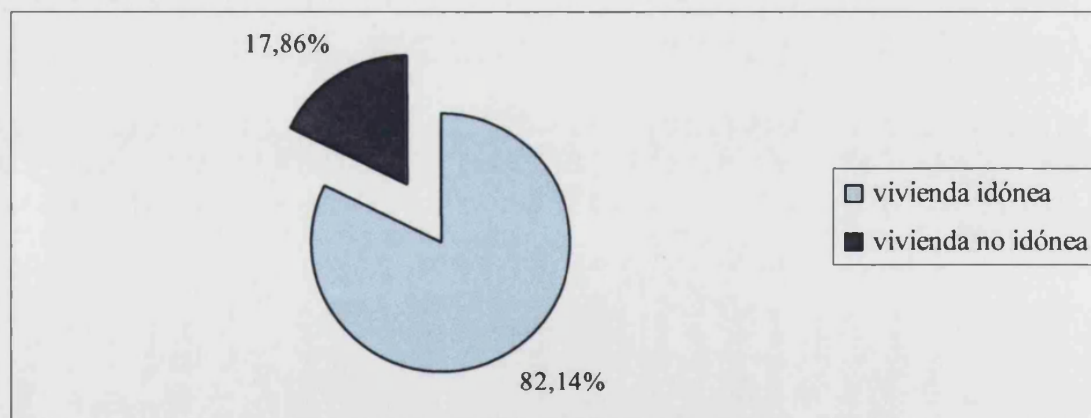
TABLA 72. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CRIS EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR REAL Y DE SU SITUACIÓN DE CONVIVENCIA.

Convivencia	Disponibilidad de cuidador informal real		Total
	No	Si	
Vive solo/a	6,67	0,00	6,67
Vive acompañado/a	13,33	80,00	93,33
Total	20,00	80,00	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Más del 80% de los usuarios de los CRIS tienen una vivienda idónea; no obstante, es preocupante que un 18% resida en viviendas que no están en buenas condiciones (gráfico 252).

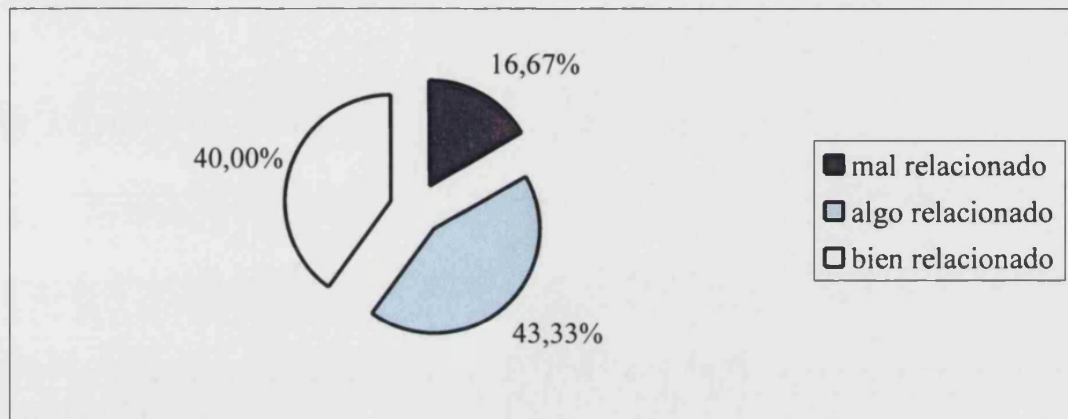
GRÁFICO 252. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA EN CRIS EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SU VIVIENDA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Un 17% de los pacientes están mal relacionado socialmente. El resto tiene algún nivel de relación social o está bien relacionado (gráfico 253).

GRAFICO 253. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CRIS EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SUS RELACIONES SOCIALES.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La edad media de los usuarios de los CRIS se sitúa en los 34 años, se trata de personas jóvenes, principalmente con estudios primarios, solteros y sin diferencias en la distribución por género. Frente al 3% de población ocupada se observa una proporción elevada de pensionistas, incapacitados laborales permanentes y otros tipos de inactivos.

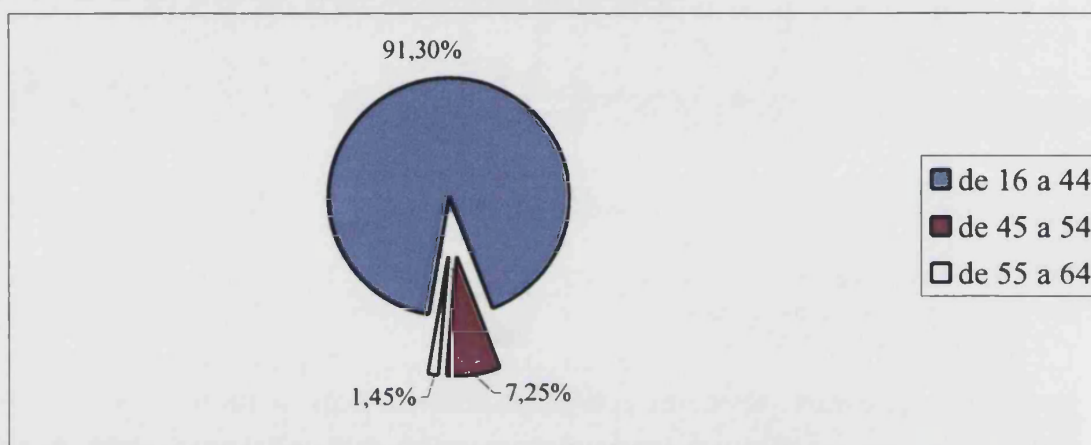
Las enfermedades mentales más frecuentes en la población entrevistada son la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el retraso mental y las alteraciones de la personalidad. La mayoría se encuentra en tratamiento activo, utilizando medicación oral y psicoterapia, fundamentalmente. Un gran parte de la población es independiente para las ABVD, aunque manifiesta cierta dependencia en lo que se refiere a las actividades instrumentales.

Los usuarios de los CRIS suelen vivir acompañados y disponen de cuidador.

4.9.13. Unidades de conductas adictivas (UCA).

Al analizar los *datos sociodemográficos*, las personas con conductas adictivas atendidas en las UCA suelen ser jóvenes con una edad media de 34,68 años (desv. típ. 8,21). El grupo de 16 y 44 años representa el 91,3% del total de la población atendida (gráfico 254).

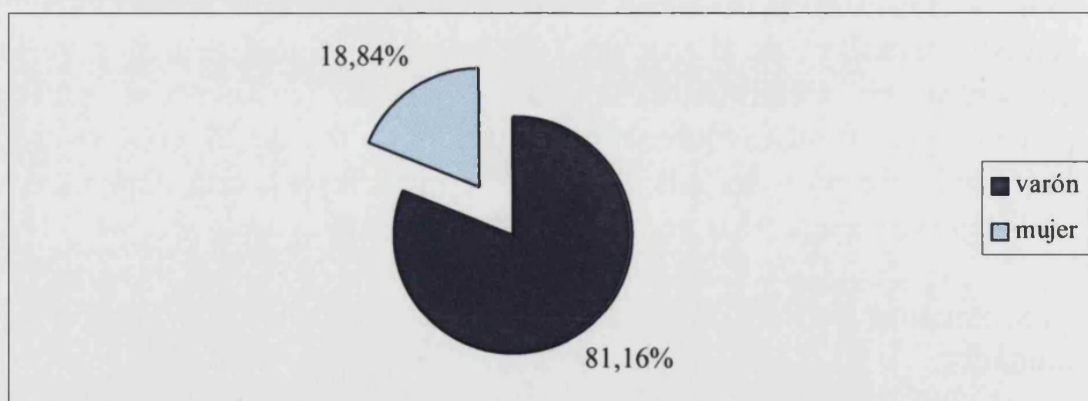
GRÁFICO 254. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Más del 80% de los usuarios de las UCA son varones (gráfico 255).

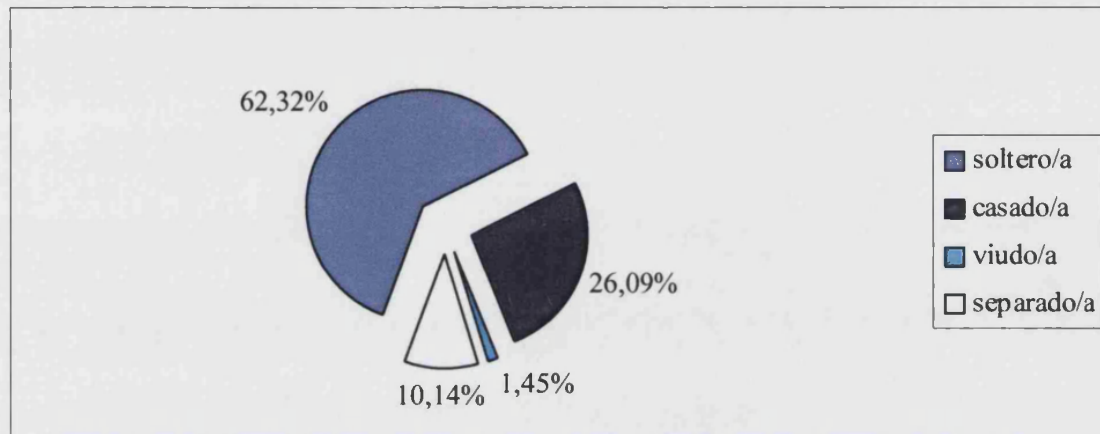
GRÁFICO 255. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En congruencia con las edades típicas de las personas atendidas en las UCA, el estado civil más frecuente es el de soltero, seguido por el de casado y separado (gráfico 256).

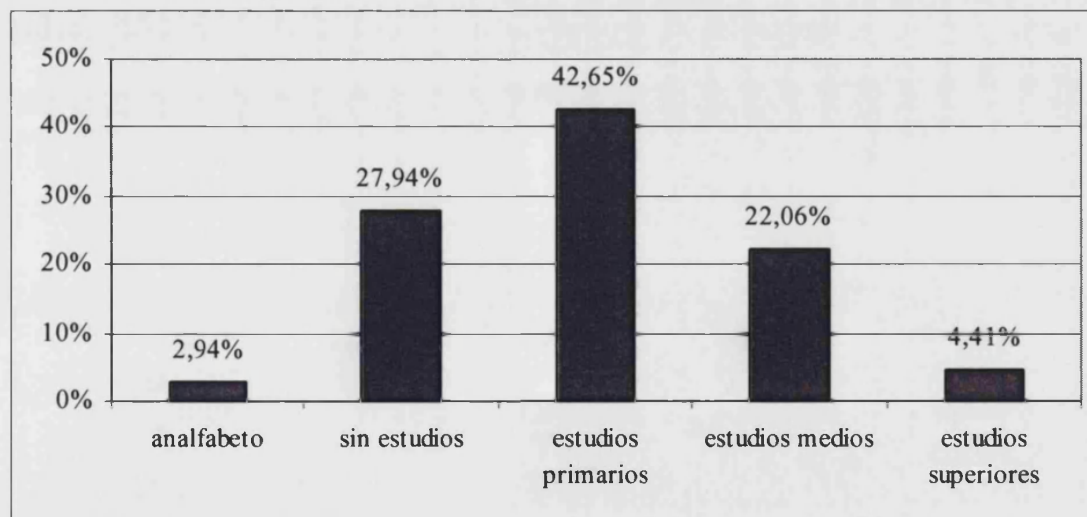
GRÁFICO 256. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL.



Fuente: Elaboración propia Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de los pacientes tienen estudios primarios o medios (gráfico 257). Los porcentajes más elevados de personas sin estudios y analfabetas se sitúan en el tramo de edad 16-44 años.

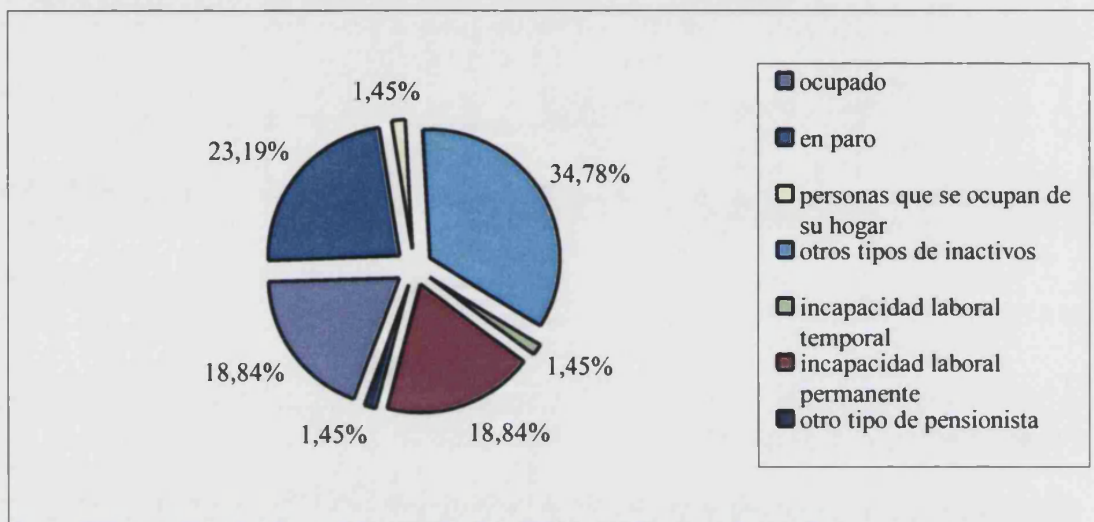
GRÁFICO 257. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación a la situación laboral de las personas atendidas en UCA, las categorías más representadas son: "ocupado", "en paro", "otros inactivos" (no son estudiantes) e "incapacidad laboral permanente" (gráfico 258).

GRÁFICO 258. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Excepto en las categorías "ocupado" e "incapacidad laboral permanente", además de en la ya esperada "personas que se ocupan de su hogar", se aprecia un cierto equilibrio porcentual entre géneros (tabla 73). No obstante, recordemos que las mujeres en este recurso están menos representadas.

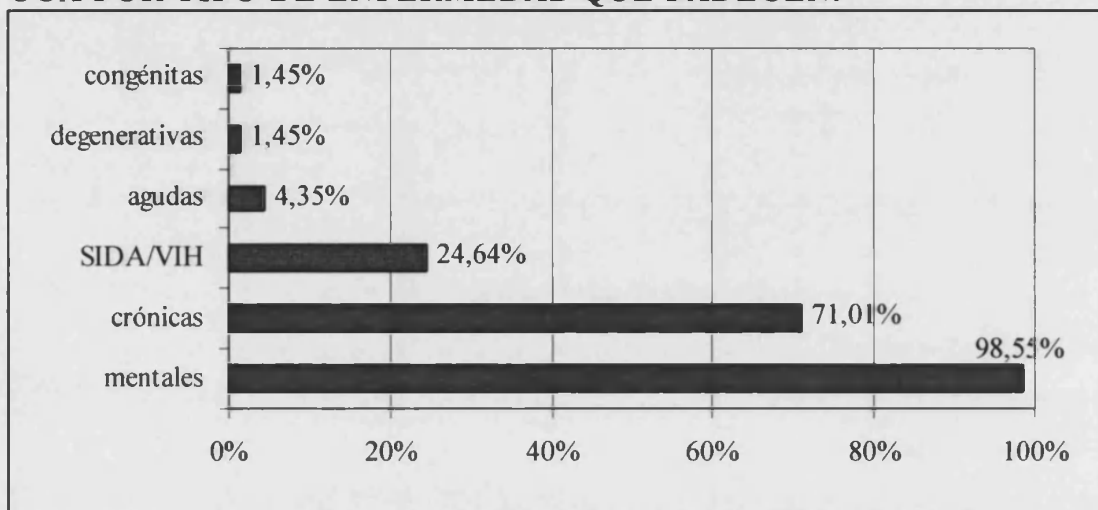
TABLA 73. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL Y EL GÉNERO.

Situación laboral (% por columnas)	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
Ocupado	14,29%	38,46%	18,84%
En paro	23,21%	23,08%	23,19%
Personas que se ocupan de su hogar	0,00%	7,69%	1,45%
Otros tipos de inactivos	37,50%	23,08%	34,78%
Incapacidad laboral temporal	1,79%	0,00%	1,45%
Incapacidad laboral permanente	21,43%	7,69%	18,84%
Otro tipo de pensionista	1,79%	0,00%	1,45%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con respecto al *diagnóstico* clínico, los resultados relativos al estado de salud muestran que casi todas las personas atendidas en UCA sufren alteraciones mentales y muchos de ellas han desarrollado enfermedades físicas crónicas (71%). Además, la cuarta parte de los pacientes ha contraído el VIH o al desarrollado el SIDA (gráfico 259).

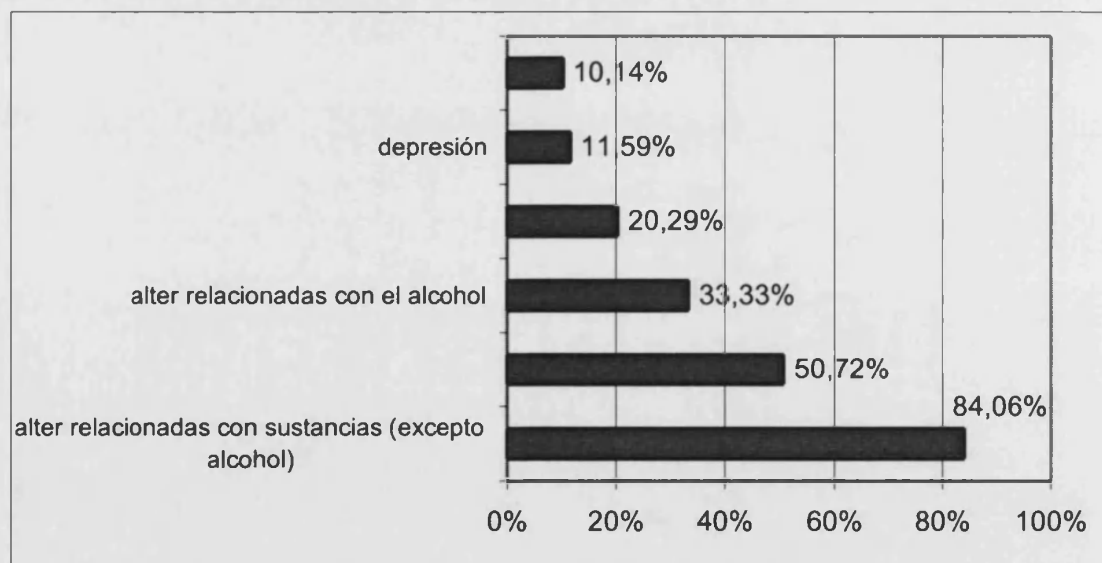
GRÁFICO 259. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN UCA POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Las enfermedades más frecuentes, como era de esperar, están relacionadas con el consumo de sustancias adictivas (gráfico 260). Pero además, debemos prestar atención a las enfermedades crónicas infecciosas y parasitarias (50,7%), y a las enfermedades mentales relacionadas con el consumo de alcohol (33,3%).

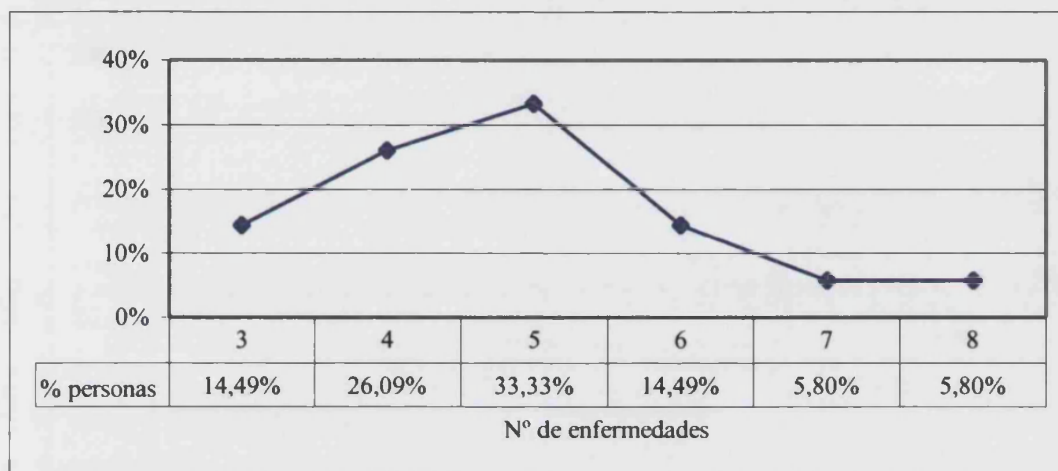
GRÁFICO 260. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN UCA POR TIPO DE ENFERMEDAD MÁS FRECUENTE.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de los pacientes tiene entre cuatro y cinco enfermedades (59,4%) (gráfico 261).

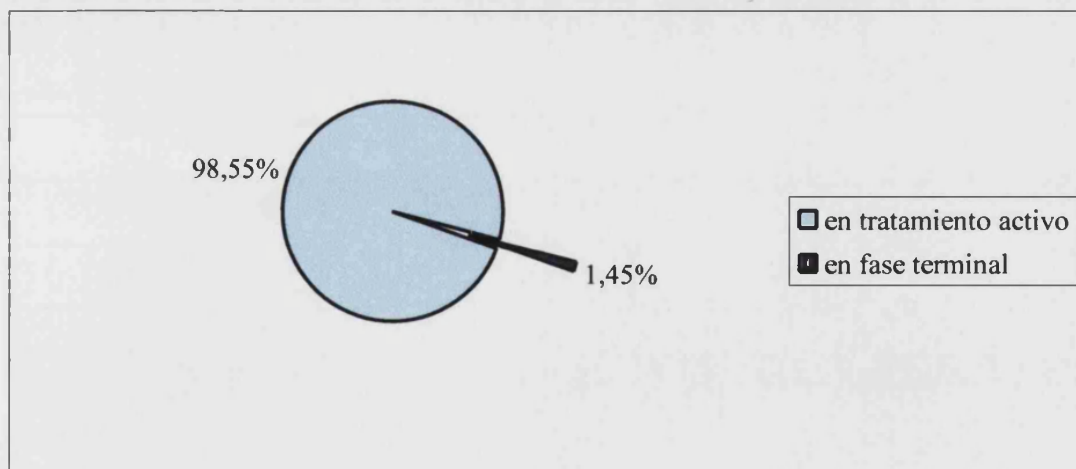
GRÁFICO 261. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Prácticamente todos los pacientes están en tratamiento activo, como era previsible (gráfico 262). Habría que estudiar por qué aparece un 1,5% de casos en fase terminal, siendo la UCA un servicio ambulatorio.

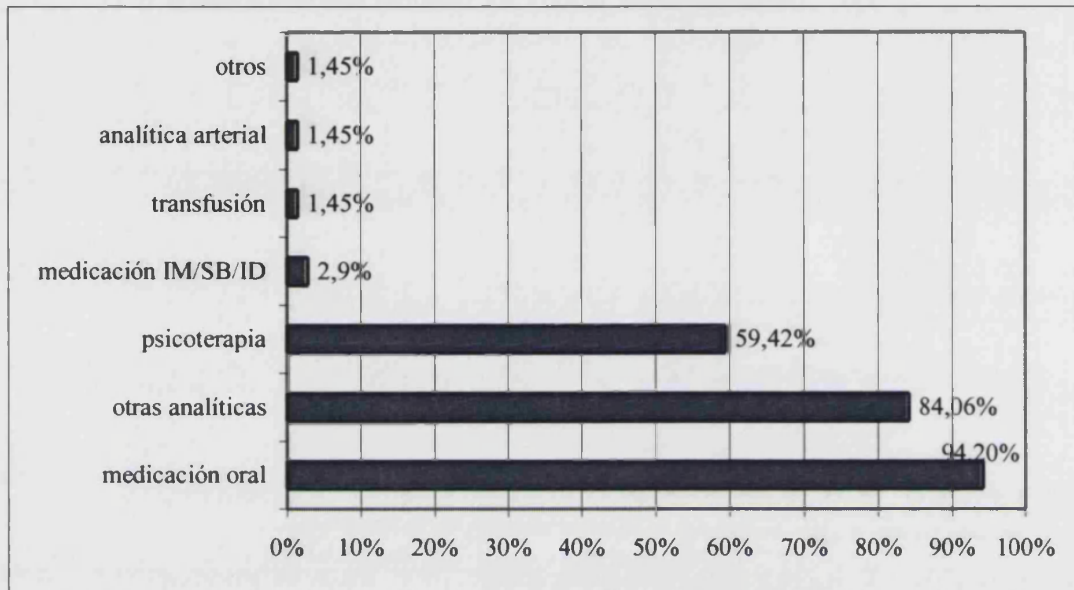
GRÁFICO 262. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DE LA FASE DE SU ENFERMEDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Coherentemente con el tipo de enfermedades que los pacientes de UCA tienen, los procedimientos más utilizados son la medicación oral, las analíticas y la psicoterapia (gráfico 263).

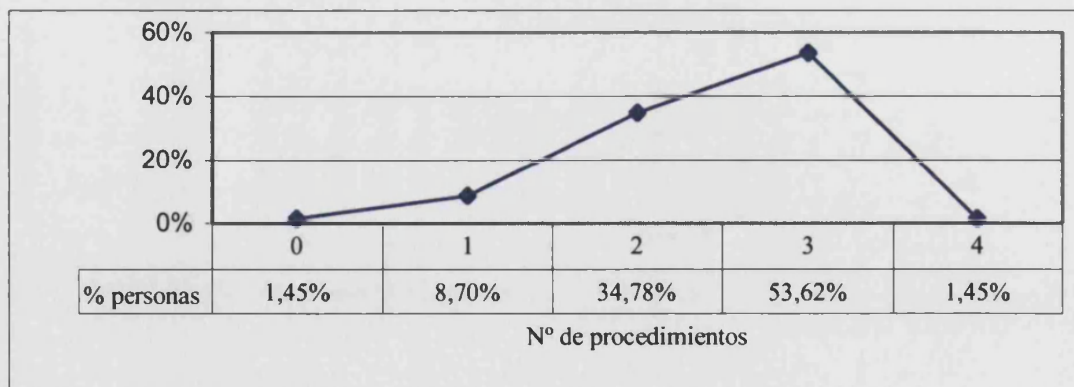
GRÁFICO 263. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN UCA POR TIPO DE PROCEDIMIENTO MÁS UTILIZADO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de estas personas utilizan tres procedimientos (54%) (gráfico 264).

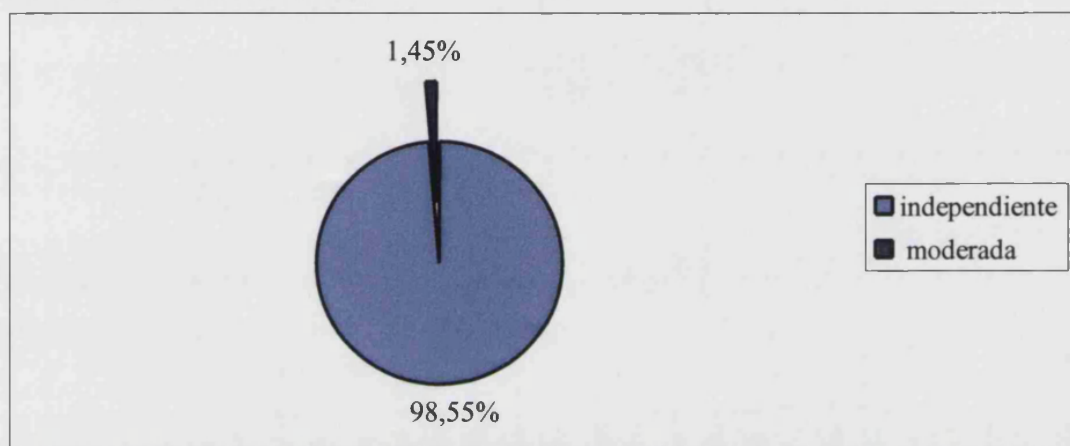
GRÁFICO 264. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al referirnos a la *capacidad* funcional, prácticamente todos los pacientes atendidos en UCA son independientes para las actividades básicas de la vida diaria (gráfico 265).

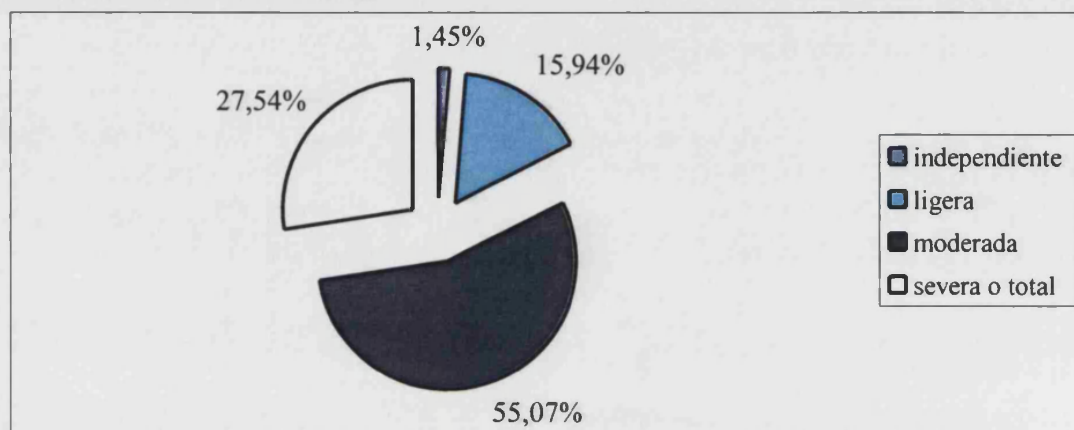
GRÁFICO 265. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD (Test de Barthel).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Las consecuencias de las enfermedades asociadas al consumo de sustancias tóxicas se manifiestan al considerar la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria: un porcentaje elevado de estas personas (83%) presentan una dependencia moderada o severa para las mismas (gráfico 266).

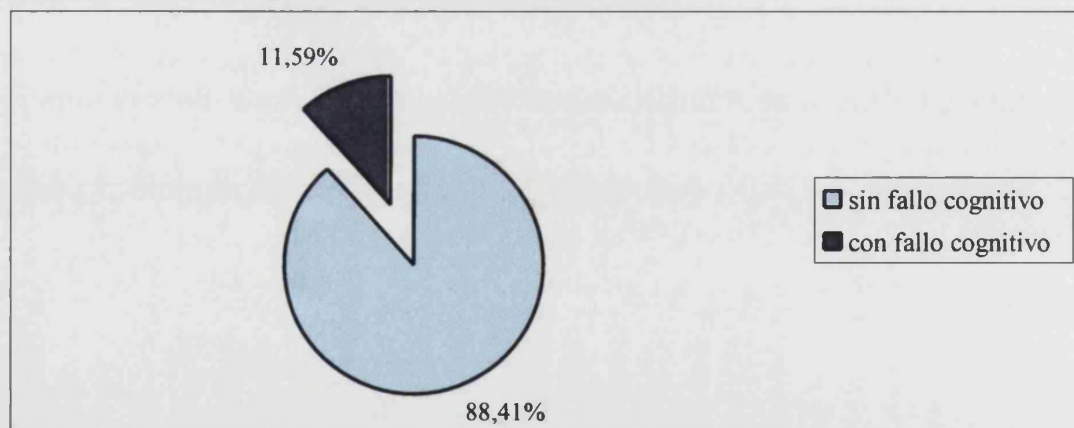
GRÁFICO 266. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD (Test de Frenchay).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Aunque los trastornos mentales son muy frecuentes entre los pacientes de las UCA, la mayoría mantiene sus capacidades cognitivas (gráfico 267).

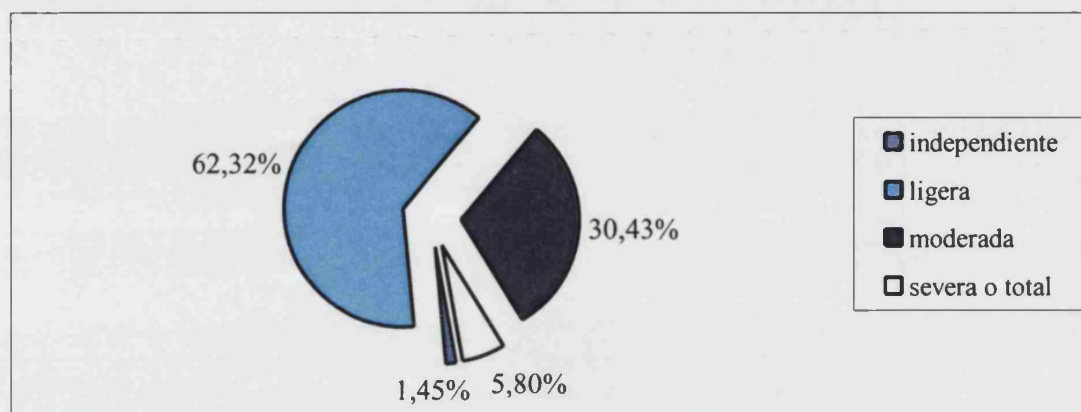
GRÁFICO 267. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DEL GRADO DE CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al considerar conjuntamente la capacidad funcional y la conservación cognitiva, más del 90% de los pacientes presentan una dependencia ligera o moderada (gráfico 268).

GRÁFICO 268. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DE LA COMBINACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DE LA CONSERVACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Referente al *apoyo social*, el 84,1% de los pacientes de UCA viven con alguien (tabla 74), lo que les hace percibir que en caso necesario tendrían un cuidador potencial todo el tiempo que precisasen. Casi el 16% vive solo, pero la mitad de ellos percibe que dispondría de cuidador el tiempo necesario. Como en los casos analizados anteriormente, la familia directa es la fuente principal de cuidadores potenciales percibidos.

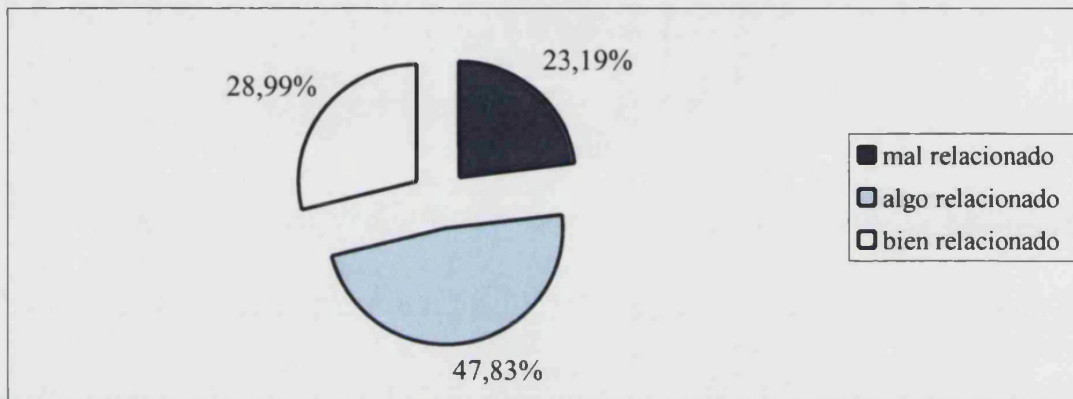
TABLA 74. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA EN UCA EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR.

Cuidador potencial (% sobre el total)	Parentesco	Convivencia		Total
		Vive solo/a	Vive acompañado/a	
<i>Duración de los cuidados</i>				
Todo el tiempo preciso	Familia directa	6,35	60,32	66,67
	Otros	1,59	3,17	4,76
Hasta 6 meses	Familia directa	0,00	1,59	1,59
	Otros	0,00	1,59	1,59
Ocasionalmente	Familia directa	0,00	6,35	6,35
	Otros	0,00	1,59	1,59
No tendría cuidador		7,94	9,52	17,46
Total		15,87	84,13	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

A pesar de las connotaciones negativas de carácter social que suelen acompañar a las conductas adictivas, 3 de cada 4 pacientes en UCA mantienen sus relaciones sociales, aunque sólo el 29% se sitúa en la categoría bien relacionado (gráfico 269).

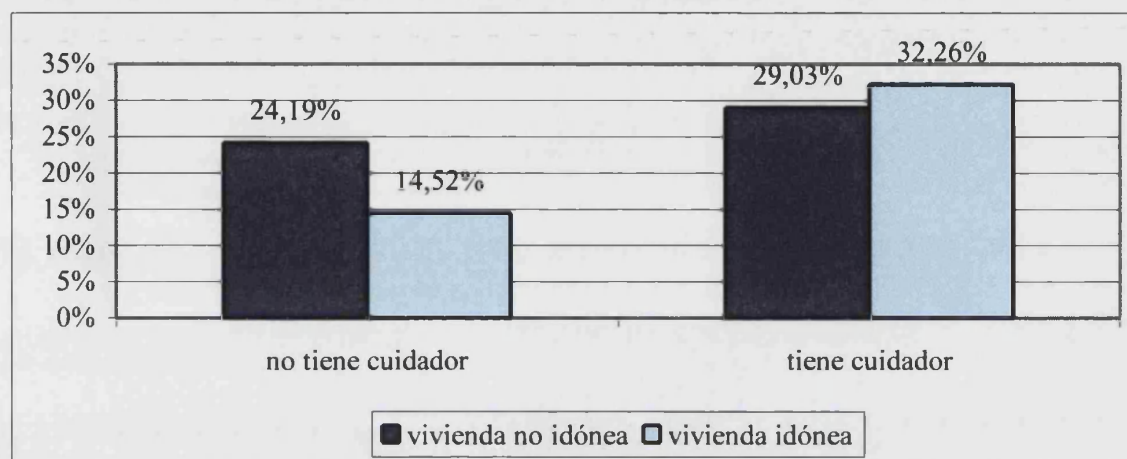
GRÁFICO 269. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SUS RELACIONES SOCIALES.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Sólo la tercera parte de los pacientes atendidos en UCA disponen de cuidador real y de vivienda en condiciones idóneas (gráfico 270). El resto no tiene cuidador (38,7%) o su vivienda no reúne las condiciones adecuadas (29%).

GRÁFICO 270. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN UCA EN FUNCIÓN DE LA EXISTENCIA DE CUIDADOR Y DEL ESTADO DE SU VIVIENDA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de las personas atendidas en UCA son varones jóvenes, entre 30 y 40 años, solteros, sin estudios o con estudios primarios.

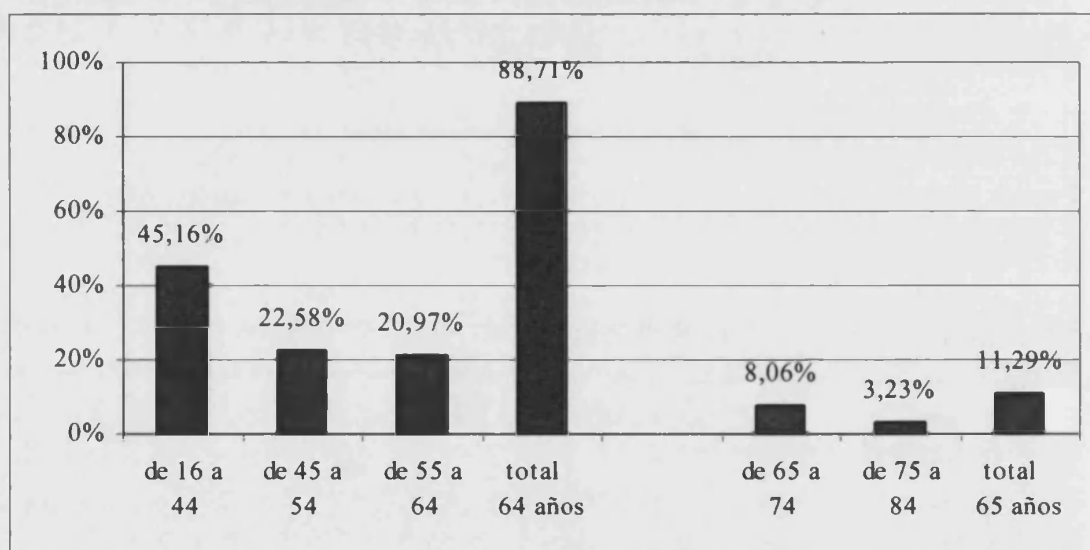
Las enfermedades de estas personas están en consonancia con los problemas que causa la adicción. En general, presentan alteraciones mentales, debidas principalmente al consumo de alcohol, no obstante mantienen su capacidad cognitiva. También tienen enfermedades crónicas, sobre todo infecciosas y parasitarias, en muchos casos vinculadas al VIH/SIDA. La mayoría de estos pacientes padecen entre cuatro y cinco enfermedades.

Prácticamente todos ellos son independientes para las actividades básicas; sin embargo, presentan una dependencia moderada o severa para las actividades instrumentales. Estas personas, en su mayoría, viven acompañados y perciben que podrían contar con un cuidador potencial perteneciente a la familia directa todo el tiempo que fuese necesario. Pero, sólo un tercio de ellos cuenta con un cuidador real y vive en una vivienda en condiciones idóneas.

4.9.14. Unidad de salud mental (USM).

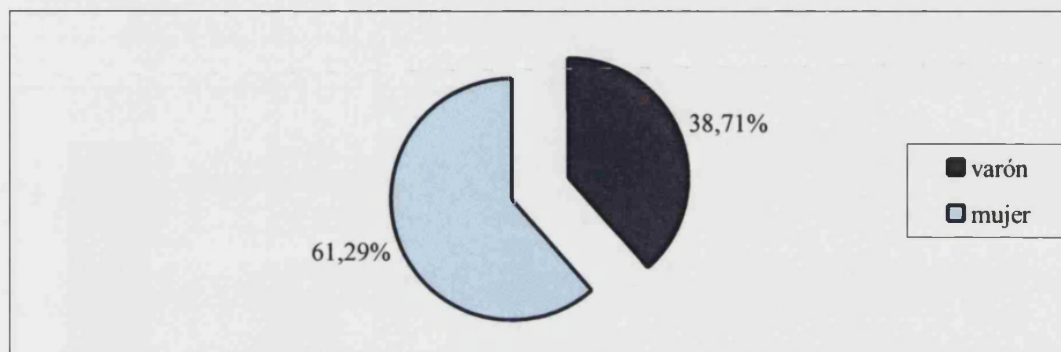
En las unidades de salud mental, al analizar el *perfil sociodemográfico*, observamos que la gran mayoría de los pacientes están en edad activa (edad media 46 años, desviación tip. 15,43) (gráfico 271). La población mayor de 65 años que utiliza este recurso ambulatorio representa sólo el 11,3% del total.

GRÁFICO 271. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DEL GRUPO DE EDAD.



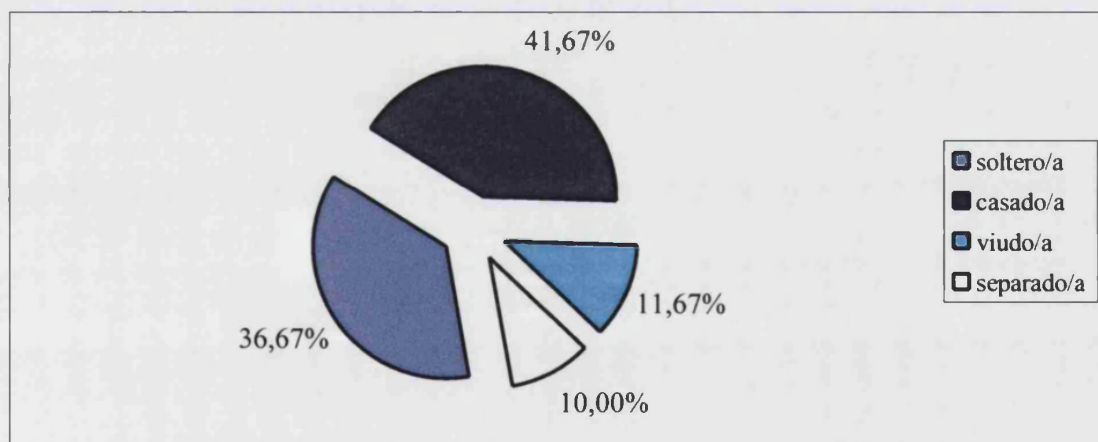
Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Las mujeres suponen el 61% de los pacientes tratados en USM (gráfico 272).

GRÁFICO 272. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DEL GÉNERO.

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

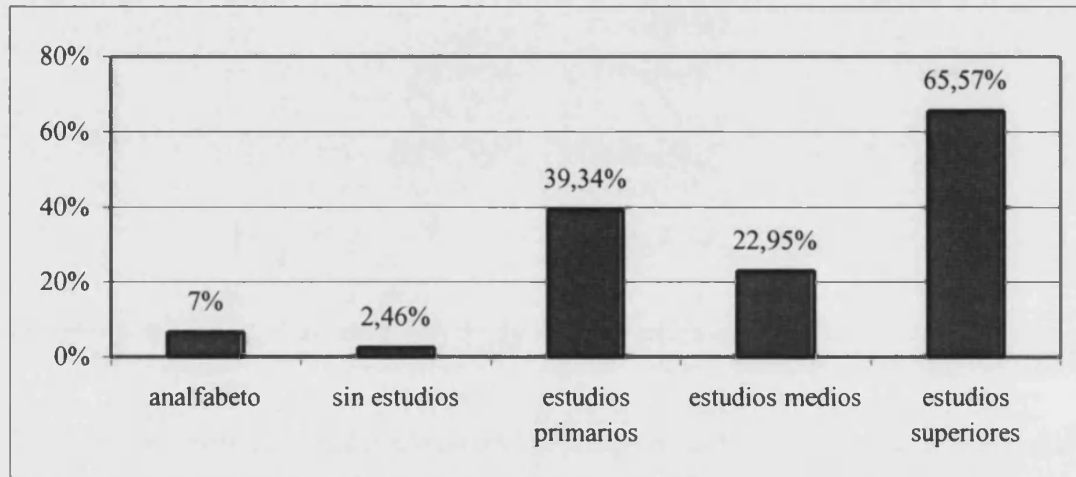
En las USM el 36,7% de los pacientes son solteros, frente a un 41,7% de personas casadas (gráfico 273).

GRÁFICO 273. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL.

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Un 40% de los pacientes tienen estudios primarios y un 23% tienen estudios medios (gráfico 274). No obstante, un porcentaje elevado de personas carece de estudios (31,6%).

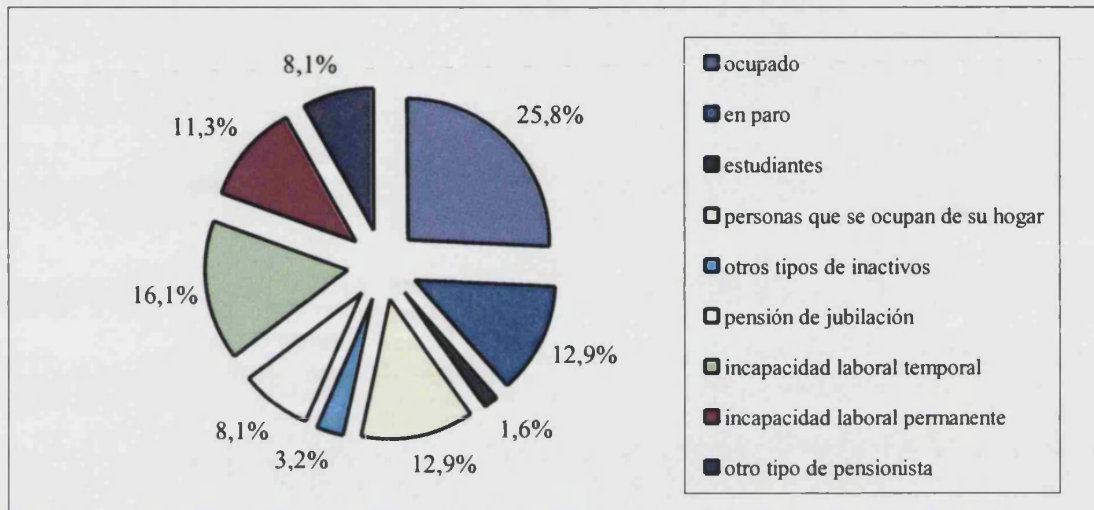
GRÁFICO 274. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de necesidades sociosanitarias, 2001.

Con relación a la situación laboral, se observa un reparto amplio entre las categorías definidas, acorde con la edad de los pacientes y con la mayor o menor gravedad de su enfermedad mental (gráfico 275). Cabe destacar el 13% de personas que se ocupan de su hogar y el 11% de pacientes con incapacidad laboral permanente. El porcentaje más elevado lo encontramos al considerar conjuntamente a las personas ocupadas y a aquellas con una incapacidad laboral temporal (42%).

GRÁFICO 275. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La situación laboral de estas personas también varía en función del género, como se aprecia en las categorías "personas que se ocupan de su hogar", "otro tipo de pensionista (pensión de viudedad)" o ambos tipos de "incapacidad laboral" (tabla 75).

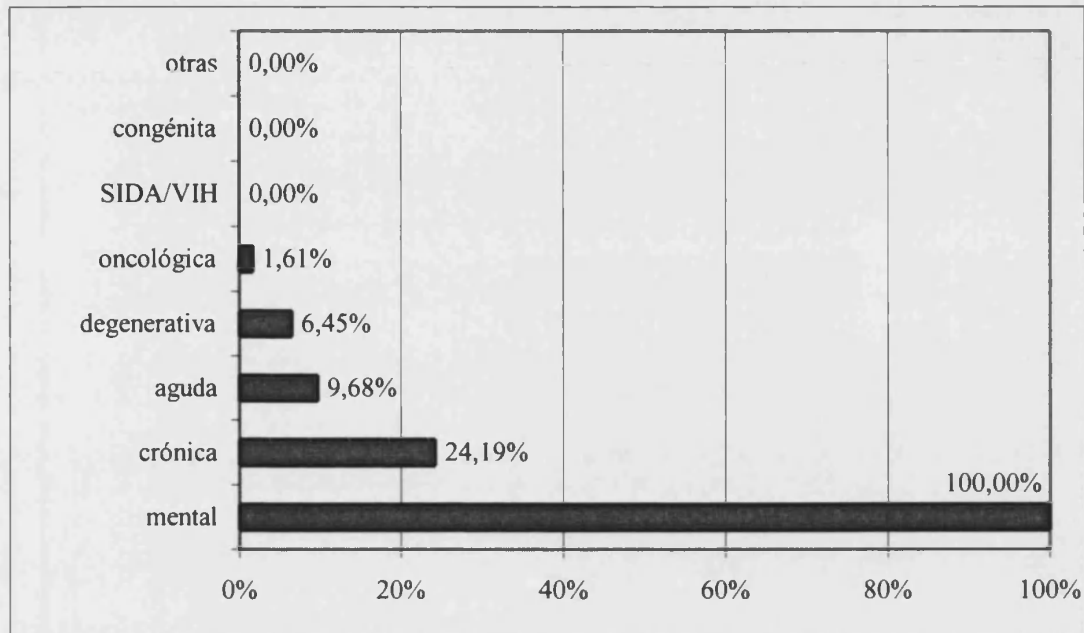
TABLA 75. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN LABORAL Y EL GÉNERO.

Situación laboral	Género		
	Varón	Mujer	Ambos géneros
Ocupado	20,83	28,95	25,81
En paro	8,33	15,79	12,90
Estudiantes	4,17	0,00	1,61
Personas que se ocupan de su hogar	0,00	21,05	12,90
Otros tipos de inactivos	8,33	0,00	3,23
Pensión de jubilación	8,33	7,89	8,06
Incapacidad laboral temporal	33,33	5,26	16,13
Incapacidad laboral permanente	16,67	7,89	11,29
Otro tipo de pensionista	0,00	13,16	8,06
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En relación con el *diagnóstico clínico*, el 100% de los pacientes, como era previsible, tienen un trastorno mental, de ellos casi la cuarta parte también presentan enfermedades crónicas (gráfico 276).

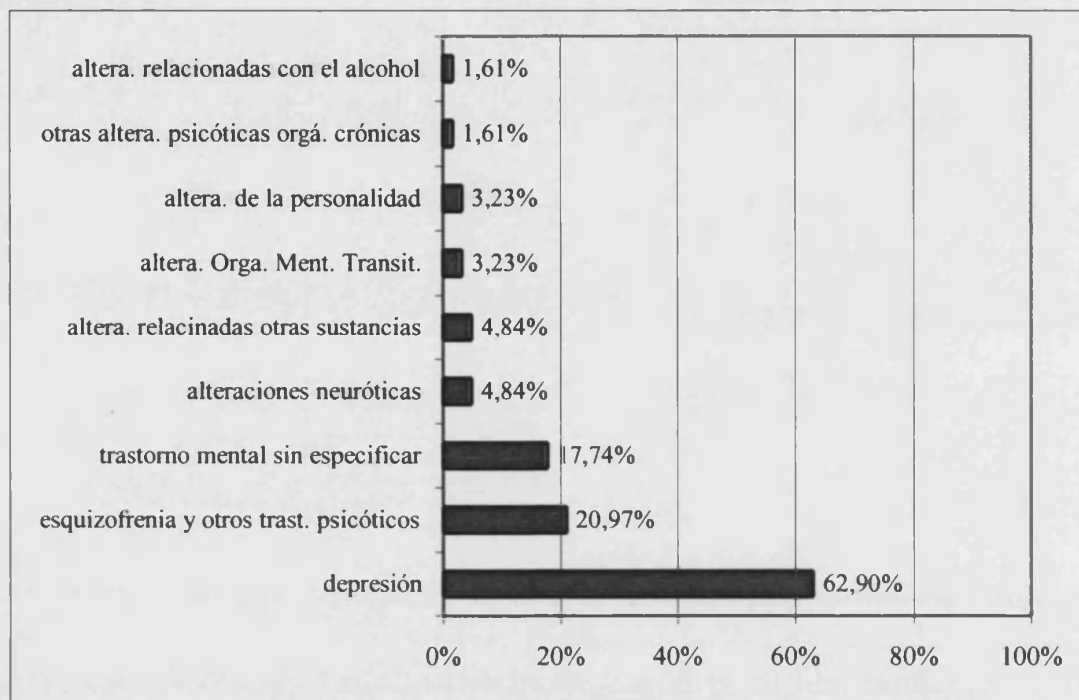
GRÁFICO 276. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN USM POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La depresión es la enfermedad mental más frecuente, con gran diferencia sobre la siguiente que es la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (gráfico 277).

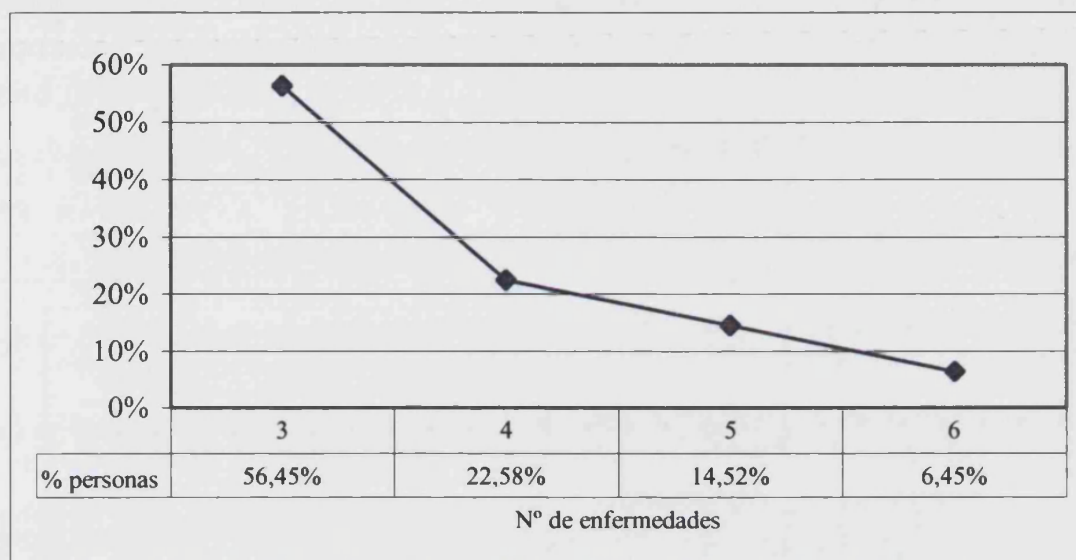
GRÁFICO 277. PORCENTAJE DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL ATENDIDAS EN USM POR TIPO DE ENFERMEDAD QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de los pacientes tienen tres enfermedades (56,5%). No obstante, habría que destacar también los porcentajes de pacientes con cuatro y cinco enfermedades (gráfico 278).

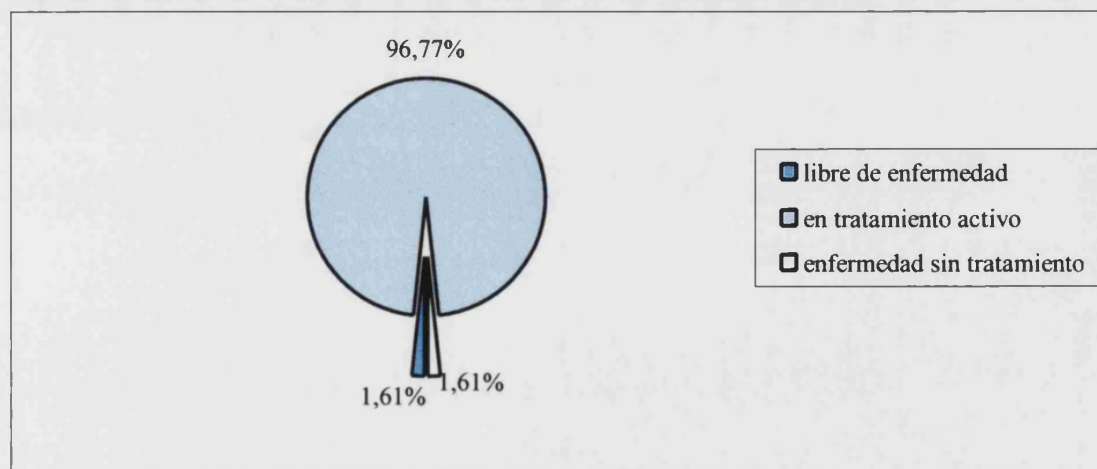
GRÁFICO 278. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ENFERMEDADES QUE PADECEN.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 96% de los pacientes que utilizan este servicio ambulatorio se encuentran en tratamiento activo (gráfico 279). Sin embargo, un pequeño porcentaje está libre de enfermedad y otro idéntico padece alguna enfermedad sin tratamiento (que puede estar siendo tratada desde otro recurso).

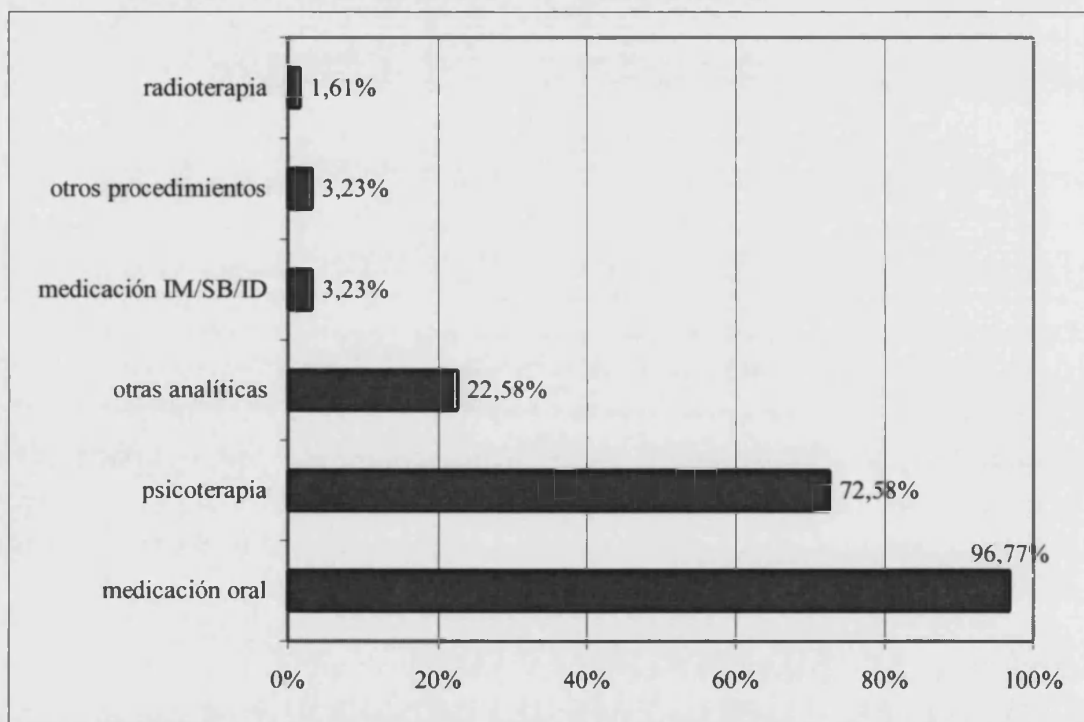
GRÁFICO 279. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DE LA FASE DE SU ENFERMEDAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Respecto al tipo de procedimiento utilizado los resultados son los esperados, predomina la medicación oral (psicofármacos) y la psicoterapia (gráfico 280). Dada la presencia de algunos pacientes oncológicos, entre los procedimientos, aparece la radioterapia, si bien en un porcentaje muy pequeño.

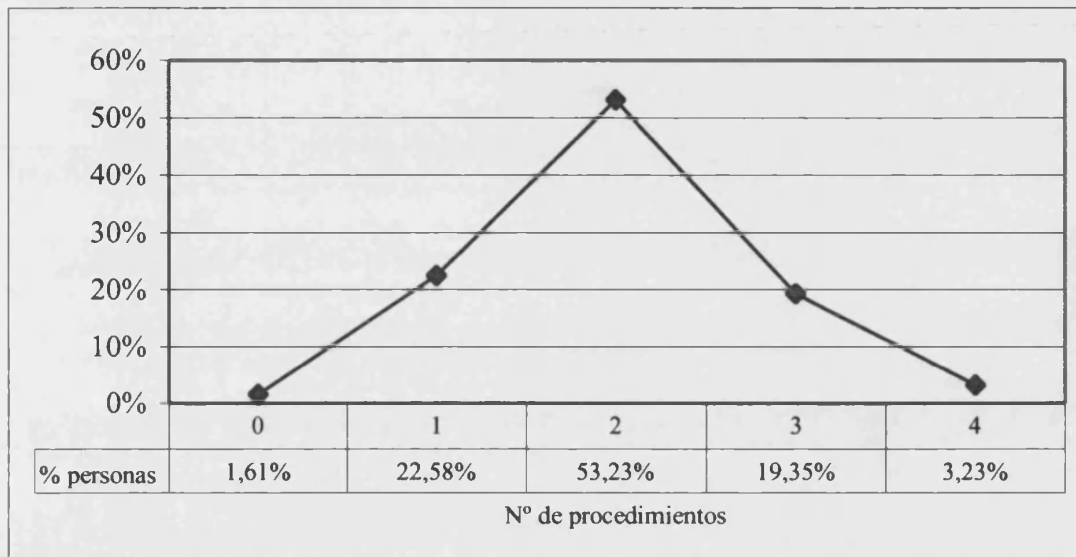
GRÁFICO 280. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN USM POR TIPO PROCEDIMIENTO UTILIZADO.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Más de la mitad de los pacientes en USM utiliza dos procedimientos (psicofármacos por vía oral y psicoterapia) (gráfico 281).

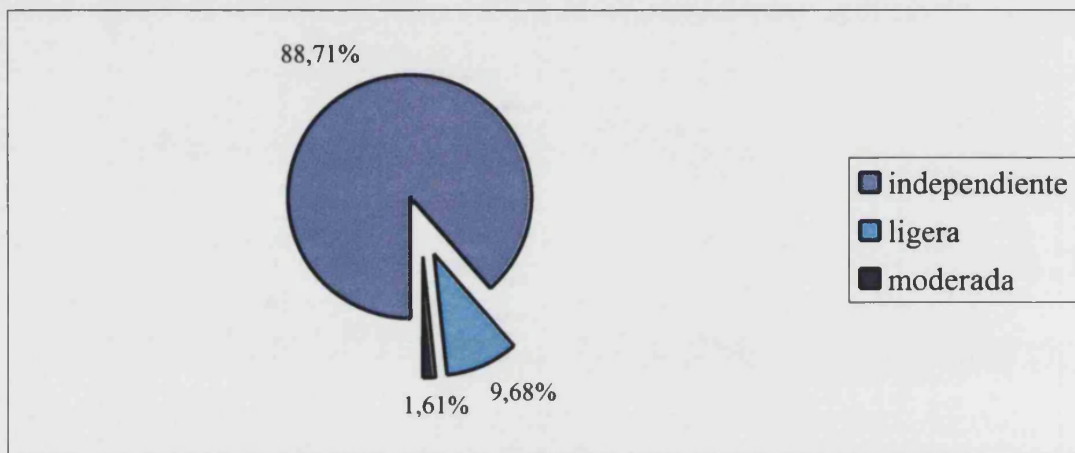
GRÁFICO 281. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La USM es un recurso ambulatorio, por lo que es razonable pensar que los niveles de dependencia vinculados con la *capacidad funcional* no serán elevados. Así, el 88% de los pacientes son independientes para las actividades básicas de la vida diaria (gráfico 282). No obstante, dadas las características del servicio, habría que estudiar la situación de los pacientes con una dependencia moderada para estas actividades.

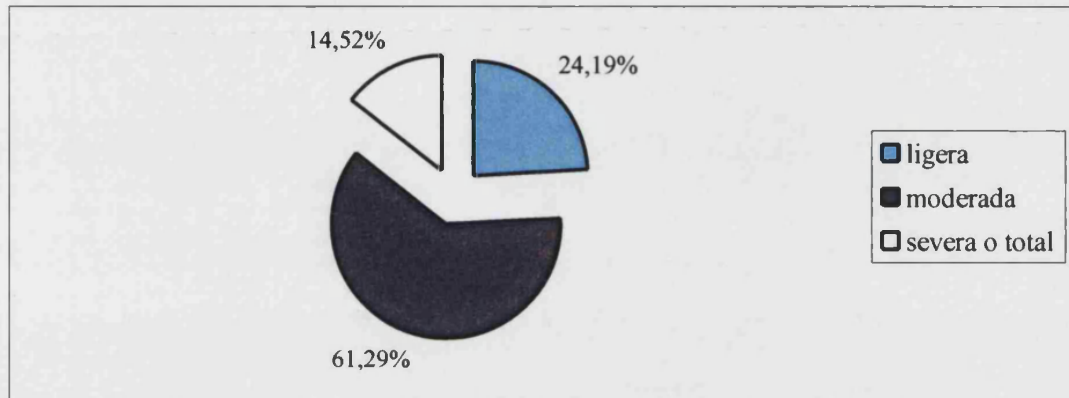
GRÁFICO 282. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA PARA LAS ABVD (Test de Barthel).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Al tratarse de un servicio ambulatorio es preocupante encontrar porcentajes elevados de pacientes con dependencia moderada, severa o total para las AIVD (gráfico 283).

GRÁFICO 283. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA LAS AIVD (Test de Frenchay).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La mayoría de los pacientes con una dependencia moderada, severa o total para las actividades instrumentales son independientes para las actividades básicas (tabla 76).

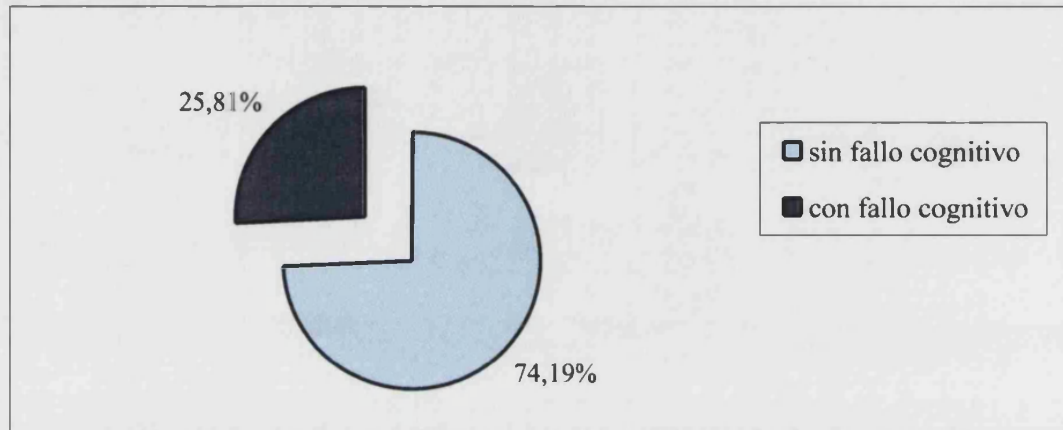
TABLA 76. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DE LA DEPENDENCIA PARA LAS ABVD Y PARA LAS AIVD.

Niveles de Barthel (% sobre el total)	Niveles de Frenchay			Total Barthel
	Ligera	Moderada	Severa/total	
Independiente	22,58	54,84	11,29	88,71
Ligera	1,61	6,45	1,61	9,68
Moderada	0,00	0,00	1,61	1,61
Total Frenchay	24,19	61,29	14,52	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Las tres cuartas partes de las personas atendidas en USM mantienen su capacidad cognitiva (gráfico 284).

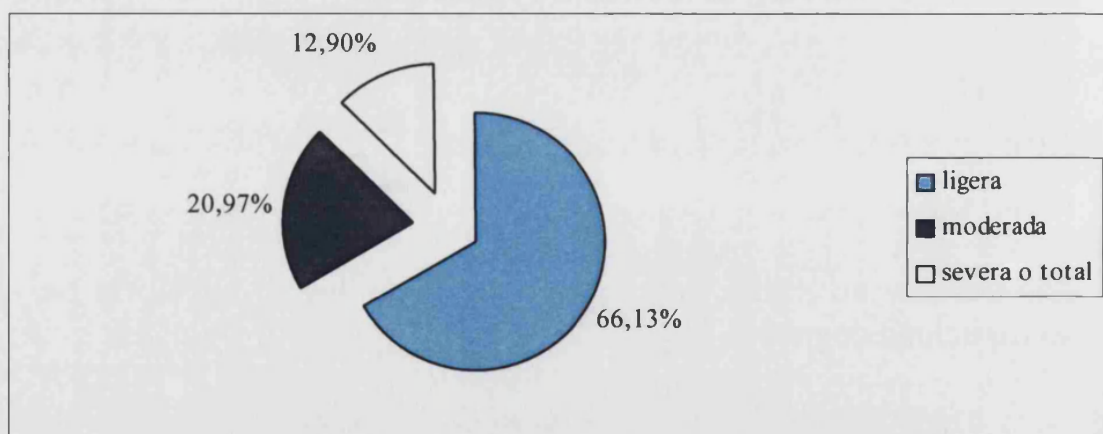
GRÁFICO 284. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DEL GRADO DE CONSERVACIÓN COGNITIVA (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo).



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La dependencia ligera, combinando capacidad funcional y estado cognitivo, es la situación más frecuente en este tipo de pacientes (gráfico 285). Algunos de ellos pueden presentar una dependencia moderada o severa, debido a la gravedad de su enfermedad (esquizofrenia u otros trastornos psicóticos); sería interesante estudiar los casos de dependencia elevada atendidos en este tipo de recurso.

GRÁFICO 285. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DE LA COMBINACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DE LA CONSERVACIÓN COGNITIVA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con relación al *apoyo social*, el 77,6% de los pacientes atendidos por las USM viven acompañados, lo que les hace percibir un cuidador potencial que les atendería todo el tiempo preciso (tabla 77). Más preocupante es la situación de los pacientes que viven solos, éstos pueden presentar problemas socio-clínicos (no tomar la medicación, comportamiento anómalo, agudización o crisis repentina, etc.). Como en el resto de casos ya analizados, la familia directa es la principal fuente percibida de cuidadores potenciales.

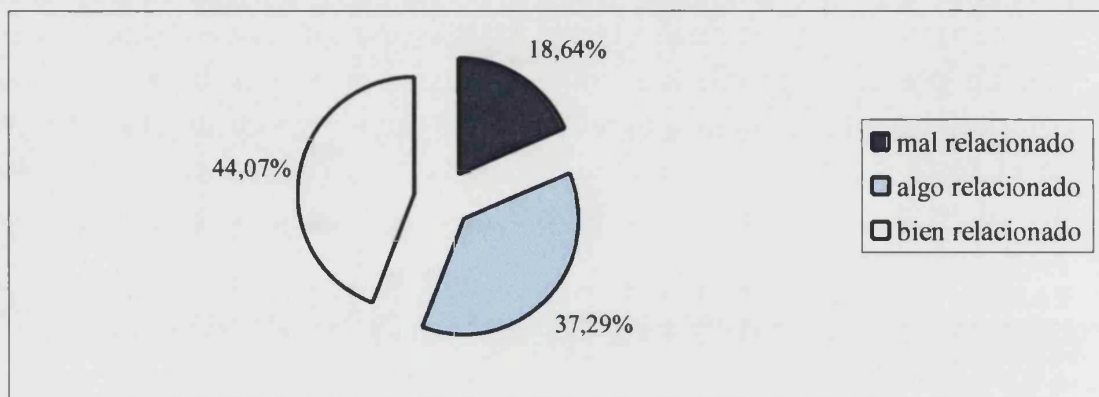
TABLA 77. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR.

Cuidador potencial (% sobre el total)		Convivencia		Total
<i>Duración de los cuidados</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Vive solo/a</i>	<i>Vive acompañado/a</i>	
Todo el tiempo preciso	Familia directa	5,17	58,62	63,79
	Otros	5,17	10,34	15,52
Hasta 6 meses	Familia directa		3,45	3,45
	Otros		1,72	1,72
No tendría cuidador		12,07	3,45	15,52
Total		22,41	77,59	100,00

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La proporción de pacientes mal relacionados socialmente está próxima al 20%, situación que aparece asociada a la presencia de enfermedades mentales (gráfico 286).

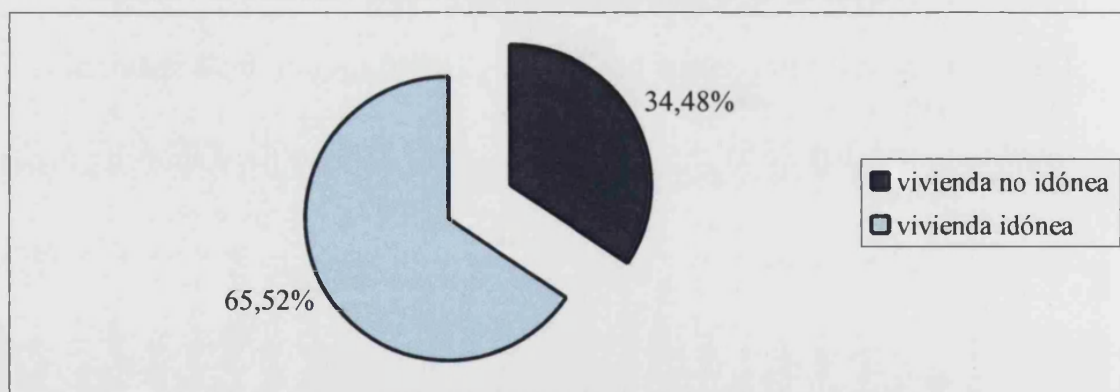
GRÁFICO 286. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SUS RELACIONES SOCIALES.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Observamos que una de cada tres personas dispone de una vivienda que no presenta condiciones idóneas (gráfico 287). Como no se trata de pacientes que precisen atención hospitalaria a domicilio, y su nivel de independencia es elevado, la situación de la vivienda no es tan preocupante como en otros casos estudiados.

GRÁFICO 287. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN USM EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE LA VIVIENDA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En resumen, en las unidades de salud mental la mayoría de los pacientes atendidos son mujeres, de entre 16 y 44 años. La situación laboral es muy heterogénea y varía en función del género. Un 26%

están ocupados, el resto lo compone un destacado porcentaje de personas que se ocupan del hogar (compuesto totalmente por mujeres) y de perceptores de prestaciones por incapacidad laboral temporal o permanente, donde se sitúa principalmente el grueso de la población masculina.

La enfermedad mental más frecuente es la depresión, seguida de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Los procedimientos más utilizados son la medicación oral y la psicoterapia.

La mayoría de los pacientes son independientes para las actividades básicas de la vida diaria, pero presentan una dependencia moderada para las instrumentales.

Los pacientes de las USM, generalmente, vive acompañados y afirman que tendría un cuidador potencial, proveniente de la familia directa, el tiempo que fuese necesario.

4.10. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS.

Dado que la oferta actual de centros y servicios sociales y sanitarios, para atender las necesidades de la población dependiente, se muestra escasa y en algunos casos saturada, y teniendo en cuenta los esfuerzos que están realizando los gestores públicos y privados para mejorar los beneficios dirigidos a estas personas al tiempo que se aumenta la eficiencia de los servicios, es importante considerar la adecuada ubicación o no de esta población en función de sus características y necesidades. Este análisis es particularmente interesante en el caso de las personas que utilizan recursos institucionales (residencias para mayores o discapacitados, HACLE, UHP y UMCE), ya que podría estudiarse su derivación hacia recursos comunitarios (ambulatorios) o domiciliarios que respondiesen de forma más adecuada a sus necesidades. Así pues, este análisis es un paso previo para, a través de otros estudios, examinar las posibilidades de derivación desde recursos caros y desbordados (como los hospitalarios) hacia otros menos onerosos y con grandes posibilidades de desarrollo (como los domiciliarios y comunitarios).

En todo caso, la adecuada ubicación de la población dependiente en los recursos ofertados, bien por el sector público, las entidades sin ánimo de lucro o el mercado, pasa por el conocimiento de la demanda real atendida en cada zona geopolítica –en este caso la provincia de Valencia-. Para ello son necesarios trabajos de campo de carácter empírico, como el que hemos realizado, que permitan obtener in situ datos sobre el perfil de las personas dependientes y sus cuidadores, determinando sus necesidades. La consulta directa a los afectados y el análisis de las circunstancias particulares de los usuarios en cada servicios resulta apropiado cuando se pretende, como es nuestro caso, evidenciar una mala cobertura de las necesidades a través de los mecanismos asistenciales actuales, cuyo reflejo es la mala ubicación de determinadas personas dependientes en recursos institucionales, comunitarios y domiciliarios.

Hemos comenzado el análisis, sobre dicha adecuación, en los recursos institucionales, concretamente las residencias para mayores, las residencias para discapacitados psíquicos, los CEEM, los HACLE, las UMCE y las UHP.

En las *residencias para mayores* podemos encontrar personas independientes o con una dependencia ligera para las ABVD sin fallo cognitivo (que ocupan plazas para válidos) o con fallo cognitivo (clasificadas como semi-asistidas o asistidas), y otras con una dependencia moderada, severa o total para dichas actividades con o sin fallo cognitivo (que ocupan plazas semi-asistidas, asistidas o supra-asistidas). Los usuarios de residencias para mayores deben tener una edad igual o superior a 60 años, no obstante pueden alojarse con ellos –aunque no tengan la edad establecida- su cónyuge o la persona que conviva maritalmente con él, y de forma excepcional también se permite ingresar con un familiar hasta segundo grado de consanguinidad, cuando se demuestre una absoluta dependencia del residente. En el estudio realizado, el 99,3% de los residentes tenía 60 o más años, y sólo un 0,7% era menor de esta edad. Para simplificar los análisis se ha examinado la ubicación adecuada o no de las personas de 60 o más años, dado que las personas menores de esta edad dependen de las anteriores.

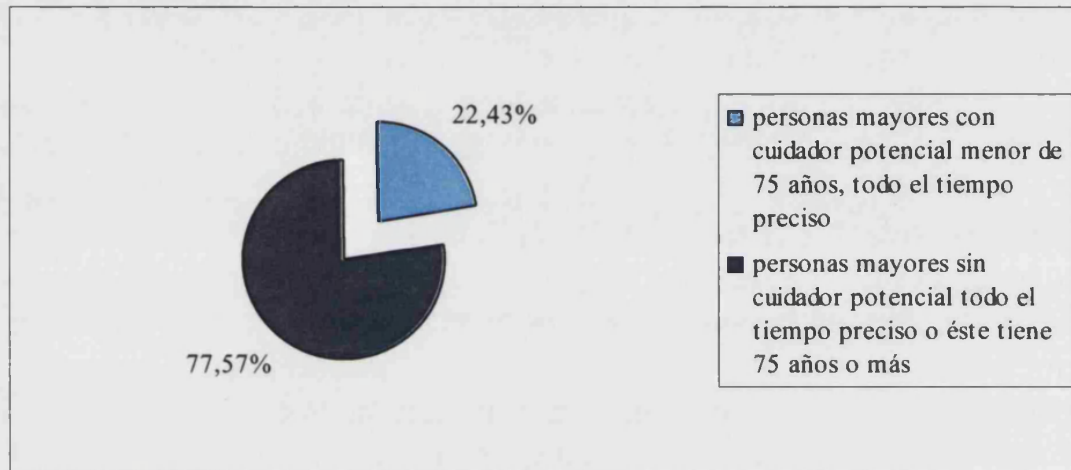
Las residentes deben encontrarse en alguna de las siguientes situaciones:

- No contarían con un cuidador todo el tiempo que necesitasen, o éste tendría 75 o más años, en caso de que su estado de salud empeorase o quedasen gravemente discapacitados.
- Contarían con un cuidador todo el tiempo que precisasen, pero éste no podría hacerse cargo del anciano al darse conjuntamente dos o más de las siguientes condiciones: a) el cuidador tiene 65 o más años; b) la persona mayor presenta una dependencia moderada, severa o total para las ABVD; c) la persona mayor tiene fallo cognitivo.

Entre las personas atendidas en residencias de la provincia de Valencia, el 77,6% son mayores de 60 años que no contarían con alguien que les ayudase todo el tiempo necesario en caso de enfermar

o quedar gravemente discapacitados, o si éste existiese tendría 75 o más años (gráfico 288). Estas personas, según los criterios señalados, están bien ubicadas.

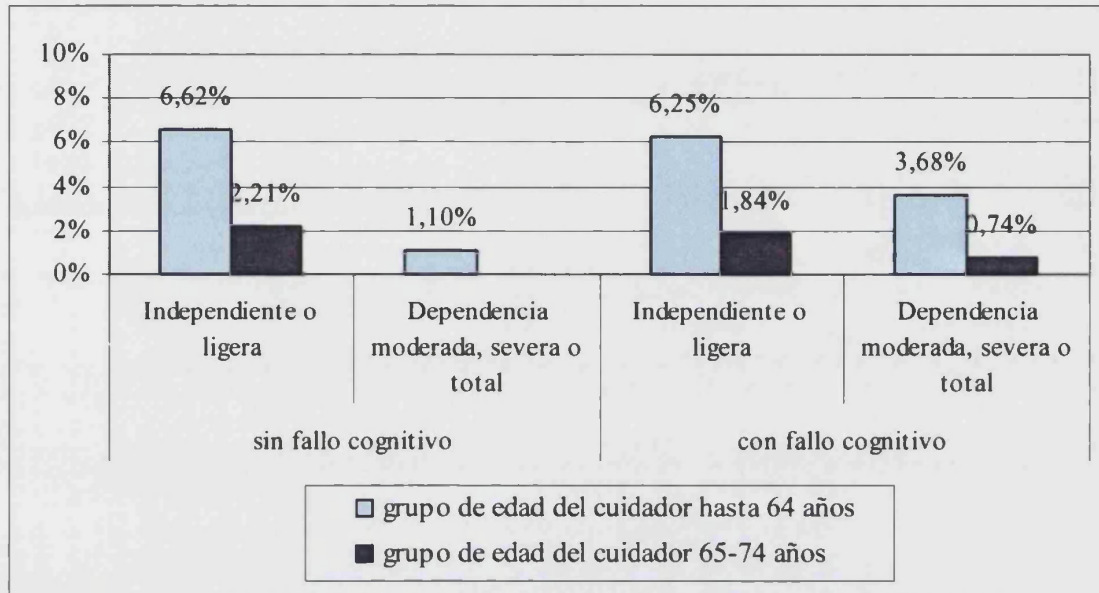
GRÁFICO 288. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DE LA EXISTENCIA NO DE CUIDADOR POTENCIAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Si analizamos el 22,43% de personas que contaría con alguien, menor de 75 años, que les ayudaría todo el tiempo que precisasen (gráfico 289), podemos observar que en el 6,25% de los casos este cuidador no podría asumir esta actividad dado que se daban conjuntamente dos o más de las condiciones señaladas anteriormente (el cuidador tenía entre 65 y 74 años, la persona mayor presentaba fallo cognitivo o mostraba una dependencia moderada, severa o total para las ABVD).

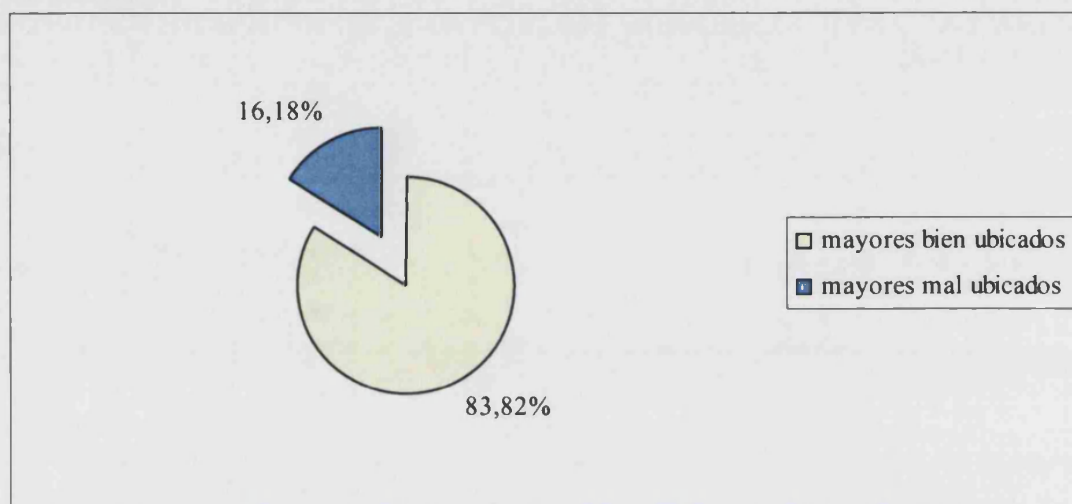
GRÁFICO 289. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS EN RESIDENCIAS CON CUIDADOR POTENCIAL, MENOR DE 75 AÑOS, TODO EL TIEMPO QUE NECESITASEN EN FUNCIÓN DE SU CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LAS ABVD, SU ESTADO COGNITIVO Y EL GRUPO DE EDAD DEL CUIDADOR.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En resumen, el 83,82% de los mayores atendidos en residencias están bien ubicados ya que no contarían con un cuidador todo el tiempo que necesiten o en caso de poder contar con él, éste tendría 75 años o más, o no podría hacerse cargo de esta tarea (gráfico 290). El 16,18% restante posiblemente no están utilizando el recurso más adecuado para atender sus necesidades. Estas personas, tras una valoración integral por un equipo de gestión de casos, podrían utilizar paquetes de servicios domiciliarios y comunitarios que les permitiesen prolongar su estancia en su hogar y, al mismo tiempo, reducir los costes de su atención y mejorar su calidad de vida.

GRÁFICO 290. PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN RESIDENCIAS DE LA PROVINCIA DE VALENCIA BIEN O MAL UBICADAS.



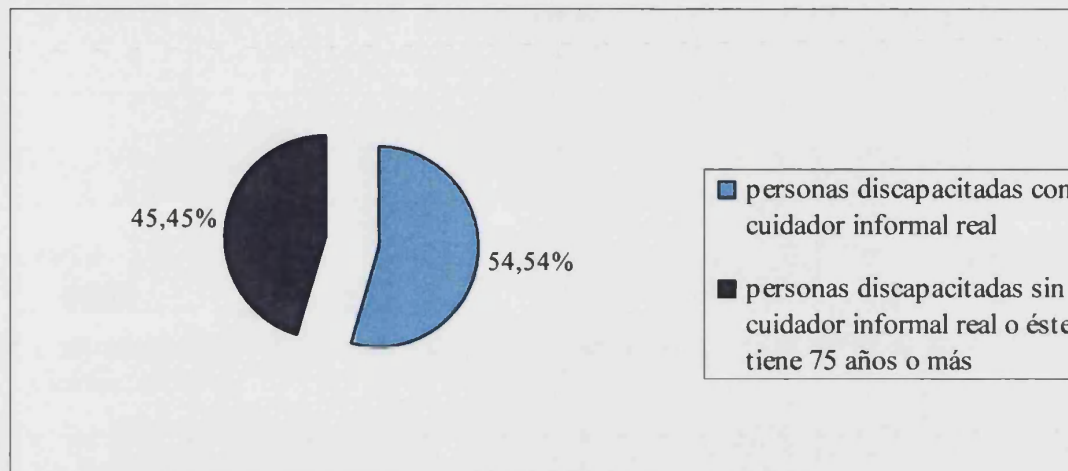
Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En las *residencias para discapacitados psíquicos* los usuarios deben tener algún tipo de trastorno mental y no disponer de cuidador informal real, o si disponen de él, éste tiene 75 o más años, o no podría hacerse cargo de la persona discapacitada por aparecer conjuntamente dos de estas razones:

- La persona discapacitada presenta una dependencia moderada, severa o total para las AIVD.
- La persona discapacitada muestra fallo cognitivo.
- El cuidador tiene 65 o más años.

En el estudio el 45,45% de los discapacitados psíquicos en residencias no tenían cuidador informal real, o este tenía 75 o más años, por lo que están bien ubicados (gráfico 291).

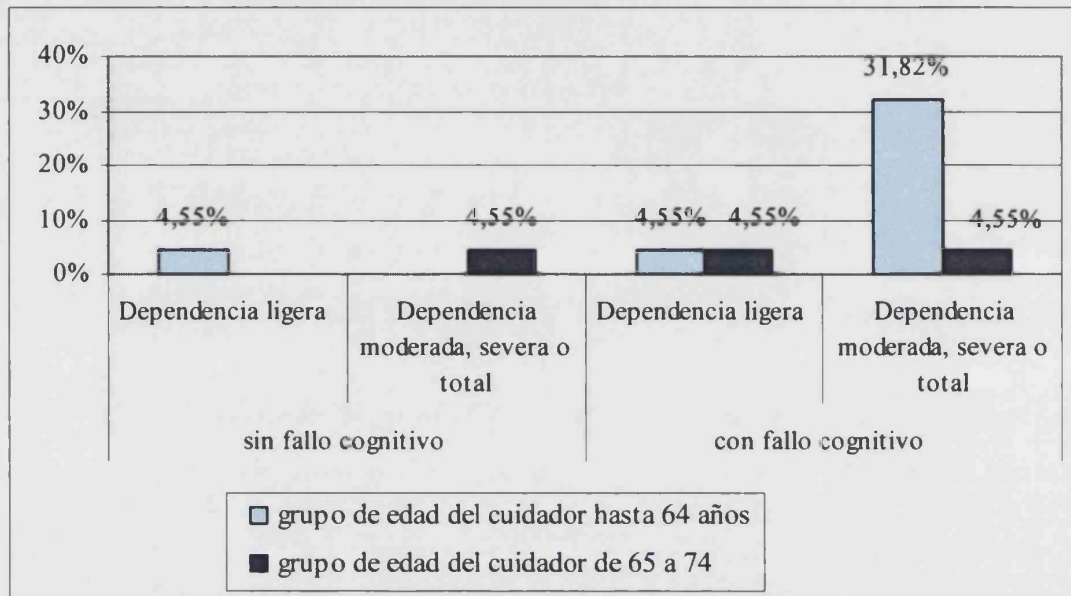
GRÁFICO 291. DISTRIBUCIÓN DE LOS DISCAPACITADOS PSÍQUICOS ATENDIDOS EN RESIDENCIAS EN FUNCIÓN DE LA EXISTENCIA NO DE CUIDADOR INFORMAL REAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Entre el 54,55% restante que si lo tenía (gráfico 292): a) en un 4,55% de los casos los cuidadores no se podían hacer cargo de la personas discapacitada ya que- aunque ésta no presentaba fallo cognitivo- mostraba una dependencia moderada, severa o total para las AIVD y el cuidador tenía entre 65 y 74 años; b) un 36,37% de las personas discapacitadas tenían fallo cognitivo y una dependencia moderada, severa o total para las AIVD, por lo que también están bien ubicadas en la residencia; c) un 4,55% de los casos correspondían a discapacitados con fallo cognitivo con cuidadores de entre 65 y 74 años, por lo que el cuidador no podía asumir la tarea de atender al discapacitado.

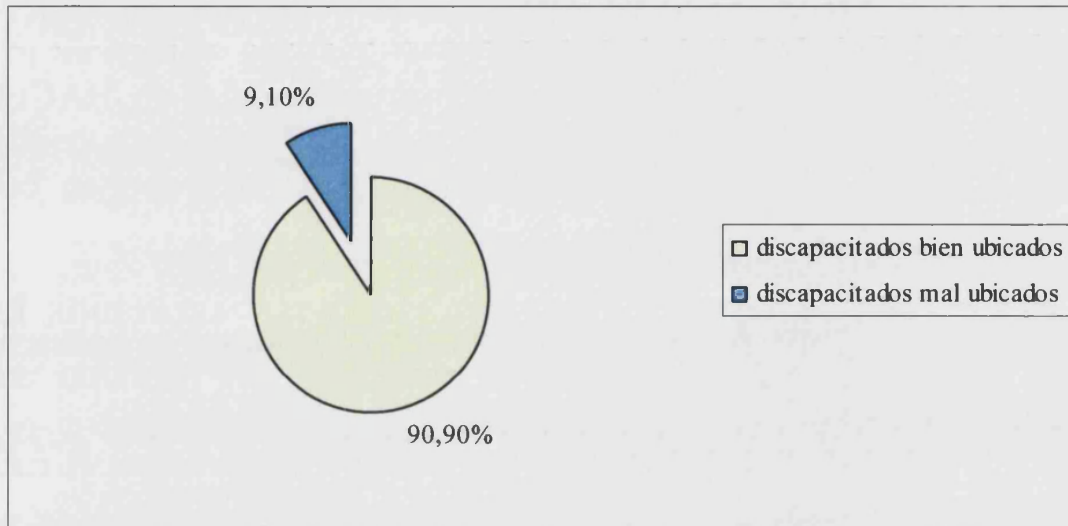
GRÁFICO 292. DISTRIBUCIÓN DE LOS DISCAPACITADOS PSÍQUICOS EN RESIDENCIAS CON CUIDADOR INFORMAL REAL, EN FUNCIÓN DE SU CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LAS AIVD, SU ESTADO COGNITIVO Y EL GRUPO DE EDAD DEL CUIDADOR.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En resumen, el 90,9% de los discapacitados psíquicos en residencias están bien ubicados y solo un 9,1% del total de discapacitados pueden estar mal ubicados (gráfico 293), ya que además de contar con cuidador informal real menor de 65 años tienen una dependencia ligera para las AIVD, aunque pueden presentar o no fallo cognitivo.

GRÁFICO 293. PORCENTAJE DE DISCAPACITADOS PSÍQUICOS ATENDIDOS EN RESIDENCIAS DE LA PROVINCIA DE VALENCIA BIEN O MAL UBICADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 100% las personas con trastornos mentales atendidos en *centros específicos para enfermos mentales crónicos (CEEM)* carecían de cuidador real, vivían solos y presentaban una dependencia moderada, severa o total para las AIVD, por lo que están bien ubicados.

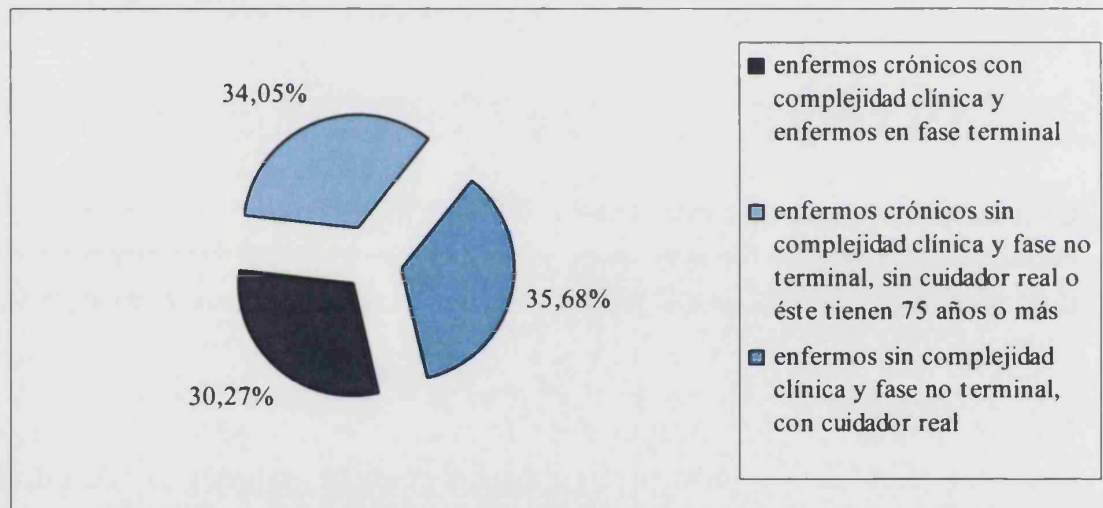
Los pacientes de los *hospitales de atención a crónicos y larga estancia (HACLE)* – con perfil PALET- son personas que requieren atención hospitalaria especializada de rehabilitación, convalecencia tras procesos agudos o crónicos con complicación clínica, cuidados paliativos o atención psicogerítrica en demencias. En este estudio hemos considerado bien ubicados a los:

- a) Enfermos crónicos con complejidad clínica;
- b) Pacientes en fase terminal, que requiere cuidados paliativos;
- b) Enfermos crónicos, sin complejidad clínica ni en fase terminal, que han sido derivados a este recurso ya que carecen de cuidador real o éste tiene 75 o más años;
- c) Enfermos sin complejidad clínica ni en fase terminal, que tienen cuidador real pero éste no podría hacerse cargo de ellos al darse al menos dos de las siguientes situaciones:

- El enfermo muestra una dependencia moderada, severa o total para las ABVD.
- El enfermo presenta fallo cognitivo.
- El cuidador tiene 65 o más años.

Al aplicar estas condiciones a las personas atendidas en HACLE obtenemos que el 35,68% de los pacientes no tienen complejidad clínica ni se encuentran en fase terminal y además cuentan con cuidador real (gráfico 294).

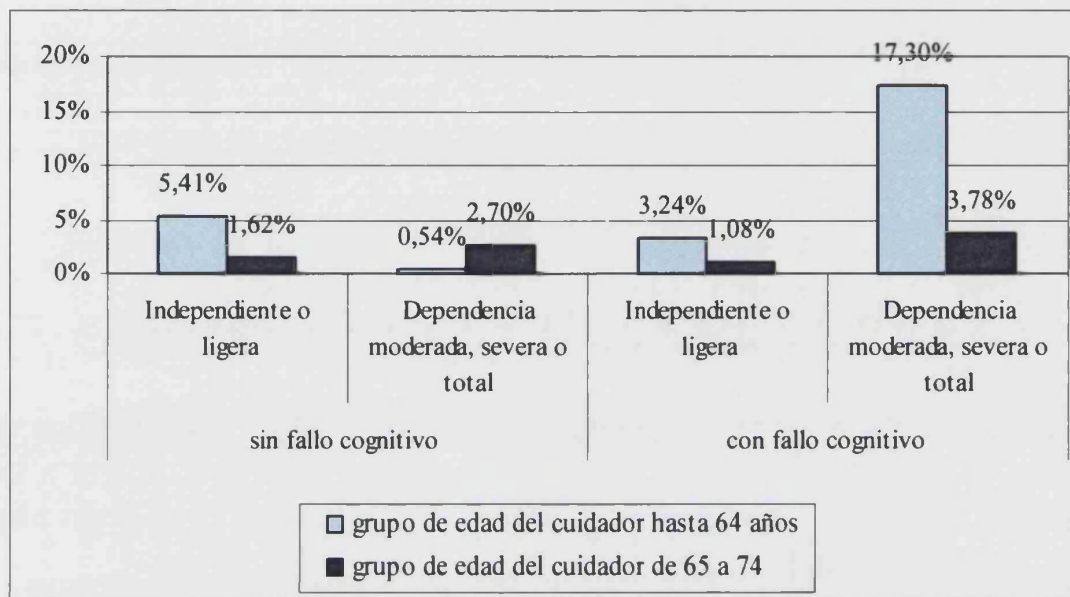
GRÁFICO 294. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN HACLE EN FUNCIÓN DE SI PRESENTAN O NO COMPLEJIDAD CLÍNICA, SE ENCUENTRAN O NO EN FASE TERMINAL, Y TIENE O NO CUIDADOR REAL.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Si nos centramos en este porcentaje, y observamos su distribución en función de los criterios propuestos (gráfico 295), el 24,86% cumple al menos dos de las condiciones establecidas (pacientes con dependencia moderada, severa o total para las ABVD, con fallo cognitivo y/o con cuidadores de entre 65 y 74 años).

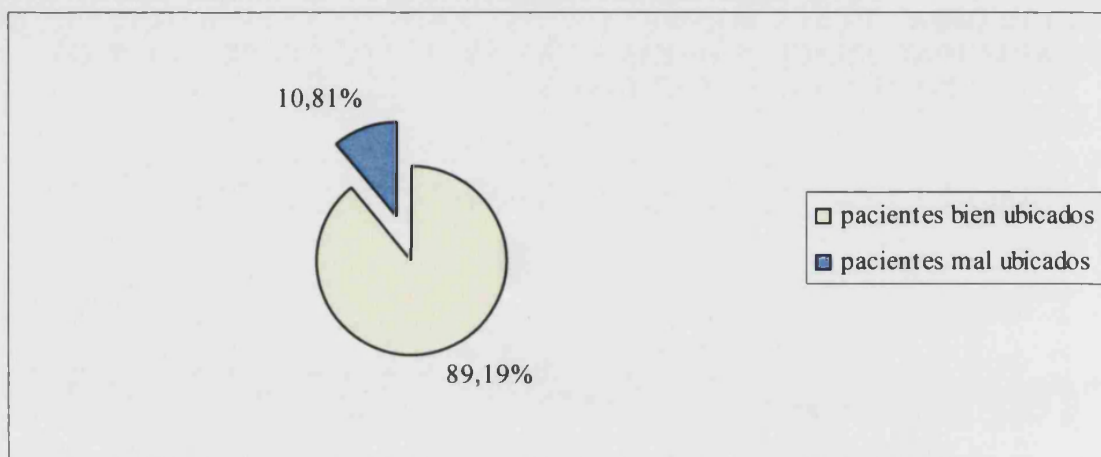
GRÁFICO 295. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN HACLE, SIN COMPLEJIDAD CLÍNICA Y EN FASE NO TERMINAL, CON CUIDADOR REAL MENOR DE 75 AÑOS, EN FUNCIÓN DE SU CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LAS ABVD, SU ESTADO COGNITIVO Y EL GRUPO DE EDAD DEL CUIDADOR.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En resumen, como muestra el gráfico 296, el 10,81% de los pacientes de los HACLE podrían ser derivados hacia recursos sanitarios o sociales de carácter ambulatorio o domiciliario, ya que no presentan complejidad clínica, no se encuentran en fase terminal y cuentan con un cuidador informal real que podría hacerse cargo de ellos.

GRÁFICO 296. PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS EN HACLE DE LA PROVINCIA DE VALENCIA BIEN O MAL UBICADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

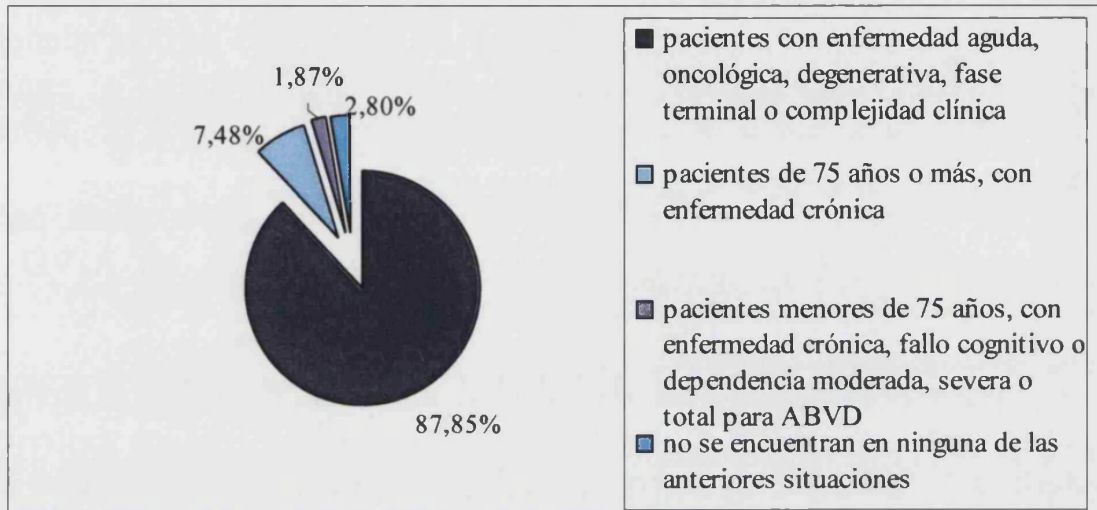
Las *unidades médicas de corta estancia (UMCE)* están situadas en hospitales de agudos y permiten identificar, valorar y estabilizar a los pacientes con perfil sociosanitario. Hemos considerado que están bien ubicados en UMCE los:

- a) Pacientes con enfermedad aguda.
- b) Enfermos oncológicos.
- c) Pacientes con enfermedad degenerativa.
- d) Pacientes en fase terminal.
- e) Pacientes con complejidad clínica, independientemente del tipo de enfermedad.
- f) Pacientes de 75 o más años sin complejidad clínica, en fase no terminal, ni enfermedad aguda, oncológica o degenerativa que han ingresado en el centro hospitalario por descompensación de alguna enfermedad crónica.
- g) Pacientes menores de 75 años sin complejidad clínica, en fase no terminal, ni enfermedad aguda, oncológica o degenerativa, que han ingresado en el centro hospitalario por descompensación de alguna enfermedad crónica, que presenta fallo cognitivo o una dependencia moderada, severa o total para las ABVD.

En el estudio hemos comprobado que el 2,8% de los pacientes de las UMCE son enfermos crónicos que no se encuentran en ninguna de las

situaciones señaladas (gráfico 297), por lo que podría estar utilizando otro tipo de recurso.

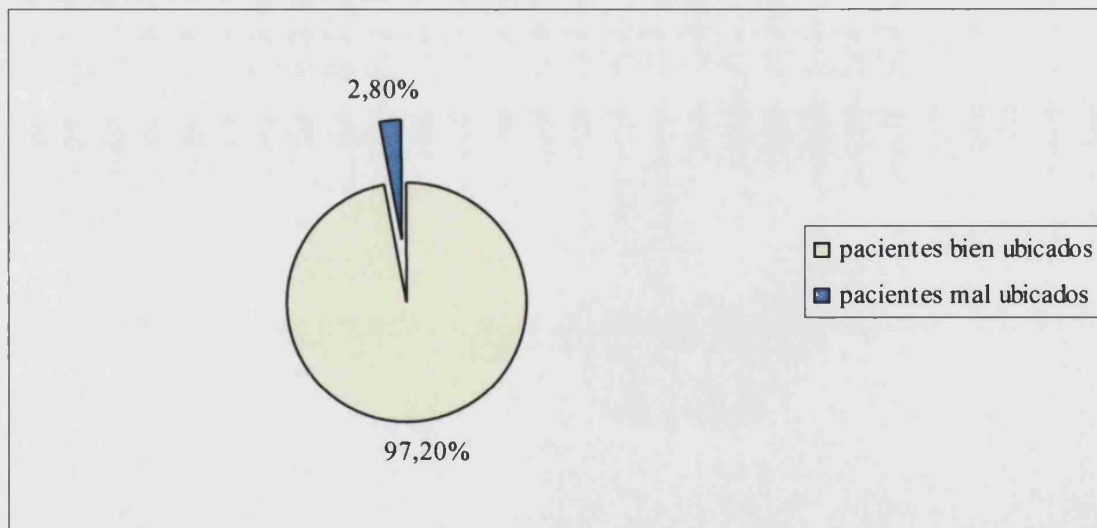
GRÁFICO 297. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UMCE.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En resumen, hemos observado que el 97,2% de los pacientes de UMCE están bien ubicados (gráfico 298).

GRÁFICO 298. PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS EN UMCE DE LA PROVINCIA DE VALENCIA BIEN O MAL UBICADOS.



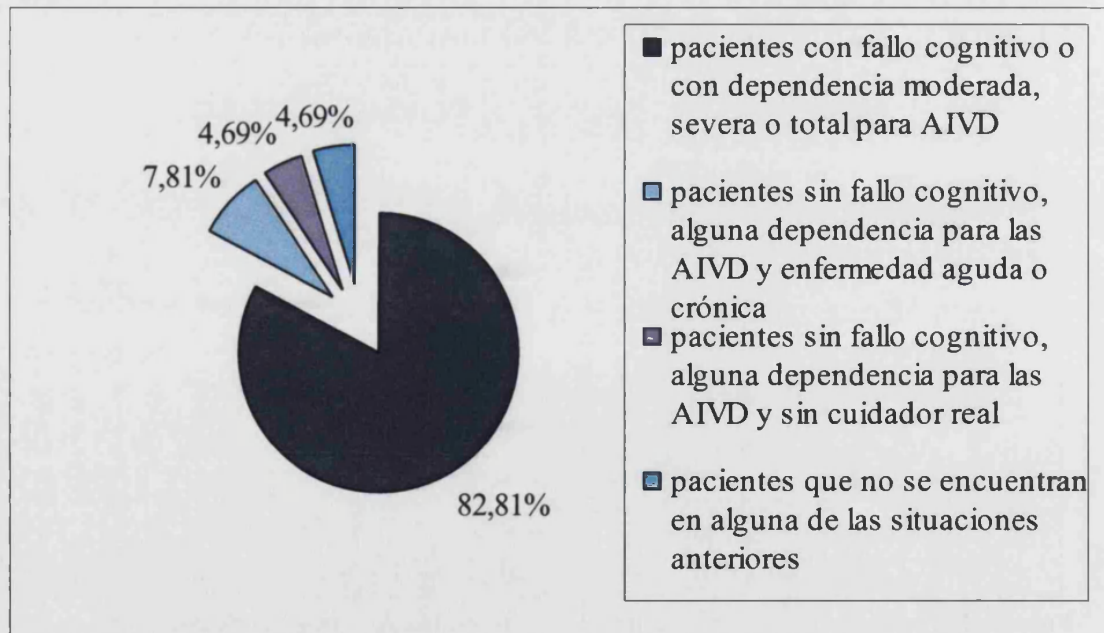
Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Los pacientes de las *unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP)* son enfermos mentales que se encuentran en alguna de las siguientes situaciones:

- a) Presentan fallo cognitivo o una dependencia moderada, severa o total para las AIVD
- b) No tienen fallo cognitivo, pero si cierto grado de dependencia para las AIVD y alguna enfermedad crónica o aguda (posiblemente estén siendo tratados en el hospital de dichas patologías).
- c) No tienen fallo cognitivo, ni enfermedad crónica o aguda, pero manifiestan algún grado de dependencia para las AIVD y carecen de cuidador informal real.

Al estudiar los pacientes de UHP de la provincia de Valencia hemos observado que sólo un 4,69% no cumple alguno de los criterios señalados, es decir, son personas con algún trastorno mental que no tienen fallo cognitivo, son independientes o muestran una dependencia ligera para las AIVD, no presentan enfermedad crónica o aguda, y cuentan con cuidador real (gráfico 299).

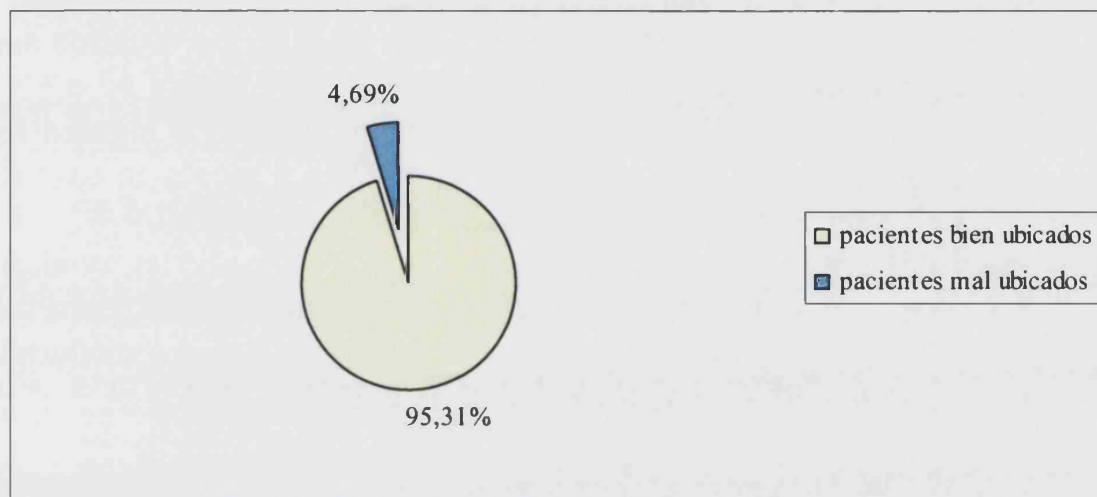
GRÁFICO 299. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UHP.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En resumen, el 95,31% de los pacientes de las UHP de la provincia de Valencia están bien ubicados (gráfico 300).

GRÁFICO 300. PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS EN UHP DE LA PROVINCIA DE VALENCIA BIEN O MAL UBICADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La tabla 78 siguiente recoge el porcentaje de pacientes bien o mal ubicados en cada uno de los recursos institucionales considerados.

TABLA 78. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS INSTITUCIONALES DE LA PROVINCIA DE VALENCIA BIEN O MAL UBICADAS.

Tipo de recurso	Porcentaje de pacientes	
	<i>bien ubicados</i>	<i>mal ubicados</i>
Residencia mayores	83,82	16,18
Residencia discapacitados	90,90	9,10
CEEM	100,00	0,00
HACLE	89,19	10,81
UMCE	97,20	2,80
UHP	95,31	4,69

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En el estudio que se presenta también se han analizado cuatro recursos domiciliarios: el servicio de ayuda a domicilio (SAD), la teleasistencia, las ayudas para el cuidado de ancianos desde el ámbito

familiar y las unidades de hospitalización a domicilio (UHD). Para cada uno de ellos se establece el perfil teórico que deben tener las personas que los están utilizando y, posteriormente, se comprueba que porcentaje de usuarios reales cumple dicho perfil.

En el caso del *servicio ayuda a domicilio (SAD)*, los usuarios son personas sin complejidad clínica, que:

- a) Cuentan con cuidador real, viven acompañados o alguien les ayudaría todo el tiempo necesario o hasta 6 meses en caso de enfermar o quedar gravemente discapacitados.
- b) No cuentan con cuidador real, viven solos y nadie les ayudaría todo el tiempo que fuesen precisas o hasta 6 meses, pero son independientes o muestran una dependencia ligera o moderada para las ABVD y no presentan fallo cognitivo.

El 89,41% de las personas atendidas a través del SAD no presentan complejidad clínica, tienen cuidador real, viven acompañados o tendrían ayudada de alguien en caso de necesitarla todo el tiempo preciso o por lo menos 6 meses, o no se encuentran en ninguna de las anteriores situaciones pero son independientes o dependientes ligeros para las ABVD y no presentan fallo cognitivo (gráfico 301).

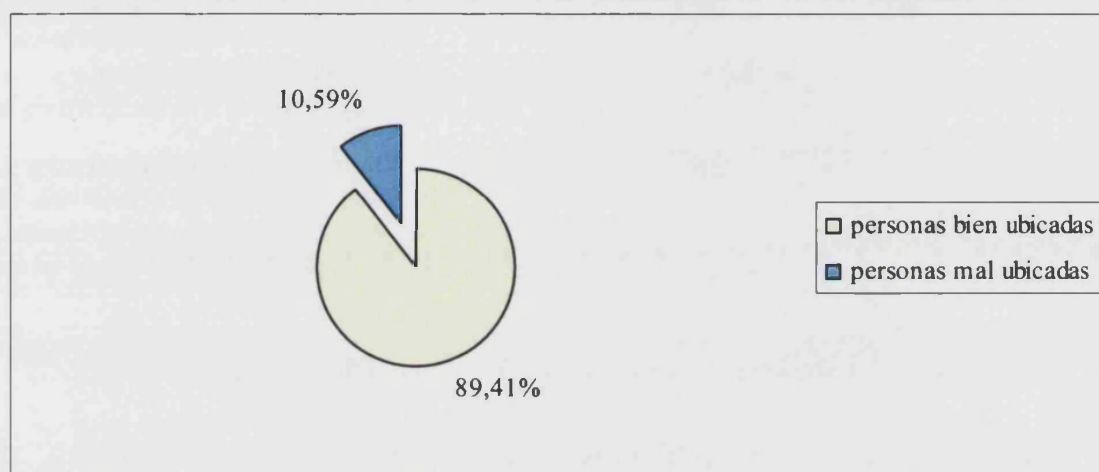
GRÁFICO 301. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS A TRAVÉS DEL SAD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En resumen, el 10,59% de las personas atendidas a través del SAD en la provincia de Valencia no utilizan el recurso adecuado, ya que no tienen cuidador, viven solos, nadie les ayudaría todo el tiempo necesario o hasta 6 meses, y presentan fallo cognitivo (gráfico 302).

GRÁFICO 302. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS A TRAVÉS DEL SAD EN LA PROVINCIA DE VALENCIA BIEN O MAL UBICADAS.

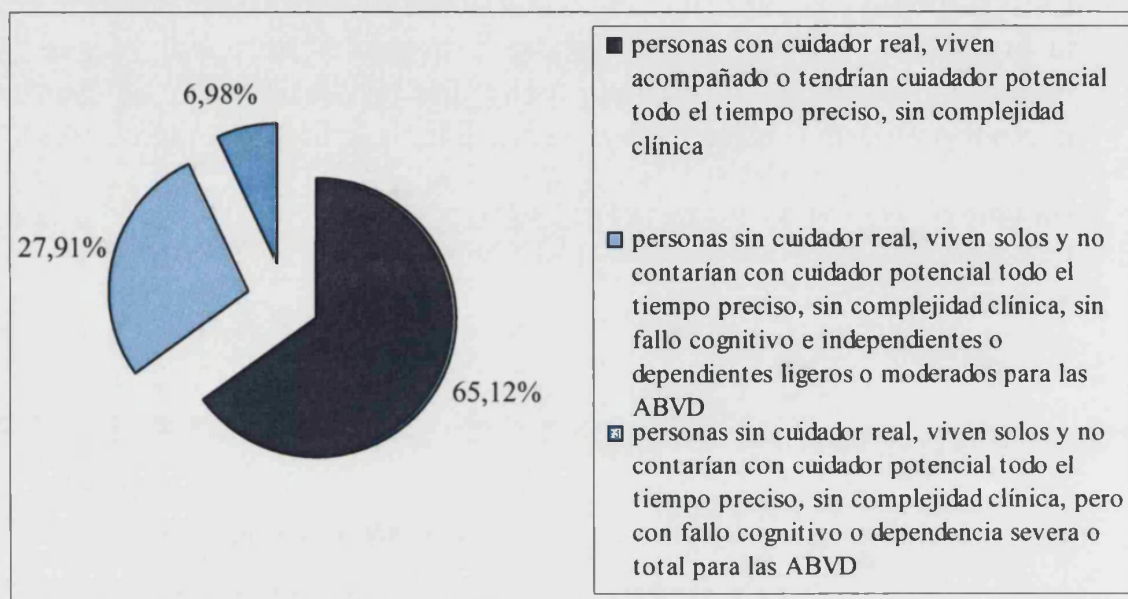


Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Las personas que utilizan servicios de *teleasistencia* no deben presentar complejidad clínica y deberían situarse en alguno de los siguientes perfiles:

- a) Tienen cuidador real, viven acompañadas o contarían con alguien que les ayudaría todo el tiempo necesario en caso de enfermar o quedar gravemente discapacitadas. En este caso, la teleasistencia aporta mayor seguridad tanto al usuario como a su cuidador, ante salidas o ausencias nocturnas o temporales de este último.
- b) No tienen cuidador real, viven solas y no contarían con un cuidador potencial todo el tiempo necesario, pero no presentan fallo cognitivo y son independientes o dependientes ligeros para las ABVD.

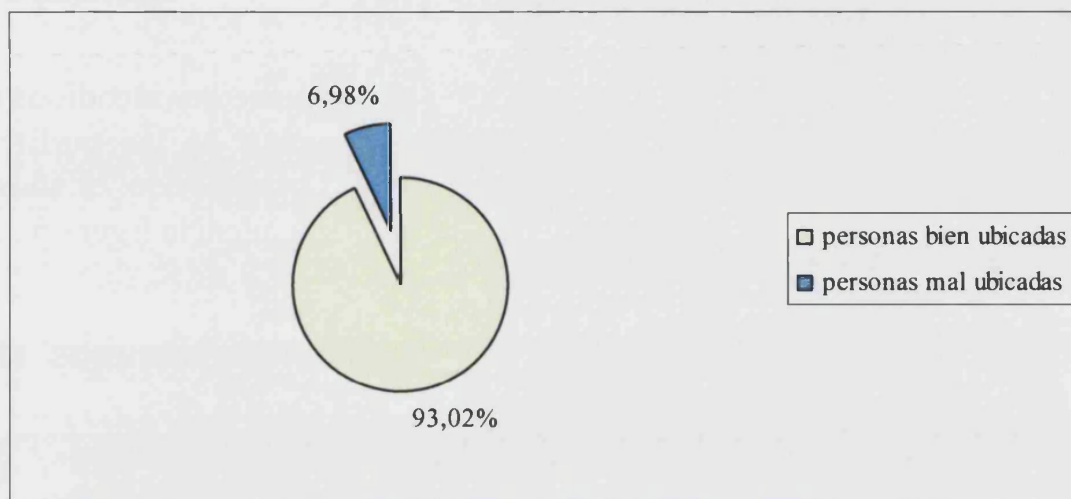
En el estudio hemos comprobado que ningún usuario de teleasistencia presenta complejidad clínica, y que el 93,02% se encuentra en alguna de las dos situaciones anteriores (gráfico 303).

GRÁFICO 303. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS A TRAVÉS DE TELEASISTENCIA.

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Con los criterios establecidos un 6,98% de los usuarios de teleasistencia no estarían utilizando el recurso adecuado para satisfacer sus necesidades ya que, aunque no presentan complejidad clínica, tienen fallo cognitivo o una dependencia severa o total para las ABVD y no cuentan con cuidador real, viven solos y no contarían con cuidador potencial todo el tiempo preciso (gráfico 304).

GRÁFICO 304. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS A TRAVÉS DE TELEASISTENCIA EN LA PROVINCIA DE VALENCIA BIEN O MAL UBICADAS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Las *ayudas para el cuidado de ancianos desde el ámbito familiar* son prestaciones económicas autonómicas, propias de la Comunidad Valenciana, dirigidas a las personas que atienden a un anciano de 75 años o más, con el que tienen algún vínculo de parentesco. El anciano puede o no convivir con su cuidador. En el estudio hemos comprobado que el 100% de los ancianos entrevistados en relación con estas ayudas, tienen 75 años o más y cuentan como cuidador real con un miembro femenino de su familia (hija, esposa, nuera, sobrina o hermana), por lo tanto están bien ubicados.

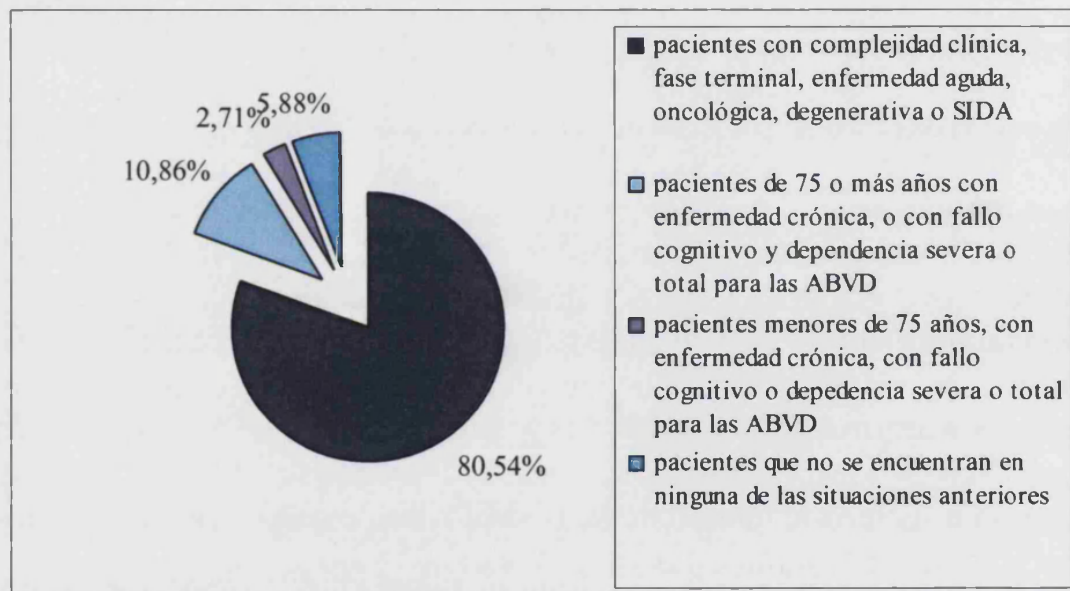
Los pacientes de las *unidades de hospitalización a domicilio (UHD)* son personas que cuentan con cuidador real, viven acompañados o pueden contar con un cuidador todo el tiempo que requieran, y se encuentran en alguna de las siguientes situaciones:

- a) Presentan complejidad clínica, o se encuentran en fase terminal, o tienen alguna enfermedad aguda, oncológica, degenerativa o SIDA.
- b) Tienen 75 o más años, no están en ninguna de las situaciones recogidas en el apartado "a", pero presentan una descompensación de alguna enfermedad crónica o fallo cognitivo y una dependencia severa o total para las ABVD.

c) Tienen menos de 75 años, no se encuentran en ninguna de las situaciones recogidas en el apartado "a", pero presentan una descompensación de alguna enfermedad crónica, y fallo cognitivo o una dependencia severa o total para las ABVD.

El gráfico 305 muestra que sólo un 5,88% de los pacientes atendidos a través de las UHD no estarían situados en alguno de los perfiles señalados, estas personas son enfermos crónicos menores de 75 años, sin fallo cognitivo e independientes o con una dependencia ligera para las ABVD.

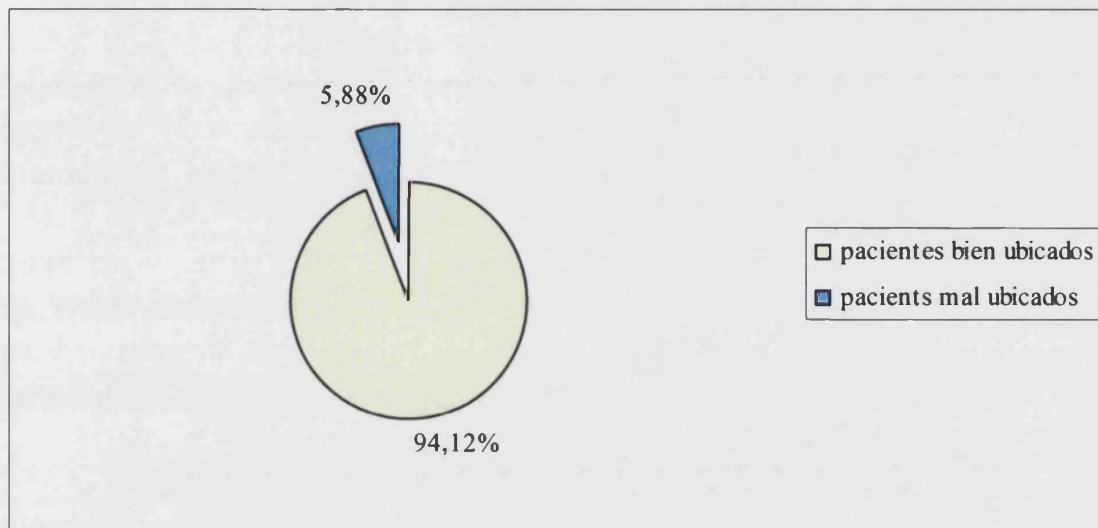
GRÁFICO 305. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UHD.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Así pues, el 94,12% de los pacientes atendidos a través de las UHD están bien ubicados (gráfico 306) y sólo un 5,88%, tras una valoración integral de un equipo de gestión de casos, posiblemente podría pasar a utilizar otros recursos.

GRÁFICO 306. PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS EN UHD DE LA PROVINCIA DE VALENCIA BIEN O MAL UBICADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La tabla 79 recoge el porcentaje de pacientes bien o mal ubicados en cada uno de los recursos domiciliarios analizados.

TABLA 79. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS DOMICILIARIOS DE LA PROVINCIA DE VALENCIA BIEN O MAL UBICADAS.

Tipo de recurso	Porcentaje de pacientes	
	<i>bien ubicados</i>	<i>mal ubicados</i>
SAD	89,41	10,59
Teleasistencia	93,02	6,98
Ayuda cuidado de ancianos	100,00	0,00
UHD	94,12	5,88

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

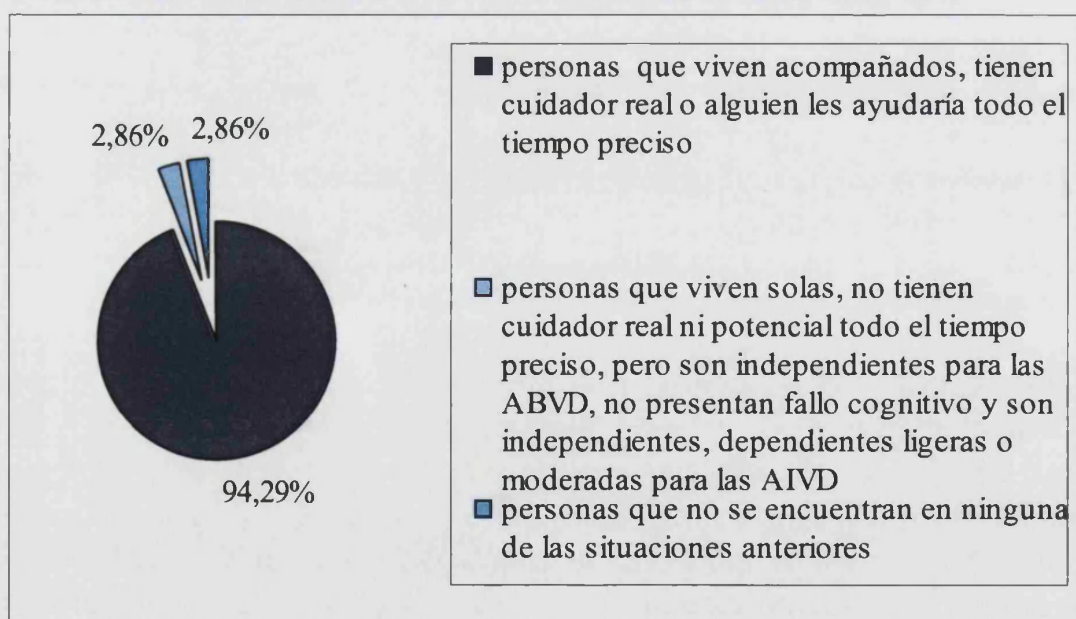
Nos quedan por revisar los recursos de atención comunitaria, concretamente los centros de día para mayores, los CRIS, las UCA y las USM. Las plazas de *centro de día para mayores en residencia* están dirigidas a personas con 60 o más años, si bien podemos encontrar personas menores de esta edad que son titulares de una pensión. En nuestro estudio el 94,3% de las personas que utilizaban este recurso tenían 60 o más años, el 5,7% restante eran pensionistas –

prejubilación o incapacidad laboral- con una edad comprendida entre los 55 y los 60. Para estar utilizando este recurso de forma adecuada, los usuarios deben tener alguno de los siguientes perfiles:

- a) Personas sin complejidad clínica, que viven acompañados, tienen cuidador real o alguien les ayudaría todo el tiempo necesario en caso de enfermar o quedar gravemente discapacitados.
- b) Personas sin complejidad clínica, que viven solas y no tienen cuidador real ni potencial todo el tiempo preciso, pero son independientes para las ABVD, no tienen fallo cognitivo y son independientes o presentan una dependencia ligera o moderada para las AIVD.

El 2,86% de las personas atendidas en centro de día no presentan alguno de los perfiles señalados; este porcentaje está integrado por personas sin complejidad clínica, que viven solas y no tienen cuidador real ni potencial, con fallo cognitivo, pero independientes o dependientes ligeros para las ABVD e independientes o dependientes ligeros o moderados para las AIVD (gráfico 307).

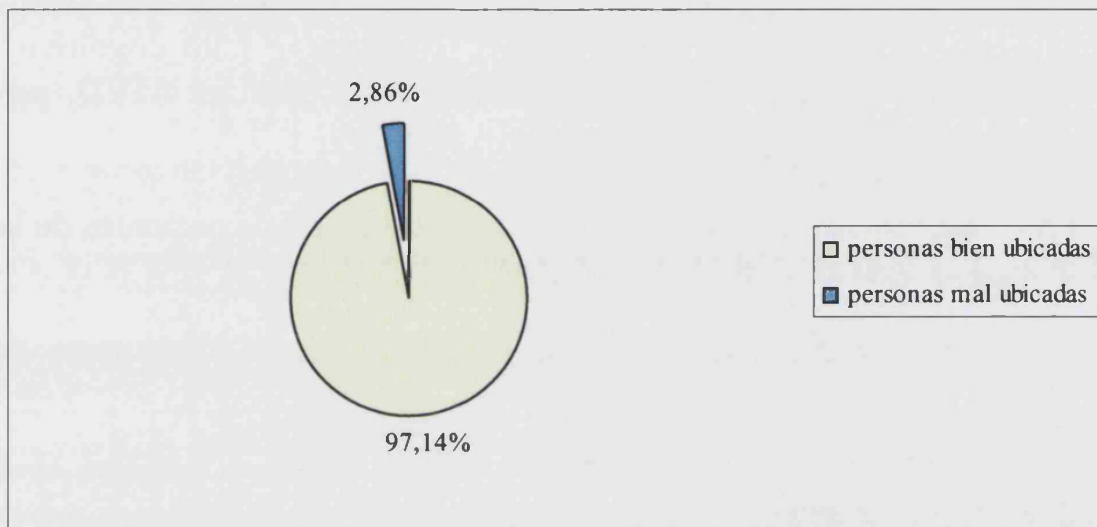
GRÁFICO 307. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA PARA MAYORES EN RESIDENCIA.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En resumen, el 97,14% de las personas atendidas en centro de día están bien ubicadas, el 2,86% restante no lo estarían si sólo utilizarasen este recurso (gráfico 308).

GRÁFICO 308. PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS EN PLAZAS DE CENTRO DE DÍA PARA MAYORES EN RESIDENCIA DE LA PROVINCIA DE VALENCIA BIEN O MAL UBICADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Las personas que utilizan los *centros de rehabilitación e integración social para enfermos mentales crónicos (CRIS)* presentan algún trastorno mental, tienen entre 18 y 65 años, viven acompañados, cuentan con cuidador real -o contarían con cuidador potencial todo el tiempo que fuese necesario- y tienen alguna dependencia para las AIVD, pero son independientes o dependientes ligera para las ABVD. En el estudio el 100% de los usuarios del CRIS cumplen estos criterios, y por lo tanto están bien ubicados.

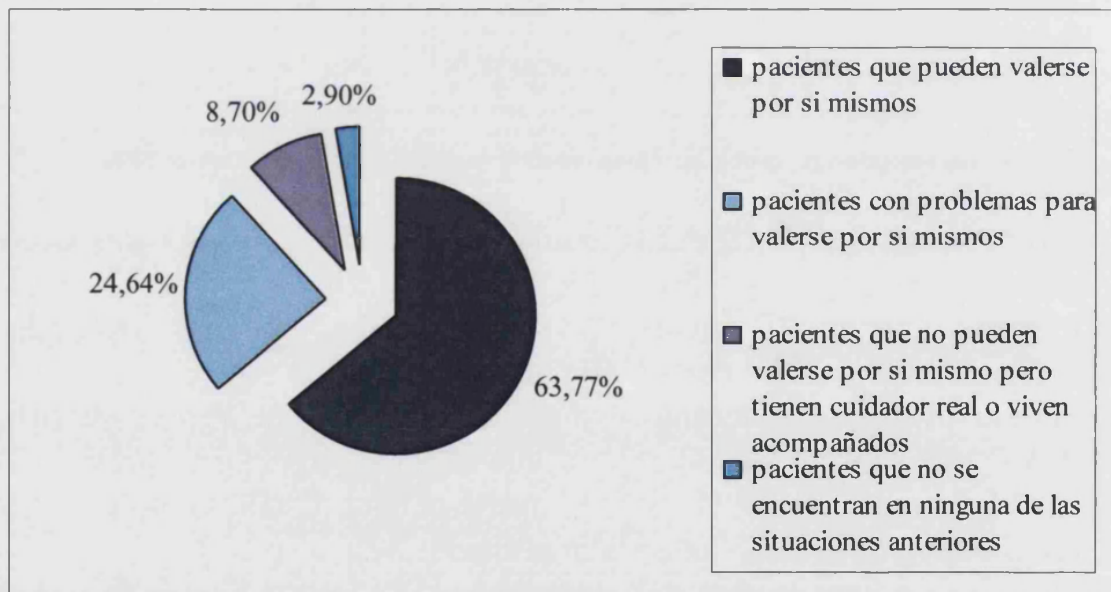
Las *unidades de conductas adictivas (UCA)*, como recurso primario de asistencia sanitaria de carácter ambulatorio dirigido a drogodependientes y personas con conductas adictivas, atienden a:

- a) Pacientes que pueden valerse por si mismos, es decir, sin fallo cognitivo, independientes para las ABVD e independientes o con una dependencia ligera o moderada para las AIVD.

- b) Pacientes que tienen problemas para valerse por si mismos, ya que aunque no presentan fallo cognitivo: 1) son independientes o con una dependencia ligera para las ABVD, pero muestran una dependencia severa o total para las AIVD; o 2) manifiestan una dependencia moderada tanto para las ABVD como para las AIVD. Estas personas pueden o no contar con cuidador real, vivir solos o acompañados.
- c) Pacientes que no pueden valerse por si mismos, ya que aunque sean independientes para las ABVD presentan fallo cognitivo y una dependencia moderada, severa o total para las AIVD, pero tienen cuidador real o viven acompañados.

En el gráfico 309 se puede observar la distribución de pacientes de las UCA en función de los criterios propuestos.

GRÁFICO 309. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UCA.

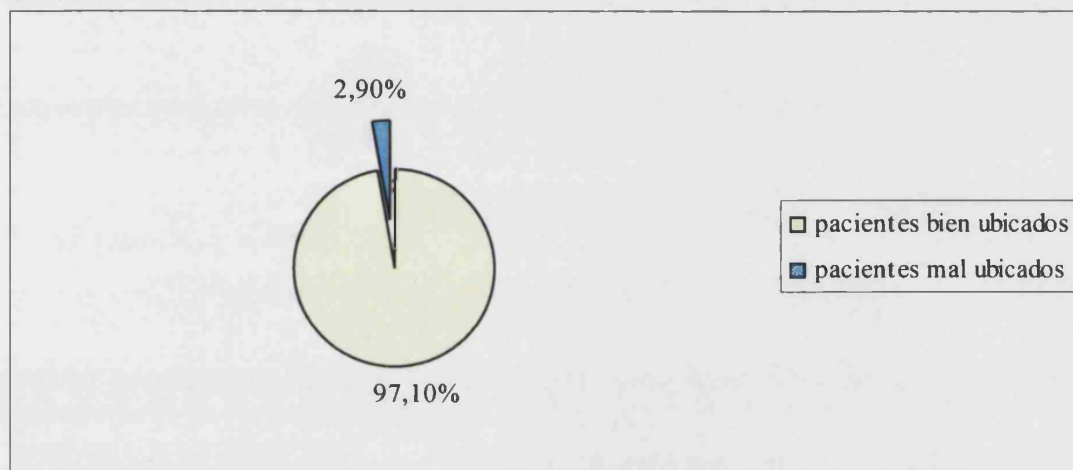


Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 2,9% de las personas que no cumplen ninguno de los criterios indicados está integrado por enfermos sin cuidador real o que viven solos y que no pueden valerse por si mismos, ya que tienen fallo cognitivo y un grado de dependencia moderado o superior para las AIVD, aunque sean independientes para las ABVD. En estos casos,

este recurso no es el más adecuado para atender sus necesidades, por lo que estarían mal ubicados (gráfico 310).

GRÁFICO 310. PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS EN UCA DE LA PROVINCIA DE VALENCIA BIEN O MAL UBICADOS.



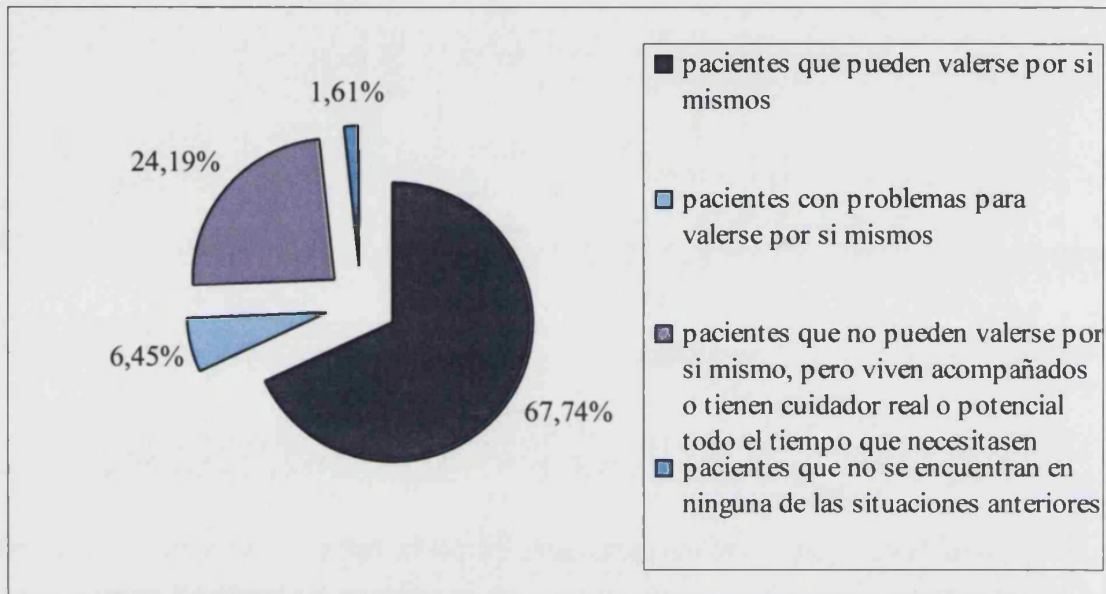
Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

Las *unidades de salud mental (USM)* como recurso sanitario ambulatorio dirigido a personas con trastornos mentales atienden a pacientes que:

- a) Pueden valerse por si mismos, es decir, sin fallo cognitivo, independientes o con una dependencia ligera para las ABVD, e independientes o con una dependencia ligera o moderada para las AIVD.
- b) Tienen problemas para valerse por si mismos, ya que aunque no presentan fallo cognitivo y son independientes o tienen una dependencia ligera para las ABVD, presentan una dependencia severa o total para las AIVD. Estas personas pueden o no contar con cuidador real, vivir solos o acompañados.
- c) No pueden valerse por si mismos, ya que presentan fallo cognitivo, con independencia de su capacidad funcional para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, pero tienen cuidador real, viven acompañados o tendrían cuidador potencial todo el tiempo que necesitasen.

El gráfico 311 muestra la distribución de la población atendida en USM de la provincia de Valencia en función de los criterios establecidos.

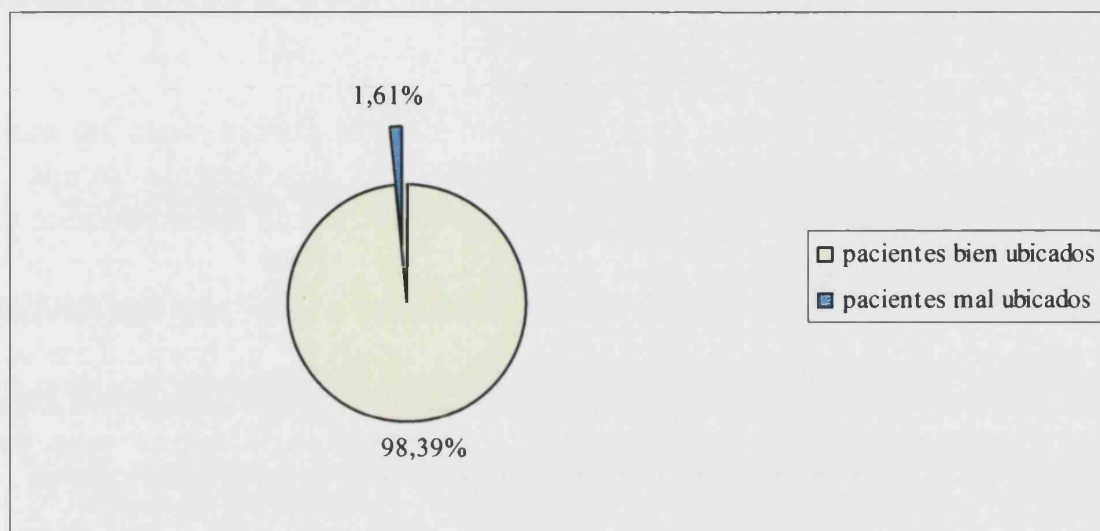
GRÁFICO 311. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN USM.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

El 1,61% de las personas atendidas en las USM presentan un trastorno mental, y aunque son independientes o dependientes ligeros para las AVBD, tienen fallo cognitivo y una dependencia moderada, severa o total para las AIVD, y carecen de cuidador real, viven solos y no tendrían cuidador potencial. Este recurso no puede atender adecuadamente las necesidades de estos pacientes, por lo que estarían mal ubicados (gráfico 312).

GRÁFICO 312. PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS EN USM DE LA PROVINCIA DE VALENCIA BIEN O MAL UBICADOS.



Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

La tabla 80 recoge el porcentaje de personas bien o mal ubicados en cada uno de los recursos de atención comunitaria analizados.

TABLA 80. PORCENTAJE DE PERSONAS ATENDIDAS EN RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS COMUNITARIOS DE LA PROVINCIA DE VALENCIA BIEN O MAL UBICADAS.

Tipo de recurso	Porcentaje de pacientes	
	<i>bien ubicados</i>	<i>mal ubicados</i>
Centro de día para mayores	97,14	2,86
CRIS	100,00	0,00
UCA	97,10	2,90
USM	98,39	1,61

Fuente: Elaboración propia. Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias, 2001.

En resumen, tras un estudio detallado del perfil teórico de los usuarios de cada uno de los recursos sociales y sanitarios, hemos detectado porcentajes elevados de personas que utilizan recursos institucionales como las residencias para mayores y para discapacitados (16,18% y 9,10%), que dadas sus características, no deberían estar utilizando este

tipo de centros, y que por lo tanto éstos no dan una respuesta adecuada a sus necesidades. Al igual que ocurre con un 10,8% de los pacientes atendidos en los HACLE, un 2,8% de las UMCE y un 4,69% de las UHP.

En el caso de recursos domiciliarios, resulta preocupante la mala ubicación del 10,59% de los usuarios del servicio de ayuda a domicilio o del 6,98% de las personas que utilizan la teleasistencia, ya que no tienen cuidador real ni potencial, viven solos y presentan fallo cognitivo o una dependencia moderada, severa o total para las ABVD; así como del 5,88% de los pacientes de las unidades de hospitalización a domicilio, que son enfermos crónicos menores de 75 años, sin fallo cognitivo e independientes o con una dependencia ligera para las ABVD.

Por último, cabe destacar el escaso porcentaje de pacientes mal ubicados en los recursos comunitarios, tanto sociales como sanitarios. En todos ellos el porcentaje de personas mal ubicadas no supera el 3%.

5. CONCLUSIONES.

Este estudio se centra en el ámbito de la dependencia y su relación con la atención sociosanitaria (capítulo 2.1.), entendida como el conjunto de actuaciones integradas capaz de ofrecer cuidados sociales y sanitarios al mismo tiempo, con responsabilidad pública pero con participación de la sociedad y el mercado, dirigidas a personas dependientes. Se ha justificado la necesidad de impulsar la atención sociosanitaria, partiendo de tres factores fundamentales: el envejecimiento de la población, el aumento de la dependencia y la crisis del apoyo informal (capítulo 2.2.). Con estas bases, se revisan las propuestas realizadas en este tema desde diferentes países europeos (capítulo 2.3.), así como las iniciativas en España de la Administración central (capítulo 2.4.) y de algunas Comunidades Autónomas (capítulo 2.5.), en particular la Comunidad Valenciana (capítulo 2.6.). En la parte de metodología (capítulo 3.) se detalla el método de muestreo utilizado y el instrumento diseñado –CNSS- para abordar los objetivos de la tesis. Posteriormente, se describen los resultados de la encuesta realizada (capítulo 4), ofreciendo datos generales para toda la población estudiada -siguiendo las secciones del CNSS- y sobre la demanda atendida en cada recurso, así como un análisis de la adecuación de éstos a las necesidades de sus usuarios.

Los resultados, que acabamos de presentar en el capítulo anterior, nos permiten señalar que se ha alcanzado tanto el primer objetivo de esta tesis -describir e interpretar la situación de la demanda sociosanitaria atendida en la provincia de Valencia- como el segundo -determinar si existe una adecuación total entre oferta y demanda atendida-. Estos objetivos fueron operativizados a través de dos hipótesis básicas de trabajo. En la primera de ellas, se plantea que *existe un elevado número de personas dependientes en la provincia de Valencia que están registradas y tienen necesidades de atención sociosanitaria, y que estas necesidades presentan características diferenciales que demandan recursos específicos*. Para demostrarla se ha diseñado e implementado un estudio de campo, con metodología de muestreo,

que nos ha permitido obtener los datos necesarios para describirlas. Ésta es, posiblemente, la *primera y principal aportación de esta tesis* en el ámbito de la atención sociosanitaria, una descripción detallada de las características –vinculadas a situaciones de necesidad - de los usuarios de los centros y servicios asistenciales disponibles en la provincia de Valencia, en cuanto a su edad, género, nivel de estudios, estado civil, número de miembros de su unidad familiar, ingresos mensuales, situación ocupacional, estado de salud, vivienda y entorno próximo, capacidad funcional, conservación cognitiva, estado emocional y apoyo sociofamiliar.

Todos los aspectos estudiados constituyen las fuentes básicas de demanda asistencial de las personas que requieren atención sociosanitaria, el conocimiento de su distribución entre la población atendida es un dato necesario para planificar las futuras políticas en esta materia, tanto en lo que respecta a la cantidad de servicios que deben ser previstos como en la adecuación de los mismos a la población que los demanda y utiliza. En esta línea, el análisis de la adecuación de los recursos a las necesidades de sus usuarios ha sido objeto de la segunda hipótesis básica de esta tesis.

Así pues, respecto a la segunda hipótesis, a saber que *existe un porcentaje de inadecuación entre oferta y demanda en la atención de la dependencia, no cumpliéndose al cien por cien el principio asistencial relativo a proporcionar atención desde el “mejor lugar terapéutico”*, tras definir un perfil teórico de usuario para cada tipo de recurso y aplicar los datos del estudio empírico, hemos comprobado que determinadas personas están mal ubicadas, recibiendo cuidados en recursos que no dan una respuesta adecuada a sus necesidades. Ésta es la *segunda gran aportación* de este estudio para la futura organización de la atención sociosanitaria. Ya que puesto que es posible definir el perfil asistencial de cada servicio y establecer cuál o cuáles de ellos deben atender cada caso, se puede concluir que los beneficios –entre los que se encuentra un incremento de la calidad de vida- que las personas dependientes obtienen de los sistemas asistenciales en los Estados de Bienestar, como el nuestro, pueden aumentar si se optimizan parámetros como la adecuación de

los centros y servicios a las necesidades concretas de cada persona dependiente.

En este estudio también se plantearon diversos objetivos específicos, éstos nos servirán ahora para ir presentando las principales conclusiones a las que hemos llegado tras todo el proceso de investigación. Con relación al primer objetivo específico, *cuantificar la demanda sociosanitaria atendida en la provincia de Valencia* – utilizada como universo muestral en la parte empírica-, en la tesis hemos comprobado que:

- La *demanda sociosanitaria atendida* en la provincia de Valencia en el año 2000 asciende a 62.628 personas (de un total de 115.136 personas en toda la Comunidad Valenciana), de ellas 42.668 fueron atendidas en recursos sanitarios (68,1%) y 19.960 en recursos sociales (31,9%). La demanda atendida en la provincia de Valencia en el año 2000 supone una cobertura poblacional de 28,82 personas por cada 1.000 habitantes.
- Las dificultades encontradas para la recopilación y homologación de estos datos, nos ha permitido comprobar que es necesario mejorar los registros existentes y establecer sistemas de información propios, que sean de utilidad en el ámbito sociosanitario para futuras investigaciones.

Respecto al segundo objetivo específico, *delimitar las características sociodemográficas de la demanda sociosanitaria atendida en la provincia de Valencia*, el estudio muestra que:

- El *perfil sociodemográfico* preferente de las personas atendidas en recursos sociales y sanitarios de la provincia de Valencia, aunque en cada recurso encontraremos características específicas, es el siguiente: mujer (56,7%), con 65 o más años (30,9%), sin estudios o con estudios primarios, que está jubilada o percibe una pensión de viudedad, con ingresos mensuales inferiores a 600,00€, que forma parte de una unidad familiar de dos o tres miembros. Es decir, la necesidad de atención sociosanitaria es un problema que

afecta principalmente a las mujeres, en particular a las mayores de 65 años con un bajo nivel cultural.

- Los varones y las mujeres demandan atenciones diferenciadas a juzgar por los desequilibrios en las distribuciones encontradas en los diferentes recursos, ya no sólo en las residencias para mayores (donde hay un predominio femenino, principalmente por cuestiones de longevidad) sino en recursos domiciliarios y comunitarios, donde hay muchas más mujeres mayores, como ocurre en los centros de día, teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio –SAD- y ayudas para el cuidado de ancianos desde el ámbito familiar. Esto parece demostrar que ellas pueden permanecer en su hogar mucho más tiempo que los varones, quizá por su mayor autonomía en las tareas domésticas y por contar con más apoyo social. Asimismo, debemos atender también a la elevada presencia de mujeres jóvenes -respecto a los varones de su misma edad- entre los usuarios de las USM, evidenciando una mayor demanda asistencial para trastornos mentales leves entre las mujeres, bien por la gran incidencia de este tipo de patologías, bien por los menores prejuicios para su reconocimiento. El desequilibrio sucede en sentido inverso entre los pacientes de UCA, que atienden mayoritariamente a varones con problemas de adicción.

El tercero de los objetivos específicos, *estudiar los factores que inciden en la dependencia y generan necesidades en la demanda sociosanitaria atendida en la provincia de Valencia*, ha dado lugar a una gran cantidad de información de la que podemos concluir que:

- Respecto al *estado de salud*, la población atendida presenta principalmente enfermedades crónicas y trastornos mentales, con una media de 4,4 enfermedades, cifra que aumenta de forma estadísticamente significativa en el grupo de mayores de 65 años. El 90% están en tratamiento activo, y solo un 2,7% se encuentra en fase terminal. La enorme cantidad de personas que utilizan recursos para enfermos mentales (sobre todo USM y UHP) alerta sobre la atención que debe prestarse a este tipo de pacientes, dado

que estas patologías generan frecuentemente problemas de claudicación familiar.

- Por género, las enfermedades de tipo congénito y el VIH/SIDA son más abundantes en la población masculina y las enfermedades degenerativas están presentes en mayor medida en la población femenina. Con relación a la edad, todos los enfermos de SIDA / VIH son menores de 65 años, hay más del doble de enfermos mentales en este grupo de edad que entre los mayores de 65 años, y el número de enfermos crónicos en este último tramo de edad duplica al que existe entre los menores de 65 años. De hecho, existe asociación estadísticamente significativa entre ser mayor de 65 años y padecer enfermedades crónicas.
- Los recursos sociales atienden al 60,7% y 52,5% de las personas con enfermedades degenerativas y congénitas, respectivamente. Mientras que en los recursos sanitarios se atiende al 98,8% de las personas con VIH/SIDA (fundamentalmente, por medio de las UCA), al 81,4% de los enfermos mentales y al 80,4% de los enfermos oncológicos.
- Un elevado porcentaje de los usuarios de recursos sociales orientados a personas mayores y de los HACLE y las UHD padecen enfermedades crónicas. Se observa, asimismo, un alto porcentaje de personas con enfermedades mentales en centros y servicios no dirigidos específicamente al tratamiento de trastornos mentales (como las residencias para mayores, el SAD o los centros de día). Aproximadamente, la mitad de las personas usuarias de centros de día y casi un tercio de las de residencias de ancianos muestran procesos degenerativos.
- En cuanto a los procedimientos, la media de utilización es de 2,2 por persona. En los recursos sanitarios, en especial las UHD y las UMCE, es donde se contabiliza el mayor número de procedimientos utilizados. En el estrato social, el mayor número de ellos se registra en los CEEM.

- La medicación oral es el procedimiento más empleado entre los usuarios de los diferentes recursos (73,1% del total de población atendida). Por tipo de recurso, la utilización de la fisioterapia funcional destaca en los centros de día y residencias para mayores, y la psicoterapia en CEEM, USM, CRIS y UHP.
- En su mayoría, las personas atendidas a través de recursos sociales y sanitarios –sin considerar a las atendidas en residencias- son propietarias de sus *viviendas*, solo un 9,2% se encuentra en viviendas alquiladas. No obstante, el 52,6% de las viviendas tienen problemas relativos a su accesibilidad y seguridad –instalación eléctrica, baño, cocina y suelo- o de salubridad –humedades-, lo que las hace no idóneas. Los datos obtenidos reflejan que existe una asociación significativa entre ser mayor de 65 años y habitar una vivienda no idónea, de tal forma que el grupo más numeroso en este tipo de viviendas son los mayores de 65 años y, especialmente, las mujeres de este grupo de edad. Esta situación es especialmente grave en el caso de los usuarios de recursos sociales, ya que el 74,1% de las personas que utilizan estos recursos habitan viviendas no idóneas; resulta particularmente comprometido en el caso de los usuarios de centros o servicios que implican su permanencia en el domicilio, como los centros de día, el SAD o la teleasistencia. Prácticamente la totalidad de las viviendas de los usuarios con silla de ruedas son inadecuadas y requieren adaptaciones.
- En un 63,3% de los casos la viviendas de las personas atendidas en recursos sociales y sanitarios presentan problemas de accesibilidad desde la calle (aunque en un 52,7% podrían resolverse de forma sencilla, a través de rampas, eliminación de bordillos, etc.); porcentaje que alcanza el 74,3% si se considera únicamente el estrato social. Asimismo, más de la mitad de la población considerada habita viviendas que no están bien comunicadas con el entorno (aisladas o en calles con problemas para el tránsito a pie) o se encuentran alejadas de la familia.
- Con relación a la *capacidad funcional*, los resultados obtenidos muestran que el 14,6% de la población de la provincia de Valencia

atendida en recursos sociales y sanitarios presenta una dependencia severa o total para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). No obstante, los problemas más graves de dependencia aparecen al considerar las actividades instrumentales (AIVD), puesto que el porcentaje de personas con una dependencia severa o total alcanza el 48,5%. Hemos comprobado que existe una correlación estadísticamente significativa entre la edad y la dependencia para las AVD (básicas e instrumentales), de tal forma que el grado de dependencia aumenta con la edad.

- Por recursos, se observan grados de dependencia para las AVD (básicas e instrumentales) más altos en los usuarios de recursos sociales para mayores (residencias de ancianos, centros de día) y entre los pacientes de UHD y HACLE, en el estrato sanitario. Los niveles más elevados de independencia para las ABVD se encuentran entre los usuarios de recursos sociales como los CEEM y CRIS, y entre los pacientes de centros sanitarios como las USM, UCA y UHP.
- El 41,3% de la población atendida en recursos sociales y sanitarios de la provincia de Valencia presenta *fallo cognitivo*, la mayoría son mujeres y personas mayores de 65 años, que utilizan recursos sociales.
- Con relación al *estado emocional*, la puntuación media (5,3, desv. típ. 3,92) en la escala de depresión utilizada indica que la mayoría de la población no presenta síntomas depresivos. Por género, en las mujeres se evidencia una mayor tendencia depresiva. Hemos comprobado que existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de estados depresivos y vivir solo, así como entre dichos estados depresivos y estar mal relacionado socialmente.
- La dependencia para las ABVD se encuentra relacionada con la dependencia para las AIVD y con el fallo cognitivo, existiendo un cierto grado de linealidad entre estas variables. Al combinar *la capacidad funcional y la conservación cognitiva (dependencia de otra persona)*, obtenemos un elevado porcentaje de población con

una dependencia severa o total (45,1%). La edad y la dependencia de otra persona están asociadas de forma estadísticamente significativa. Así, la edad se revela como un buen predictor de la dependencia, ya que ésta aumenta al aumentar la edad.

- Por recursos, entre las personas entrevistadas en el SAD, las que utilizan centro de día y las que se benefician de las ayudas para el cuidado de ancianos se registran los porcentajes más elevados de dependencia (combinando capacidad funcional y conservación cognitiva). En el ámbito sanitario son los pacientes de los centros de la red HACLE y de las UHD los que presentan mayores porcentajes de dependencia severa o total.
- Una atención en recursos comunitarios y domiciliarios, que mejore la calidad de vida de los pacientes sociosanitarios, requiere que éstos gocen del *apoyo sociofamiliar* necesario; en particular, en los casos de dependencia o de salud frágil se requiere de una persona cuidadora. En la población valenciana estudiada, el 18,1% afirma *vivir sola*, la mayoría son mujeres. Hemos comprobado que existe una asociación significativa entre vivir solo/a y el grado de dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, de tal forma que las personas atendidas en recursos sociales y sanitarios con mayor grado de dependencia son también las que en un porcentaje más elevado viven acompañadas.
- Por estratos, el porcentaje de personas que viven solas y utilizan recursos sociales (22,3%) es mayor que el de las que se encuentran en esta misma situación y son pacientes de recursos sanitarios (16,2%). Esta tendencia acontece principalmente en servicios como la teleasistencia y el SAD.
- El 30,8% de las personas atendidas en la provincia de Valencia están mal relacionadas socialmente, al considerar conjuntamente aspectos como la convivencia con otras personas, la frecuencia con la que visitan a la familia y/o amistades, la asiduidad con que hablan por teléfono, el número de veces que pasan algún tiempo con alguien con él que no se convive o la existencia de personas con las que tienen confianza. Son también las mujeres y las

personas mayores de 65 años las que tienen relaciones sociales más deterioradas. Asimismo, entre los usuarios de recursos sociales encontramos los porcentajes más elevados de personas mal relacionadas. Los mayores que permanecen en sus domicilios –utilizan el SAD o las ayudas para el cuidado de ancianos desde el ámbito familiar- sufren graves problemas de aislamiento, así como los enfermos mentales ingresados en CEEM. El grado de relación social está asociado, de forma estadísticamente significativa, con la dependencia elevada para las AIVD y el fallo cognitivo.

- El 34,6% de la población atendida en recursos sociales y sanitarios carece de cuidador real. No obstante, el 56,1% de estas personas creen que dispondrían de cuidador potencial todo el tiempo que precisasen en caso de enfermedad o discapacidad grave. La mayoría de las personas sin cuidador real son menores de 65 años (70,8%) y utilizan recursos sanitarios (77,2%). Resulta preocupante la falta de cuidador en pacientes atendidos en aquellos recursos en los que los usuarios necesitan más ayuda para la realización de las ABVD, como en USM, o en el caso de los ancianos atendidos en SAD.

Con relación al cuarto objetivo específico, *definir el perfil de los cuidadores estableciendo sobre quién recae la carga de cuidados informales y qué consecuencias tiene la atención de personas dependientes sobre el cuidador*, se han extraído las siguientes conclusiones:

- El 65,4% de las personas atendidas tienen cuidador real. Los *cuidadores* de personas que utilizan recursos sociales y sanitarios en la provincia de Valencia generalmente son mujeres (72,9%), con una edad media de 54,5 años, sin estudios o con estudios primarios, que se ocupan de su hogar. Estas personas están atendiendo a sus cónyuges o a sus padres, y en un 33,8% de los casos no reciben ayuda de nadie. Los cuidadores justifican esta falta de ayuda afirmando que no la necesitan o disculpando a sus familiares por cuestiones laborales. Resulta significativo que un 15,5% atribuya la falta de ayuda a que sus familiares creen que esa

tarea les corresponde a ellos, máxime teniendo en cuenta que la mayoría de los cuidadores son mujeres.

- Los cuidadores afirman tener problemas de salud a causa de su actividad y consideran que sus relaciones sociales y su tiempo de ocio se han visto afectados negativamente. No obstante, la mayoría de ellos están bastante o muy satisfechos con el apoyo que reciben desde los recursos sanitarios y sociales que atienden a sus familiares (81,7%).

El desarrollo del último objetivo específico, en el que se plantea realizar un *análisis de la ubicación de los usuarios atendidos –en recursos sociales y sanitarios- en la provincia de Valencia en función de sus características y los factores que inciden en la dependencia*, permite concluir que:

- Existen porcentajes elevados de personas que utilizan recursos institucionales, como las residencias para mayores y para discapacitados (16,18% y 9,10%, respectivamente), que dadas sus características y necesidades no deberían estar utilizando este tipo de centros ya que éstos no dan una respuesta adecuada a las mismas. Al igual que ocurre con el 10,8% de los pacientes atendidos en los HACLE, el 2,8% de las UMCE y el 4,69% de las UHP. Estas personas podrían utilizar recursos de ámbito comunitario o domiciliario –permaneciendo en su entorno vital- si sus viviendas son debidamente habilitadas y tienen apoyo social, reduciendo los costes de atención al mismo tiempo que se mejora su calidad de vida.
- En el caso de recursos domiciliarios, resulta preocupante la mala ubicación del 10,59% de los usuarios del servicio de ayuda a domicilio o del 6,98% de los que utilizan la teleasistencia, ya que no tienen cuidador real ni potencial, viven solos y presentan fallo cognitivo o una dependencia moderada, severa o total para las ABVD; así como del 5,88% de los pacientes de las unidades de hospitalización a domicilio, que son enfermos crónicos menores

de 75 años, sin fallo cognitivo e independientes o con una dependencia ligera para las ABVD.

- Por último, cabe destacar el escaso porcentaje de pacientes mal ubicados en los recursos comunitarios, tanto sociales como sanitarios. En todos ellos el porcentaje de personas mal ubicadas no supera el 3%, lo que muestra que de forma mayoritaria la valoración diagnóstica realizada, bien por los trabajadores sociales bien por los servicios médicos, es correcta y la asignación de recursos cubre adecuadamente las necesidades de las personas a las que atienden.

En su totalidad, la relevancia de este estudio hay que buscarla en la puesta a disposición de la Administración, las organizaciones sin ánimo de lucro y el mercado -que ofrecen o financian servicios de proximidad para las personas que requieren cuidados de larga duración (institucionales, comunitarios o domiciliarios)-, de un procedimiento útil para determinar las características de la población con necesidades sociosanitarias y establecer la adecuación de sus servicios y centros respecto a éstas. La creciente demanda de atención sociosanitaria, que puede llegar a amenazar la sostenibilidad financiera de los sistemas de protección social de los Estados de Bienestar meridionales, hace necesaria la toma de medidas destinadas a la optimización de los servicios sociales y sanitarios. Ésta, como hemos querido reflejar en este estudio, debe partir del conocimiento de las necesidades de las personas que los utilizan. El primer paso a dar en este camino es activar servicios eficaces, con una adecuación óptima a la demanda.

En esta tesis hemos comenzado a plantear acciones destinadas a mejorar la eficacia de los recursos sociosanitarios, compatibles con los principios de sostenibilidad social y de calidad de vida. No obstante, quedan todavía muchos retos que alcanzar en este ámbito, a cuya consecución esperamos poder contribuir en el futuro. Entre ellos se encuentra el llegar a establecer qué variables predicen la existencia de unos servicios sociosanitarios de calidad; la utilización de metodología de gestión de casos en el diseño de itinerarios de recursos

sociosanitarios de máxima eficiencia, destinados a personas dependientes; determinar la relación existente entre una adecuada ubicación de las personas dependientes con necesidades sociosanitarias y la reducción de costes en los sistemas de protección social, o diseñar la bases jurídicas de la atención sociosanitaria, con la creación de una ley nacional marco de la dependencia.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ABRAHAMSON, P. (1995): “Regímenes europeos del bienestar y políticas sociales”, en VV.AA.: El Estado del Bienestar en la Europa del Sur, CSIC, Madrid, pp. 113-153.
- AGENCY OF HUMAN SERVICES (1992): Methods, standards and principles for establishing medicaid payment rates for long-term care facilities, Division of Rate Setting, State of Vermont, Vermont.
- AIGUABELLA, J. y GONZÁLEZ, M. (1996): Análisis de necesidades de personas adultas con grave discapacidad. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- ALBARRACÍN, J. Y OTROS (1993): La larga noche neoliberal. Icaria, Barcelona.
- ALEMÁN, C. (1999): Fundamentos de Bienestar Social, Tirant Lo Blanch, Valencia.
- ALEMÁN, C.; GUTIÉRREZ, A. y GARCÉS, J. (eds.) (2003): Los Sistemas de Protección Social en las Comunidades y Ciudades Autónomas, Escuela Libre Editorial ONCE, Madrid (en prensa).
- ALEMÁN, Mª C. y GARCÉS, J. (coord.) (1997): Política Social, McGraw-Hill, Madrid.
- ALEMÁN, Mª C. y GARCÉS, J. (dirs.) (1996): Administración social: Servicios de Bienestar Social, Siglo XXI, Madrid.
- ALONSO SECO, J.M. y GONZALO GONZÁLEZ, B. (1997): La asistencia social y los servicios sociales en España, Boletín Oficial del Estado, Madrid.
- ALVARADO PÉREZ, E. (coord.) (1998): Retos del Estado del Bienestar en España a finales de los noventa, Tecnos, Madrid.
- ANDERSON, L.R. Et. Al. (2001): “The prediction of mental health service use in residencial care”, Community Mental Health Journal, 43, pp.34-41
- ANISI, D. (1995): Creadores de escasez: Del bienestar al miedo. Alianza, Madrid.

- ARLING, G. et al. (1987): "Nursing Home Case Mix. Patient Classification by Nursing Resource Use", Medical Care, Vol. 25, nº 1, pp. 9-19.
- AZNAR LÓPEZ, M. (1998): "Los servicios sociales públicos para mayores. Balance y prospectiva", Documentación Social: Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada, 112, pp. 65-84.
- BALTES, M. (1996): The many faces of dependency in old age. Cambridge University Press.
- BARRADA, A. y GONZALO, B. (1998): La financiación de la protección social en España, Consejo Económico y Social, Madrid.
- BELAND, R. (1987): "Identifying profile of service requirement in a non-institutionalized elderly population", Journal of Chronic Disease, 40, pp.78-89
- BIGLINO CAMPO, L. y otros (1996): Encuesta Nacional de Salud 1995. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- BIGLINO CAMPOS, L. (dir.) (1999): Encuesta Nacional de Salud 1997, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- BOND, M.J.; HARRIS, R.D.; SMITH, D.S. and CLARK, M.S. (1992): "An Examination of the Factor Structure of the Frenchay Activities Index", in Disability and Rehabilitation, Vol. 14, nº 1, pp. 27-29.
- BONOLI, G.; GEORGE, V. & TAYLOR-GOOPY, P. (2000): European Welfare Futures. Polity Press, Cambridge.
- BOUDON, R.; LAZARSFELD, P. y CHAZEL, F. (1985): Metodología de las ciencias sociales. Laia, Barcelona.
- BOWLES, S.; GRODON, D. y WEISSKOPF, T. (1992): Tras la economía del despilfarro. Alianza, Madrid.
- BROWN, H. (1983): La nueva filosofía de la ciencia. Tecnos, Madrid.
- BUCHANAN, J.M. y WAGNER, R.E. (1983): Déficit del sector público y democracia. El legado político de Lord Keynes, Rialp, Madrid.
- BUNGE, M (1980): Epistemología. Ariel, Barcelona.

- CABASÉS, J.M.; VILLALBÍ, J.R. y AIBAR, C. (edit.) (2002): Invertir para la Salud. Prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, EVES, Valencia.
- CALVO GÓMEZ, F. (1989): Estadística Aplicada, Deusto, Bilbao.
- CARPIO GARCÍA, M. (coord.) (1999): Efectos económicos del gasto público en sanidad. Price Waterhouse Coopers, Madrid
- CARRILLO E. y otros (1996): "Sistema de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: los Resource Utilization Groups Versión III. Validación en España", Revista de Gerontología, nº 6, pp. 276-284.
- CASADO MARÍN, D. y LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2001): Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Fundación "la Caixa", Barcelona.
- CASTLES, F. (1993): "Social Security in Southern Europe", ponencia presentada en la conferencia organizada por el Subcommittee on Southern Europe of the American Social Science Research Council, Bielefeld, July.
- CHALLIS, D. (1993): "Programas alternativos en las prestaciones a la tercera edad: prestaciones domiciliarias y gestión individualizada por casos", en MORENO, L. (comp.): Intercambio social y desarrollo del bienestar, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid.
- CHALLIS, D. et al. (2002): Care Management in Social and Primary Health Care. Ashgate, Hampshire.
- CHALLIS, D.; DARTON, R. y STEWART, K. (1998) (eds.): Community Care, secondary health care and care management, Ashgate, Aldershot.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2001): COM (2001) 723 final. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Oficina de Publicaciones, Bruselas.

- COMISIÓN EUROPEA (1999a): “Los ancianos solos viven en peores condiciones”, en EUROFOCUS, nº 36/99, Bruselas, pp. 6-7.
- COMISIÓN EUROPEA (2000a): “Evolución futura de la protección social desde una perspectiva a largo plazo: pensiones seguras y viables”, COM (2000) 622 final, Bruselas.
- COMISIÓN EUROPEA (2000b): “Hacia una Europa sin barreras para las personas con discapacidad”, COM (2000) 284 final, Bruselas.
- COMISIÓN EUROPEA (2001): “Apoyo a las estrategias nacionales para generar pensiones seguras y viables mediante un planteamiento integrado”, COM (2001) 362 final, Bruselas.
- COMISIÓN EUROPEA (2002): “La respuesta de Europa al envejecimiento a escala mundial. Promover el progreso económico y social en un mundo en proceso de envejecimiento”, COM (2002) 143 final, Bruselas.
- CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL CASTILLA-LA MANCHA (1998): Plan de Atención a las Personas Mayores 1998-2002. Junta de Comunidades de Castilla - La Mancha, Toledo.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES MADRID (1999): Plan de Mayores. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Madrid.
- CONSEJO DE EUROPA (1998): Recommandation n° R(98) 9, du Comité des ministres aux états membres relative à la dépendance. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.
- CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL (1998): Plan de Calidad Asistencial Gerontológico 1998 - 2003. Generalitat Valenciana, Valencia.
- CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL (1999a): Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos. Generalitat Valenciana, Valencia.
- CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL (1999b): Legislación valenciana básica en materia de atención y prevención de las drogodependencias. Generalitat Valenciana, Valencia.

- CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL (2002): Plan Integral de la Familia e Infancia de la Comunidad Valenciana 2002-2005. Generalitat Valenciana, Valencia.
- CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL I CONSELLERIA DE SANITAT (2000): Guía de recursos sociosanitarios de la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana, Valencia.
- CONSELLERÍA DE SANIDADE E SERVIZOS SOCIAIS: (1999): Programa de Atención Sociosanitaria. Plan Estratégico, Subdirección Xeral do Programa de Atención Sociosanitaria, Xunta de Galicia, Galicia.
- CONSELLERIA DE SANITAT (1999): Balance de Gestión 1995-1999. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, Valencia.
- CONSELLERIA DE SANITAT (2000a): Encuesta hospitalaria sobre utilización de recursos y características de los pacientes VIH/SIDA en la Comunidad Valenciana 1999. Generalitat Valenciana, Valencia.
- CONSELLERIA DE SANITAT (2000b): Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana, Valencia.
- CONSELLERIA DE SANITAT (2001): Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004. Generalitat Valenciana, Valencia.
- CONSELLERIA DE SANITAT (en prensa): Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001. Generalitat Valenciana, Valencia.
- CONSELLERIA DE SANITAT I CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL (2001): Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana, Valencia.
- CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM (1993): Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 1990-1991. Generalitat Valenciana, Valencia.
- CONTRERAS PELÁEZ, F. (1996): Defensa del Estado Social. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- DAHRENDORF, R. (1974): Sociedad y Sociología. Tecnos, Madrid.

- DAVIES, B. (1992): Care management, equito and efficiency: The internacional experience, University of Kent, Canterbury.
- DE LA PEÑA ESTEBAN, I. (2003): “El impacto del envejecimiento de la población en el seguro de salud y de dependencia”, *Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)*, publicado en <http://www.fedea.es/hojas/publicado.html>
- DEFENSOR DEL PUEBLO, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA Y ASOCIACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE GERONTOLOGÍA (1999): La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos, Madrid.
- DÍAZ NICOLAS, J. (dir.) (1997): La realidad social en España, 1995-1996, Fundación BBV, Madrid.
- DÍAZ, E. (1986): Estado de derecho y sociedad democrática. Taurus, Madrid.
- DÍEZ COLLADO, J. (1994): El Bienestar Social. Concepto y medida. Popular, Madrid.
- DINGWALL, R. (2001): Aspects of Illness, Ashgate, Hampshire.
- DIRECTORATE-GENERAL FOR ECONOMIC AND FINANCIAL AFFAIRS (2002a): “The long-term sustainability of public finances”, in European Economy, 3, pp. 32-36.
- DIRECTORATE-GENERAL FOR ECONOMIC AND FINANCIAL AFFAIRS (2002b): “Incorporating the sustainability of public finances into the Stability and Growth Pact ”, in European Economy, 3, pp. 62-74.
- DOMÍNGUEZ, A. y PASCUAL, M. (coord.) (2000): Cartera de servicios. Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, Valencia.
- DONATI, P. (1999): La ciudadanía societaria. Ed. Universidad de Granada, Granada.
- DONATI, P. (comp.) (1985): Le frontiere della Politica Sociale. Franco Angeli, Milán.
- DONATI, P. y LUCAS, A. (1987): “La política social en el Estado de Bienestar y el desafío de los sistemas complejos”, en Revista de Investigaciones Sociológicas, nº 37, pp. 57-68.
-

- DUCH, F.; DE PORRAS, L. y RUIZ, D. (1999): Recursos psicométricos utilizables en atención primaria. Novartis, Barcelona.
- DURÁN, M^a A. (2000): Los costes invisibles de la enfermedad, Fundación BBV, Bilbao.
- ECONOMIC POLICY COMMITTEE (2001): Budgetary challenges posed by ageing populations. ECFIN /655/ 01-EN, november, Bruselas.
- ECONOMIC POLICY COMMITTEE (2002): Reform challenges facing public pension systems: the impact of certain parametric reforms on pensions expenditure. ECFIN /237/ 02-final, july, Bruselas.
- EDITH, G.W. et al. (2002): "Quality Improvement in a Primary Care Case Management Program", Health Care Financing Review, 23 (4), pp. 71-84.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990): Los tres mundos del Estado de Bienestar, Alfons el Magnànim-IVEI, Valencia, 1993.
- FERNÁNDEZ SEGADO, F. (1992): "El sistema constitucional español", en GARCÍA, D.; FERNÁNDEZ, F. y HERNÁNDEZ, R.: Los sistemas constitucionales iberoamericanos, Dykinson, Madrid, pp. 353-531.
- FERNÁNDEZ, T. y GARCÉS, J. (coord.) (1999): Crítica y futuro del Estado del Bienestar: Reflexiones desde la izquierda, Tirant lo Blanch, Valencia.
- FERRERA, M. (1993): Modelli di solidarietà. Política e riforme sociali nelle democrazie, Il Mulino.
- FERRERA, M. (1996): "The southern model of welfare in social Europe", en Journal of European Social Policy, 6 (1), pp. 17-37.
- FLAQUER, L. (1998): El destino de la familia. Ariel Sociología, Barcelona.
- FLAQUER, L. (2000): Las políticas familiares en una perspectiva comparada. Fundación "la Caixa", Barcelona.
- FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; McHUGH, P.R. (1975): "Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician", J Psychiatr Res, 12 (3), pp. 189-198.

- FRANCO JIMÉNEZ, T. (1996): “El Estado de Bienestar y los servicios sociales”, en ALEMÁN, M^a C. y GARCÉS, J. (coord.): Política Social, McGraw Hill, Madrid, pp. 51-77.
- FRIES, B. et. Al. (1994): “Refining a Case-Mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III)”, Medical Care, Vol. 32, n^o 7, pp. 668-685.
- GARCÉS FERRER, J. Y DURÁ FERRANDIS, E. (1997): “Ideología y política social”, en ALEMÁN, M^a C. y GARCÉS, J. (coord.): Política Social, McGraw Hill, Madrid, pp. 51-77.
- GARCÉS FERRER, J. (1992): Administración social pública. Tirant lo Blanch, Valencia.
- GARCÉS FERRER, J. (1996): “El marco político de los servicios sociales”, en GARCÉS, J.; RÓDENAS, F.; SÁNCHEZ, S. y VERDEGUER, I.: Sistema político y administrativo de los servicios sociales, Tirant lo Blanch, Valencia, pp. 11-59.
- GARCÉS FERRER, J. (2000): La nueva sostenibilidad social. Ariel, Barcelona.
- GARCÉS, J.; RÓDENAS, F. y otros (2002): Estudio sobre demanda y necesidades de asistencias sociosanitaria en la Comunidad Valenciana 2000-2001. Generalitat Valenciana, Valencia.
- GARCÉS, J.; RÓDENAS, F. y SANJOSÉ, V. (2001): “Changes In The Welfare State: New Sustainable Welfare And Health Care Strategies”, RCI9. Annual Conference. Oviedo, 6th-9th September.
- GARCÉS, J.; RÓDENAS, F. y SANJOSÉ, V. (2002): “The Principle of Social Sustainability: Towards a Re-Definition of Ethical Welfare Values”, ESPRN Conference “Social Values, Social Policies” Tilburg University, 29th-31th August.
- GARCÉS, J.; RÓDENAS, F. y SANJOSÉ, V. (2003): “Empirical cost-profit análisis of long term care system from Social Sustainability Principle”, Internacional Association for Health Policuy, 13th Conference, Stockholm, 21st – 24th may.
- GARCÍA FERRANDO, M. (1979): Sobre el método: problemas de investigación empírica en sociología. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.

- GARCÍA PELAYO, M. (1996): Las transformaciones del Estado contemporáneo. Alianza, Madrid.
- GARCÍA, M.; IBÁÑEZ, J. y ALVIRA, F. (1992): El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Alianza, Madrid.
- GARCÍA-ALTÉS, A. y otros (2000): “Sistemas de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: Evolución y perspectivas de futuro”, Gaceta Sanitaria, Vol. 14, nº 1, pp. 48-57.
- GARDENT, H. (1992): “Alcance y límites de los instrumentos para la evaluación de la dependencia en los ancianos”, Revista Gerontología, 4, pp. 261-265.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2002): Llibre blanc de la gent gran amb dependència. Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social, Barcelona.
- GEORGE, V. & TAYLOR-GOOBY, P. (1996): European Welfare Policy, Macmillan Press LTD, London.
- GEORGE, V. and MILLER, S. (eds.) (1994): Social Policy towards 2000: Squaring the Welfare Circle, Routledge, Londres.
- GIDDENS, A. (1991): Sociología, Alianza, Madrid.
- GIDDENS, A. (1999): La tercera vía. La renovación de la socialdemocracia. Taurus, Madrid.
- GINER, S. (1992): Historia del pensamiento social. Ariel, Barcelona.
- GOBIERNO DE NAVARRA (2000): Plan Foral de Atención Socio Sanitaria. Gobierno de Navarra, Pamplona.
- GOLINI, A. & CALVANI, P. (2001): “Relationship between perceptions of health, chronic diseases and disabilities”, NUPRI Research Paper, nº 73.
- GONZÁLEZ TEMPRANO, A. y TORRES VILLANUEVA, E. (1992): El Estado del bienestar en los países de la OCDE. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.
- GONZÁLEZ, M. y MENDOZA, I. (1996): “El Estado de Bienestar y el crecimiento del Estado”, en VV.AA. Pros y contras del Estado del Bienestar, Tecnos, Madrid, pp. 147-189.

- GUDEX, C. & LAFORTUNE, G. (2000): "An Inventory of Health and Disability-Related Surveys in OECD Countries", in OECD, Labour Market and Social Policy, Occasional Papers, 44, Paris.
- GUILLÉN, F. y RIBERA, J.M (coord.) (2000): Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España, Edimsa, Madrid.
- GUSTAFSSON, B.A. & KLEVMARKEN, N.A. (1989): The political economy of social security, North-Holland, Amsterdam.
- GUTIÉRREZ, A. (1996): "Servicios sociales en los procesos terminales", en GARCÉS, J. y MARTÍNEZ, M^a A. (dirs.): Bienestar social y necesidades especiales, Tirant lo Blanch, Valencia, pp. 181-216.
- GUTIÉRREZ, A. y GARCÉS, J. (eds.) (2000): Los Servicios Sociales en las Comunidades y Ciudades Autónomas, Tirant Lo Blanch, Valencia.
- HABERMAS, J. (1988): "La crisis del Estado de bienestar y el agotamiento de las energías utópicas", en VV.AA. Ensayos políticos, Península, Barcelona.
- HABERMAS, J. (1995): Problemas de legitimación del capitalismo tardío. Amorrortu, Buenos Aires.
- HAVENS, B. (1995): "The long term care diversity within the long term care". La Revue Canadienne de Viellissement, 14.
- HÉBERT, R. (2002): "Integrated service delivery for frail elderly people. The canadian experience", Valencia Forum, Spain, 1 to 4 april.
- HENNESSY, P. (1995): "Social protection for dependent elderly people: Perspectives from a review of OECD countries", OECD Labour market and social policy. Occasional papers, 12, París.
- HERRERA GÓMEZ, M. (1998): El tercer sector en los sistemas de bienestar. Tirant lo Blanch, Valencia.
- HICKS, J. (1976): La crisis de la economía keynesiana. Labor, Barcelona.
- HOLBROOK, M. and SKILBECK, C.E. (1983): "An Activities index for use with Stroke Patients", in Age and Ageing, nº 12, pp. 166-170.

- IBÁÑEZ, J. (1993): "Perspectivas de la investigación social", en GARCÍA, M; IBÁÑEZ, J.; y ALVIRA, F. (comp.): El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación, Alianza, Madrid, pp. 49-83.
- IGLESIAS DE USSEL, J. y MEIL LANDWERLIN, G. (2001): La política familiar en España. Ariel sociología, Barcelona.
- IMSERSO (1999): La protección social de la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid.
- IMSERSO (2001): Las personas mayores en España: Informe 2000. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- IMSERSO (2002): Modelos de atención sociosanitaria: Una aproximación a los costes de la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, Madrid.
- IMSERSO (2003): Las personas mayores en España. Informe 2002. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Volumen I y II. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Observatorio de Personas Mayores, Madrid.
- INE (1989): Las discapacidades de la población española. INE, Madrid.
- INE (2000a): Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Datos básicos y primeros resultados. Publicación electrónica, www.ine.es, INE, Madrid.
- INE (2002): Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1999, INE, Madrid.
- INE (2003): Avance de resultado de los censos y viviendas 2001. INE, Madrid.
- INSALUD (1999): Programa de Atención a las personas mayores. Ministerio de Sanidad, Madrid.
- INSERSO, CIS (1995): Las personas mayores en España. Perfiles, reciprocidad familiar. INSERSO, Madrid.
- INSERSO, Colectivo IOE, CIS (1995): Cuidados en la vejez. El apoyo informal. INSERSO, Madrid.
- INSERSO, DATLAN (1996): Necesidades de las personas adultas con grave discapacidad, INSERSO, Madrid.

- IVE (1995): Censo de población y vivienda 1991. Generalitat Valenciana, IVE, Valencia.
- IVE (1996): Censo de Población y Viviendas, Hogares, Familias y Núcleos de 1991. Generalitat Valenciana, IVE, Valencia.
- IVE (2000): Anuari estadístic Comunitat Valenciana 1999. Generalitat Valenciana, IVE, Valencia.
- IVE (2001a): Anuari estadístic Comunitat Valenciana 2000. Generalitat Valenciana, IVE, Valencia.
- IVE (2001b): Anuari estadístic Comunitat Valenciana 2001. Generalitat Valenciana, IVE, Valencia.
- IVE (2002a): Padrón municipal de habitantes 2000. Generalitat Valenciana, IVE, Valencia.
- IVE (2002b): La Comunidad Valenciana en Cifras. Generalitat Valenciana, IVE, Valencia.
- JACOBZONE, et al. (1999): "Ageing and care for frail elderly persons: An overview of international perspectives", OECD Labour market and social policy. Occasional papers, 38, París.
- JACOBZONE, et al. (1999): "The health of older persons in OECD countries: Is it improving fast enough to compensate for populations ageing?", OECD Labour market and social policy. Occasional papers, 37, París.
- JAKSON, R. & HOWE, N. (2003): The Aging Vulnerability Index. An Assessment of the Capacity of Twelve Developed Countries to Meet the Aging Challenge. Center for Strategic and International Studies and Watson Wyatt Worldwide. Washington.
- JENSON, J. & JACOBZONE, S. (2000): "Care allowances for the frail elderly people and their impact on women care-givers", OECD Labour market and social policy. Occasional papers, 41.
- JONES, C. (1985): Patterns of Social Policy, Tavistock, London.
- KALISCH, D., AMAN, T. & BUCHELE, A. (1998): "Social and Health Policies in OECD Countries: a Survey of Current Programmes and Recent Developments", OECD: DEELSA/ELSA/WD(98)4/ANN, París.
- KANE, R.L. & KANE, R.A. (1982): Values and long term care. Lexington Press, Lexington.

- KANE, R.L. & KANE, R.A. (1990): "Health care for older people: Organizational and policy issues", BINSTOCK, R.H. & GEORGE, L.K.: Handbook of aging and the social services, Academic Press, San Diego.
- KAUTTO, M. (2001): "Moving closer? Diversity and convergence in financing of welfare states" in KAUTTO, M.; FRITZELL, J.; HVINDEN, B.; KVIST, J. & UUSITALO, H. (ed.): Nordic Welfare States in the European Context. Routledge, London, pp. 232-261.
- KAUTTO, M.; FRITZELL, J.; HVINDEN, B.; KVIST, J. & UUSITALO, H. (ed.)(2001): Nordic Welfare States in the European Context. Routledge, London.
- KOEHLER, P.A., ZACHER, H.F. & PARKINGTON, M. (1982): The evolution of social insurance: 1881-1981. Studies of Germany, France, Great Britain, Austria and Switzerland, Frances Pinter & Martin's Press, London-New York.
- KORPI, W. & PALME, J. (1994): The strategy of equality and the paradox of redistribution, Swedish Institute for Social Research, Stockholm University.
- KUHN, T. (1990): La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica, Madrid.
- LAZARSFELD, P. & ROSENBERG, M. (1957): The language of social research: a reader in the methodology of social research. Free Press, Glencoe.
- LEHMAN, F.A. (1999): "Quality of care in mental health: The case of shizophrenia", Health Affairs, 34, pp.112-123
- LEIBFRIED, S. (1993): "Towards a European welfare state?", en JONES, C.: New perspectives on the welfare state in Europe, Routledge, London.
- LIBRERO, J.; ORDIÑANA, R. y PEIRÓ, S. (1998): "Análisis automatizado de la calidad del conjunto mínimo de datos básicos. Implicaciones para los sistemas de ajuste de riesgos", en Gaceta Sanitaria, Vol. 12, nº 1, pp. 9-21.

- LIBRERO, J.; PEIRÓ, S. y ORDIÑANA, R. (1999): “Comorbilidad crónica y homogeneidad de los grupos de diagnósticos relacionados”, Gaceta Sanitaria, Vol. 13, nº 4, pp. 292-302.
- LOBO, A. y EZQUERRA, J.; (1979): “El Mini-Examen Cognoscitivo. Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos”. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, Vol. II, 2º etapa, Nº 3, pp. 189-202.
- LOBO, A.; GÓMEZ BURGADA, F.; SALA, J.M. y SEVA DÍAZ, A. (1979): “El Mini-Examen Cognoscitivo en pacientes geriátricos”, Folia Neuropsiquiátrica, 14, pp. 244-251.
- LÓPEZ HIDALGO, J. (1992): Los servicios sociales, Narcea, Madrid.
- LÓPEZ I CASASNOVAS (dir.)(1998): La contratación de servicios sanitarios Els llibres dels fulls econòmics (14), Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona.
- LÓPEZ I CASASNOVAS, G. y ORTÚN RUBIO, V. (dirs.) (1999): El sistema sanitario español: Informe de una década. Fundación BBV, Bilbao.
- LUCAS MARÍN, A. (1996): Introducción a la sociología para el estudio de la realidad social. Eunsa, Universidad de Navarra, Pamplona.
- MAHONEY, F.I. (1965): “Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index”, in Maryland State Medical Journal, nº 14, pp. 61-65.
- MANTON, K.G. et al. (1990): “Functionally and medically defined subgroups of nursing home populations”, Health Care Financing Review, Vol. 12, nº 1, pp. 47-62.
- MANTON, K.G. et al. (1997): “Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994”, Proc. Natl. Acad. Sci. USA, vol. 94, pp. 2593-2598.
- MARSHALL, T. (1965): Social Policy in the Twentieth Century. Hutchinson University Library, Londres.
- MARTÍNEZ ZAHONERO, J.L. (2000): Economía del envejecimiento, Consejo Económico y Social, Madrid.

- MARTÍNEZ, M^a A.; MIRA-PERCEVAL, M^a T. y REDERO, H. (1996): “Sistema público de servicios sociales en España”, en ALEMÁN, M^a C. y GARCÉS, J. (dirs.): Administración social: servicios de bienestar social, Siglo XXI, Madrid, pp. 203-246.
- MATHERS, C. (1997): “Health expectancies and DALYs: Towards consistency of measures”, Working Party on Social Policy, Ad hoc Meeting of Experts in Health Statistics, 3-5 December 1997. Document n^o 4, Paris.
- MEIL, G. (1984): “El Estado Social de derecho: Forsthoff y Abedroth, dos interpretaciones teóricas para dos posiciones políticas”, en Revista de Estudios Políticos, n^o 42, pp. 211-225.
- MILLER, W.L. et al. (1998): “Understanding Change in Primary Care Practice Using Complexity Theory”, in The Journal of Family Practice, vol 6, n^o 5.
- MINISTERIO DE SANIDAD (2001): Bases para un modelo de atención sociosanitaria (Borrador). Documento de trabajo, junio 2001.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2002a): El sistema nacional de salud en cifras 2002. Secretaría General Técnica, Madrid.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2002b): Catálogo nacional de hospitales. Dirección General de Salud Pública, Madrid.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2001): Guía de Ayudas Sociales para las Familias. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- MISHRA, R. (1992): El Estado de bienestar en crisis. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.
- MOIX MARTÍNEZ, M. (1986): El Bienestar Social, Trivium, Madrid.
- MONEREO, J.L. y MORENO, M^a N. (1997): “Política social y seguridad social”, en ALEMÁN, C. y GARCÉS, J.(coord.) Política Social, McGraw Hill, Madrid, pp. 179-209.
- MONTAGUT, T. (1994): Democràcia i serveis socials. Hacer, Barcelona.

- MONTORO ROMERO, R. (1997): "Fundamentos teóricos de la política social", en ALEMÁN, M^a C. y GARCÉS, J. (coord.): Política Social, McGraw Hill, Madrid, pp. 33-50
- MONTSERRAT, J. y RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2001): "Los costes asociados a la dependencia en las personas mayores: Una aproximación", Revista Multidisciplinar de Gerontología, Vol. 11, nº 3, pp. 122-131.
- MORENO, L. (2000): Ciudadanos precarios. La "última red" de protección social, Ariel sociología, Barcelona. MUNDAY, B. & ELY, P. (1996): Social care in Europe, Prentice Hall, Harvester Wheatsheaf, London.
- MOSSIALOS, E.; DIXON, A.; FIGUERAS, J. & KUTZIN, J. (eds.) (2002): Funding Health Care: Options for Europe. Open University Press, London.
- MUNDAY, B. (edit.) (1993): European Social Services, European Institute of Social Services (EISS), University of Kent, Canterbury.
- MUÑOZ DE BUSTILLO, R. (comp.) (1989): Crisis y futuro del Estado de Bienestar, Alianza, Madrid.
- MUÑOZ DE BUSTILLO, R. (ed.) (2000): El Estado de bienestar en el cambio de siglo. Una perspectiva comparada, Alianza, Madrid.
- MUÑOZ MACHADO, S., GARCÍA DELGADO, J.L. y GONZÁLEZ SEARA, L. (dirs.) (1997): Las estructuras del Bienestar: Derecho, economía y sociedad en España, Civitas, Madrid.
- MUÑOZ MACHADO, S., GARCÍA DELGADO, J.L. y GONZÁLEZ SEARA, L. (eds.) (2000): Las estructuras del bienestar en Europa, Escuela Libre Editorial y Civitas, Madrid.
- NAKANO, E. (2000): "Creating a Caring Society", in Contemporary Sociology, 29 (1), pp. 84-94.
- NAVARRO, C.; CABASÉS, J.M. y TORMO, M.J. (1995): La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS.
- NAVARRO, V. (1996): "Neoliberalismo, desempleo, empleo y Estado de bienestar", ponencia presentada en el IV Seminario Internacional de Política Social, IESA-CSIC, Madrid.

- NICOL, E. (1965): Los principios de la ciencia. F.C.E. México.
- NINYOLES, R. (ed.) (2000): La societat valenciana: Estructura social i institucional. Bromera, Alzira.
- NOCON, A. & PEARSON, M. (2000): "The roles of friends and neighbours in providing support for older people", Ageing and Society, 20, pp. 341-367.
- O'CONNOR, J. (1981): La crisis fiscal del Estado. Península, Barcelona.
- O'CONNOR, J. (1987): Crisis de acumulación. Península, Barcelona.
- OECD (1995): "Social protection for dependent elderly people: Perspectives from a review of OECD countries", OECD Labour market and social policy. Occasional paper, 16, París.
- OECD (1996): Pay reform in the public service: initial impact on pay dispersion in Australia, Sweden and the United Kingdom, OECD, París.
- OECD (1998a): "The Caring World: An Analysis", in DEELSA/ELSA/MIN (98) 3, OECD, París.
- OECD (1998b): "The Caring World: National Achievements", DEELSA/ELSA/MIN (98) 2, OECD, París.
- OECD (1998c): "Long term care services to older people, a perspective on future needs: The impact of an improving health of older persons", in Ageing Working Papers, 4.2. OECD, París.
- OECD (1998d): The battle against exclusion: social assistance in Australia, Finland, Sweden and the United Kingdom, OECD, París.
- OFFE, C. (1990): Contradicciones en el Estado de bienestar. Alianza, Madrid.
- OFFE, C. (1992): Partidos políticos y nuevos movimientos sociales. Sistema, Madrid.
- OFFE, C. y LENHARDT, C. (1979): Teoria dello stato e politica sociale. Feltrinelli, Milán.
- OIT (2001): Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, GB.282/ESP/2, Comisión de Empleo y Política Social, Ginebra.

- OMS (1999): Clasificación Internacional de Enfermedades, 9 revisión, modificación clínica : CIE-9-MC, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- OMS (2001): Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, OMS, Ginebra.
- OMS (2002): Sistemas sanitarios en transición: España. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- ONU (1997): Manual de elaboración de información estadística para políticas y programas relativos a personas con discapacidad. Serie Y, nº 8, Naciones Unidas, Nueva York.
- ONU (1999): Salud y mortalidad: Informe conciso. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Nueva York.
- ORTIZ, M^a y ROMERO, S. (1997): “Gestión hospitalaria mediante los Grupos Relacionados por el Diagnóstico”, Cienc. Pharm, Vol. 7, nº 6, pp. 287-294.
- OTERINO DE LA FUENTE, D.; PEIRÓ, S. y MARCHAN C. (1998): “La hospitalización domiciliaria. Una posible estrategia para reducir la hospitalización inadecuada”, Revista Calidad Asistencial, nº 13, pp. 204-210.
- PACOLET, J. et al. (1999): “Social protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway”, Office for official publications in the European Communities, Luxembourg.
- PEÑALVER CASTELLANO, R. (2000): “De los servicios sociales y de la salud a la atención sociosanitaria. Líneas de actuación en la Comunidad Valenciana”, ponencia presentada en I Jornadas sobre Atención Sociosanitaria, Escuela Valenciana de Estudios en Salud Pública, 14 y 15 de diciembre, Valencia.
- PESET, R. y BERNAT, G. (dirs.) (1998): Programa PALET: Cuidados y Calidad de Vida, Conselleria de Sanitat, IVESP, Valencia.
- PICÓ, J. (1990): Teorías sobre el Estado del Bienestar, Siglo XXI, Madrid.

- PICÓ, J. (1996): “Modelos sobre el Estado del bienestar. De la ideología a la práctica”, en CASILDA, R. y TORTOSA, J.M. (edit.): Pros y contras del Estado del Bienestar, Tecnos, Madrid, pp. 37-57.
- POLANYI, M. (1961): Ciencia, fe y sociedad. Tauros Ediciones, Madrid.
- PORTO, F. y RODRÍGUEZ, P. (dirs.) (1998): Evolución y extensión del servicio de ayuda a domicilio en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, Madrid.
- PRIETO ORZANCO, A. (dir.)(1994): Encuesta Nacional de Salud 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- PUGA, M^a D. y ABELLÁN, A. (2002): Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010. Fundación Pfizer, Madrid.
- RED CENTINELA (1999): “Estudio de la Fragilidad en Ancianos mediante el Índice de Katz”. Documento de trabajo, Red Centinela, Generalitat Valenciana.
- RENAU, J.; PÉREZ, I.; GOSÁLBEZ, E. y ALÓS, M. (1998): “Utilización inapropiada de la hospitalización: el AEP”. Mapfre Medicina, Vol. 9, nº 3, pp 197-206.
- RIBERA CASADO, J.M. y CRUZ JENTOFT, A. (1997): Geriatría en atención primaria. F. Uriach, Barcelona.
- RITTER, G. (1991): El Estado Social, su origen y desarrollo en una comparación internacional. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.
- ROCHER, G. (1990): Introducción a la sociología general. Herder, Barcelona.
- RÓDENAS, F. y GARCÉS, J. (1996): “Los servicios sociales generales”, en GARCÉS, J.; RÓDENAS, F.; SÁNCHEZ, S. y VERDEGUER, I.: Sistema político y administrativo de los servicios sociales, Tirant lo Blanch, Valencia.
- RODENAS, F. y otros (2000): “El sistema público de servicios sociales en la Comunidad Valenciana”, en GUTIÉRREZ, A. y GARCÉS, J. (coord.): Los servicios sociales en las Comunidades y Ciudades Autónomas. Tirant lo Blanch, Valencia, pp.761-836.

- RODRÍGUEZ, P. (2000): “La valoración gerontológica. Los instrumentos de valoración” en RODRÍGUEZ, P. y VALDIVIESO, C. (coord.): El Servicio de Ayuda a Domicilio. Editorial Médica Panamericana, Madrid, pp. 63-86.
- RODRÍGUEZ, P. (coord.) (1999): Residencias para personas mayores. Editorial médica Panamericana, Madrid.
- RODRÍGUEZ, P. y VALDIVIESO, C. (coord.) (2000): El servicio de ayuda a domicilio. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
- ROIZ, J. (1980): Introducción a la ciencia política. Análisis crítico de la teoría empírica contemporánea. Vicens-vives, Barcelona.
- ROMERO, J.; MORALES, A.; SALOM, J. y VERA, F. (coord.) (2001): La periferia emergente. La Comunidad Valenciana en la Europa de las regiones. Ariel Geografía, Barcelona.
- RUBIOL, G. (1980): Els serveis socials: organització i funcionament, Blume, Barcelona.
- SALTMAN, R. & FIGUERAS, J. (eds.) (1998): European health care reform: Analysis of current strategies, WHO – Regional Office for Europe, Open University Press, London.
- SÁNCHEZ DE HORCAJO, J.J. y UÑA, O. (1996): La sociología. Textos fundamentales, Ediciones Libertarias/Prodhufi, Madrid.
- SARASA, S. (1995): “La sociedad civil en la Europa del Sur”, en VV.AA.: El Estado del Bienestar en la Europa del Sur, CSIC, Madrid, pp. 157-186.
- SASTRE GARCÍA, V. (1997): Los discapacitados en la Comunidad Valenciana. Mapa social., Comité Econòmic i Social de la Comunidad Valenciana, Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales, EDICEP, Valencia.
- SCHNEIDER, U. (1999): “El seguro social de asistencia de larga duración de Alemania: diseño, implementación y evaluación”, Revista Internacional de Seguridad Social, vol. 52, nº 2, pp. 37-90.
- SEGURA, J. (1988): “Intervención pública y política de bienestar: El papel del Estado”, en GARCÍA DELGADO, J. (dir.): España. Economía. Espasa Calpe, Madrid.
- SETIÉN, M^a L. y ARRIOLA, M^a J. (1997): “Política social y servicios sociales”, en ALEMÁN, C. y GARCÉS, J. (coord.) Política Social, McGraw Hill, Madrid, pp. 323-353.

- SIMÓN ALFONSO, L. (2000): “La protección a la familia en Europa”, en SIMÓN, L. y REJADO, M^a M. (coord.): Familias y Bienestar Social, Tirant lo Blanch, Valencia, pp. 19-114.
- SOMERS, A.R. (1982): Community care for older people: A comparative perspective. MacMillan Press, London.
- THAN DANG, T.; ANTOLINI, P. & OXLEY, H. (2001): “Fiscal implications of ageing: Projections of age-related spending”, ECO/WKP (2001) 31, OECD, París.
- THERBORN, G. (1987): “Welfare states and capitalist markets”, *Acta Sociológica*, nº30, pp. 237-254.
- THERBORN, G. (1989): “Los retos del Estado de Bienestar: la contrarrevolución que fracasa, las causas de su enfermedad y la economía política de las presiones del cambio”, en MUÑOZ DE BUSTILLO, R. (comp.): Crisis y futuro del Estado de Bienestar, Alianza, Madrid, pp. 81-99.
- TIMUSS, R. (1963): Essays on the Welfare State. Allen and Unwin, Londres.
- TITMUSS, R. (1981): Política social. Ariel, Barcelona.
- TORRES LÓPEZ, J. (1995): Desigualdad y crisis económica. El reparto de la tarta. Sistema, Madrid.
- TOULMIN, S. (1977): La comprensión humana, Alianza, Madrid.
- UNITED NATIONS (1959): Development of National Social Welfare Programmes. New York.
- UNITED NATIONS (2000): Replacement Migration: is it a solution to declining and ageing populations?, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York.
- VALLÈS, E. y otros (1994): El model d'atenció socio-sanitària a Catalunya. Generalitat de Catalunya, Servei CATALÀ de la Salut, Barcelona.
- VILLALBA QUESADA, C. (2002): Abuelas cuidadoras. Tirant lo Blanch, Valencia.
- WAIDMANN, T.A. & MANTON, K.G. (1998): International evidence on disability trends among the elderly, Urban Institute, Duke University.

- WENGER DE LA TORRE, M^a. D. (1997): "Estado de Bienestar, políticas económicas actuales y vías alternativas", en ALEMÁN, C. y GARCÉS, J. (coord.) Política Social, McGraw Hill, Madrid, pp. 79- 99.
- WIENER, J.M.; ULLSTON, L.H. & HANLEY, R.J. (1994): Sharing the burden: Strategies for public and private long-term care insurance. The Brookings Institution, Washington.
- WILENSKY, H. Y LEBEAUX, C. (1965): Industrial Society and Social Welfare, The Free Press, New York.
- YESAVAGE, J. (1993): "Differential diagnosis between depresión and dementia", Am J Med, 94, supl 5^a, pp. 23-28.
- ZAFRA, E.; BALLESTER, M.; y GÓMEZ, M. (1998a): "El Programa PALET: Recursos asistenciales y cartera de servicios", en PESET, R. y BERNAT, G. (dirs.): Programa PALET. Cuidados y calidad de vida, Conselleria de Sanitat, Direcció General de Salut Pública, IVESP, Valencia, pp. 117-124.
- ZAFRA, E.; BALLESTER, M.; y GÓMEZ, M. (1998b): "El Programa PALET: Definición y Objetivos del Programa", en PESET, R. y BERNAT, G. (dirs.): Programa PALET. Cuidados y calidad de vida, Conselleria de Sanitat, Direcció General de Salut Pública, IVESP, Valencia, pp. 111-116.
- ZURRIAGA, O. y otros (1998): "Informe de la Red Centinela Sanitaria de la Comunidad Valenciana 1995-1996", Informes de Salud, nº 39, Conselleria de Sanidad, Direcció General de Salut Pública, Valencia.

7. ANEXOS.

En este punto se recogen dos anexos: en el primero de ellos, se puede consultar el *Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias (CNSS)* utilizado en el trabajo de campo; en el segundo, se encuentra la revisión del formato y de las preguntas del CNSS efectuada tras la prueba piloto.

**ANEXO 1. CUESTIONARIO DE NECESIDADES
SOCIOSANITARIAS (CNSS).**

CNSS

2001

Cuestionario de Necesidades Sociosanitarias de la Comunidad Valenciana

Nº Encuesta:

Nº Sujeto:
(no cumplimentar)

A. DATOS PERSONALES1.A. Fecha de nacimiento: 2.A. Edad:

3.A. Género:

Varón	<input type="checkbox"/> 1
Mujer	<input type="checkbox"/> 2

4.A. Número de miembros de la unidad familiar:

5.A Total de ingresos mensuales en el núcleo familiar:

Hasta 50.000	<input type="checkbox"/> 1
De 50.001 a 100.000	<input type="checkbox"/> 2
De 100.001 a 150.000	<input type="checkbox"/> 3
De 150.001 a 200.000	<input type="checkbox"/> 4
De 200.001 a 300.000	<input type="checkbox"/> 5
De 300.001 a 500.000	<input type="checkbox"/> 6
Más de 500.00	<input type="checkbox"/> 7
NS / NC	<input type="checkbox"/> 0

6.A. Tipo de ingresos del núcleo familiar y procedencia:

Rentas:

	SI	NO
(a) Rentas de capital (planes de ahorro, planes de pensiones, etc.).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(b) Rentas de trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(c) Rentas de bienes inmuebles	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(d) Rentas de explotaciones agrícolas o ganaderas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(e) Rentas procedentes de seguros (seguro de vida, accidente, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(f) Otras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(g) Cualquier tipo de renta (global)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Pensiones y prestaciones:

	SI	NO
(h) Pensión contributiva de jubilación	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(i) Pensión contributiva de jubilación anticipada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(j) Pensión contributiva de invalidez (total para el trabajo habitual).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(k) Pensión contributiva de invalidez (total para todo tipo de trabajo).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(l) Pensión contributiva de invalidez (absoluta)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(m) Pensión contributiva de invalidez (gran invalidez)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

(n) Pensión de viudedad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(ñ) Prestación familiar por hijo a cargo (> 18 años sin discapacidad).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(o) Prestación familiar por hijo a cargo (> 18 años con discapacidad)....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(p) Prestación familiar por hijo a cargo (< de 18 años con grado de discapacidad superior al 65%)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(q) Prestación familiar por hijo a cargo (< de 18 años con grado de discapacidad igual o superior al 75% y de necesidad de tercera persona).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(r) Prestación por desempleo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(s) Subsidio por desempleo (excepto mayores de 52 años)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(t) Subsidio por desempleo para mayores de 52 años	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(u) Pensión no contributiva de jubilación	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(v) Pensión no contributiva de invalidez sin ayuda de 3ª persona	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(w)Pensión no contributiva de invalidez con ayuda de tercera persona ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(x) Otras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(y) <i>Cualquier tipo de pensión y/o prestación (global)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Ayudas sociales:

	SI	NO
(z) Ayudas para el cuidado de ancianos/as desde el ámbito familiar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(aa) Ayudas para financiar estancias en Residencias de Tercera Edad (Bono-Residencia).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(ab) Ayudas para financiar la atención institucionalizada de otros grupos de población (discapacitados, enfermos mentales, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(ac) Ayudas para el desarrollo personal (mayores, discapacitados)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(ad) Otras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(ae) <i>Cualquier tipo de ayuda social (global)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

7.A. Cuantía de la pensión o ayuda social:

Pts.

8.A. Nivel de estudios:

Analfabeto/a	<input type="checkbox"/> 1
Sin estudios	<input type="checkbox"/> 2
Con estudios primarios	<input type="checkbox"/> 3
Estudios medios (bachiller, F.P. o similar)	<input type="checkbox"/> 4
Estudios superiores (titulación universitaria).....	<input type="checkbox"/> 5
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> 6
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

9.A. Situación laboral:

Ocupado	<input type="checkbox"/> 1
En paro	<input type="checkbox"/> 2
Estudiantes	<input type="checkbox"/> 3
Personas que se ocupan de su hogar	<input type="checkbox"/> 4
Otros tipos de inactivo	<input type="checkbox"/> 5
Jubilado/a	<input type="checkbox"/> 6
Incapacidad laboral temporal	<input type="checkbox"/> 7
Incapacidad laboral permanente	<input type="checkbox"/> 8
Otro tipo de pensionista	<input type="checkbox"/> 9
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

10.A. Condición Profesional:

Empleador con o sin asalariados	<input type="checkbox"/> 1
Miembros de una cooperativa	<input type="checkbox"/> 2
Ayuda familiar	<input type="checkbox"/> 3
Asalariados del sector público	<input type="checkbox"/> 4
Asalariados del Sector Privado	<input type="checkbox"/> 5
Otros	<input type="checkbox"/> 6

11.A. Ocupación:

Dirección de empresas y de la administración pública	<input type="checkbox"/> 1
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/> 2
Técnicos y profesionales de apoyo	<input type="checkbox"/> 3
Empleados de tipo administrativo	<input type="checkbox"/> 4
Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercio	<input type="checkbox"/> 5
Trabajadores cualificados en agricultura y pesca	<input type="checkbox"/> 6
Artesanos y trabajadores cualificados de industria manufacturera, construcción y minería, excepto operadores	<input type="checkbox"/> 7
Operadores de instalaciones y maquinaria; montadores	<input type="checkbox"/> 8
Trabajadores no cualificados	<input type="checkbox"/> 9
Fuerzas armadas	<input type="checkbox"/> 10
No clasificable	<input type="checkbox"/> 0

B. DIAGNÓSTICO CLÍNICO**12.B. Enfermedad diagnosticada:****Trastornos mentales:**

	SI	NO
(a) Demencia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(b) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(c) Alteraciones orgánicas mentales transitorias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(d) Alteraciones de la personalidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(e) Otras alteraciones psicóticas orgánicas crónicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(f) Alteraciones neuróticas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(g) Retraso mental	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(h) Alteraciones relacionadas con el alcohol	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(i) Enfermedades psicofisiológicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(j) Alteraciones relacionadas con otras sustancias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(k) Retraso específico del desarrollo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(l) Depresión	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(m) Sin especificar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(n) <i>Cualquier tipo de trastorno mental (global)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Enfermedades crónicas:

	SI	NO
(ñ) Aparato respiratorio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(o) Sistema nervioso y órganos sensoriales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(p) Aparato circulatorio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(q) Aparato genitourinario	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(r) Aparato muscular y esquelético de los tejidos conectivos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(s) Enfermedades endocrinas, nutritivas, metabólicas y trastornos de la inmunidad.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(t) Enfermedades infecciosas y parasitarias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(u) Sin especificar.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(v) <i>Cualquier tipo de enfermedad crónica (global)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Enfermedades agudas:

	SI	NO
(w) Aparato respiratorio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(x) Sistema nervioso y órganos sensoriales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(y) Aparato circulatorio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(z) Aparato genitourinario	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(aa) Aparato muscular y esquelético de los tejidos conectivos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(ab) Enfermedades endocrinas, nutritivas, metabólicas y trastornos de la inmunidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(ac) Enfermedades infecciosas y parasitarias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(ad) Cualquier tipo de enfermedad aguda (global)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Enfermedades degenerativas:

	SI	NO
(ae) Cualquier tipo de enfermedad degenerativa (global)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Enfermedades oncológicas:

	SI	NO
(af) Cualquier tipo de enfermedad oncológica (global)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

VIH/SIDA:

	SI	NO
(ag) Cualquier tipo de enfermedad asociada al VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Enfermedades congénitas:

	SI	NO
(ah) Cualquier tipo de enfermedad congénita (global)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Otras enfermedades:

	SI	NO
(ai) Cualquier tipo de enfermedad no recogida en otros apartados.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(aj) En caso afirmativo especificar		

13. B. Estadío de la enfermedad:

Libre de enfermedad	<input type="checkbox"/> 1
En tratamiento activo	<input type="checkbox"/> 2
En fase terminal.....	<input type="checkbox"/> 3
Enfermedad sin tratamiento	<input type="checkbox"/> 4

14.B. Procedimientos:

	SI	NO
(a) Nutrición enteral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(b) Nutrición parenteral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(c) Fluidoterapia-Med.IV	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(d) Medicación IM/SB/ID	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(e) Medicación oral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(f) Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(g) Terapias respiratorias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(h) Respiración asistida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(i) Fisioterapia respiratoria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(j) Fisioterapia funcional	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(k) Cuidados de ostomias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(l) Cuidados de traqueostomias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(m) Toraco-paracentesis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(n) Transfusión	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(o) Quimioterapia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(p) Radioterapia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(q) Biopsia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(r) Analítica arterial	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(s) Otras analíticas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(t) Diálisis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(u) Curas complejas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(v) Psicoterapia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(w) Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

C. CONDICIONES DE HABITABILIDAD, ACCESIBILIDAD Y ENTORNO DE LA VIVIENDA
--

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

15.C. La vivienda es:

Alquilada	<input type="checkbox"/> 1
De su propiedad	<input type="checkbox"/> 2
De la familia	<input type="checkbox"/> 3

16.C. Accesibilidad en la vivienda:

Toda la casa se encuentra en una planta y carece de barreras	<input type="checkbox"/> 1
La casa es de planta única, pero tiene escalones interiores u otras barreras	<input type="checkbox"/> 0
La vivienda tiene 2 o más plantas (carece de barreras)	<input type="checkbox"/> 1
La vivienda tiene 2 o más plantas (con barreras)	<input type="checkbox"/> 0

17.C. Calefacción:

Utiliza calefacción central (comunal)	<input type="checkbox"/> 1
Utiliza calefacción individual (central)	<input type="checkbox"/> 2
Utiliza radiadores individuales eléctricos o estufas de butano	<input type="checkbox"/> 3
Utiliza brasero	<input type="checkbox"/> 4
Utiliza chimenea o estufa de leña	<input type="checkbox"/> 5
Utiliza otra fuente de calor ("glorias", aire caliente...)	<input type="checkbox"/> 6
No utiliza ninguna	<input type="checkbox"/> 7

18.C. Teléfono:

Tiene	<input type="checkbox"/> 1
No tiene	<input type="checkbox"/> 0

19.C. Habitabilidad:

No tiene humedades	<input type="checkbox"/> 1
Tiene humedades	<input type="checkbox"/> 0
Bien ventilada	<input type="checkbox"/> 1
Insuficiente ventilación	<input type="checkbox"/> 0

20.C. Instalación eléctrica:

Es segura	<input type="checkbox"/> 1
Presenta riesgos (cables al exterior, interruptores en mal estado, electrodomésticos en malas condiciones...)	<input type="checkbox"/> 0
Los enchufes e interruptores son accesibles	<input type="checkbox"/> 1
Los enchufes e interruptores no son accesibles	<input type="checkbox"/> 0

21.C. Tiene:

En caso de respuesta afirmativa, contestar las preguntas señaladas entre paréntesis.

Aseo (preguntas 22C, 23C y 25C)	<input type="checkbox"/> 1
Cuarto de baño completo (con ducha y/o bañera) (preguntas 24C y 26C)	<input type="checkbox"/> 2
Ambos (de la pregunta 22C a la 26C)	<input type="checkbox"/> 3

22.C. Elementos del cuarto de aseo:

Tiene sólo W.C.	<input type="checkbox"/> 1
Tiene W.C. y lavabo	<input type="checkbox"/> 2
Tiene W.C., lavabo y bidet	<input type="checkbox"/> 3

23.C. Ubicación del cuarto de aseo:

Está dentro de la vivienda de la persona	<input type="checkbox"/> 1
Está fuera de la vivienda	<input type="checkbox"/> 0
En el mismo piso (planta)	<input type="checkbox"/> 1
En otro piso (planta)	<input type="checkbox"/> 0

24.C. Ubicación del cuarto de baño:

Está dentro de la vivienda de la persona	<input type="checkbox"/> 1
Está fuera de la vivienda	<input type="checkbox"/> 0
En el mismo piso	<input type="checkbox"/> 1
En otro piso	<input type="checkbox"/> 0

25.C. Condiciones del cuarto de aseo:

Es accesible en todos sus elementos	<input type="checkbox"/> 1
No es accesible en alguno (señalar: bañera, ducha, bidet, puerta...)	<input type="checkbox"/> 0
No precisa instalaciones especiales	<input type="checkbox"/> 1
Es inseguro y precisa instalación de ayudas técnicas (señalar: barras..)	<input type="checkbox"/> 0

26.C. Condiciones del cuarto de baño:

Es accesible en todos sus elementos	<input type="checkbox"/>	1
No es accesible en alguno (señalar: bañera, ducha, bidet, puerta...)	<input type="checkbox"/>	0
No precisa instalaciones especiales	<input type="checkbox"/>	1
Es inseguro y precisa instalación de ayudas técnicas (señalar: barras..)	<input type="checkbox"/>	0

27.C. Condiciones de la cocina:

Se encuentra situada en la misma planta	<input type="checkbox"/>	1
Se encuentra situada en otra planta	<input type="checkbox"/>	0
Es accesible en todos sus elementos	<input type="checkbox"/>	1
No es accesible en algunos (señalar: armarios, cocina, electrodomésticos...) .	<input type="checkbox"/>	0
No precisa instalaciones especiales	<input type="checkbox"/>	1
Precisa instalaciones especiales (señalar: asideros, barras, grifos, etc.)	<input type="checkbox"/>	0

28.C. Condiciones del dormitorio:

La cama es apropiada a las dificultades de la persona	<input type="checkbox"/>	1
Precisa instalación de ayudas para levantarse o acostarse	<input type="checkbox"/>	0

29.C. Suelo de la vivienda:

No presenta dificultades para la deambulación	<input type="checkbox"/>	1
Precisa instalaciones de asideros o barras para la deambulación (señalar dónde: pasillos, salón, dormitorio...)	<input type="checkbox"/>	0
No presenta riesgos	<input type="checkbox"/>	1
Presenta riesgos de accidentes (señalar cuáles: deslizante, tiene resaltes, escalones, desniveles, alfombras)	<input type="checkbox"/>	0

30.C. Iluminación:

Toda la casa está perfectamente iluminada	<input type="checkbox"/>	1
Escasa iluminación en algunos lugares (señalar cuáles: pasillos, recodos, cuarto de baño...)	<input type="checkbox"/>	0

31.C. La persona utiliza silla de ruedas:

	SI	NO
Hace uso de silla de ruedas para desplazarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	0

32.C. Sólo para las personas que precisan silla de ruedas:

SI NO

	SI	NO
El tamaño de las puertas es adecuado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tamaño de pasillos adecuado para deambulaci3n con silla de ruedas ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Espacio suficiente en ba1o para la deambulaci3n con silla de ruedas ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Espacio suficiente en dormitorio para deambulaci3n con silla de ruedas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Existen tramos de escaleras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

33.C. S3lo para quienes presentan discapacidades sensoriales, concretamente sordera. Valorar:

SI NO

	SI	NO
Posibilidad de instalar tel3fono para sordos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Conveniencia de instalar una luz que se encienda con el timbre de la puerta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

34.C. S3lo para quienes presentan discapacidades sensoriales, concretamente dificultades de visi3n o ceguera. Valorar:

SI NO

	SI	NO
Conveniencia de instalar iluminaci3n especial	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Posibilidad de instalar atril con lupa de lectura o monitor ampliador....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

ACCESIBILIDAD A LA VIVIENDA

35.C. Altura de la vivienda:

Vive en planta baja	<input type="checkbox"/> 1
Vive en piso alto con ascensor	<input type="checkbox"/> 2
Vive en piso alto y carece de ascensor	<input type="checkbox"/> 3

36.C. Portal de la vivienda

Totalmente accesible hasta el ascensor o hasta la puerta de entrada de la casa	<input type="checkbox"/> 1
Se han detectado barreras (señalar: escalones, desniveles, carencia de barandillas, ...)	<input type="checkbox"/> 0
Suficiente iluminación	<input type="checkbox"/> 1
Escasa iluminación	<input type="checkbox"/> 0

37.C. Sólo cuando se han detectado problemas de accesibilidad:

Los problemas de accesibilidad pueden ser resueltos con reparaciones, adaptaciones o instalaciones especiales	<input type="checkbox"/> 1
Imposibilidad de facilitar el acceso mediante adaptaciones	<input type="checkbox"/> 0

ENTORNO DE LA VIVIENDA

39.C. Ubicación de la vivienda

Está situada cerca de los lugares necesarios para la vida diaria (tiendas, parques, iglesia, centro de salud, etc.)	<input type="checkbox"/> 1
Es una vivienda aislada (no está integrada en el casco urbano)	<input type="checkbox"/> 0

39.C. Accesibilidad del entorno próximo:

La calle en la que está la vivienda es accesible (aceras suficientes, sin desniveles, asfalto bien conservado, etc.)	<input type="checkbox"/> 1
La calle es de difícil tránsito para la persona (en cuesta, aceras estrechas, coches obstruyendo el paso, mal estado de la calzada, ...)	<input type="checkbox"/> 0

40.C. Distancia con respecto a los allegados:

Vive en la misma casa	<input type="checkbox"/> 1
Algún familiar o persona allegada vive en el mismo edificio, aunque en otro piso	<input type="checkbox"/> 2
Vive cerca algún familiar próximo o persona allegada (menos de media hora de distancia)	<input type="checkbox"/> 3
Toda la familia vive a más de media hora de distancia	<input type="checkbox"/> 4

D. CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

ACTIVIDADES BÁSICAS (Barthel)

41.D. Control anal

Incontinente (o necesita enemas frecuentes)	<input type="checkbox"/> 0
Algún accidente (máximo 1 por semana)	<input type="checkbox"/> 1
Continente	<input type="checkbox"/> 2

42.D. Control Vesical

Incontinente, cateterizado o necesita ayuda	<input type="checkbox"/> 0
Algún accidente (máximo 1 cada 24 horas)	<input type="checkbox"/> 1
Continente (por más de 7 días)	<input type="checkbox"/> 2

43.D. Aseo personal

Necesita ayuda en aseo personal	<input type="checkbox"/> 0
Independiente para aseo cara/pelo/dientes/afeitado	<input type="checkbox"/> 1

44.D. Uso del retrete

Dependiente	<input type="checkbox"/> 0
Necesita ayuda pero puede hacer algo solo	<input type="checkbox"/> 1
Independiente (sentarse y levantarse, limpiarse y vestirse)	<input type="checkbox"/> 2

45.D. Baño

Dependiente	<input type="checkbox"/> 0
Independiente	<input type="checkbox"/> 1

46.D. Vestirse

Dependiente	<input type="checkbox"/> 0
Necesita ayuda pero puede hacer la mitad de las cosas sin ayuda	<input type="checkbox"/> 1
Independiente (incluye botones, cremalleras, zapatos, etc.)	<input type="checkbox"/> 2

47.D. Alimentación

Incapaz	<input type="checkbox"/> 0
Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.....	<input type="checkbox"/> 1
Independiente (la comida puede ser puesta a su alcance).....	<input type="checkbox"/> 2

48.D. Traslado cama/silla/cama

Incapaz (no tono postural)	<input type="checkbox"/> 0
Gran ayuda física (1 ó 2 personas), pero puede estar sentado (buen tono postural).....	<input type="checkbox"/> 1
Ayuda menor (verbal o física)	<input type="checkbox"/> 2
Independiente	<input type="checkbox"/> 3

49.D. Movilidad

Inmóvil	<input type="checkbox"/> 0
Independiente en silla de ruedas, incluyendo doblar esquinas, etc.	<input type="checkbox"/> 1
Anda con ayuda de una persona (verbal o física)	<input type="checkbox"/> 2
Independiente, se ayuda de prótesis si la necesita	<input type="checkbox"/> 3

50.D. Escaleras

Incapaz	<input type="checkbox"/> 0
Necesita ayuda (verbal o física, aún llevando bastón, ...)	<input type="checkbox"/> 1
Independiente para subir o bajar	<input type="checkbox"/> 2

Puntuación Total Barthel: _____

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES (Frenchay)

Referidas a los últimos tres meses

51.D. Cocinar

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
< 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> 2
1-2 veces por semana	<input type="checkbox"/> 3
Mayoría de los días	<input type="checkbox"/> 4

52.D. Lavar los platos

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
< 1 vez por semana	<input type="checkbox"/> 2
1-2 veces por semana	<input type="checkbox"/> 3
Mayoría de los días	<input type="checkbox"/> 4

53.D. Lavar ropa

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
1-2 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 2
3-12 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 3
Al menos una vez por semana	<input type="checkbox"/> 4

54.D. Trabajo doméstico ligero

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
1-2 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 2
3-12 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 3
Al menos una vez por semana	<input type="checkbox"/> 4

55.D. Trabajo doméstico pesado

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
1-2 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 2
3-12 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 3
Al menos una vez por semana	<input type="checkbox"/> 4

56.D Hacer la compra

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
1-2 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 2
3-12 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 3
Al menos una vez por semana	<input type="checkbox"/> 4

57.D. Salidas con amigos, cine

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
1-2 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 2
3-12 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 3
Al menos una vez por semana	<input type="checkbox"/> 4

58.D. Paseo > 15 minutos

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
1-2 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 2
3-12 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 3
Al menos una vez por semana	<input type="checkbox"/> 4

59.D. Tener un hobby

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
1-2 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 2
3-12 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 3
Al menos una vez por semana	<input type="checkbox"/> 4

60.D. Utilizar transporte (coche, autobús, tren)

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
1-2 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 2
3-12 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 3
Al menos una vez por semana	<input type="checkbox"/> 4

Referidas a los últimos seis meses**61.D. Salidas planificadas por ocio/placer (sólo o con amigos)**

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
1-2 veces en seis meses	<input type="checkbox"/> 2
3-12 veces en seis meses	<input type="checkbox"/> 3
Al menos una vez por semana	<input type="checkbox"/> 4

62.D. Jardinería

Ninguna actividad	<input type="checkbox"/> 1
Leve	<input type="checkbox"/> 2
Moderada	<input type="checkbox"/> 3
Toda la necesaria	<input type="checkbox"/> 4

63.D. Trabajo de bricolaje y/o cuidado del coche

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
1-2 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 2
3-12 veces en tres meses	<input type="checkbox"/> 3
Al menos una vez por semana	<input type="checkbox"/> 4

64.D. Lectura de libros

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
1 vez en seis meses	<input type="checkbox"/> 2
Menos de una vez en quince días	<input type="checkbox"/> 3
Una vez cada quince días	<input type="checkbox"/> 4

65.D. Trabajo remunerado

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Hasta 10 h. semanales	<input type="checkbox"/> 2
Entre 10-30 h. semanales	<input type="checkbox"/> 3
Más de 30 h. semanales	<input type="checkbox"/> 4

Puntuación Total Frenchay : _____

E. ESTADO COGNITIVO Y EMOCIONAL

EXAMEN COGNOSCITIVO (LOBO Y COLS.)

**ORIENTACIÓN
PUNTOS**

66.E. "Dígame el día fecha mes estación año"	<input type="checkbox"/> 5
67.E. "Dígame dónde estamos planta ciudad provincia nación"	<input type="checkbox"/> 5

FIJACIÓN

68.E. Repita estas 3 palabras: "peseta – caballo - manzana" (repetirlas hasta que las aprenda)	<input type="checkbox"/> 3
---	----------------------------

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

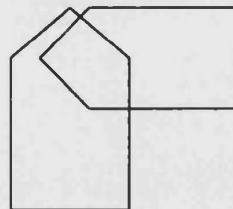
69.E. "Si tiene 30 Ptas. y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?..."	<input type="checkbox"/> 5
70.E. "Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda) "Ahora hacia atrás"	<input type="checkbox"/> 3

MEMORIA

71.E. "¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?"	<input type="checkbox"/> 3
---	----------------------------

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

72.E. Mostrar un bolígrafo: "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj	<input type="checkbox"/> 2
73.E. "Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros"	<input type="checkbox"/> 1
74.E. "Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?, ¿qué son el rojo y el verde?" "¿Qué son un perro y un gato?"	<input type="checkbox"/> 2
75.E. "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa"	<input type="checkbox"/> 3
76.E. "Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS	<input type="checkbox"/> 1
77.E. "Escriba una frase"	<input type="checkbox"/> 1
78.E "Copie este dibujo"	<input type="checkbox"/> 1



PUNTUACIÓN TOTAL	
-------------------------------	--

Nivel de conciencia

Coma	<input type="checkbox"/> 1
Estupor	<input type="checkbox"/> 2
Obnubilación	<input type="checkbox"/> 3
Alerta	<input type="checkbox"/> 4

ESCALA DE DEPRESIÓN

	SI	NO
79.E. ¿Está básicamente satisfecho de su vida?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
80.E. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
81.E. ¿Siente que su vida está vacía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
82.E. ¿Se siente a menudo aburrido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
83.E. ¿Está de buen talante la mayor parte del día?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
84.E. ¿Tiene miedo a que le suceda algo malo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
85.E. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
86.E. ¿Se siente a menudo sin esperanza?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
87.E. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas? ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
88.E. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría? ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
89.E. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
90.E. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
91.E. ¿Piensa que su situación es desesperada?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
92.E. ¿Se siente lleno de energía?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
93.E. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Valoración (puntuación total) :

F. APOYO SOCIAL**94.F. ¿Cuál es su estado civil?**

Soltero/a	<input type="checkbox"/> 1
Casado/a	<input type="checkbox"/> 2
Viudo/a	<input type="checkbox"/> 3
Separado/a	<input type="checkbox"/> 4
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

95.F. ¿Quién vive con Ud.? (Respuesta múltiple)

	SI	NO
(a) Nadie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(b) Esposo/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(c) Hijo/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(d) Nietos/as	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(e) Padres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(f) Hermanos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(g) Otros familiares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(h) Amigo/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(i) Empleada/o de hogar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(j) Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

96.F. En el último año, ¿con qué frecuencia ha salido Ud. de casa para visitar a su familia y/o amistades durante los fines de semana o en vacaciones, o para ir de compras o de excursión?

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Sólo en fiestas señaladas (Navidades, cumpleaños)	<input type="checkbox"/> 2
Durante las vacaciones	<input type="checkbox"/> 3
Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> 4
De una a tres veces al mes	<input type="checkbox"/> 5
Una o más veces a la semana	<input type="checkbox"/> 6
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

97.F. ¿A cuántas personas conoce lo suficiente y tiene la confianza como para visitarles en su casa?

A ninguna	<input type="checkbox"/> 1
Una o dos	<input type="checkbox"/> 2
De tres a cuatro	<input type="checkbox"/> 3
A cinco o más	<input type="checkbox"/> 4
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

98.F. ¿Con qué frecuencia habló la semana pasada por teléfono, ya sea con familiares, amistades u otros? (Hacer esta pregunta aunque la persona no tenga teléfono).

Ninguna vez	<input type="checkbox"/> 1
Una vez/semana.....	<input type="checkbox"/> 2
Dos veces/semana.....	<input type="checkbox"/> 3
Una o más veces al día	<input type="checkbox"/> 4
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

99.F. En la última semana, ¿cuántas veces pasó algún tiempo con alguien que no vive con Ud.; es decir, les visitó Ud. o ellos vinieron a verle o salieron juntos para pasear, tomar un café, acudir a un espectáculo o realizar cualquier otra actividad?

A ninguna	<input type="checkbox"/> 1
Una o dos	<input type="checkbox"/> 2
De tres a cuatro	<input type="checkbox"/> 3
A cinco o más	<input type="checkbox"/> 4
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

100.F. ¿Existe alguien en quien Ud. tenga confianza?

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 2
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

101.F. ¿Con qué frecuencia se siente Ud. solo/a?

Siempre	<input type="checkbox"/> 1
A menudo	<input type="checkbox"/> 2
A veces	<input type="checkbox"/> 3
Nunca	<input type="checkbox"/> 4
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

102.F. ¿Ve a sus familiares y amistades tan a menudo como quisiera, o, por el contrario, se siente un poco triste por lo poco que los frecuenta?

Los veo tan a menudo como quiero	<input type="checkbox"/> 1
Me siento algo triste por la poca frecuencia	<input type="checkbox"/> 2
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

103.F. ¿Existe alguien que Ud. cree que le prestaría ayuda si Ud. estuviera más enfermo/a que ahora o quedara gravemente discapacitado/a, ya sea su pareja, hijos, otro familiar, etc.?. En caso de respuesta afirmativa, contestar las preguntas 104F y 105F.

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 2
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

104.F. Y ese alguien, ¿cuidaría de Ud. todo el tiempo que necesite, o sólo durante cierto tiempo, o bien de manera ocasional (hacerle alguna comida, acompañarle al médico)?

Me ayudaría de vez en cuando o de forma ocasional	<input type="checkbox"/> 1
Me ayudaría durante una temporada (hasta 6 meses)	<input type="checkbox"/> 2
Me cuidaría todo el tiempo preciso.....	<input type="checkbox"/> 3
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

105.F. ¿Quién es esa persona que Ud. cree que le ayudaría?

Nombre	
Parentesco.....	
Género.....	
Edad	

106.F. ¿Recibe algún tipo de ayuda formal? (Respuesta múltiple).

Recursos sociales:

	SI	NO
(a) Centros especializados de atención a mayores (CEAM)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(b) Centros de rehabilitación e integración social (CRIS)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(c) Centros de día (discapacitados y mayores)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(d) Centros ocupacionales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(e) Teleasistencia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(f) Ayuda a domicilio (SAD)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(g) Ayudas para el cuidado de ancianos en el ámbito familiar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(h) Federaciones de discapacitados (asociaciones de espina bífida, síndrome de Down, parálisis cerebral, retraso mental, esclerosis múltiple, parkinson, Alzheimer, tetraplejias,...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(i) Residencias (discapacitados y mayores)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(j) <i>Cualquier tipo de recurso social (global)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Recursos sanitarios:

	SI	NO
(k) Unidades de hospitalización domiciliaria (UHD)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(l) Unidades médicas de corta estancia (UMCE)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(m) Hospital de atención a crónicos y larga estancia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(n) Unidad de hospitalización psiquiátrica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(ñ) Unidades de salud mental	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(o) Unidades de conductas adictivas (UCAS)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(p) Otros (p.e. hospital de día, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(q) <i>Cualquier tipo de recurso sanitario (global)</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

G. CUIDADOR**107.G. Tiene cuidador**

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

108.G .Edad:

109.G. Género:

Varón	<input type="checkbox"/> 1
Mujer	<input type="checkbox"/> 2

110.G. Nivel de estudios:

Analfabeto/a	<input type="checkbox"/> 1
Sin estudios	<input type="checkbox"/> 2
Con estudios primarios	<input type="checkbox"/> 3
Estudios medios (bachiller, F.P. o similar)	<input type="checkbox"/> 4
Estudios superiores (titulación universitaria)	<input type="checkbox"/> 5
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> 6

111.G. Situación laboral :

Ocupado	<input type="checkbox"/> 1
En paro	<input type="checkbox"/> 2
Estudiantes	<input type="checkbox"/> 3
Personas que se ocupan de su hogar	<input type="checkbox"/> 4
Otros tipos de inactivo	<input type="checkbox"/> 5
Jubilado/a	<input type="checkbox"/> 6
Incapacidad laboral temporal	<input type="checkbox"/> 7
Incapacidad laboral permanente	<input type="checkbox"/> 8
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

112.G. Condición Profesional:

Empleador con o sin asalariados	<input type="checkbox"/> 1
Miembros de una cooperativa	<input type="checkbox"/> 2
Ayuda familiar.....	<input type="checkbox"/> 3
Asalariados del sector público	<input type="checkbox"/> 4
Asalariados del sector privado	<input type="checkbox"/> 5
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> 6

113.G. Ocupación:

Dirección de empresas y de la administración pública	<input type="checkbox"/> 1
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/> 2
Técnicos y profesionales de apoyo	<input type="checkbox"/> 3
Empleados de tipo administrativo	<input type="checkbox"/> 4
Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercio	<input type="checkbox"/> 5
Trabajadores cualificados en agricultura y pesca.....	<input type="checkbox"/> 6
Artesanos y trabajadores cualificados de industria manufacturera, construcción y minería excepto operadores	<input type="checkbox"/> 7
Operadores de instalaciones y maquinaria; montadores	<input type="checkbox"/> 8
Trabajadores no cualificados	<input type="checkbox"/> 9
Fuerzas armadas	<input type="checkbox"/> 10
No clasificable	<input type="checkbox"/> 0

114.G. Responda a estas cuestiones en torno a aquellas consecuencias que a usted le ocurren por tener que ayudar a la persona que cuida: (Respuesta múltiple).

	SI	NO
(a) No puede plantearse el trabajar fuera de casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(b) Ha tenido que dejar de trabajar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(c) Ha tenido que reducir su jornada de trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(d) Ha tenido que reducir su tiempo de ocio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(e) No puede ir de vacaciones	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(f) No dispone de tiempo para cuidar otras personas como le gustaría (p.e. los hijos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(g) Tiene conflictos con su pareja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(h) No tiene tiempo para frecuentar a sus amistades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(i) No tiene tiempo para cuidar de sí mismo/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(j) Se encuentra cansado/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(k) Se siente deprimido/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(l) Tiene problemas económicos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(m) Deteriora su salud	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
(n) Otras (especificar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

115.G. ¿Qué tipo de relación le vincula a la persona que cuida?.

La persona cuidada es su:

Padres	<input type="checkbox"/> 1
Hermano/a	<input type="checkbox"/> 2
Cónyuge	<input type="checkbox"/> 3
Hijo/a	<input type="checkbox"/> 4
Sobrino/a	<input type="checkbox"/> 5
Abuelo/a	<input type="checkbox"/> 6
Nuera/Yerno	<input type="checkbox"/> 7
Otros familiares de su misma generación	<input type="checkbox"/> 8
Otros familiares de alguna generación posterior	<input type="checkbox"/> 9
Amigo/a	<input type="checkbox"/> 10
Vecino/a	<input type="checkbox"/> 11
Suegra/Suegro	<input type="checkbox"/> 12
Tío/tía	<input type="checkbox"/> 13
Persona contratante	<input type="checkbox"/> 14
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> 15
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

**116.G. ¿Qué persona le ayuda en mayor medida en sus tareas de cuidador?.
Señalar uno.**

Cónyuge	<input type="checkbox"/> 1
Hijos	<input type="checkbox"/> 2
Hijas	<input type="checkbox"/> 3
Padre	<input type="checkbox"/> 4
Madre	<input type="checkbox"/> 5
Hermanas	<input type="checkbox"/> 6
Hermanos	<input type="checkbox"/> 7
Nuera	<input type="checkbox"/> 8
Yerno	<input type="checkbox"/> 9
Otros familiares de su misma generación	<input type="checkbox"/> 10
Otros familiares de una generación posterior	<input type="checkbox"/> 11
Amigos/as	<input type="checkbox"/> 12
Ninguno	<input type="checkbox"/> 13
Cuidador/a contratado/a	<input type="checkbox"/> 14
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> 15
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

117.G. ¿Por qué razón no recibe usted ayuda de sus familiares para el cuidado de la persona a la que atiende?.

Señale las dos razones más importantes.

Razón: 1ª / 2ª

Yo solo/a me valgo. No necesito de otros/as	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 1
No pueden hacerlo porque tienen mucho trabajo	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 2
No pueden hacerlo porque viven lejos, aunque en la misma ciudad	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 3
No pueden hacerlo porque viven en otra ciudad	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 4
No lo hacen porque no quieren	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 5
No lo hacen porque piensan que esa tarea me corresponde a mí	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 6
Otra (especificar)	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 7
NS/NC	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 0

118.G. ¿Qué grado de confianza tiene con los vecinos para solicitar apoyo en el cuidado de la persona a la que atiende, en un momento dado? (urgencia, salida puntual, etc.) :

Nada	<input type="checkbox"/> 1
Poco	<input type="checkbox"/> 2
Bastante	<input type="checkbox"/> 3
Mucho	<input type="checkbox"/> 4
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

119.G. ¿Está satisfecho/a con los servicios institucionales de apoyo que recibe?

No los necesita	<input type="checkbox"/> 1
Muy poco	<input type="checkbox"/> 2
Poco	<input type="checkbox"/> 3
Bastante	<input type="checkbox"/> 4
Mucho	<input type="checkbox"/> 5
NS/NC	<input type="checkbox"/> 0

Condiciones del pase del cuestionario

.....

.....

.....

Lugar donde se
pasa la encuesta
(recurso):

Municipio,
comarca y
Provincia
(recurso)

Área de salud
(recurso)

Lugar de
residencia
habitual (del
entrevistado)

Municipio,
comarca y
provincia (del
domicilio del
entrevistado)

Área de salud
(del domicilio del
entrevistado)

ANEXO 2. REVISIÓN DEL FORMATO Y PREGUNTAS DEL CNSS.

Tras el estudio piloto se revisó el formato y la formulación de algunas preguntas. Entre las modificaciones introducidas en el formato del CNSS cabe destacar la numeración consecutiva de todas las preguntas y la inclusión, al lado de cada número, de la letra mayúscula correspondiente a la sección. Asimismo, cada categoría se acompañó del código que posteriormente se introdujo en la base de datos informatizada, facilitando de esta forma la mecanización de datos y disminuyendo la posibilidad de cometer errores en esta fase del trabajo.

Con relación a la revisión de las preguntas, en el siguiente cuadro se recogen las preguntas modificadas, presentado la información en función de las secciones del CNSS y mostrando los cambios introducidos en la versión definitiva.

CUADRO 8. MODIFICACIÓN DE PREGUNTAS DEL CNSS.

Sección	Pregunta	Cambios introducidos en la versión definitiva
A. DATOS PERSONALES.	6.A. Tipo de ingresos del núcleo familiar y procedencia	Se establecieron tres nuevas categorías: “cualquier tipo de renta”, “cualquier tipo de pensión y/o prestación” y “cualquier tipo de ayuda social”.
	8.A. Nivel de estudios	Se incluyó la categoría “analfabeto/a”.
	9.A. Situación laboral	Se introdujeron cuatro categorías, basadas en la clasificación del Instituto Nacional de Estadística: “otros tipos de inactivo”, “estudiantes”, “personas que se ocupan de su hogar” y “otros tipos de pensionistas”.
	10.A. Condición profesional	Pregunta nueva, utilizando como referencia la clasificación del Instituto Nacional de Estadística.
	11.A. Ocupación	Pregunta nueva, utilizando como referencia la clasificación del Instituto Nacional de Estadística.

B. DIAGNÓSTICO CLÍNICO.	12.B. Enfermedad diagnosticada	Se establecieron dos nuevas categorías: “cualquier tipo de trastorno mental” y “cualquier tipo de enfermedad crónica”.
	13.B. Estadío de la enfermedad	Pregunta nueva.
	14.B. Procedimientos	Se incluyeron cinco nuevos procedimientos: “medicación oral”, “radioterapia”, “otras analíticas”, “diálisis” y “psicoterapia”.
C. CONDICIONES DE HABITABILIDAD, ACCESIBILIDAD Y ENTORNO DE LA VIVIENDA.	16.C. Accesibilidad a la vivienda	En esta pregunta se diferenció entre las viviendas de dos o más plantas con barreras de aquellas que carecían de éstas.
	21.C. a 26.C. Relativas al cuarto de aseo y al cuarto de baño.	Estas preguntas se han reorganizado, se introdujo una nueva pregunta sobre el tipo de instalación que tenía la persona entrevistada (con tres categorías “cuarto de aseo”, “cuarto de baño” y “ambos”), y a continuación se les preguntó por los elementos del cuarto de aseo, y la ubicación y condiciones de ambos.
	27.C. Condiciones de la cocina	Se diferenció si ésta estaba ubicada en la misma planta o en otra, y se incluyó una nueva categoría: “no precisa instalaciones especiales”.
	28.C. Condiciones del dormitorio	Se convirtió en una pregunta dicotómica, recogiendo si la cama es apropiada o si precisa instalaciones para levantarse o acostarse.
	31.C. La persona entrevistada utiliza o no silla de ruedas	Pregunta nueva.
	32.C. Sólo para las personas que precisan silla de ruedas	En esta pregunta se subdividió una de las categorías, distinguiendo entre la existencia de “espacio suficiente para deambular en baño” y “en dormitorio”.
	33.C. y 34.C. Para personas con discapacidades sensoriales	La pregunta inicial dio origen a dos preguntas distintas, una destinada a personas sordas y otra a personas con dificultades de visión o ciegas.
	36.C. Portal de la vivienda	Se incluyó una nueva categoría: “suficiente iluminación”.
	40.C. Distancia con respecto a los allegados	Se subdividió una de las categorías para diferencias entre “vivir en la misma casa” y “vivir en el mismo edificio, aunque en otro piso”.

D. CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.	41.D. a 50.D. ABVD (Test de Barthel)	Se eliminaron todas las observaciones, recogiendo sólo las preguntas y un apartado final donde indicar la puntuación obtenida por el entrevistado. Dichas observaciones se incluyeron en los criterios de cumplimentación del cuestionario.
	51.D. a 65.D. AIVD	Se cambió el test de Lawton y Brody por el de Frenchay, ya que este último permite compensar parte de los sesgos de género vinculados a la estructura y contenido del primero.
E. ESTADO COGNITIVO Y EMOCIONAL	79.E. a 93.E Escala de depresión	Se eliminó el comentario relativo a la descripción de las puntuaciones, y sólo se recoge la puntuación obtenida.
F. APOYO SOCIAL.	101.F. ¿Con qué frecuencia se siente Ud. solo/a?	Se introdujo una nueva categoría: "siempre"; y se modificó otra: "casi nunca", que se transformó en "nunca".
	105.F. ¿Quién es esa persona que Ud. cree que le ayudaría?	Se incluyó la categoría "género".
	106.F. ¿Recibe algún tipo de ayuda formal?	Se establecieron dos nuevas categorías: "cualquier tipo de recurso social" y "cualquier tipo de recurso sanitario".
G. CUIDADOR.	107.G Tener cuidador	Esta sección se inicia recogiendo de forma explícita si existe o no cuidador real.
	110.G. Nivel de estudios	Se establecieron las mismas categorías que en la sección A del cuestionario.
	111.G. Situación laboral	Se establecieron las mismas categorías que en la sección A del cuestionario.
	112.G. Condición profesional	Se eliminó la pregunta sobre la "categoría profesional del cabeza de familia y de la persona discapacitada", y se incluyó esta nueva pregunta con las mismas categorías que en la sección A del cuestionario.
	113.G. Ocupación	Se introdujo esta nueva pregunta, con las mismas categorías que las establecidas en la sección A del cuestionario.
	115.G. ¿Qué tipo de relación le vincula a la persona que cuida?	Se introdujeron cuatro nuevas categorías: "nuera/yerno", "suegra/suegro", "tío/tía" y "persona contratante". Además, se agruparon las categorías "padres" (padre y madre) y "cónyuge" (marido y esposa).

116.G. ¿Qué persona le ayuda en mayor medida en sus tareas de cuidador?

Se incluyeron tres categorías más: “nuera”, “yerno” y “cuidador/a contratado/a”.

Fuente: Elaboración propia, 2001.

Al final del cuestionario, se dejó un espacio para observaciones relativas a las condiciones en las que se realizó el pase (por ejemplo, quienes estaban presentes, incidentes que se produjeron durante la cumplimentación del cuestionario o actitudes de las personas entrevistadas y de sus cuidadores). Asimismo, se introdujeron seis preguntas abiertas para recoger la siguiente información: lugar donde se realiza la encuesta (tipo de recurso); municipio, comarca y provincia donde se encuentra situado el recurso; área de salud en la que se encuentra el recurso; lugar de residencia habitual del entrevistado (calle/plaza, número, puerta, etc.); municipio, comarca y provincia del domicilio del entrevistado; y área de salud de dicho domicilio.

