

# TERCERA EDAD

Leire GÓMEZ FIDALGO

## LOS RIESGOS DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN LAS PERSONAS MAYORES

TFG/*GBL* 2014



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales  
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Grado en Trabajo Social



# Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado  
Gradu Bukaerako Lana

***LOS RIESGOS DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN LAS  
PERSONAS MAYORES***

Leire GÓMEZ FIDALGO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES  
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA  
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**



**Estudiante / Ikaslea**

Leire GÓMEZ FIDALGO

**Título / Izenburua**

Los riesgos de exclusión social en las personas mayores

**Grado / Gradu**

Grado en Trabajo Social/Gradua gizarte lanean

**Centro / Ikastegia**

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea  
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

**Director-a / Zuzendaria**

Francisco Javier YOLDI IDOY

**Departamento / Saila**

Departamento de Trabajo Social/Gizarte lanean saila

**Curso académico / Ikasturte akademikoa**

2013/2014

**Semestre / Seihilekoa**

Primavera / Udaberrik



## **Resumen**

La sociedad está envejeciendo, cada vez es mayor el número de personas por encima de los 65 años y se ve necesario un estudio de los principales factores que pueden situar a este colectivo en una situación de riesgo de exclusión social. A través de este texto no sólo se expondrá la visión de otros autores respecto a la exclusión social y los recursos y legislación existentes para estas personas. También se recogerá un análisis sobre el ámbito socio-sanitario, económico, social y convivencial, residencial o de vivienda y educativo o laboral en España y Navarra, y, especialmente, en la Residencia Amma Oblatas de Pamplona.

*Palabras clave:* Exclusión social, personas mayores, envejecimiento, factores de riesgo, edad.

## **Abstract**

Society is aging, the number of people above the age of 65 is growing and is required a study of the main factors that can place this group in risk of social exclusion. Through this text won't be only exposed the vision of other authors on social exclusion and resources and legislation for these people. Also, will show an analysis of the socio-sanitary, economic, social and convivial field, residential or housing and educational or labour in Spain and Navarre, and, especially, in the elder residence Amma Oblates of Pamplona.

*Keywords:* Social exclusion, elder people, aging, risk factors, age.





## Índice

### Introducción

### Justificación

### Objetivos

<b>1. Marco teórico</b>	<b>5</b>
1.1. Exclusión social	5
1.1.1. Exclusión social como concepto	8
1.1.2. Dimensiones y factores generadores de exclusión social	9
1.1.3. Grupos vulnerables de sufrir exclusión	11
1.2. Personas mayores	12
1.3. Recursos	13
1.3.1. ANAP (Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas)	16
1.4. Marco legislativo de referencia	17
1.4.1. Código deontológico de Trabajo Social	18
1.5. Planes de actuación	19
<b>2. Situación actual en España y Navarra de la población mayor</b>	<b>22</b>
2.1. Envejecimiento de la población	22
2.2. Datos generales de la población mayor en Navarra	23
<b>3. Factores de riesgo en la tercera edad</b>	<b>25</b>
3.1. Factores sociosanitarios	25
3.1.1. Población mayor dependiente en Navarra	26
3.1.2. Dependencia social	30
3.1.3. Salud mental	31
3.2. Factores económicos	32
3.2.1. Tasa de riesgo de pobreza	33
3.2.2. Feminización de la pobreza	34
3.2.3. Pensiones de las personas mayores	35
3.3. Factores sociales y convivenciales	36
3.3.1. Tipos de hogares	36
3.3.2. Actividades de ocio y tiempo libre	38
3.4. Factor residencial o de vivienda	39

---

3.4.1. Vivienda	39
3.4.2. Opciones alternativas a la vivienda	40
3.5. Factor educativo o laboral	41
3.5.1. Analfabetismo	41
3.5.2. Tecnologías de la información y la comunicación (TICs)	42
<b>4. Descripción del centro donde se realizará el análisis: centro residencial Amma Oblatas</b>	<b>44</b>
4.1. La residencia Amma Oblatas	45
4.2. Perfil de la población atendida	47
4.3. El grupo	47
4.4. Misión, visión y valores	49
4.5. Convenios y legislación de referencia para Amma (Navarra)	50
4.6. SAP	51
4.7. Consejo de participación	51
4.8. Departamento de trabajo social	53
<b>5. Metodología</b>	<b>55</b>
<b>6. Análisis de datos en la residencia Amma Oblatas</b>	<b>57</b>
6.1. Factores sociosanitarios	57
6.1.1. Edad	57
6.1.2. Grado de dependencia	58
6.1.3. Salud mental	59
6.2. Factores económicos	61
6.2.1. Tipos de pensiones	61
6.2.2. Prestación vinculada al servicio y plaza concertada	62
6.3. Factor residencial o de vivienda	63
6.4. Factor educativo o laboral	64
6.5. Factores sociales y convivenciales	65
6.6. Historia de vida	66
6.7. Análisis de caso	68
<b>Conclusiones</b>	
<b>Bibliografía</b>	
<b>Anexos</b>	

## **Introducción:**

A través del presente trabajo se pretende realizar un análisis sobre los diferentes factores de riesgo de exclusión social en las personas mayores y su incidencia en un grupo de residentes del centro Amma Oblatas de Pamplona.

De ahora en adelante, al hablar de personas mayores, y ya que es uno de los nombres utilizados en sustitución al de tercera edad, se hará referencia a personas mayores de 65 años.

Como se mencionará en el apartado de “características generales de la población en España y Navarra”, la población mayor está aumentando progresivamente, se está produciendo un “envejecimiento del envejecimiento”, al que ya se hará referencia más adelante.

Este documento nace desde la idea de que cada vez más, las personas mayores se van alejando de la inclusión que hasta hace no muchos años han vivido. Este aspecto es algo sobre lo que es importante trabajar debido a ese envejecimiento que va en aumento e implica una mayor utilización de los recursos sociales.

Históricamente, las personas mayores eran un gran referente para el resto de la población. Es bien sabido que, aunque muchas de ellas no tuvieron las mismas oportunidades que los jóvenes en la actualidad para realizar unos estudios, especialmente estudios superiores, su sabiduría era inmensa y nutrían de enseñanzas a los demás.

Pero con la llegada de las nuevas tecnologías a nuestras vidas, especialmente internet, este hecho está cambiando. Este colectivo cada vez sufre de una invisibilización mayor, ya no se les ve tan “necesarios” en nuestras vidas y esto afecta a sus soportes familiares y sociales. Con la llegada de la crisis, muchas personas han decidido vivir con sus familiares mayores, pero no necesariamente implica que sus apoyos familiares mejoren. Es más, en algunos casos incluso se ha conseguido el efecto contrario ya que muchas ayudas económicas que deberían ser para el apoyo de la persona mayor, o los propios recursos de estas personas, los han estado utilizado las familias para su propio beneficio.

Como bien se ha dicho, muchas de estas personas no han tenido oportunidades de continuar sus estudios, y según aumenta el rango de edad, especialmente a partir de los 60 años, como veremos más adelante, el nivel de analfabetismo es mayor.

Es cierto también que estas personas son más vulnerables a la exclusión social por su pérdida de salud progresiva y disminución de medios económicos al abandonar el mercado de trabajo.

En cuanto al mantenimiento de las pensiones de estas personas mayores, hay que tener en cuenta que la pirámide de población se está invirtiendo, cada vez hay menos personas jóvenes. Esto, sumado a la tasa de paro con la que nos encontramos debido a la crisis implica una mayor dificultad a la hora de cubrir con las contribuciones la cuantía de las pensiones.

Otro aspecto generador de inclusión o exclusión social es la salud, ya veremos que con la llegada de la vejez la salud va disminuyendo, aumentando también las personas dependientes y el riesgo de exclusión social.

**Justificación:**

La decisión principal de elaborar este trabajo en base a este tema es mi interés por el colectivo de personas mayores de 65 años.

La selección de temas para este trabajo se realizó a través del expediente académico de cada alumno, habiendo únicamente un número de plazas concretas para cada tema. Mi idea era escoger el tema de tercera edad o dependencia pero en el momento de mi elección no quedaban plazas para el área que yo quería. Decidí elegir la exclusión social.

En un principio pensé realizarlo sobre la exclusión social en las personas dependientes, aunque al ver que era un tema demasiado concreto y sin lugar a demasiado análisis me planteé que quizás sería mejor hacerlo más amplio y de la población mayor en general.

Siempre he pensado que cada vez nos olvidamos más de las personas mayores y están muy invisibilizados, que en el pasado se les daba mucho más valor que en la actualidad.

Creo que los recursos que existen en la actualidad para estas personas son muy amplios pero no son suficientes para el envejecimiento de la población que se está sufriendo y además, no terminan de cubrir las situaciones que pueden generar situaciones de riesgo. Por ello he pensado analizar la incidencia que pueden tener en las personas mayores los principales factores de riesgo tanto en España o Navarra, como en la residencia Amma Oblatas de Pamplona.

**Objetivos:**

A través de este trabajo se pretende conseguir los siguientes objetivos:

- **Objetivos generales:**
  - **Objetivo general número 1:** Conocer la situación actual y los principales factores de riesgo de exclusión social en las personas mayores
  - **Objetivo general número 2:** Realizar un análisis de los factores de riesgo en un grupo de residentes del centro Amma Oblatas
- **Objetivos específicos:**
  - **Respecto al objetivo general número 1:**
    - a) Revisar los factores de riesgo propuestos por otros autores
    - b) Conocer la legislación, recursos y planes de Navarra para paliar o disminuir los riesgos de exclusión social en las personas mayores
    - c) Analizar la situación actual en España y en Navarra de la población mayor
    - d) Realizar un análisis de cada factor de riesgo
  - **Respecto al objetivo general número 2:**
    - a) Extracción de datos a través de expedientes e historias de vida de usuarios del centro del análisis

## **1. MARCO TEÓRICO:**

Antes de adentrarse en otra serie de cuestiones, es importante conocer bien los dos términos que van a tener un papel muy importante en el tema que se va a tratar. Exclusión social y personas mayores.

### **1.1. Exclusión social:**

Definir cualquier término propio de las ciencias sociales supone un gran reto, los conceptos presentes en estos estudios están cargados de subjetividad y nunca quedarán tan claros en sus definiciones como por ejemplo, los que se pueden encontrar en las ciencias físicas.

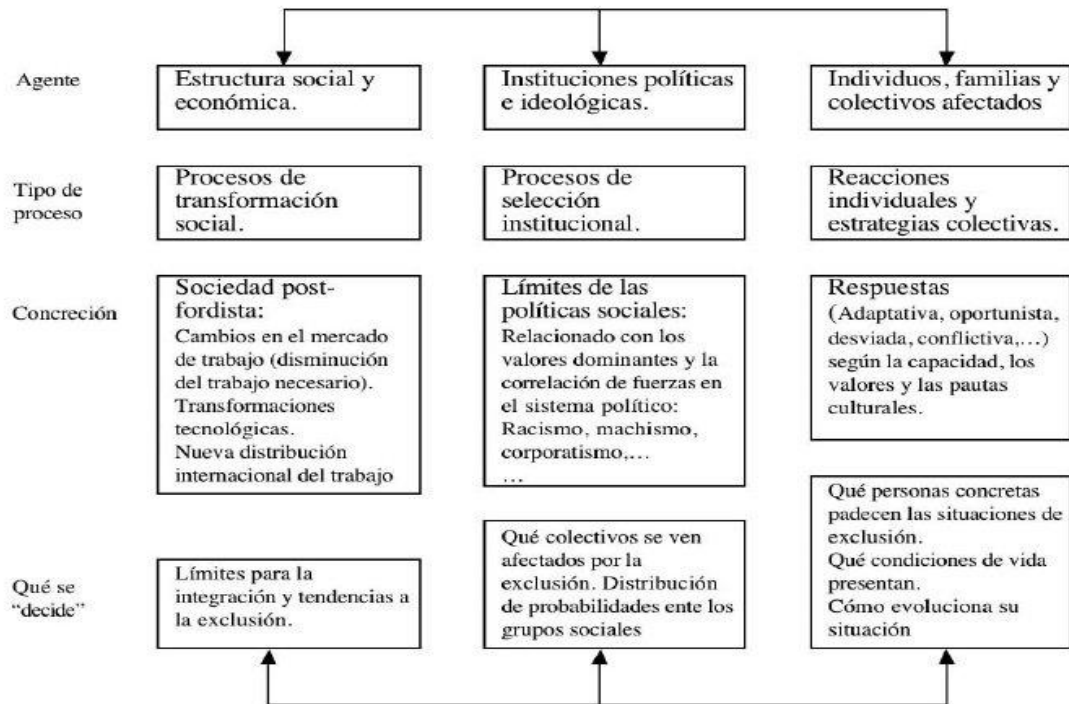
Es por ello que hablar de exclusión no será nada fácil. Es uno de los términos que salen a la luz a la hora de analizar la sociedad de hoy en día junto a otros como “vulnerabilidad”, “complejidad” o “marginación”, conceptos que tampoco están muy lejos de lo que realmente supone la exclusión. Aunque realmente el discurso que tiene lugar cuando se intenta definir la sociedad actual es muy cambiante a lo largo del tiempo.

Es importante que tengamos en cuenta, antes de hablar sobre exclusión social, los mecanismos y procesos generadores de integración social en nuestra sociedad.<sup>1</sup> Es por ello que Miguel Laparra establece tres niveles de análisis del proceso de integración social:<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Basado en LAPARRA, MIGUEL et al. “Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión”, p. 17

<sup>2</sup> LAPARRA, MIGUEL. *Extranjeros en el purgatorio*. Barcelona, Bellaterra, 2003.



**Figura 1:** Niveles de análisis del proceso de integración social

Como se puede apreciar, se habla de “estructura social y económica” y de “instituciones políticas e ideológicas”, lo que deja ver que la exclusión es un claro elemento estructural. Ésta no será la misma según en qué ámbito nos encontremos.

Además distintos individuos tendrán respuestas diferentes ante situaciones semejantes.

Estos niveles de análisis de la exclusión se pueden relacionar con tres tipos de enfoque para la misma<sup>3</sup>:

1. Las personas excluidas no quieren seguir las normas y estilos mayoritarios y es preciso incentivarles e inculcarles una disciplina. El problema de la exclusión es por tanto un problema de falta de incentivos y de motivación por parte de las personas excluidas.
2. Una segunda visión que se basa en los cambios socioeconómicos producidos por la sociedad post-industrial. Se culpa a la desindustrialización y a la

<sup>3</sup> Basado en SARASA, SEBASTIÁ y SALES, ALBERT (2007): *L'exclusió social a les societats post-industrials: teories i evidències empíriques*, Informe presentat a la Sindicatura de Greuges de la ciutat de Barcelona y en M.LAPARRA et al. (2007): *Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas*.



innovación tecnológica de que muchos trabajadores con baja formación se hayan quedado fuera de las opciones de conseguir un trabajo estable y bien remunerado relacionado con las cadenas de montaje. A ello se suma la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo.

En contraposición a la anterior visión, ésta culpa de la exclusión a la falta de capacidades de funcionamiento de las personas para integrarse en la sociedad post-industrial.

3. Para finalizar, se hace referencia a los prejuicios existentes contra determinados grupos sociales bien sea por etnia, estilos de vida o circunstancias personales. Aunque no se rechaza del todo la visión de que la motivación y capacidad de las personas están relacionadas con la exclusión, se da más importancia a la negación de oportunidades de estos grupos ya mencionados.<sup>4</sup>

Haciendo referencia a estas tres visiones, se puede deducir que: “la dimensión espacial entendida en un sentido más amplio, como un territorio en el que confluyen condicionantes históricos, prácticas sociales y políticas públicas, posee un gran poder explicativo sobre las dinámicas particulares de la inclusión y la exclusión social en un contexto determinado.”<sup>5</sup>

Hay algo que queda claro con estos aspectos, y es que la exclusión es origen de hechos sociales, políticos y económicos.

Además, si se mira dentro del ámbito económico de este concepto, se puede hacer referencia a lo que Karlos Pérez de Armiño y Marlen Eizagirre afirman en el Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo: *“existen diferentes visiones sobre su relación con la pobreza: unos ven la exclusión social como causante de la pobreza, en tanto que otros consideran ésta como una parte de aquélla”*, añadiendo también, en palabras de Carmen Bel Adell (2002), que *“el tema de la exclusión no sólo define la pobreza y las desigualdades de las personas, también en qué medida se tiene lugar en la sociedad, quién o quiénes son excluidos o ignorados de la dinámica social.”*

---

<sup>4</sup> Basado en M.LAPARRA et al. (2007): *Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas* y basado en MURRAY (1984, 1990) y MEAD (1986, 1992, 1997)

<sup>5</sup> SUBIRATS, GOMÀ y BRUGUÉ, 2005a y SUBIRATS 2005 en M.LAPARRA et al. (2007)

Realmente, yo añadiría que aunque la exclusión social pueda estar muy relacionada con la pobreza, no necesariamente una persona socialmente excluida es pobre, ni una persona pobre tiene que estar necesariamente excluida de la sociedad. Como ejemplo de ello se puede hacer referencia a las personas que están excluidas exclusivamente por su falta de soportes familiares y sociales.

En sus inicios se utilizaba el término pobreza como sinónimo de exclusión, aunque ya en 1989, por parte de La Comisión Europea<sup>6</sup>, se empieza a sustituir el término pobreza por el de exclusión ya que es un concepto que abarca muchos más sentidos, significados y ámbitos que el de pobreza, que sólo abarcaría los aspectos económicos.

#### *1.1.1. La exclusión social como concepto:*

El término de “exclusión social” es algo moderno, que se empezó a utilizar hace relativamente poco tiempo. Surgió en los años 70 en Francia y su creación se atribuye a René Lenoir, con su libro “*Les exclus: un Français sur Dix*”, publicado en 1974.

Poco a poco fueron surgiendo nuevas políticas y programas sociales orientados a la “inserción” de individuos, familias y grupos.

El concepto se fue difundiendo posteriormente por otros países, acabando por extenderse también hasta el tercer mundo.

Realmente hace referencia a aquellas personas que de alguna manera se encuentran fuera de las oportunidades vitales de nuestra sociedad. Hace referencia a una serie de carencias. Por tanto, y como ya se ha visto anteriormente, existe en la sociedad una dualidad entre los términos inclusión y exclusión.<sup>7</sup>

La exclusión social, como bien se ha dicho, es un elemento estructural; pero además tiene carácter multidimensional y es un proceso.

Se pueden encontrar muchas maneras de definir la exclusión, pero una de las definiciones más claras y que más oportuna me ha parecido para este documento y

---

<sup>6</sup> La Comisión Europea comienza a utilizar el término en 1989 en el II Programa Europeo de Lucha contra la Pobreza. No obstante, cabe recordar que los orígenes del término se hallan en el ámbito de la política social francesa. (Extraído de M.LAPARRA et al. (2007): *Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas*)

<sup>7</sup> “Marginación y exclusión social” manual. Máster en Intervención y Gestión de Servicios Sociales. Programa estatal de formación en Servicios Sociales IMSERSO. S.f.

para definirlo más técnicamente sería un *“debilitamiento o ruptura del vínculo social, así como la pérdida del sentido de pertenencia”*.<sup>8</sup>

Otra definición de la exclusión social es la dada en los informes de la Unión Europea, que la explica cómo: *“imposibilidad de gozar de los derechos sociales sin ayuda, en la imagen desvalorizada de sí mismo y de la capacidad personal de hacer frente a las obligaciones propias, en el riesgo de verse relegado de forma duradera al estatus de persona asistida y en la estigmatización que todo ello conlleva para las personas y, en las ciudades, para los barrios en que residen.”*<sup>9</sup> Miguel Laparra (2001) también entiende en su visión sobre la exclusión que ésta es un proceso a través del cual se pierden los derechos sociales.<sup>10</sup>

La exclusión social se puede entender también como *“un proceso de alejamiento progresivo de una situación de integración social en el que pueden distinguirse diversos estadios en función de la intensidad: desde la precariedad o la vulnerabilidad hasta las situaciones de exclusión más graves. Situaciones en las que se produce un proceso de acumulación de barreras o riesgos en distintos ámbitos por un lado, y de limitación de oportunidades de acceso a los mecanismos de protección por el otro.”*<sup>11</sup>

### *1.1.2. Dimensiones y factores generadores de exclusión social:*

Aunque es difícil identificar las causas que generan la exclusión y dónde se genera, debido a la multidimensionalidad de la misma, varios autores intentan identificar las dimensiones o factores que hacen a las personas susceptibles de sufrir exclusión social en sus vidas.

Carmen Bel Adell, profesora titular de Geografía Humana de la Universidad de Murcia establece una serie de factores en el curso *“Formación específica en Compensación Educativa e Intercultural para Agentes Educativos”*.

---

<sup>8</sup> TEZANOS, 1999

<sup>9</sup> Comisión de las Comunidades Europeas. Hacia una Europa de la Solidaridad. Intensificación de la Lucha contra la Exclusión Social y Promoción de la integración. Bruselas, 1992, pág. 7

<sup>10</sup> M. Laparra entiende la exclusión social como *“un proceso social de pérdida de integración que incluye no sólo la falta de ingresos y el alejamiento del mercado de trabajo, sino también un descenso de la participación social y por tanto una pérdida de derechos sociales”*

<sup>11</sup> SUBIRATS, GOMA, BRUGUÉ 2005B, SUBIRATS et al. 2004 y M.LAPARRA et al. 2007

- Factor estructural: Como ya se ha comentado anteriormente, la exclusión depende del ámbito y, de las estructuras de poder: financieras, económicas, políticas, etc. Esto muestra un tipo de entorno excluyente y excluido en función a la realidad y al sistema. Por ello depende de la estructura y dinámica social.
- Los contextos sociales: Algunas personas pierden sus redes naturales y/o mecanismos de protección general, por lo que poco a poco se van volviendo más vulnerables y propensos a sufrir exclusión social.
- La propia subjetividad: Este tercer factor consiste en todos aquellos elementos subjetivos que hacen referencia a la personalidad. Existen situaciones personales: ausencia de afecto y amor, falta de comunicación, ausencia de expectativas... que debilitan y rompen los dinamismos vitales: afectividad, confianza, identidad, reciprocidad, autoestima...

Karlos Pérez de Armiño y Marlen Eizagirre, incluyen en su trabajo un desglose de las dimensiones de la exclusión social, basándose en el libro de Haan y Maxwell, *"Poverty and Social Exclusion in North and South"* (1998), haciendo referencia a los ámbitos social, político y económicos de los que ya hemos hablado anteriormente:

- La privación económica: ingresos insuficientes en relación con el contexto, empleo inseguro, falta de acceso a los recursos...
- La privación social: ruptura de los lazos sociales o familiares, marginación de la comunidad, alteración de los comportamientos sociales e incapacidad de participar en las actividades sociales (por ejemplo, las personas con escasos ingresos se ven obligadas a disminuir sus relaciones sociales), deterioro de la salud, etc.
- La privación política: carencia de poder, incapacidad de participación en las decisiones que afectan a sus vidas o participación política<sup>12</sup>

Además incluyen la clasificación de García Roca (1998) en *"Exclusión social y contracultura de la solidaridad. Prácticas, discursos y narraciones"*:

---

<sup>12</sup> PÉREZ DE ARMIÑO, KARLOS y EIZAGIRRE, MARLEN: *"Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo"*

- Una dimensión estructural o económica, referida a la carencia de recursos materiales que afecta a la subsistencia, derivada de la exclusión del mercado de trabajo.
- Una dimensión contextual o social, caracterizada por la disociación de los vínculos sociales, la desafiliación y la fragilización del entramado relacional; en otras palabras, la falta de integración en la vida familiar y en la comunidad a la que se pertenece.
- Una dimensión subjetiva o personal, caracterizada por la ruptura de la comunicación, la debilidad de la significación y la erosión de los dinamismos vitales (confianza, identidad, reciprocidad, etc.).

Lo que está claro es que siempre se dan tres aspectos, ya nombrados, en común a todos los autores, que se podrían resumir en la siguiente tabla:

**Tabla 1:** dimensiones de la exclusión social

Dimensión económica	Participación en la producción,	Exclusión de la relación salarial normalizada
	Participación en el consumo	Pobreza económica Privación
Dimensión política	Ciudadanía política	Acceso efectivo a los derechos políticos. Abstencionismo y pasividad política
	Ciudadanía social	Acceso limitado a los sistemas de protección social: sanidad, vivienda, educación y garantía de ingresos
Dimensión social (relacional)	Ausencia de lazos sociales	Aislamiento social, falta de apoyos sociales
	Relaciones sociales perversas	Integración en redes sociales "desviadas". Conflictividad social (conductas anómicas) y familiar (violencia doméstica)

Fuente: M.LAPARRA et al. (2007)<sup>13</sup>

### 1.1.3. Grupos vulnerables de sufrir exclusión:

En el manual de *"marginación y exclusión social"*, del *"Máster en intervención y gestión de servicios sociales"*, del *"Programa estatal de formación en servicios sociales del IMSERSO"*, se habla de diferentes grupos que se pueden encontrar en riesgo o situación de exclusión social. Entre ellos incluye a aquellos que se encuentran con

<sup>13</sup> LAPARRA, MIGUEL et al. (2007): *Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas.*

---

alguna carencia psico-física, de salud o de asistencia sanitaria como pueden ser personas drogodependientes, personas afectadas por el alcoholismo, personas con dificultades para acceder a la cobertura sanitaria, personas con discapacidad y/o, aunque no se incluyen, personas mayores; ya que éstas se pueden ver afectadas por sus carencias en salud o psico-físicas.

### **1.2. Personas mayores:**

Ya hemos nombrado y hablaremos más detenidamente sobre el envejecimiento en España, sin embargo es necesario hacer previamente una contextualización del concepto “persona mayor”.

Las personas pasan, a partir de la jubilación, establecida entre los 60 y 65 años de edad más o menos, a formar parte del colectivo de los inactivos, alejándose del ritmo que marca la sociedad de los activos, empezando a ser vistos, en muchas ocasiones, como una carga para sus allegados o familiares más próximos.

Hoy en día una persona es considerada mayor no por sus condiciones físicas o biológicas, sino por aquellas condiciones que la sociedad ha marcado a partir de la jubilación, puerta de entrada a la inactividad.

Realmente, determinar en qué momento una persona es mayor es algo muy subjetivo, pero sí que hay una serie de aspectos que se consideran determinantes para la entrada en la vejez como son la edad, la salud, la jubilación...

“Desde el punto de vista de la medicina, la ancianidad se considera con demasiada frecuencia más como una enfermedad que como una etapa más de la vida, de ahí la creencia general de que el anciano es una persona enferma, cuando la realidad es que la mayoría de los ancianos están sanos.”<sup>14</sup>

Pero realmente, *“el envejecimiento aumenta las limitaciones y la dependencia aunque no exista enfermedad.”*<sup>15</sup>

No necesariamente una persona mayor es una persona enferma, pero sí que es cierto que a partir de los 65 años especialmente y según van pasando los años, las

---

<sup>14</sup> CRUZ JENTOFT A. Fisiopatología del envejecimiento (1996)

<sup>15</sup> SÁNCHEZ-OSTIZ, R. Longevidad con éxito: los nonajenarios en Pamplona (2007)

probabilidades de que vayan disminuyendo las capacidades de las personas para ser completamente autónomas son mayores, aunque la persona no esté enferma<sup>16</sup>

Todo esto significa que con el aumento progresivo del envejecimiento que se está sufriendo, irán aumentando también las personas dependientes. Por tanto, si éste es uno de los grupos con riesgo a sufrir exclusión social como ya se ha nombrado y se refutará a lo largo del trabajo, las posibilidades de que también aumente la exclusión social con el paso del tiempo son mayores.

Lo que realmente define si una persona es dependiente o no, es su capacidad para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD o AVD) de manera autónoma. Este tipo de actividades pueden ser comer, vestirse, andar, controlar esfínteres, comunicarse, etc.

Cuando se habla de autonomía se hace referencia a la capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones de la propia persona sobre su propia vida y su forma de vivir.

### **1.3. Recursos:**

No voy a detenerme en las ayudas generales de España para las personas mayores, aunque sí que es de mencionar que toda la información sobre ellas y las propias para cada comunidad autónoma se puede consultar en la “Guía de prestaciones para Personas Mayores, personas con Discapacidad y personas en situación de Dependencia” (IMSERSO, 2012)

Para las personas que sufren o están en riesgo de sufrir exclusión social, dentro del ámbito Navarro existe una gran cantidad de recursos disponibles en la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General del Gobierno de Navarra<sup>17</sup>.

Sin embargo, en la actualidad, no existe ningún tipo de servicio exclusivo para la exclusión social en la dependencia, aunque sí que existen específicos para las personas

---

<sup>16</sup> CRUZ JENTOFT A. Fisiopatología del envejecimiento (1996)

<sup>17</sup> Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General del Gobierno de Navarra, enmarcada dentro de la ley foral 15/2006 de Servicios Sociales en la que se establece el derecho subjetivo, y aprobada por Decreto Foral 26/2008. Consta de 140 servicios y ayudas a disposición de la ciudadanía por parte del Gobierno de Navarra, de las cuales 90 son garantizadas y 50 no garantizadas, agrupadas en 8 áreas diferenciadas: atención primaria, dependencia, personas mayores, personas con discapacidad, personas con enfermedad mental, personas en situación de exclusión social o riesgo de estarlo, menores y víctimas de violencia de género.

mayores que aunque no erradican este fenómeno, sí que pueden ayudar a paliar o evitar ciertas situaciones de riesgo de exclusión.

Estas prestaciones se distribuyen en garantizadas o no garantizadas. Una prestación garantizada es aquella no sujeta a limitaciones presupuestarias y que debe concederse a toda persona que tenga derecho a acceder a ella cumpliendo una serie de requisitos establecidos. Ésta es exigible como derecho subjetivo.

La prestación no garantizada únicamente es exigible en caso de existir disponibilidad presupuestaria.<sup>18</sup>

Son las siguientes:

Garantizadas:

- Servicio de valoración de la situación familiar para el acceso a una plaza residencial
- Servicio de ingresos temporales en residencia para personas mayores
- Servicio de ingresos temporales en centro psicogeriatrico
- Servicio de atención residencial para personas mayores
- Servicio de atención residencial en centro psicogeriatrico

No garantizadas:

- Servicio de centro de día para personas mayores
- Servicio de centro de día psicogeriatrico
- Servicio de estancia diurna para personas mayores
- Servicio de estancia diurna en centro psicogeriatrico para personas mayores
- Servicio de estancia nocturna para personas mayores
- Servicio de estancia nocturna en residencia psicogeriatrica
- Servicio de ingresos temporales en residencia para personas mayores
- Servicio de ingresos temporales en residencia psicogeriatrica

---

<sup>18</sup> Decreto Foral 69/2008, 17 junio por el que se aprueba la cartera de Servicios Sociales de Ámbito General. Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales. Decreto, art.2 definiciones.



- 
- Servicio de atención residencial para personas mayores
  - Servicio de atención residencial en centro psicogeriátrico
  - Servicio telefónico de emergencia
  - Servicio de transporte adaptado y asistido
  - Servicio de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia para personas mayores
  - Ayuda económica para comedores
  - Ayudas técnicas para personas mayores

Exclusivamente para la dependencia también se presenta en la Cartera de Servicios Sociales y a través de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de apoyo a la Dependencia de 2006, una serie de servicios en función al grado de dependencia de la persona. Esta dependencia se determina, previa solicitud, desde la sección de valoraciones de la Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas, en adelante ANAP, de la que se hablará más tarde.

Actualmente se distinguen tres tipos de grados de dependencia (gran dependencia, dependencia severa y dependencia moderada) con sus correspondientes recursos.

Gran Dependencia:

- Promoción de la autonomía personal:
  - Ayudas económicas para asistente personal
- De permanencia en el domicilio y/o en el entorno:
  - Ayudas económica para la permanencia en el domicilio y apoyo a las familias cuidadoras
  - Ayuda para elementos que mejoren la movilidad en personas dependientes
  - Servicio telefónico de emergencia.
  - Centro de día.
  - Transporte adaptado y asistido.
  - Estancia diurna en residencias.

- De atención en Centros:
  - Atención Residencial.
  - Ingresos temporales en residencias.

Dependencia Severa:

- De permanencia en el domicilio y/o en el entorno:
  - Ayudas económica para la permanencia en el domicilio y apoyo a las familias cuidadoras
  - Ayuda para elementos que mejoren la movilidad en personas dependientes
  - Servicio telefónico de emergencia.
  - Centro de día.
  - Transporte adaptado y asistido.
  - Estancias diurnas en residencias.
- De atención en Centros:
  - Atención Residencial.
  - Ingresos temporales en residencia.

Dependencia Moderada:

- De permanencia en el domicilio y/o en el entorno:
  - Servicio telefónico de emergencia.

*1.3.1. ANAP (Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas):*

La gestión de estos recursos, servicios y prestaciones para el conjunto dependiente de la población se lleva a cabo a través de la Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas (ANAP) y es dependiente del Departamento de Política Social, Igualdad, Deporte y Juventud.

Esta agencia trabaja sobre dos ámbitos:

- La articulación de procesos y trámites que dan respuesta a las personas dependientes

- La realización de actuaciones en relación con la promoción de la autonomía personal y la prevención de la dependencia.<sup>19</sup>

#### **1.4. Marco legislativo de referencia:**

Realmente, y de la misma manera que para el apartado de recursos, de la legislación estatal para personas mayores, únicamente cabe mencionar la más importante, aunque no la única, que es la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Dentro de la Comunidad foral de Navarra, en las actuaciones para las personas mayores y en los centros residenciales se tendrá en cuenta la siguiente legislación:

- Orden Foral 78/2014, de 31 de enero, del Consejero de Políticas Sociales, por la que se establece el importe de las prestaciones vinculadas al servicio
- Decreto Foral 32/2013, de 22 de mayo, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la Ley Foral de Servicios Sociales en materia de Programas y Financiación de los Servicios Sociales de Base
- Decreto Foral 74/2012, de 25 de julio, por el que se aprueban los estatutos de la Agencia Navarra para la Dependencia
- Orden Foral 3/2010, de 14 de enero, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regula el procedimiento y el baremo de valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales destinadas a la atención de personas mayores, de personas con discapacidad, de personas con enfermedad mental y de personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo.
- Decreto Foral 69/2008, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General. Apartados “Dependencia” y “Personas Mayores”.
- Decreto Foral 6/2008, de 19 de enero, por el que se regulan los procedimientos de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia y de elaboración del Programa Individual de Atención de las personas en situación de dependencia.

---

<sup>19</sup> Documentación extraída del sitio web de Gobierno de Navarra

- Ley Foral 15/2006 de 14 de diciembre, de Servicios Sociales
- Disposición adicional 24ª de la Ley Foral 17/2006 de 27 de diciembre, de actualización de las tarifas establecidas en la Ley Foral 17/2000 de 29 de diciembre.
- Ley Foral 17/2000 de 29 de diciembre, reguladora de la aportación económica de los usuarios a la financiación de los servicios por estancias en centros de tercera edad.

#### 1.4.1. Código deontológico de Trabajo Social:

Además de tener como referencia el marco legislativo, es muy importante que los/las trabajadores/as sociales tengamos muy en cuenta el Código Deontológico de Trabajo Social.

La deontología sirve de guía para procurar la excelencia profesional y evitar la mala praxis. Es por ello que resulta interesante incluirlo en el trabajo, ya que una buena o mala actuación en nuestra labor profesional puede ayudar a este colectivo a mejorar o empeorar en su situación.

El Consejo General de Trabajo Social ha ido utilizando, al margen de los diferentes códigos deontológicos que los colegios profesionales de cada Comunidad Autónoma haya podido desarrollar, el código deontológico aprobado en la Asamblea General de Colegios Oficiales de Mayo de 1999, como guía para resolver los problemas éticos y deontológicos en el ejercicio de la actividad profesional.

Aunque el primer Código Deontológico fue impreso en 1999, durante los siguientes 10 años ha sido reeditado hasta 6 veces.

El Código Deontológico define el Trabajo Social como *“una disciplina científica profesional que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar.”*

En el mismo se establecen también los instrumentos específicos de Trabajo Social, como son historia social, ficha social, informe social, escalas de valoración social y proyecto de intervención social.

Las funciones del profesional de trabajo social serán planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y comunidades, todo ello utilizando diferentes enfoques metodológicos.

Entre otras cuestiones también se hace referencia a la confidencialidad y el secreto profesional que los/las profesionales de trabajo social, los profesionales que trabajen con ellos y el alumnado de prácticas o voluntariado debe cumplir en relación a la persona usuaria.<sup>20</sup>

### **1.5. Planes de actuación:**

Actualmente, a nivel estatal está en vigor el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España, 2013-2016.

Sin embargo, existen colectivos más vulnerables que precisan de actuaciones diferentes que no se contemplan entre los objetivos de este plan. Entre ellos se encuentran las personas mayores y personas dependientes.<sup>21</sup> Para estos colectivos serían precisas medidas de actuación diferentes en las que, para las personas mayores y la dependencia, se verían implicados los siguientes agentes<sup>22</sup>:

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
  - Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.
    - o Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia.
    - o Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla.
- Entidades Locales.
- Tercer Sector de Acción Social.

---

<sup>20</sup> Código deontológico de Trabajo Social (2010)

<sup>21</sup> Se incluirían también: personas sin hogar, personas con discapacidad, personas inmigrantes, mujeres víctimas de violencia de género, población gitana, personas víctimas de discriminación por origen racial, étnico, orientación sexual e identidad de género, personas con problemas de adicción (drogas, alcohol, juego, etc.) y personas reclusas o exreclusas. Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social, 2013-2016, p.10

<sup>22</sup> Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social, 2013-2016, p.77-78.

---

De igual modo se tiene en cuenta también el Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y que tiene como referente el Plan Gerontológico Nacional de 1992.

Aunque se ha hecho mención alguna vez a la creación de un II Plan Gerontológico en Navarra, el mismo nunca ha llegado a existir, por lo que es necesario basarse en el antiguo, el I Plan Gerontológico de Navarra, 1997-2000, que tenía el propósito de crear un modelo de acción social para la tercera edad.

En él se detalla la situación de la población mayor en Navarra en aquel momento y los recursos disponibles para la misma.

Este plan surge en torno a varios principios:<sup>23</sup>

- La sociedad está integrada por individuos de todas las edades. En función de la edad pueden variar sus necesidades y los cuidados que precisen, pero éstos han de procurarse a cada individuo dentro de la comunidad.
- Toda persona, sea cual sea su edad, tiene el derecho y el deber de procurar el máximo desarrollo de sus potencialidades, la máxima autonomía en la gestión de su vida cotidiana y la máxima participación social (...)
- El desarrollo de las potencialidades de cada individuo se optimiza mediante la relación interpersonal. El aislamiento social dificulta el crecimiento y acelera los procesos involutivos.
- Ningún individuo es totalmente autónomo. Desde el nacimiento dependemos del resto de la comunidad para buena parte de nuestras necesidades. Esta dependencia solo varía en contenido y en grado en función de la etapa evolutiva. (...)
- La sociedad ha de procurar a cada uno de sus miembros los medios necesarios para el desarrollo personal (...) a aquellas personas que por sus condiciones personales, sociales y económicas tienen más dificultades para procurárselos por sí mismos.

---

<sup>23</sup> I Plan gerontológico de Navarra, 1997-2000, p.66, principios.

- La limitación de los recursos exige organizar modos de gestión que los optimicen, garantizando una aplicación flexible y ágil en función de las necesidades de los usuarios más que de las estructuras administrativas que los articulan.

Sus bases jurídicas además son: responsabilidad pública, subsidiariedad, participación, planificación, coordinación e igualdad.<sup>24</sup>

Se puede hacer mención también al Plan de Apoyo a la Familia, 2001-2004. Surge con el objetivo de desarrollar políticas de apoyo a las familias para facilitar su estabilidad, calidad de vida, autonomía... para intentar eliminar los obstáculos y dificultades que puedan afectarles.<sup>25</sup> Recoge entre sus medidas, algunas destinadas también a las personas mayores y a las familias que atienden a personas dependientes<sup>26</sup>.

No se va a finalizar este apartado sin mencionar el I Plan de Lucha Contra la Exclusión Social, 1998-2005; con su posterior evaluación publicada y el diseño de un II Plan de Lucha Contra la Exclusión Social, que surge como un diagnóstico de la exclusión social en Navarra centrado específicamente en las personas mayores, aunque nunca se ha llevado a cabo.

---

<sup>24</sup> I Plan gerontológico de Navarra, 1997-2000, p.67, bases jurídicas.

<sup>25</sup> Plan Integral de Apoyo a la Familia 2001-2004

<sup>26</sup> ANAUT, S., CAPARRÓS, N., CALVO, J.J. II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la exclusión social en Navarra. *Personas Mayores y Exclusión Social*. (2008)

## 2. SITUACIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN MAYOR EN ESPAÑA Y NAVARRA:

### 2.1. Envejecimiento de la población:

En la actualidad se está viviendo en nuestro país un claro envejecimiento de la población. Las sociedades actuales presentan una estructura demográfica conocida como la de la pirámide invertida, donde la base de la población es más estrecha que su altura.

Es decir, no sólo la población mayor está aumentando, sino que la natalidad también está disminuyendo.

Está teniendo lugar también un “envejecimiento del envejecimiento”, lo que significa que no sólo incrementa el número de personas mayores de 65 años, sino que también aumenta la población mayor de 80 años.

Según los datos aportados por el Padrón Municipal de Habitantes, las personas mayores en España en el año 2009 representaban el 16,6% del total. Un porcentaje que aumentó para el año 2013, en el que 8.335.861 personas eran de 65 años o mayores, lo que representaba un 17,6% de la población. Es decir, en 4 años el número de personas mayores ha aumentado en un 1%.<sup>27</sup>

La población mayor ha pasado de representar un 11% en 1975 a un 17,6% en 2013. Además parece que la población mayor de 65 años seguirá aumentando en las próximas décadas según proyecciones de población.<sup>28</sup>

Para el año 2024 se prevé que el número de personas en España sea de 47.291.687, de las cuales, mayores de 65 años serán 10.092.759<sup>29</sup>. Esto significa que del total de la población, el 21,34% serán personas mayores, es decir, habrá un aumento del 3,7% de las mismas de 2013 a 2024. Este aumento que se viene y se vendrá dando es debido a la mejora de condiciones de vida generales de la población (mejora de la alimentación, mayor realización de actividades de ocio o deportivas, avance en los recursos, etc.)

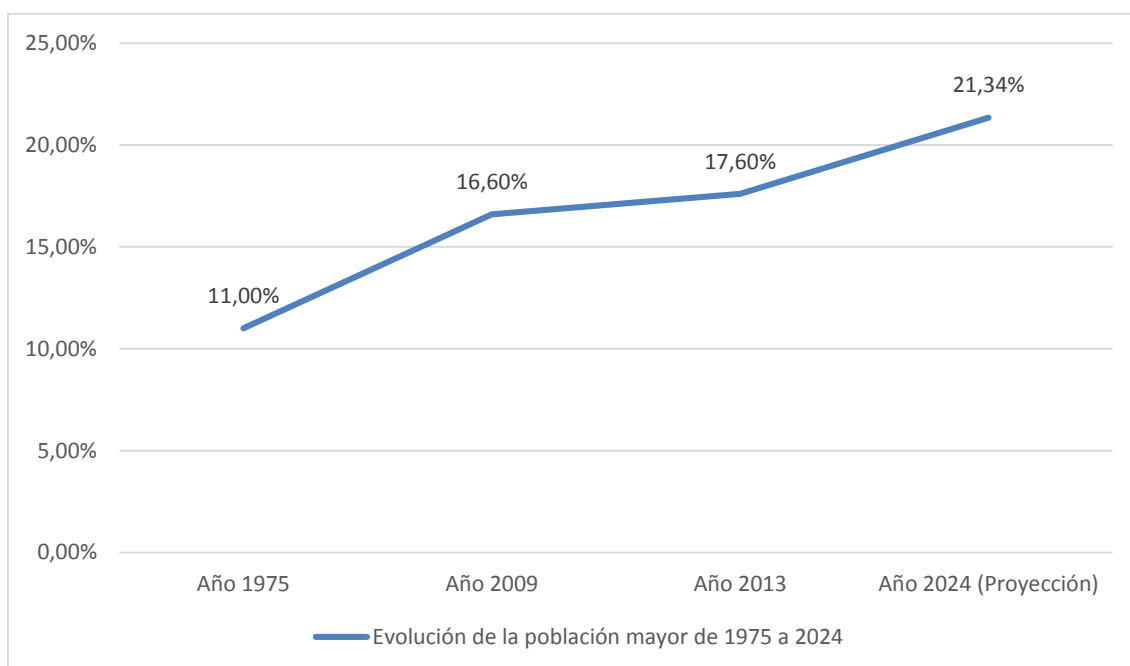
---

<sup>27</sup> Datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Población por sexo y edad a 1 de Enero de 2013.

<sup>28</sup> Informe IMSERSO de 2010. “Las personas mayores en España. Datos estadísticos.” Tomo 1

<sup>29</sup> Datos extraídos del INE. Proyecciones de población para el año 2024



**Gráfico 1:** Evolución de la población mayor de 1975 a 2024

*Fuente: Elaboración propia a partir de censos de población del INE*

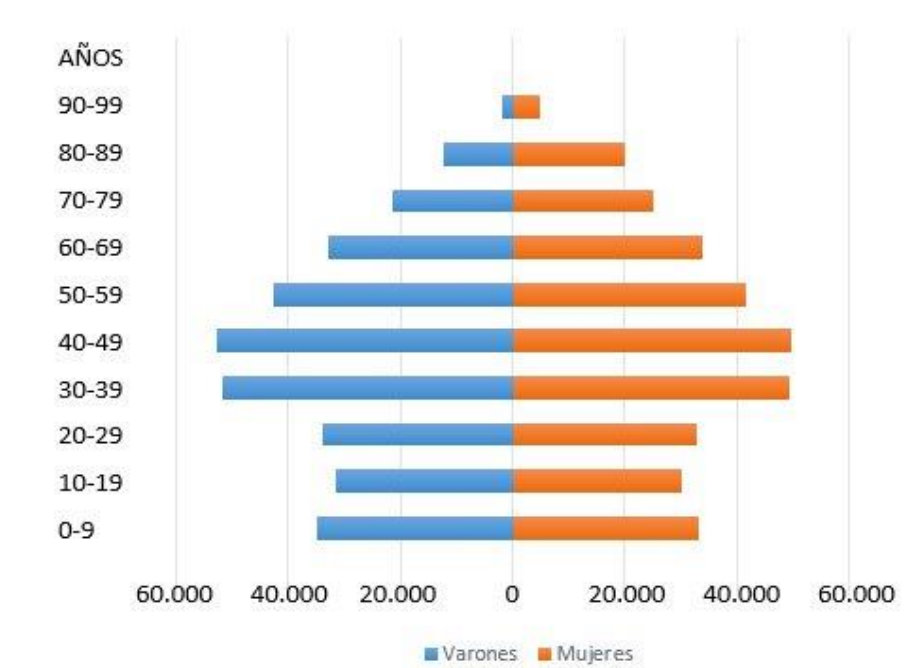
Sin embargo, este crecimiento no sólo afecta al ámbito demográfico, sino que implica también cambios sociales, ya que supone un aumento de personas mayores dependientes y con ello un aumento de los recursos.

## 2.2. Datos generales de la población mayor en Navarra:

De los datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística se puede ver que de 636.652 personas que había en Navarra a 1 de Julio de 2013, mayores de 60 años eran 152.709, de las cuales las mujeres representan un número mayor siendo 83.947.

Esto significa que en Navarra, el 23,9% de la población son personas mayores, un porcentaje que excede al del 21,3% que se estima para España en el año 2024 causa del envejecimiento de la población, y además como se aprecia en el siguiente gráfico el número de personas de 20 a 29 años es prácticamente igual al de 60-69 por lo que se puede decir que Navarra es ciertamente una comunidad envejecida.

De ese 23,9% las mujeres representan un 13,13%, un dato que junto con la imagen que se aprecia en el gráfico demuestra una menor mortalidad para las mismas.

**Gráfico 2:** Pirámide de población de Navarra 2013

Fuente: Elaboración propia a partir de censo de población por sexo y edad a 2013 por comunidad autónoma del INE

### 3. FACTORES DE RIESGO EN LAS PERSONAS MAYORES:

Si se considera la exclusión social como *“una acumulación de barreras y límites que dejan fuera de la participación en la vida social mayoritaria a quienes la padecen”*<sup>30</sup>, o *“un proceso dinámico de acumulación, superposición y/o combinación de diversos factores de desventaja o vulnerabilidad social que pueden afectar a personas o grupos, que viven en unas condiciones de vida materiales y psíquicas que les impiden sentirse y desarrollarse plenamente como seres humanos”*<sup>31</sup>, podemos extraer una serie de factores de riesgo determinantes de exclusión social en las personas mayores.

A continuación se presentarán varios de estos factores. Si bien es cierto que estos factores no pueden ser permanentes en el tiempo, es decir, deberán ir adaptándose con el paso de los años a las circunstancias que en la sociedad se vayan dando.<sup>32</sup>

Se analizará también posteriormente la incidencia de los mismos en un grupo de personas concreto de los 173 residentes de Amma Oblatas, un centro residencial ubicado en Pamplona (Navarra).

#### 3.1. Factores sociosanitarios:

*“Estar enfermo o discapacitado conlleva a menudo procesos de estigmatización social. Ciertos estados físicos y trastornos provocan un rechazo social que puede conducir a la marginación y el aislamiento”*.<sup>33</sup>

Como ya se ha mencionado, conforme avanza la edad, la salud va deteriorándose. Pero además la percepción que se tiene sobre la misma también varía, generalmente a peor. Es por esto que la salud es uno de los temas que más preocupa a las personas mayores.<sup>34</sup>

<sup>30</sup> Plan de lucha contra la exclusión en Navarra 1998-2005, en ANAUT, S. 2008, p.25

<sup>31</sup> SUBIRATS, J., 2004, en ANAUT, S. 2008, p.25

<sup>32</sup> Basado en ANAUT, S., CAPARRÓS, N., CALVO, J.J. II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la exclusión social en Navarra. *Personas Mayores y Exclusión Social*. (2008) “Abrir el abanico de posibilidades supone, por un lado, admitir que las personas mayores comparten con el resto de la sociedad ciertos desencadenantes de problemáticas exclusógenas y, por otro, que las personas mayores de hoy no son las mismas que las de hace tan solo una década, como tampoco lo serán las que tengan 65 años dentro de tan solo unos pocos años.”

<sup>33</sup> Informe de la Inclusión social en España, 2009, p.27.

<sup>34</sup> Basado en ANAUT, S., CAPARRÓS, N., CALVO, J.J. II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la exclusión social en Navarra. *Personas Mayores y Exclusión Social*. (2008)

Como se puede observar en la siguiente tabla, en torno al 54% de la población mayor de 64 y menor de 75 años, tiene una percepción de que su salud es buena o muy buena, frente al 30% de la población mayor de 85 años. Lo que reafirma el hecho de que con el aumento de la edad, la percepción de buena salud disminuye.

El porcentaje de personas mayores que opinan que su salud es buena o muy buena aumenta significativamente en los hombres, frente a las mujeres.

**Tabla 4:** Estado de salud percibida de la población española mayor de 65 años por sexo y del conjunto de la población (2011-2012)

*Unidades: Porcentajes*

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
<b>Ambos Sexos</b>					
De 65 a 74 años	8,06	45,88	31,23	12,38	2,45
De 75 a 84 años	5,30	30,36	41,02	18,42	4,90
Más de 85 años	3,48	26,61	40,67	21	8,24
<b>Varones</b>					
De 65 a 74 años	7,81	52,64	27,83	10,13	1,59
De 75 a 84 años	6,80	35,15	37,21	16,83	4,01
Más de 85 años	3,61	28,49	43,44	16,50	7,96
<b>Mujeres</b>					
De 65 a 74 años	8,28	40,02	34,18	14,33	3,19
De 75 a 84 años	4,26	27,03	43,67	19,53	5,52
Más de 85 años	3,41	25,60	39,18	23,42	8,40

*Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*

### 3.1.1. Población mayor dependiente en Navarra:

Para el colectivo social que presenta algún tipo de discapacidad<sup>35</sup> se pueden acabar generando desventajas sociales al impedir, o en el mejor de los casos limitar, el normal desempeño de los roles. Se pueden ver afectados algunos elementos como el trabajo,

<sup>35</sup> En este caso se podría entender la discapacidad, algún tipo de discapacidad a la hora de realizar las ABVD con autonomía. Es decir, entendiendo discapacidad como algún tipo de dependencia.

la integración social, los hábitos cotidianos, los proyectos de vida autónoma... en resumen, para este colectivo, presentar algún tipo de discapacidad puede suponer un riesgo de verse afectado por la marginación y la exclusión social.<sup>36</sup>

De ahora en adelante, en vista a que la discapacidad a la que este documento se refiere es para realizar las ABVD, se utilizarán indistintamente los términos dependencia y discapacidad.

Realmente, la dependencia no es el único aspecto relacionado con la salud que puede generar exclusión, sin embargo sí que es el más destacable para el colectivo de personas mayores de 65 años que se está estudiando.

Los últimos datos disponibles sobre dependencias pertenecen al año 2008 y nos permiten ver que de los 620.337 habitantes<sup>37</sup> que había en Navarra a 1 de Enero de 2008, 44.600 personas tenían algún tipo de discapacidad para las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) bien sea percibiendo ayudas<sup>38</sup> o sin percibir las<sup>39</sup>. Esto significa que un 7,18% del total de la población tiene algún tipo de discapacidad para las ABVD.

**Tabla 6:** Población en la Comunidad Foral de Navarra por sexo, 2008

<i>Unidades: Personas</i>			
<i>Comunidad Foral de Navarra</i>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
	620.377	310.282	310.095

*Fuente: INE: INE Base: Revisión de Padrón municipal a 1 de Enero de 2008.*

El grado en el que una persona pueda o no realizar las actividades básicas de la vida diaria es determinante en su nivel de independencia o valimiento autónomo, una clara barrera de las que se habla en el Plan de Lucha contra la Exclusión en Navarra.

<sup>36</sup> Basado en el manual del Máster en Intervención y Gestión de Servicios Sociales, "marginación y exclusión social".

<sup>37</sup> Tabla 6: Población en la Comunidad Foral de Navarra por sexo

<sup>38</sup> Tabla 8: Personas de 65 y más años con discapacidad para las ABVD según su máximo grado de severidad (con ayudas) por sexo, 2008

<sup>39</sup> Tabla 7: Personas de 65 y más años con alguna discapacidad para las ABVD según el máximo grado de severidad (sin ayudas) por sexo, 2008

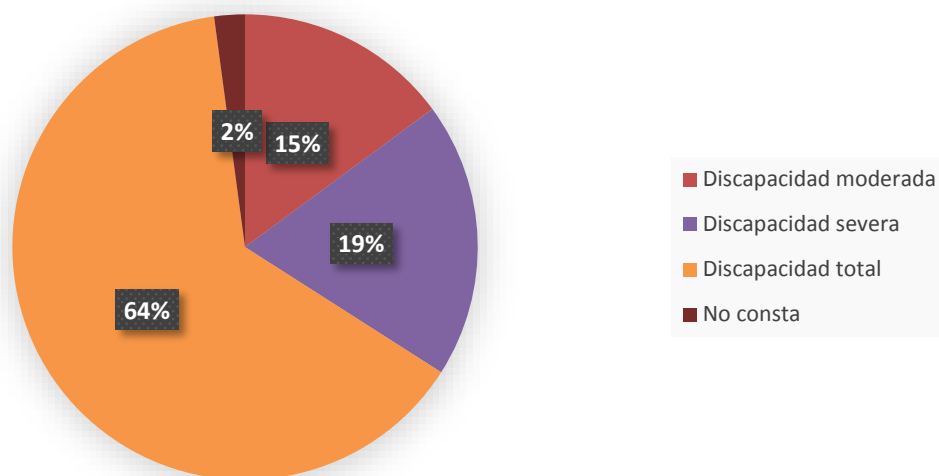
**Tabla 7:** Personas de 65 y más años con alguna discapacidad para las ABVD según el máximo grado de severidad (sin ayudas) por sexo, 2008

Unidades: Miles

Comunidad Foral de Navarra	De 65 a 79 años			De 80 y más años		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	9,4	3,7	5,6	14,1	4,0	10,1
<b>Discapacidad moderada</b>	1,6	0,7	0,9	1,9	0,6	1,3
<b>Discapacidad severa</b>	2,5	0,5	2,0	2,0	0,2	1,8
<b>Discapacidad total</b>	4,9	2,3	2,5	10,1	3,1	7,0
<b>No consta</b>	0,4	0,1	0,3	0,1	0,1	0,0

Fuente: INE: INEBASE: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008

**Gráfico 3:** Porcentaje de personas según grado de discapacidad para las ABVD sin ayudas



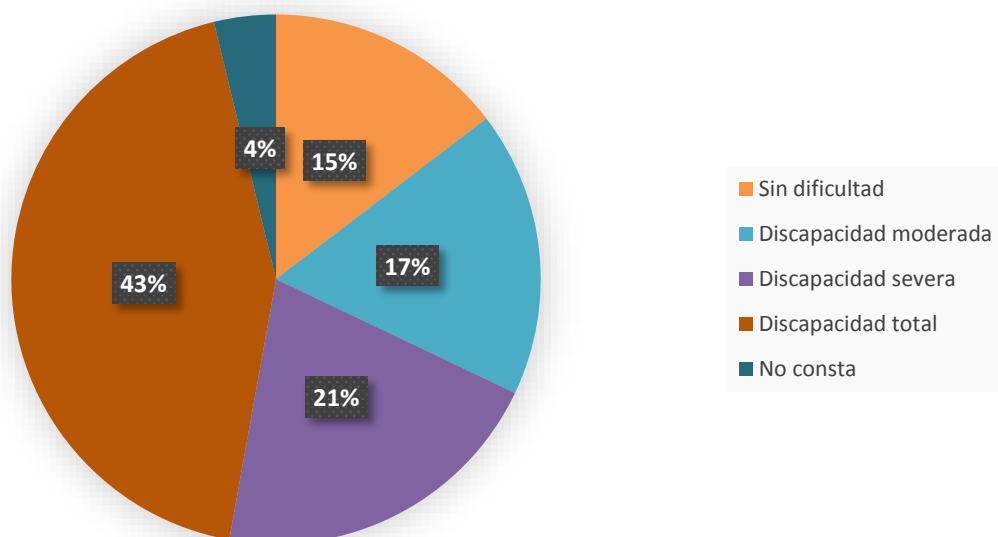
**Tabla 8:** Personas de 65 y más años con discapacidad para las ABVD según su máximo grado de severidad (con ayudas) por sexo, 2008

Unidades: Miles

Comunidad Foral de Navarra	De 65 a 79 años			De 80 a más años		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
<b>Total</b>	7,9	3,3	4,6	13,2	3,7	9,5
<b>Sin dificultad</b>	1,5	0,6	0,9	1,6	0,5	1,1
<b>Discapacidad moderada</b>	1,8	0,6	1,1	1,9	0,3	1,6
<b>Discapacidad severa</b>	2,2	0,8	1,4	2,2	0,5	1,7
<b>Discapacidad total</b>	2,2	1,1	1,1	7,0	2,3	4,7
<b>No consta</b>	0,3	0,1	0,1	0,5	0,1	0,4

Fuente: INE: INEBASE: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008

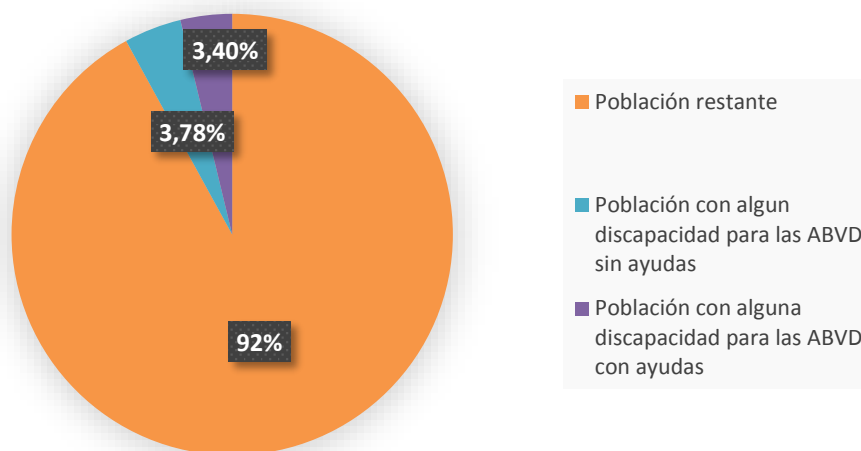
**Gráfico 4:** Porcentaje de personas según grado de discapacidad para las ABVD con ayudas



Como podemos ver en ambas tablas, las mujeres tienen mayores dificultades para realizar las ABVD con autonomía.

Este hecho lo explica el MTAS (2007), afirmando que a partir de los 75 años en los que la vida para las personas mayores pasa a ser más sedentaria; las mujeres pasan más tiempo sentadas, algo que puede estar relacionado con estados peores de salud y mayores índices de discapacidad. (En S.Anaut, 2008)

**Gráfico 5:** Porcentaje de población con alguna discapacidad para las ABVD con respecto al resto de la población



### 3.1.2. "Dependencia social":

Como se ha mencionado en el apartado "recursos", la Ley de Dependencia es la referente a la hora de "cubrir" las carencias de estas personas mayores dependientes, sin embargo sólo es aplicable a personas con dependencia severa o gran dependencia. Aunque sí que se contempló en 2011 la entrada a las prestaciones de la Ley de Dependencia a aquellas personas "dependiente moderado nivel 2"<sup>40</sup>, en la actualidad aparte de haberse eliminado los niveles 1 ó 2 de los grados de dependencia, las personas dependientes moderadas quedan fuera de las ayudas que esta ley contempla.<sup>41</sup>

<sup>40</sup> Anexo: "Las personas dependientes moderadas de nivel 2 podrán solicitar prestaciones a partir del 1 de Enero de 2011". 29 de Diciembre de 2010

<sup>41</sup> Anexo: "Nuevo parón en la incorporación al sistema de dependientes moderados". El País. 1 Mayo 2012



Los datos muestran que el número de personas con dependencias moderadas es menor, pero es el número suficiente como para afirmar que sería necesaria la existencia de algún recurso para ellos. Es aquí donde surge la necesidad de otro tipo valoración de dependencia, como es la dependencia de tipo “moderado social”, o “dependencia social”, que se está llevando a cabo para aquellas personas en situaciones de mayor necesidad, principalmente sin recursos económicos o con problemáticas familiares graves.

Hasta 2010, en Navarra estaban siendo atendidas 873 personas con esta dependencia social, de las cuales 615 eran personas mayores.<sup>42</sup>

### 3.1.3. Salud mental:

Aunque no son demasiadas las personas mayores de 65 años con enfermedades mentales (un 12,3% en 2005)<sup>43</sup> resulta interesante destacar este aspecto por la alta incidencia de las demencias en el colectivo.

La demencia constituye uno de los mayores síndromes geriátricos, habiendo una elevada tasa de personas mayores que la padecen, especialmente en su capacidad para realizar las ABVD con total autonomía.

La demencia es un síndrome clínico que puede ser la manifestación de diversas enfermedades. Está caracterizada por una disminución en las capacidades intelectuales, lo que se conoce como deterioro cognitivo. Estas capacidades intelectuales son la memoria, el pensamiento, el cálculo, la orientación, el lenguaje, etc.

Todo este deterioro tiene una repercusión funcional en la vida social y laboral de la persona y llega a hacer imposible el funcionamiento diario porque termina afectando a las capacidades más básicas del ser humano, como la capacidad para realizar las ABVD.

Para su diagnóstico es necesario realizar una serie de pruebas, valoraciones o técnicas.

De todas las demencias, es muy importante centrarse en la de Alzheimer, ya que es una de las que más se ven en este ámbito

---

<sup>42</sup> Anexo: “Navarra regula la “dependencia social”, que afecta a 873 personas”. 20 de Marzo de 2010.

<sup>43</sup> ANAUT, S., CAPARRÓS, N., CALVO, J.J. II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la exclusión social en Navarra. *Personas Mayores y Exclusión Social*. (2008)

Se puede definir como un trastorno adquirido y crónico de dos o más de las funciones cerebrales: memoria, lenguaje, pensamiento y conducta, que lleva inexorablemente a un deterioro cognitivo múltiple invalidante.

La enfermedad de Alzheimer suele durar entre 8 y 10 años y tiene cuatro estadios o fases:

- Fase leve
- Fase moderada
- Fase severa
- Fase terminal

Las personas enfermas de Alzheimer sufren un proceso llamado retrogénesis, a través del cual los mecanismos degenerativos invierten el orden de adquisición de las funciones en el desarrollo normal del individuo, es decir “lo último que se aprende es lo primero que se olvida”

Estas personas sufren un patrón de deterioro del pensamiento previsible y progresivo. Tienen una involución del desarrollo intelectual.<sup>44</sup>

En numerosas ocasiones se cubren plazas geriátricas comunes por personas que en realidad deberían disponer de plazas psicogerítricas, pero, y tal y como afirman muchos profesionales de la geriatría, éstas plazas no son suficientes para todas las personas que las precisan y es muy complicado acceder a ellas. Por ejemplo en Pamplona el único centro específico para ello es el de la Clínica Psiquiátrica Padre Menni con un número concreto de plazas psicogerítricas concertadas con Gobierno de Navarra.

### **3.2. Factores económicos:**

A partir de los 65 años y con el paso a la jubilación se puede producir una disminución importante de los ingresos en la vida de una persona, aunque sí que es cierto, como afirma Sagrario Anaut (2008), que *“se ha reducido la pobreza con los avances en la cobertura e intensidad de las prestaciones económicas del sistema público de pensiones”*.

---

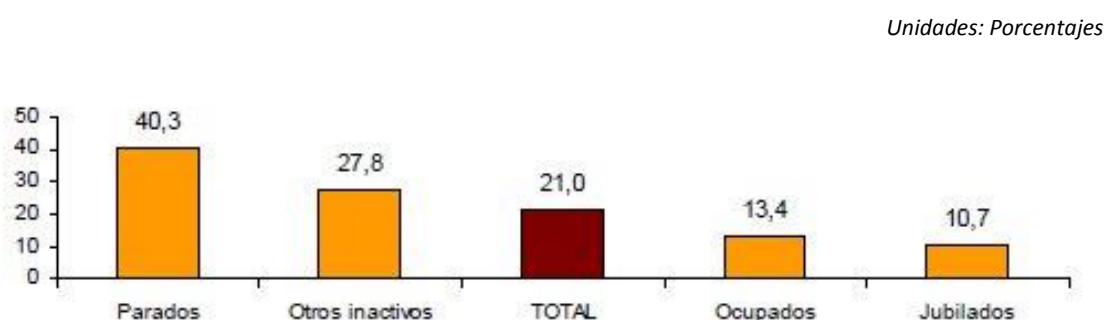
<sup>44</sup> “Manual de intervención en manejo de síntomas conductuales y psicológicos en la demencia”, Manuel Nevado Rey. Ed. María Wolff.

Aunque “participar en el mercado de trabajo no garantiza el bienestar si las condiciones de trabajo son precarias”<sup>45</sup>, el trabajo sigue uno de los elementos más importantes generadores de inclusión social. Por tanto, el abandono del mismo, en este caso por jubilación, puede suponer un riesgo al no percibir con ésta ingresos suficientes para cubrir ciertas necesidades. En algunos casos, como ya se comentará más adelante, algunas personas ni siquiera han tenido un trabajo de cara a la cotización que les permita disponer de una pensión más alta.

### 3.2.1. Tasa de riesgo de pobreza:

Según la encuesta de condiciones de vida del año 2013 la tasa de riesgo de pobreza para los jubilados en el año 2012 era del 10,7%, la más baja respecto al resto de la población.

**Gráfico 6:** Tasa de riesgo de pobreza en relación con la actividad (personas de 16 y más años). Año 2012.



*Fuente: Encuesta de condiciones de vida 2013*

Además, como se puede observar en la siguiente tabla, la tasa de riesgo de pobreza ha disminuido desde 2008 hasta ahora para las edades de 65 a más años frente al resto de franjas de edad.

**Tabla 9:** Evolución (2008-2013) de la tasa de riesgo de pobreza

*Unidades: Porcentajes*

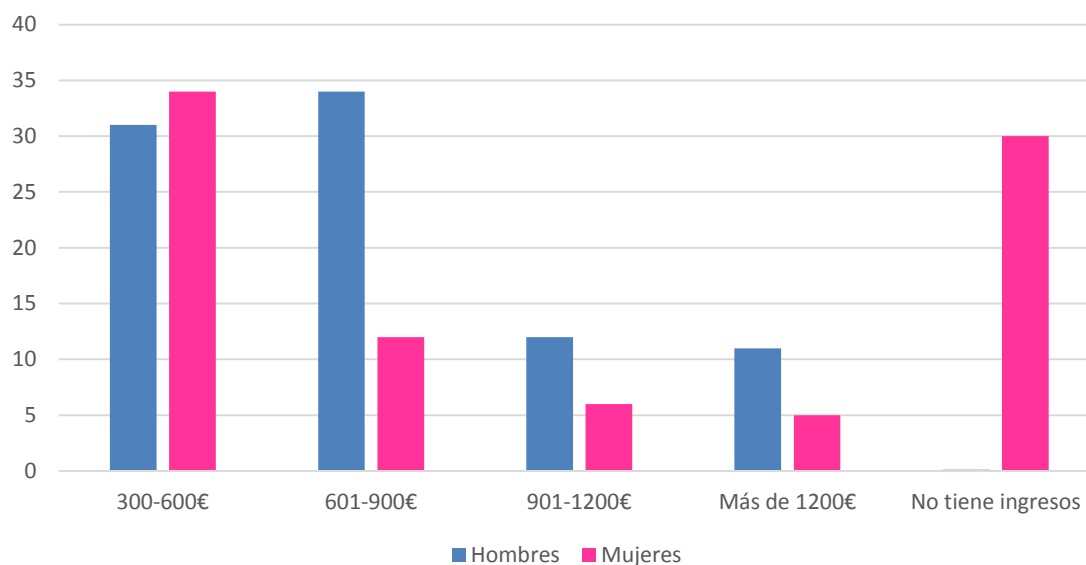
<sup>45</sup> Informe Inclusión Social en España (2009)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (provisional)
<b>Total</b>						
<b>Total</b>	24,5	24,5	26,7	27,7	28,2	28
<b>Menos de 16 años</b>	30	29,8	32,1	32,3	32,8	32,3
<b>De 16 a 64 años</b>	22,5	23,3	26,7	28,2	30,1	30,6
<b>De 65 y más años</b>	27,7	24,3	21,4	20,9	16,6	14
<b>Hombres</b>						
<b>Total</b>	23,4	23,5	26	27,3	28,4	28,5
<b>Menos de 16 años</b>	29,7	29,3	30,4	31,7	32,4	32,5
<b>De 16 a 64 años</b>	21,6	22,4	26,3	27,8	30,3	31,2
<b>De 65 y más años</b>	24,9	22,3	19,3	19,7	15,3	12,4
<b>Mujeres</b>						
<b>Total</b>	25,7	25,4	27,5	28	28,1	27,5
<b>Menos de 16 años</b>	30,4	30,3	33,9	33,1	33,3	32,1
<b>De 16 a 64 años</b>	23,4	24,2	27,2	28,6	29,9	30
<b>De 65 y más años</b>	29,9	25,7	23,1	21,9	17,6	15,3

*Fuente: Dossier Pobreza de EAPN (2014)*

### 3.2.2. *Feminización de la pobreza:*

Se puede constatar una “feminización de la pobreza”, menor nivel económico para las mujeres con el consiguiente aumento del riesgo de exclusión por falta de ingresos económicos. La mayor parte de las mujeres mayores de 65 años, aunque cada vez en menor medida, se han dedicado a las labores del hogar y no han cotizado a la Seguridad Social, por lo que los únicos ingresos de los que disponen son pensiones de viudedad o no contributivas.

**Gráfico 7: Los ingresos de las personas mayores**

Fuente: Encuesta Mayores IMSERSO 2010

### 3.2.3. Pensiones de las personas mayores:

Las pensiones mínimas de jubilación para mayores de 65 años son de 632,90 euros y entre 780 y 600 euros con cónyuge a cargo o no respectivamente. Las de viudedad suponen una cuantía similar al encontrarse entre 632 y 731 euros dependiendo de si la persona tiene cargas familiares o no.

La cuantía para las pensiones no contributivas es de 365,90 euros, una cantidad que, teniendo en cuenta la cifra por debajo de la cual se ha establecido el umbral de pobreza para hogares unipersonales (7.040 euros en el año 2013)<sup>46</sup> situaría a todas las personas mayores que únicamente reciban una pensión no contributiva en una situación de pobreza y claro riesgo de exclusión social.

Es de destacar antes de finalizar este apartado que “la creciente autonomía social y económica de la población anciana es un reflejo de la concentración de las partidas de gasto social en aquellas políticas orientadas preferentemente a las personas mayores: pensiones y atención sanitaria. La inversión pública en esta etapa del ciclo de vida ha permitido reducir las formas más intensas de pobreza.”<sup>47</sup>

<sup>46</sup> Dossier pobreza de EAPN España 2014. Establece la cuantía de 7.040 euros como umbral de riesgo de pobreza, lo que supondría 586,6 euros/mes.

<sup>47</sup> Informe Inclusión Social en España (2009)

### 3.3. Factores sociales y convivenciales:

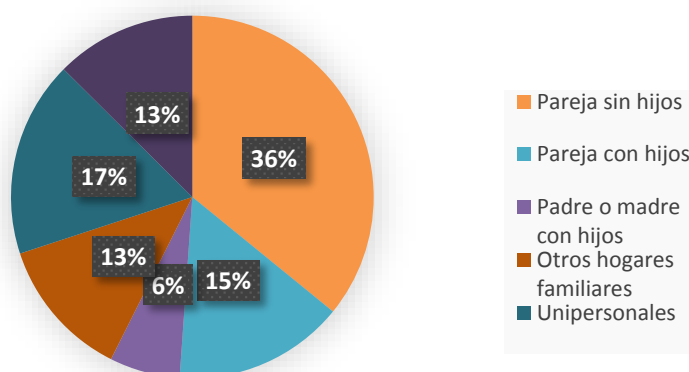
Para que una persona esté integrada socialmente es necesario que tenga vínculos estables de relación social con otras personas. Es la familia la que más influencia tiene en esta integración, y aunque a raíz de la crisis económica se está volviendo al modelo tradicional de familia extensa que estábamos abandonando, las relaciones convivenciales no necesariamente han tenido que mejorar. Además actualmente nos encontramos diversos modelos de convivencia en los que no se contempla tanto la importancia de la familia.<sup>48</sup>

“Las relaciones interpersonales que las personas mantienen con la familia o las personas de su entorno son cruciales para su bienestar. En el caso de las personas mayores, estas relaciones son aún más importantes debido al deterioro físico y psíquico que se produce con la edad”<sup>49</sup>

#### 3.3.1. Tipos de hogares:

Los últimos datos sobre tipos de hogares en España, los proporciona el I Tomo del Informe del IMSERSO basándose en datos del EUROSTAT de 2001.<sup>50</sup> En ellos se ve que el 40,4% de la población mayor vive en pareja, el 19,5% en un hogar unipersonal, el 17% con su pareja e hijos, el 6,8% en un hogar monoparental y el 14% en otros tipos de hogares familiares.

**Gráfico 8:** Tipos de hogar de personas mayores en España (2001)



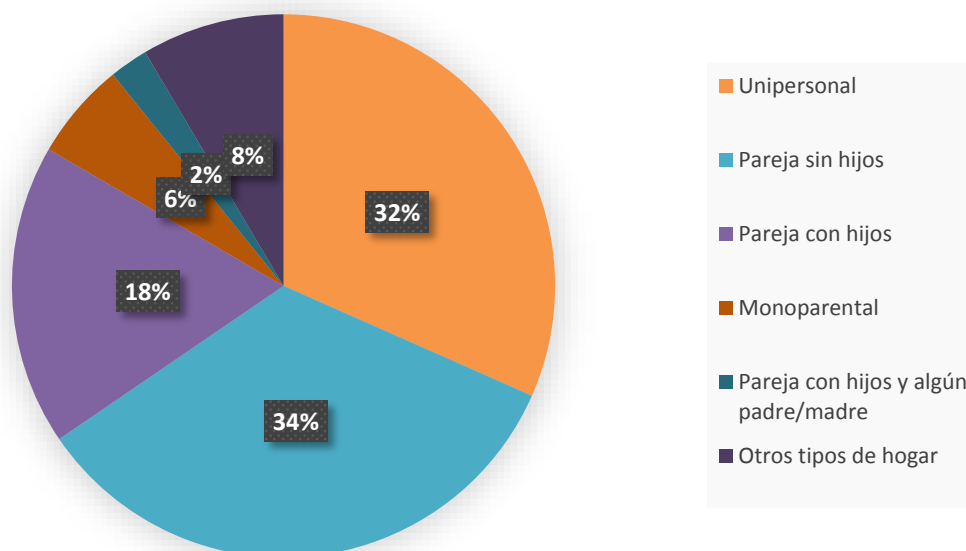
<sup>48</sup> Basado en “Marginación y exclusión social” manual. Máster en Intervención y Gestión de Servicios Sociales. Programa estatal de formación en Servicios Sociales IMSERSO s.f.

<sup>49</sup> Informe IMSERSO 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos. Tomo I

<sup>50</sup> EUROSTAT-Database, Population and social conditions. Population. Census 2001 en Informe IMSERSO 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos. Tomo I

Para Navarra, los últimos datos existentes sobre los tipos de hogares en los que viven las personas mayores son de 2007:

**Gráfico 9:** Tipos de hogar de personas mayores en Navarra (2007)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del II Plan de Lucha contra la Exclusión Social

El número de personas mayores que vivían solas en Navarra en el 2005 era mayor para las mujeres (un 26,5% frente al 9,3% de los hombres)<sup>51</sup>. Parte de este hecho es debido a la mayor mortalidad de los hombres de la que ya se ha hablado. Muchas mujeres casadas enviudan pronto y forman hogares monoparentales.

“Los hijos y la pareja son una de las principales fuentes de apoyo y solidaridad en el caso de las personas mayores”<sup>52</sup>. Centrándonos de nuevo en España y aludiendo a datos extraídos de la encuesta de mayores del IMSERSO 2010, se destacaba que en el año 2010 el 16% de la población mayor de 65 años vivía sola, en su mayor parte mujeres que viven en el medio rural. Un porcentaje de personas que tiene un mayor riesgo de exclusión social, no sólo por el simple hecho de vivir solas, también por ser personas mayores solas. Es decir, mayores con mayor riesgo de tener problemas de salud y de enfrentarse solos o solas a ellos en sus domicilios si carecen de cuidados externos.

<sup>51</sup> ANAUT, S., CAPARRÓS, N., CALVO, J.J. II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la exclusión social en Navarra. *Personas Mayores y Exclusión Social*. (2008). Porcentaje de personas mayores de 65 años que viven solas por sexo en Navarra y España, p.51.

<sup>52</sup> Informe IMSERSO 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos. Tomo I

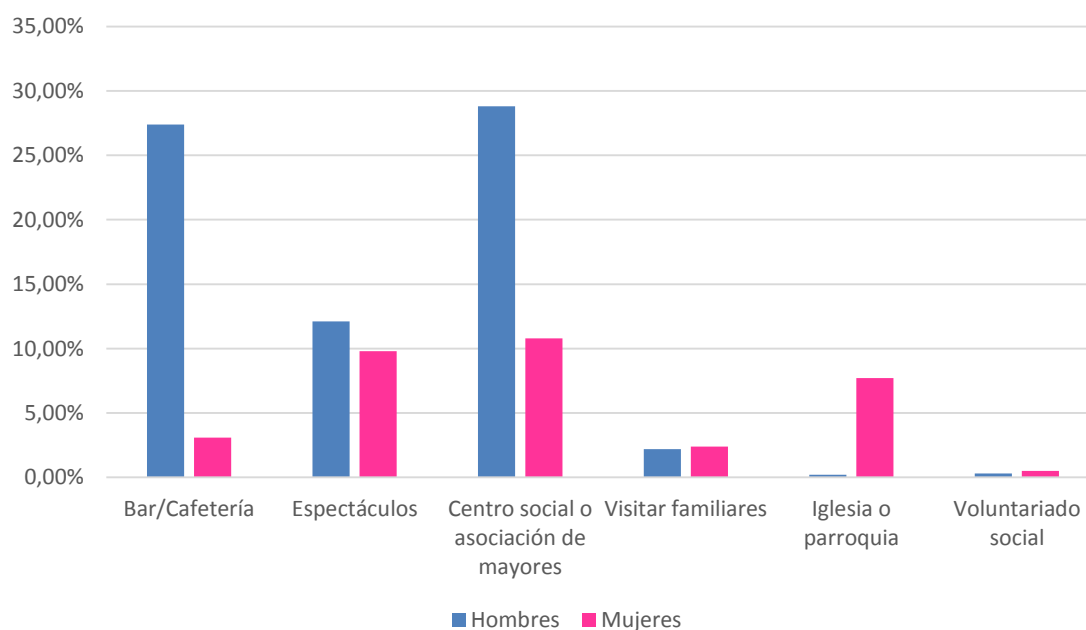
Sin embargo, y haciendo de nuevo referencia únicamente al hecho de “estar solo”, “vivir solo no es lo mismo que (...) sentirse solo”<sup>53</sup>. Destacar que aunque haya personas que vivan solas o únicamente con sus cónyuges, un 68% de los mayores mantienen contacto diario con sus hijos y un 37% con sus nietos.<sup>54</sup>

### 3.3.2. Actividades de ocio y tiempo libre:

Me parece interesante también tener en cuenta también a las personas que realizan actividades de ocio en las que fomentan sus relaciones sociales. Un 49,8% de personas realizan a diario actividades de ocio<sup>55</sup>.

En general los hombres realizan más actividades de ocio que las mujeres, aunque las cifras se acercan a la hora de realizar visitas a familiares o actividades de voluntariado. El número de mujeres es notablemente mayor a la hora de ir a la iglesia o a la parroquia.

**Gráfico 10:** Actividades de ocio



Fuente: Elaboración propia a partir del Informe IMSERSO 2010. Tiempo libre.

<sup>53</sup> ANAUT, S., CAPARRÓS, N., CALVO, J.J. II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la exclusión social en Navarra. *Personas Mayores y Exclusión Social*. (2008).

<sup>54</sup> Encuesta de mayores IMSERSO 2010, p.38

<sup>55</sup> Informe IMSERSO 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos. Tomo I. Tiempo libre. Tabla 6.13.



### 3.4. Factores residenciales o de vivienda:

Si hay un aspecto básico generador de exclusión social es la ausencia de un alojamiento digno o una vivienda ya que ésta es en la que pasamos la mayor parte de nuestras vidas.

#### 3.4.1. Vivienda:

En España en el año 2010 el 83% de las personas mayores tenían una vivienda en propiedad, pero tener una vivienda en propiedad no significa que ésta esté correctamente adaptada a las necesidades de los mayores.

Muchas de estas viviendas son antiguas, por lo que carecen de los servicios que una persona mayor necesita para unas mejores condiciones de vida. Algunas viviendas no tienen ascensor, especialmente las situadas en las zonas más antiguas de la ciudad. Otras, no disponen de baño adaptado con plato de ducha en lugar de bañera. Además de falta de barandado adecuado o barreras arquitectónicas en el edificio de la vivienda en general (escaleras en lugar de rampas), etc. Además muchos de estos aspectos no se tienen en cuenta en las nuevas edificaciones.<sup>56</sup>

En Navarra, para aquellas personas que no puedan ser completamente autónomas en el hogar pero desean permanecer en él, existe el Servicio de Ayuda en el Domicilio, que en el año 2010 cubría a un total de 3.976 personas mayores de 65 años. Del total, la mayor parte eran usuarios mayores de 80 años seguidos de personas que viven en el medio rural. El tiempo de la mayor parte del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) era empleado en cuidados (un 74%), frente a las tareas domésticas (24%).<sup>57</sup>

Además de este servicio existen otra serie de recursos para el domicilio como el servicio de comidas a domicilio, servicio de lavandería a domicilio, prestación económica para adecuación de la vivienda, prestación económica para familias cuidadoras...

La efectividad de ésta última se cuestiona debido a que la ayuda económica que perciben los familiares puede no estar siendo siempre utilizada realmente para el

---

<sup>56</sup> Basado en ANAUT, S., CAPARRÓS, N., CALVO, J.J. II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la exclusión social en Navarra. *Personas Mayores y Exclusión Social*. (2008).

<sup>57</sup> Informe IMSERSO 2010, tomo II. Tabla 24, gráfico 21,22, p.492-493

cuidado de la persona que lo necesita. Es decir, que en algunos casos puede haber sido utilizada para el propio beneficio de los familiares más que para el propio objeto de la prestación.

Volviendo a las condiciones de vida, además de las características de la propia vivienda, es necesario tener en cuenta el entorno que la rodea; la cantidad de comercios que existen, zonas verdes, transporte público, centros deportivos, de ocio y culturales, centros sanitarios o asistenciales, etc.

Se realizó una evaluación del entorno de las viviendas para Navarra en 2012<sup>58</sup> en la que se determinó, por parte de las calificaciones que los entrevistados dieron, que la peor valoración del entorno era para los centros de ocio y culturales, las barreras arquitectónicas y la variedad de comercios.

#### 3.4.2. Opciones alternativas a la vivienda:

Para aquellas personas mayores que no disponen de vivienda adaptada, o que la tienen pero por la razón que sea no pueden permanecer en ella (por estar solas, por no disponer de ayudas en el domicilio...) o que simplemente, prefieren otro lugar donde vivir, en Navarra existen recursos como apartamentos tutelados, centros de día o residencias.

Los apartamentos tutelados están destinados a personas mayores y discapacitadas que se pueden valer por sí mismas, pero totalmente adaptados y con servicios de ayuda (educadora social, conserje...), de ocio como salones sociales, sala de ordenadores, gimnasio, etc. Y otros servicios opcionales de comida, limpieza, peluquería...<sup>59</sup>

La población cada vez muestra un mayor interés por este recurso, sin embargo no es el más utilizado<sup>60</sup>, especialmente por los requisitos de acceso que se deben cumplir.<sup>61</sup>

Los centros de día como su propio nombre indica, son recursos a través de los cuales las personas mayores pueden pasar el día atendidos por equipos formados por medicina, enfermería, auxiliares de geriatría, fisioterapeutas, animación sociocultural,

---

<sup>58</sup> Encuesta Condiciones de Vida IEN 2012, p.99.

<sup>59</sup> Gestión asistencial, apartamentos tutelados Pamplona sitio web.

<sup>60</sup> El INBS, 2007, establecía para 2006 la cobertura del 0,68 para las viviendas tuteladas. En ANAUT, S., CAPARRÓS, N., CALVO, J.J

<sup>61</sup> Basado en ANAUT, S., CAPARRÓS, N., CALVO, J.J. II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la exclusión social en Navarra. *Personas Mayores y Exclusión Social*. (2008).

terapia ocupacional, trabajo social... Es decir, por la noche y los fines de semana pueden permanecer en su domicilio. En Navarra en el año 2010 eran atendidas 362 personas para un total de 743 plazas.<sup>62</sup>

El recurso alternativo a la vivienda más utilizado es sin duda el de la residencia, aunque también *“es la opción menos deseada por las personas mayores por razones como el precio de la plaza, el desarraigo, las connotaciones que la rodean, el sentimiento de soledad, etc”*.

En el II Plan de Lucha contra la Exclusión Social se habla de la *“exclusión de atención sanitaria pública”*, es decir, el tipo de exclusión que sufren las personas mayores que pasan a formar parte de una residencia. Cuando una persona entra a una residencia, pierde su derecho a recibir una atención médicosanitaria gratuita, ya que pasa a recibir la atención en el propio centro y la financia dentro del propio precio de la plaza.<sup>63</sup>

En Navarra en 2010, de las 110.570 personas que había mayores de 65 años, 4.011 estaban siendo atendidas en una residencia de manera pública o concertada.<sup>64</sup>

Actualmente en Navarra existen 70 residencias con un total de casi 6000 plazas, de las mismas 2000 plazas son públicas o concertadas.

### **3.5. Factor educativo o laboral:**

*“Para garantizar el desarrollo y bienestar de la ciudadanía y favorecer la igualdad de oportunidades, las políticas públicas de los Estados han establecido una serie de mínimos educativos para la población en general”*.<sup>65</sup>

#### **3.5.1. Analfabetismo:**

En España hasta 1970 con la Ley General de Educación, la escolarización no fue obligatoria hasta los 14 años.

---

<sup>62</sup> Informe IMSERSO 2010 Tomo II. Tabla 28, p. 498.

<sup>63</sup> Basado en ANAUT, S., CAPARRÓS, N., CALVO, J.J. II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la exclusión social en Navarra. *Personas Mayores y Exclusión Social*. (2008), p.63.

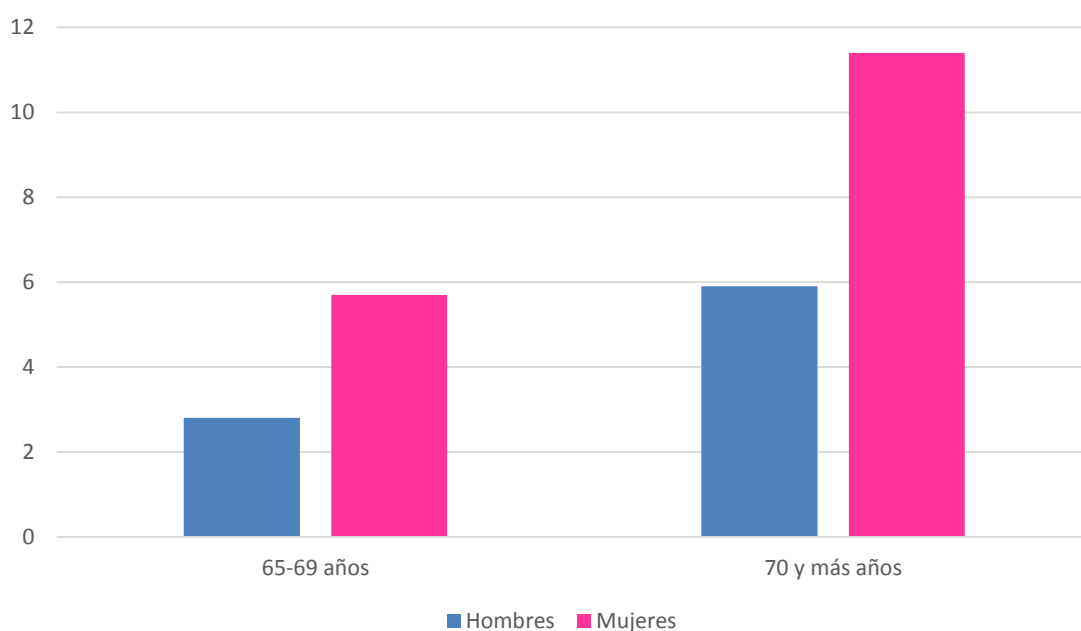
<sup>64</sup> Informe IMSERSO 2010, Tomo II. Tabla 30, p.501. Sin datos para plazas privadas.

<sup>65</sup> “Marginación y exclusión social” manual. Máster en Intervención y Gestión de Servicios Sociales. Programa estatal de formación en Servicios Sociales IMSERSO. S.f. *“Mínimos educativos se refieren a un periodo de escolaridad obligatoria, por debajo del cual es obligatoria la asistencia al centro educativo, así como a unos contenidos de carácter básico y polivalente, comunes para el conjunto de la ciudadanía”*

Es por eso que la mayoría de las personas analfabetas en España son mayores de 65 años. En el año 2005 la media de analfabetos en España era del 12,42% y de un 4,9% en Navarra.

Como se puede apreciar en el siguiente gráfico<sup>66</sup> del año 2009, las mujeres representaban un porcentaje mayor de analfabetismo (10%) que los hombres (4,8%). Este hecho es resultado de la desigualdad que las mujeres han sufrido a la hora de acceder al sistema educativo (y también laboral).

**Gráfico 11:** Población analfabeta de 65 y más años por género y grupos de edad (2009)



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de Informe IMSERSO 2010*

“Las mujeres, por tanto, se van a encontrar en una posición de “inferioridad”, de “dependencia obligada”, toda su vida. Dependerán de los padres, el marido y, por último, de los hijos.” Algunos hombres también se verán en esta situación, pero en menor medida.

### 3.5.2. Tecnologías de la información y la comunicación (TICs):

Es de tener en cuenta también en este aspecto, la brecha digital que existe entre los jóvenes y las personas mayores desde la llegada de las tecnologías a nuestras vidas.

<sup>66</sup> Los datos más recientes encontrados en forma de grupos de edad y género pertenecen al año 2009 y se pueden encontrar en el Informe IMSERSO 2010 Tomo I, p.283 tabla 6.7

Como se observa en la siguiente tabla, a partir de los 25 años disminuye el porcentaje de personas que ha utilizado alguna de las TICs según aumenta la edad, siendo el teléfono móvil el medio más utilizado para todas las edades.

En la actualidad que la tecnología como medio de información y comunicación va aumentando, puede suponer un cierto nivel de exclusión para las personas mayores, aislándoles cada vez más y “limitando sus opciones de participación social y política”.<sup>67</sup>

**Tabla 10:** Personas que han utilizado alguna vez las TICs, 2013

*Unidades: Número de personas (16 a 74 años) y porcentajes horizontales*

	Total Personas	Usan teléfono móvil	Han utilizado alguna vez		
			Ordenador	Internet	Comprado alguna vez a través de Internet
<b>Total Personas</b>	34.684.150	94,2	78,5	75,6	37,4
<b>De 16 a 24 años</b>	4.139.167	98,2	99,2	98,5	46
<b>De 25 a 34 años</b>	6.460.625	98,8	96,5	96	55,5
<b>De 35 a 44 años</b>	7.880.269	98,1	90,5	88,2	47,9
<b>De 45 a 54 años</b>	6.937.884	95,4	79,3	76	34,2
<b>De 55 a 64 años</b>	5.287.850	91	57,1	51,2	20,7
<b>De 65 a 74 años</b>	3.978.355	76,8	30,7	25,2	6,4

*Fuente: INEBASE: INE: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares 2013.*

<sup>67</sup> ANAUT, S., CAPARRÓS, N., CALVO, J.J. II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la exclusión social en Navarra. *Personas Mayores y Exclusión Social*. (2008), p.67.

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DONDE SE REALIZARÁ EL ANÁLISIS:

El centro donde realizaré el análisis de mi trabajo es la Residencia Amma Oblatas, perteneciente al grupo Amma.



La residencia se ubica en la Avenida Guipúzcoa, 5 (Pamplona), en el edificio que en su día fue el Noviciado de las Hermanas Oblatas.

Su teléfono de contacto es 948 382 626 y además tiene una página web a través de la cual se puede acceder a información relativa al centro o incluso contactar con el propio

centro para ampliar la información o consultar dudas: [www.amma.es](http://www.amma.es) Con el centro conectan varias líneas de transporte urbano, la línea 3, 16, 17 y 22.



El municipio en el que se encuentra es Pamplona (Iruña), la capital de la Comunidad Foral de Navarra. La ciudad se extiende a orillas del río Arga, el cual discurre a pocos metros de la residencia. La ciudad de Pamplona cerró el año 2013 con 196.955 habitantes.<sup>68</sup>

<sup>68</sup> Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística)

#### **4.1. La residencia Amma Oblatas:**

Amma Oblatas fue inaugurada en 2003, con 173 plazas residenciales, 61 habitaciones individuales y 56 dobles. Además dispone de 20 plazas para estancias diurnas y plazas concertadas con el Gobierno de Navarra. Hasta el momento son 130 las plazas concertadas a través del acuerdo CON CERDEP, sin embargo este número variará debido a la implantación del acuerdo ResideN.<sup>69</sup>

El centro está distribuido de la siguiente manera:

Planta baja:

- Recepción
- Sala de espera
- Comedor para el personal
- Gimnasio
- Despacho psicología
- Cafetería para usuarios y familiares
- Despacho animación y terapia ocupacional
- Capilla y sala multiusos
- Despacho dirección
- Despacho trabajo social
- Administración
- Patio para residentes y familiares
- Aparcamiento

Edificio contiguo:

- Central
- Farmacia

---

<sup>69</sup> Anexo: Diario de Noticias. Jueves, 13 de marzo de 2014. "Destinan 60 millones para concertar 625 plazas en 14 residencias"

---

Primera planta (grandes dependientes):

- 40 habitaciones (19 dobles y 21 individuales)
- Peluquería
- Podología
- Comedor para residentes
- Sala para residentes y familiares
- Mostrador de personal

Segunda planta (moderados y severos. Personas semiasistidas):

- 54 habitaciones (26 dobles y 28 individuales)
- Comedor para residentes válidos
- Comedor para residentes dependientes
- Sala para residentes y familiares
- Mostrador de personal

Tercera planta (Demencias. Personas con riesgo de fuga):

- 23 habitaciones (11 dobles y 12 individuales)
- Medicina
- Sala para residentes y familiares
- Salita común
- Comedor para residentes
- Mostrador de personal

Planta -1:

- Cocina
- Lavandería
- Vestuarios personal
- Despacho coordinación servicios generales



Todas las plantas:

- Ascensores (con seguridad en la tercera planta)
- Baños

Todas las habitaciones, tanto dobles como individuales, disponen de baño completo y adaptado. Además se pueden decorar a gusto del usuario y cuentan con camas articuladas, armarios con cerradura, teléfono, toma de televisión y pulsadores de alarma.

#### **4.2. Perfil de la población atendida:**

El perfil de personas atendidas en la residencia, es de personas mayores de 65 años, válidos o no válidos para realizar con propia autonomía las Actividades Básicas de la Vida Diaria. En su gran mayoría, las personas atendidas en el centro necesitan un mínimo de ayuda para realizar ciertas actividades. También se atiende a un cierto número de residentes con demencias que, aunque deberían de disponer de una plaza psicogeriátrica en otro centro, no es posible ya que son pocas las plazas disponibles específicas para este tipo de personas.

#### **4.3. El grupo:**

La residencia pertenece al grupo Amma, un grupo que nació en 1997 por iniciativa de Caja Navarra, como respuesta a las necesidades de plazas residenciales para mayores y dependientes detectadas en el II Plan Gerontológico de Navarra.

Tras ocho años de actividad y de continuo crecimiento, tanto en Navarra como fuera de la Comunidad Foral, Amma dio un paso decisivo en 2005 al fusionarse con Gerogestión, otro de los grandes operadores del sector, con quien compartía un modelo asistencial similar y una clara complementariedad en la distribución geográfica de sus centros.

Tras más de diez años de actividad, el grupo Amma se ha convertido en una de las compañías líderes a nivel nacional en el sector de la atención a las personas mayores, dependientes o discapacitadas.

Para ello cuenta con un equipo de profesionales compuesto por más de 2400 personas, las cuales se distinguen por una alta profesionalidad y motivación para ofrecer unos cuidados de máxima calidad tanto a las personas mayores como a sus familias.

En la actualidad, Amma gestiona un total de 30 centros gerontológicos y casi 5300 plazas (entre residenciales y de centro de día) en 7 comunidades autónomas (Madrid, Cataluña, Navarra, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Canarias y Cantabria).

La compañía tiene entre sus principales accionistas a Caja Navarra, Caja Duero y Caja Burgos.

El grupo Amma trabaja siguiendo un modelo sociosanitario propio diseñado por prestigiosos/as expertos/as de la geriatría, la gerontología y la atención a la dependencia.

Desde su nacimiento, el grupo Amma inspira toda su labor en tres principios éticos fundados en valores humanos:

- Respeto a la intimidad y a los derechos de cada persona
- Consideración de su dignidad, de su independencia y de su capacidad de elección
- Autonomía en todos los ámbitos y favorecimiento de su plena realización.

El trato dispensado a las personas es extremadamente cuidadoso, respetando su singularidad. Esta filosofía se refleja tanto en la concepción de los servicios asistenciales como en el diseño arquitectónico de sus centros y en el funcionamiento de los mismos.

- Compromiso del personal de Amma: Ser profesional de Amma implica asumir una serie de compromisos en cuanto al comportamiento para con residentes, familias y equipo de trabajo.
  - Respeto a residentes: Se ha de tener en cuenta el respeto a su intimidad, dignidad, independencia y realización
  - Respeto a las familias: Se ha de proporcionar una escucha activa que permita mejorar nuestra calidad asistencial

- 
- Respecto al equipo de trabajo: Compromiso, integridad, respeto mutuo y solidaridad son valores que han de presidir sus relaciones interpersonales.

#### **4.4. Misión, visión y valores:**

##### - Misión:

El Grupo Amma es una empresa compuesta por un equipo de profesionales y medios técnicos que diseña, promueve y gestiona centros gerontológicos y servicios innovadores de la más alta calidad dirigidos a personas, centros asistenciales y otras entidades e instituciones para conseguir su plena satisfacción.

##### - Visión

El Grupo Amma estará implantado a nivel nacional, siendo líder en el sector y reconocido por la alta calidad de todos sus servicios, tanto los internos de sus centros como los prestados externamente de apoyo a la comunidad.

##### - Valores:

Desde la óptica de las personas usuarias:

- Orientación hacia la persona usuaria, que se materializa en la dedicación total a su servicio con el fin de proporcionarle el mayor nivel de calidad posible.
- Utilización de un trato sensible hacia la persona usuaria, con derecho a su intimidad, dignidad, independencia y realización.
- Aportación permanente de innovación a través de la investigación, diseño y desarrollo de productos y servicios.

Desde la óptica de la empresa:

- Liderazgo como estilo de dirección, basado en la potenciación de la iniciativa de sus profesionales, la solidaridad, el compromiso y el ejemplo.

- Generación de valor y rentabilidad a nuestras actividades, haciendo posible continuar con nuestro proyecto de futuro.
- Trabajo en equipo basado en la mutua confianza, transparencia y objetivos comunes para aprovechar la sinergia entre el equipo de profesionales, socios y proveedores de nuestra red en beneficio de las personas usuarias.

Desde la óptica de las personas

- Cultura de mejora continuada que implique a todas las personas, como fundamento del concepto de Calidad Total.
- Innovación e iniciativa que libere todo el potencial creativo de la organización y nos sitúe en la vanguardia del sector.
- Aprendizaje permanente basado en la formación, la comparación con los mejores y la reflexión sobre los éxitos y los errores.
- Comportamiento ético de compromiso, integridad y respeto mutuo.

Desde la óptica de la sociedad:

- Proyección social para que la comunidad se beneficie de nuestros conocimientos y logros.<sup>70</sup>

#### **4.5. Convenios y legislación de referencia para Amma (Navarra):**

- Convenio Colectivo de Recursos Asistenciales de Navarra. S.L.
- Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de Marzo por el que se aprueba el texto refundido de la ley del Estatuto de los trabajadores.
- Ley Orgánica 2/2007 de 22 de Marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres
- Ley Orgánica 4/2000 de 11 de Enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social y su normativa de desarrollo.
- Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales y su normativa de desarrollo.

---

<sup>70</sup> Documentación extraída del manual de puesto de trabajo del grupo Amma (realizado en 2009)

Además el grupo Amma garantiza el cumplimiento de todos los requisitos de la Ley Orgánica de Protección de Datos, garantizando así la confidencialidad de los datos médicos de los usuarios y la gestión de las bases de datos del personal, clientes, etc.

Las bases de datos están registradas en la Agencia Estatal de Protección de Datos. El personal del centro está obligado a cumplir el Acuerdo de Confidencialidad y Seguridad en Materia de Protección de Datos.

#### **4.6. SAP:**

En el Grupo Amma se utiliza la herramienta informática del SAP para gestionar todos los procesos de la organización.

Desde cada puesto de trabajo del centro se puede acceder al programa a través de un usuario y contraseña.

A través del SAP sociosanitario, se gestiona toda la información asistencial de cada residente y permite que cada profesional sociosanitario y miembros del equipo técnico accedan a ella.

También se facilita que el PAI (Plan de Atención Individualizada) esté más adaptado a la realidad de cada residente.

Es necesario que los datos del SAP para cada usuario/a estén cumplimentados en todos los campos.<sup>71</sup>

#### **4.7. Consejo de participación:**

Cada cierto tiempo (mínimo dos veces al año), se convocará entre los/las residentes o representantes legales, en caso de incapacidad, y entre el personal que compone la plantilla del centro, elecciones para la representación de ambos colectivos en el consejo de participación.

El Consejo de Participación es un órgano consultivo de la Dirección, al que aportar sus puntos de vista o iniciativas de los distintos colectivos que componen el conjunto del centro y, como tal órgano consultivo, sus acuerdos no son vinculantes.

---

<sup>71</sup> Documentación extraída del manual de puesto de trabajo del grupo Amma (realizado en 2009)

No obstante, se informará, por parte de la presidencia del Consejo de Participación, al Comité de Dirección para la consideración de los acuerdos tomados por el mismo y con el fin de tener informado a este Comité de lo acordado por el Consejo de Participación para analizar su puesta en práctica.

El consejo de participación estará integrado por las siguientes personas:

- Como presidencia del mismo: La dirección del centro
- Como vocales:
  - El/la médico
  - Dos representantes del personal en plantilla del centro, elegidos por y de entre dicho personal
  - Tres representantes de los usuarios elegidos por y de entre los mismos o, en su caso, sus representantes.
  - Un/a representante del Gobierno de Navarra
- El/la secretario/a se elegirá de entre los/las vocales por los miembros del Consejo de Participación.

El consejo tendrá las siguientes funciones:

- Informar y evaluar el programa de actividades del centro, elaborado anualmente por la Dirección
- Promover la renovación de las instalaciones y vigilar su conservación
- Plantear las cuestiones que sean de interés para la buena marcha del centro
- Recibir información sobre la marcha y funcionamiento del centro
- Establecer relaciones de colaboración con otros centros de características similares
- Informar del reglamento del Régimen Interior y la Normativa de Usuarios.

El consejo se reunirá al menos, dos veces al año con carácter ordinario. Podrá reunirse de forma extraordinaria a instancias de la presidencia o de la mayoría de sus miembros.<sup>72</sup>

---

<sup>72</sup> Reglamento del consejo de participación

#### **4.8. Departamento de Trabajo Social:**

El área de trabajo social es responsable de prestar globalmente a los usuarios del centro e individualmente a cada uno de ellos y sus familiares, la atención social debida a fin de conseguir el adecuado bienestar de los mismos.

Debe preparar y organizar el trabajo social de la residencia para alcanzar los objetivos deseados y periódicamente emitirá informes globales e individuales del grado de satisfacción de los usuarios y de los resultados obtenidos.

Atiende igualmente a las familias de los usuarios, no sólo para tenerlos informados de la evolución del mismo, sino también en sus problemas respecto del residente o en la recomendación de acciones a emprender o comportamientos a mantener para su aportación en la obtención de los mejores resultados para el usuario.

Informa puntualmente de sus actividades y programas y emite informes individuales y colectivos sobre diagnosis, terapias y resultados, así como sugerencias a la Dirección.

Colabora activamente con el resto de profesionales del equipo multidisciplinar. Para ello se realizan diariamente sesiones de equipo en las que es habitual que los profesionales de las distintas áreas se coordinen para realizar trabajos en común para abarcar el conjunto total del usuario.

En colaboración con los servicios sociales de la zona coordina e impulsa actividades en común.

Las funciones del puesto de trabajo se pueden ver en el anexo "Plan de trabajo social año 2014"

El horario de trabajo social es de lunes a viernes de 8h a 15h. Las entrevistas de información sobre el Centro se realizan bajo cita previa.

Además se plantean una serie de objetivos dentro del área para el próximo año:

- Preparación y realización de los ingresos, teniendo en cuenta las circunstancias personales de cada futuro residente, iniciando así el Proceso de Acogida del nuevo residente y su familia
- Atención personal a las familias en las bajas que se han producido durante el año.

- Garantizar, en todo momento, los derechos individuales de los usuarios, respetando su dignidad, privacidad y capacidad de decisión.
- Participación en la elaboración de los Planes Individualizados de Atención (PAI) conjuntamente con la valoración de los distintos profesionales del Centro.
- Favorecer la relación entre los usuarios y los miembros de la comunidad en la que está ubicada el centro.
- Fomentar la participación de los residentes y familiares en la vida y desarrollo del Centro, facilitando sus opiniones y sugerencias, a través de las entrevistas, del Consejo de Participación como órgano consultivo de la Dirección.



## 5. METODOLOGÍA:

Con el fin de lograr los objetivos iniciales de este trabajo se ha empleado una serie de técnicas y métodos de investigación. Los métodos se distribuyen tanto en cualitativos como cuantitativos.

Métodos cuantitativos:

- Revisión bibliográfica:
  - Bases de datos:
    - Estadísticas del INE.
    - Estadísticas del IMSERSO.
  - Documentales:
    - Informe Inclusión Social en España (2009)
    - Informes IMSERSO 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos. Tomos I y II
    - Encuesta condiciones de vida (2012)
    - Encuesta mayores (2010)
    - Dossier de Pobreza de EAPN (2014)
- Revisión de expedientes: Ante la imposibilidad de revisar los 173 expedientes de las personas residentes en el centro Amma Oblatas, se ha decidido acotar la muestra a treinta expedientes. El objetivo de este proceso es recoger datos cuantitativos sobre los factores de riesgo de exclusión social ya mencionados. Estos expedientes se han seleccionado al azar entre quince hombres y quince mujeres. Los datos se recogerán en tablas Excel para su posterior evaluación.

Métodos cualitativos:

- Documentales:
  - I Plan Gerontológico de Navarra, 1997-2000.
  - Plan de Acción para las personas mayores 2003-2007.
  - Informe Inclusión Social en España (2009).
  - Informes IMSERSO 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos. Tomos I y II.
  - Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General 2012.

Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España, 2013-2016.

Dossier de Pobreza de EAPN (2014).

- Historia de vida: Se entrevistará a una persona residente en el mismo centro para conocer su experiencia vital y si ha sufrido alguno de los aspectos nombrados en el punto 3. La entrevista no será transcrita por falta de tiempo material.
- Estudio de caso: Se recogerá un caso de una persona que fue residente en el centro con el fin de ejemplificar un caso de exclusión social.

## 6. ANÁLISIS DE DATOS:

Una vez expuestos los factores de riesgo de exclusión social en las personas mayores, es de interés analizar en qué medida se dan los principales cinco factores en un grupo de treinta residentes, quince hombres y quince mujeres por separado.

### 6.1. Factores sociosanitarios:

En este apartado se tendrá en cuenta la edad de cada persona, el grado de dependencia y su capacidad para realizar las ABVD y si tienen algún tipo de enfermedad mental.

Aunque se han recogido otros datos como el grado de minusvalía, si precisan de ortoprótesis y cuál, si duermen bien o no y si tienen incapacidad judicial; me ha parecido más importante recoger sólo los ya mencionados en el párrafo anterior por su relevancia en este factor. Sin embargo estos últimos datos se pueden encontrar en la sección anexos.

#### 6.1.1. Edad:

**Tabla 11:** Edades del grupo de residentes:

Edad	Hombres	Mujeres
65-69 años	1	0
70-74 años	0	1
75-79 años	5	3
80-84 años	5	0
85-89 años	2	9
Más de 90 años	2	2

*Fuente: Elaboración propia*

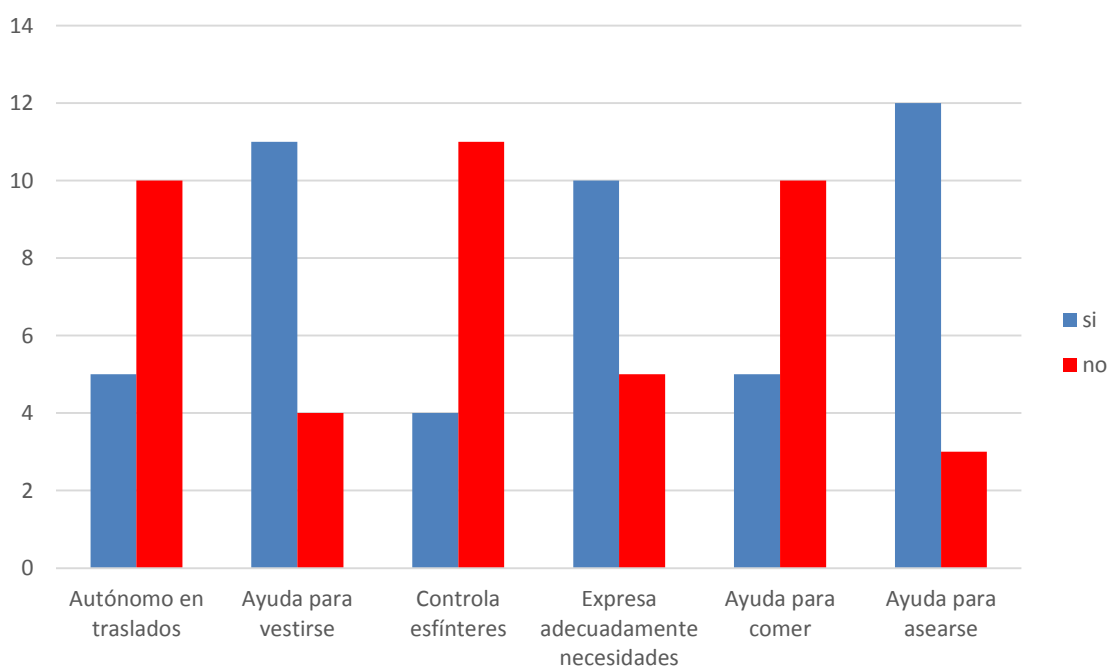
Como se puede apreciar, es a partir de los 75 años cuando el número de residentes es mayor, es más, las mujeres están más envejecidas, ya que el mayor número de ellas se encuentra a partir de los 85 años en adelante.

### 6.1.2. Grado de dependencia de los residentes y ABVD:

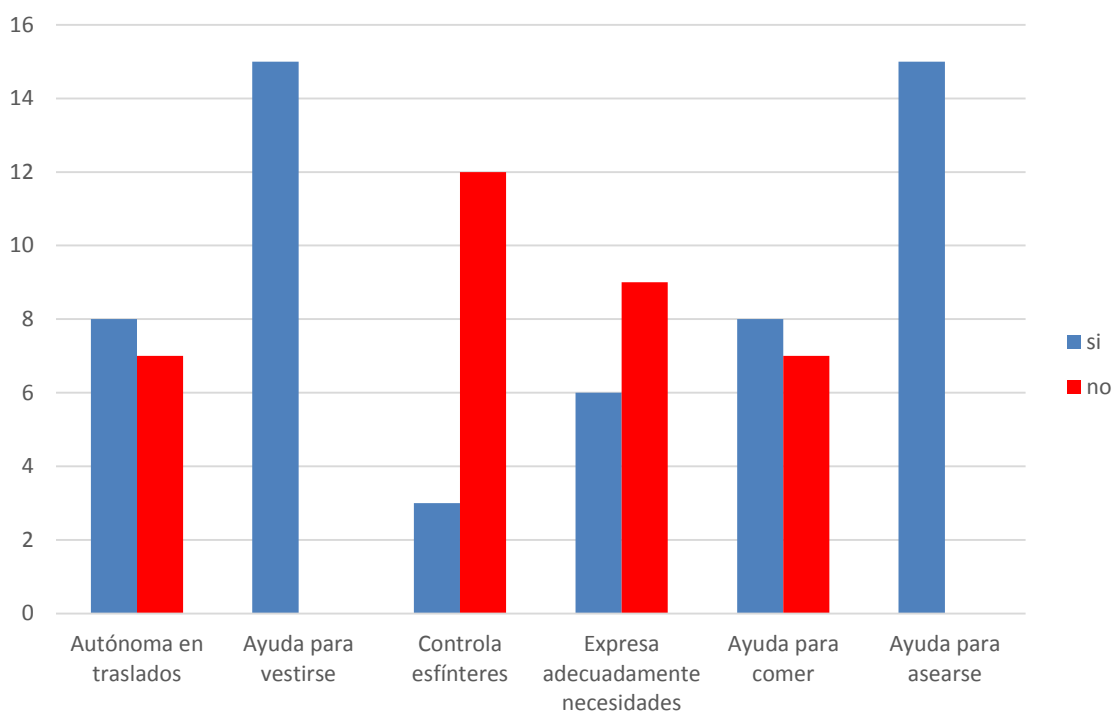
El número de personas con dependencia severa es igual para hombres y mujeres (seis en ambos géneros) sin embargo, y en consonancia con lo visto en la tabla 8, el número de mujeres con una gran dependencia es bastante mayor que en los hombres (siete mujeres frente a tres hombres). En cuanto a la dependencia moderada es mayor entre los hombres (cuatro frente a una mujer). Sólo hay tres personas en el grupo de personas estudiadas que no tengan ninguna clase de dependencia.

Para determinar su dependencia a la hora de realizar las ABVD se han tenido en cuenta los siguientes aspectos: si es autónomo/a en traslados, si necesita ayuda para vestirse, comer y asearse, si expresa correctamente las necesidades y si controla los esfínteres.

**Gráfico 12:** Dependencia para las ABVD de los hombres:



Fuente: Elaboración propia

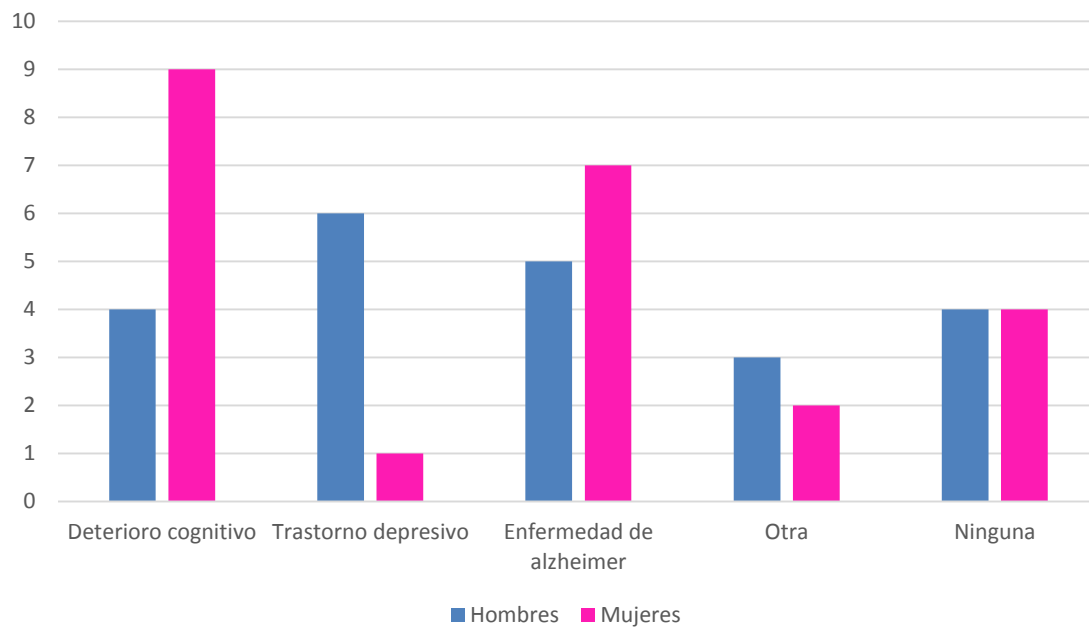
**Gráfico 13:** Dependencia para las ABVD de las mujeres:

Fuente: Elaboración propia

Las mujeres en general son más dependientes para las ABVD, sin embargo, los hombres necesitan mayor ayuda para trasladarse.

### 6.1.3. Salud mental:

En el apartado 3.1 de factores sociosanitarios ya se dedica una parte específica para salud mental en la tercera edad, es por ello que también me ha parecido interesarle recogerlo en el grupo de residentes.

**Gráfico 14:** Enfermedades mentales en hombres y mujeres

*Fuente: Elaboración propia*

Aunque la enfermedad de Alzheimer es origen del deterioro cognitivo de una persona, he decidido contabilizarlos aparte, ya que no necesariamente un deterioro cognitivo implica sufrir la enfermedad de Alzheimer.

Además, determinadas personas pueden sufrir más de una enfermedad o trastorno a la vez.

Como ya se comenta anteriormente y se demuestra en la tabla, las mujeres representan un número mayor en cuanto al deterioro cognitivo y Alzheimer (9 y 7 mujeres respectivamente frente a 4 y 5 hombres). Si bien es cierto que en los hombres tiene una mayor incidencia el trastorno depresivo.

Además se han detectado, aunque en menor medida, otra serie de trastornos o enfermedades como el trastorno bipolar, esquizofrenia paranoide y párkinson, generalmente asociados a los trastornos cognitivos; y oligofrenia.

---

La oligofrenia es una enfermedad mental no mencionada antes. Las personas que padecen esta patología sufren de un desarrollo de la inteligencia inferior para su edad física debido a su interrupción a una corta edad.<sup>73</sup>

## **6.2. Factores económicos:**

Para este factor se ha recogido la clase de pensión o pensiones que recibe cada persona, así como si se encuentra en una plaza concertada, percibiendo una prestación vinculada al servicio (de ahora en adelante PVS) o si está pagando la plaza privada completa de la residencia.

### **6.2.1. Tipos de pensiones:**

Haciendo una comparación entre las pensiones que reciben los hombres y las mujeres, además de los empleos que ha tenido cada uno/a de ellos/as, vemos una clara diferencia que no sólo demuestra la “feminización de la pobreza” ya mencionada; también el hecho de que la mayor parte de las mujeres no han trabajado o se han dedicado a las labores del hogar.<sup>74</sup>

Como se ve, es mayor el número de pensiones contributivas en los hombres que en las mujeres, que en su mayor parte reciben la pensión de viudedad, ya sea como prestación única o como complemento a otras pensiones de tipo no contributivo.

---

<sup>73</sup> El diccionario online “definición abc” define el término como “una patología que supone la deficiencia mental pronunciada que impide que la persona desarrolle un nivel intelectual, emocional y racional normal de acuerdo a los parámetros científicamente aceptados para cada rango de edad.”

<sup>74</sup> Ver anexos. Tablas Excel de estudio de hombres y mujeres de la residencia.

**Tabla 12:** Pensiones de los hombres

Tipo de pensión	Hombres
Jubilación contributiva	9
Jubilación no contributiva	1
Pensión de orfandad	1
Pensión de invalidez	1
Viudedad	3
No consta	3

**Tabla 13:** Pensiones de las mujeres

Tipo de pensión	Mujeres
Jubilación contributiva	3
Jubilación no contributiva	2
Pensión de orfandad	1
SOVI	2
Viudedad	7
No consta	3

*Fuente: Elaboración propia (ambas)*

#### 6.2.2. Prestación vinculada al servicio y plaza concertada:

Antes de continuar es importante hacer una distinción entre los términos plaza concertada y PVS ya que pueden llevar a confusión.

Una prestación vinculada al servicio es una prestación económica, en este caso por estar en un centro residencial, que Gobierno de Navarra otorgará a la persona beneficiaria que no tiene derecho de acceso a una plaza concertada, en función de su grado de dependencia. Se otorga principalmente a grandes dependientes o dependientes severos. En los casos de dependencias moderadas éstas deben ser de tipo “social” ya mencionadas anteriormente.

Es una prestación que se otorgará siempre y cuando se haya aportado a Gobierno de Navarra los datos necesarios para ello.

El derecho de acceso a las plazas concertadas, sin embargo, es dependiente de Gobierno de Navarra. Bien sea por el nivel económico o las necesidades con las que cuente la persona usuaria en función de su dependencia, podrán acceder antes aquellas personas que tengan mayor necesidad de recibirla.

Para aquellas dependencias moderadas que por su grado de dependencia no tienen acceso a la misma, en caso de tener alta necesidad por falta de medios económicos o



apoyos familiares, se puede solicitar una dependencia social para acceder a una plaza de moderado social.

De las cinco personas ya mencionadas anteriormente que tienen dependencia moderada, cuatro tienen otorgada la dependencia social.

Realmente, en el grupo de los treinta residentes no existe diferencia alguna entre hombres y mujeres para el número de plazas concertadas o PVS de las que disponen. Son un tipo de prestaciones entre las que no se puede hacer distinción de género, pero sí que cabe destacar que de esas treinta personas, el 80% (24 personas) reciben una prestación concertada, sólo el 13,3% pagan la plaza completa sin ningún tipo de prestación y un 6,6% tienen una prestación vinculada al servicio.

El número de personas que disponen de una plaza concertada parece alto, aunque a la hora de comparar con el número total de estas plazas en la residencia es un número lógico, ya que únicamente son 24 ocupadas frente a las 131 que dispone la residencia (también ocupadas) actualmente<sup>75</sup>.

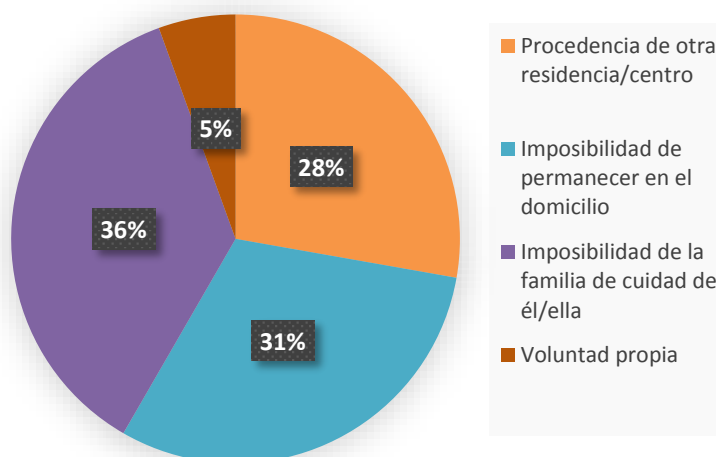
### **6.3. Factor residencial o de vivienda:**

Puesto que el análisis se ha realizado en la residencia poco hay que analizar sobre éste factor salvo las razones de entrada a la misma y si los residentes disponen de vivienda propia.

La principal razón de entrada de estas personas, bien sean hombres o mujeres (en este caso no hay diferenciación de género), es por la imposibilidad de permanecer en el domicilio o imposibilidad por parte de la familia de cuidar del/de la residente. En algunos casos incluso se suman estas dos razones, ya que a veces las limitaciones surgen en la propia vivienda y la familia no puede aportar la atención o el apoyo necesarios. Son 18 las personas en las que se cumple alguno de estos dos casos o los dos. Realmente, sólo una mujer y un hombre decidieron entrar de manera voluntaria a la residencia al ver que ya no podrían valerse por sí mismos. Los diez restantes (cinco hombres y cinco mujeres), procedían de otra residencia o centro, por lo que se desconoce la razón principal de ingreso en residencia.

---

<sup>75</sup> Hasta la firma del acuerdo resideN, el número de plazas concertadas en Amma Oblatas era de 131

**Gráfico 15: Motivos de ingreso en la residencia**

*Fuente: Elaboración propia*

Únicamente cinco personas de las 30 residentes no disponen de vivienda en propiedad.

#### **6.4. Factor educativo o laboral:**

Resulta imposible a través de los expedientes de los residentes determinar qué nivel educativo han alcanzado y si han utilizado o utilizan algunas de las TICs. Pero me ha parecido interesante hacer algo de énfasis en este factor ya que sí que es posible saber a qué se han dedicado laboralmente y es destacable las diferencias entre hombres y mujeres.

En Trabajo Social se habla muchas veces la distinción que se ha hecho y se hace muchas veces a la hora de debatir sobre trabajos de “hombres” y trabajos de “mujeres”. Normalmente, aunque no por ello justificable, se ha hablado de trabajos de “fuerza” para los hombres y de “cuidados” para las mujeres.

Parte de este aspecto se ve sobre todo en personas mayores, como ya se ha mencionado anteriormente, generalmente las mujeres se han dedicado a los “cuidados” o a las labores domésticas.

Hecho que se demuestra en los historiales de los residentes, de los que se extrae la siguiente tabla de labores que han desempeñado ambos géneros:

**Tabla 14:** Trabajos desempeñados por los residentes:

<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Aparejador	Empleada del hogar
Empleado de RENFE	Empleada del hogar
Ninguno	Empleada en fábrica
Pastor	Pescatera
Empleado en fábrica	Ninguno
Gestor de banca	Auxiliar de enfermería
Repoblador forestal	No consta
Empleado de fábrica	Ninguno
Mecánico	Empleada del hogar
Peluquero	Funcionaria de limpieza
Empleado de fábrica	Empleada de hogar
Minero	Empleada de fábrica textil y modista
Albañil	Ninguno
Taxista	Ninguno
No consta	Ninguno

### **6.5. Factores sociales o convivenciales:**

He decidido reservar este punto como último ya que es del que menos aportación se puede hacer.

En los historiales de los residentes únicamente figuran las relaciones sociales o convivenciales si éstas son malas o conflictivas.

Con el resto de residentes o las relaciones sociales en general no consta ninguna mala o en conflicto. Sí que se ve en cambio en seis residentes que las relaciones familiares son malas, conflictivas o, simplemente, inexistentes.

Por lo que se deduce que en el resto de personas las mismas son satisfactorias.

## 6.6. Historia de vida:

Son muchas las personas en la residencia con deterioros cognitivos, con poca nivel auditivo o comunicativo, encamadas y sin capacidad para mantener una larga conversación (bien sea por cansancio, por falta de atención o simplemente por falta de ganas), por ello se ha seleccionado sólo a una persona que será entrevistada y que responderá a una serie de preguntas preparadas de antemano <sup>76</sup>.

Primero contaré su historia y más tarde recopilaré los factores de riesgo de exclusión social en los que se puede ver envuelta esta persona.

La persona entrevistada tiene actualmente 85 años, nació el 18 de Febrero de 1929 en Pamplona.

Es el cuarto de cinco hermanos con los que siempre ha tenido buena relación. Ahora mismo sólo queda uno de sus cuatro hermanos y tiene 82 años. No le suele ver porque vive en su casa y no puede desplazarse a verle a la residencia, aunque sí que suelen hablar por teléfono.

Tiene muchos sobrinos pero sólo uno va a verle. Dice no mantener relación con los demás, que en cuanto le ingresaron en la residencia dejaron de visitarle y no ha vuelto a saber de ellos.

Está casado desde hace 58 años y sin hijos. Su mujer convive en la residencia con él.

Ha vivido siempre en Pamplona excepto una temporada que se fue a trabajar a San Sebastián. Siempre ha sido pastelero, me comenta que lleva trabajando desde los 11 años. Estudió en la Academia Mercantil, en Navas de Tolosa.

Cuando tenía unos 30 años montó una cafetería con un amigo suyo, él dedicándose a la repostería. El local en el que la montaron se lo cedió una tía de su amigo y amigos suyos se la decoraron, por lo que no pagó nada más que el material que necesitaban después. Su mujer trabajaba con una hermana de su amigo.

Con el paso del tiempo una vecina suya le dijo que su propio amigo le estaba robando material de la repostería cuando él se iba. Habló con él y aunque al principio lo negaba, acabó pagándole el sueldo suyo y de su mujer durante 8 meses.

---

<sup>76</sup> Anexos. Preguntas historia de vida

Tras ese hecho le ofrecieron trabajo en una pastelería de San Sebastián y se desplazó con su mujer para trabajar allí. Al poco tiempo su mujer sufrió de meningitis por lo que no pudo volver a trabajar

Él se jubiló a los 44 años por enfermedad y actualmente percibe una pensión por invalidez de 780€ al mes. Tanto él como su mujer viven en la residencia, con la pensión que cobra él, en una plaza concertada con Gobierno de Navarra por dependencia social. 160€ emplea para pagar los gastos de la vivienda que tienen. A pesar de vivir en la residencia, no quiere vender el piso porque como él dice “no le van a pagar ni dos ochenas<sup>77</sup>”.

Dice tener unos pocos ahorros que emplea en comprarse de vez en cuando comida que guarda en una nevera de su habitación de la residencia. Le gusta mucho comprarse embutido y queso. A pesar de tener poco dinero, no cree que le haya afectado la crisis, únicamente su temprana jubilación.

Antes de entrar a la residencia vivía con su mujer en el domicilio con el cuidado de 3 personas para aseo personal y limpieza del hogar. Su vivienda se encuentra al lado del “parque de los enamorados” de Pamplona y dice que está bien provista de servicios, tanto de supermercados, parques, bares... y el club de jubilados al que acudía de vez en cuando.

Además de ir al club de jubilados le gustaba pasear, comprar y grabar cintas que actualmente ve. Él grababa de la televisión corridas de toros, películas de la época, conciertos, partidos de fútbol... casi todas las noches ve alguna de las cintas con su mujer en la habitación de la residencia.

Además va al gimnasio, hace terapia ocupacional, va al bingo, al cine, al karaoke... Se lleva bien con el resto de los residentes.

Dice que dentro de la salud física que tiene él se encuentra bastante bien, aunque psicológicamente le costó mucho acostumbrarse a la temprana jubilación y a la entrada a la residencia.

Aunque le regalaron un móvil nunca lo ha utilizado. Tampoco ha utilizado nunca un ordenador.

---

<sup>77</sup> Monedas de cobre que había antiguamente y equivalían a 5 y 10 céntimos

El primer aspecto de riesgo que se aprecia (y manteniendo el orden de su historia), es la falta de suficientes apoyos familiares. Aunque bien es cierto que no es falta completa de soporte familiar, ya que tiene amigos en la propia residencia y otro fuera de ella. Además convive con su mujer, que es su mayor apoyo dentro de la residencia.

Aunque ha trabajado, nunca ha cotizado y teniendo en cuenta que con su pensión de invalidez mantiene su plaza y la de su mujer en la residencia, se podría decir que aunque la cantidad que percibe no es inferior a la del umbral de pobreza, sí que vive bajo el umbral de pobreza.

El grado de dependencia que posee es moderada, y es la que le permite acceder a una plaza residencial de tipo moderado social. Aunque es el grado más bajo de dependencia y el que menos ayuda precisa para las ABVD, es origen de la enfermedad que le obligó a dejar su trabajo con 44 años, que le ha llevado a una exclusión no sólo laboral, también económica.

Hasta el momento tiene vivienda en propiedad, aunque está “cedida” a Gobierno de Navarra a través del establecimiento de garantías.<sup>78</sup>

En cuanto al ocio, le encanta hacer actividades en común con otras personas, por lo que, y volviendo al primer punto, socialmente no tiene problemas de apoyo.

Aunque en ciertos aspectos se puede encontrar en riesgo de exclusión social, el hecho de tener la plaza concertada en la residencia y buenos apoyos sociales en la misma es bastante positivo para su situación.

### **6.7. Estudio de caso:**

Tras los cinco factores de riesgo que se han venido analizando se recogerá un caso particular de la residencia de una persona que se encontraba en situación de exclusión social. Es una persona que falleció en el año 2013, por lo que no se ha podido recoger una historia de vida pero sí su situación en el momento de la entrada en la residencia en forma de informe social a través de datos extraídos de su expediente.

---

<sup>78</sup> En el momento de acceso a plaza concertada residencial Gobierno de Navarra realiza un establecimiento de garantías para aquellas personas que generan una deuda por estar en la residencia. Es decir, aquella deuda que se genere será cobrada por parte del Gobierno de Navarra y siempre que sea posible, cuando la persona fallezca a través del patrimonio del que pueda disponer o bienes inmuebles.

Es un claro ejemplo de lo que supone encontrarse en situación de exclusión social en los factores sociosanitario, económico, convivencial o sociales, residencial o de vivienda y educativo o laboral, que ya se han repasado.

#### Situación personal:

Diagnosticado en el año 2010 de un hematocarcinoma sin posibilidad de trasplante ni tratamiento a excepción de paliativo. Estuvo 6 meses en el hospital San Juan de Dios ingresado a pesar de estar dado de alta mucho tiempo antes, pero se estaba esperando una plaza residencial como recurso por su diagnóstico de salud y carencia de red informal.

No dependiente para ABVD pero sí con un 65% de minusvalía. Fumador. Diagnosticado de diabetes, cirrosis, cáncer y trastorno de personalidad.

En cuanto a la provisión de cuidados se presentaba una situación insostenible en su entorno habitual. Es por ello que se presentaba la necesidad del ingreso residencial como recurso adecuado y necesario ante su enfermedad.

En el momento de entrada a la residencia tenía 57 años (falleció un año más tarde, en 2013).

#### Antecedentes personales:

Natural de Valencia. Era el mayor de 6 hermanos, aunque tres de ellos fallecieron al nacer. Con los otros dos no mantenía relación. Sus padres fallecieron.

#### Antecedentes sociofamiliares:

Abandonó el hogar familiar cuando se casó con 21 años. Su esposa y él alquilaron una vivienda. Estuvo 7 años trabajando en la legión, más tarde también de camarero y de peón en la construcción. Su esposa falleció 16 años antes que él por un tumor cerebral. Tras fallecer su esposa decidió venir a Pamplona a trabajar en la construcción. Trabajando sufrió un accidente laboral con el que se partió la mandíbula y le intervinieron una pierna. A raíz de abandonar el mercado de trabajo y perder sus ingresos acabó teniendo antecedentes de mendicidad, transeuntismo y alcoholismo.

#### Situación social:

---

Participó en el taller de Nazareth de Cáritas durante años, aunque por el deterioro de su salud dejó el taller ocupacional.

Acudía al comedor para personas mayores de la calle Leyre, subvencionado por parte del Gobierno de Navarra.

Sin red sociofamiliar de apoyo.

Situación de vivienda:

Sin vivienda en propiedad. Mucha inestabilidad en el mantenimiento del alojamiento, pasando por unos seis alojamientos diferentes en alquileres de pisos compartidos.

Hasta el momento de entrada a la residencia estuvo en el albergue municipal de Pamplona para personas en situación de alta exclusión, pero no se le permitía permanecer más tiempo.

Situación económica:

Ingresos procedentes de una pensión no contributiva de invalidez y del complemento de la RIS (Renta de Inclusión Social)<sup>79</sup> que renovaba anualmente por su situación de cronicidad.

---

<sup>79</sup> La Renta de Inclusión Social es una prestación complementaria y subsidiaria de cualquier otro tipo de recursos y prestaciones sociales económicas previstas en la legislación vigente. (Sitio web de Gobierno de Navarra)



## **CONCLUSIONES:**

La población está envejeciendo, cada vez son más las personas mayores de 65 años. Y no sólo eso, también está aumentando el número de personas por encima de los 80 años. Estamos viviendo un “envejecimiento del envejecimiento”.

En España las personas mayores de 65 años representan un 17,6% de la población, siendo este porcentaje mayor para Navarra (un 23,9%).

Dentro de esta proporción, las mujeres se encuentran en mayor número, demostrando tener una menor tasa de mortalidad, pero no con ello un menor riesgo de exclusión social.

Conforme avanza la edad no sólo empeora la salud, también la percepción propia sobre la misma. Aumenta con ello también el riesgo de volverse dependiente para las ABVD o de presentar algún tipo de deterioro cognitivo (generalmente unido a cierto grado de dependencia).

En Navarra el número de mujeres con alguna dependencia es más alto que en los hombres. Situación similar ocurre en la residencia Amma Oblatas, en la que la gran dependencia, el grado que provoca mayores limitaciones para las ABVD, es más prevalente en las mujeres.

Pero si hay algo que caracteriza especialmente el paso a la jubilación, a “ser mayores”, es la pérdida de ingresos que se puede sufrir al abandonar el mercado laboral. Aunque la tasa de riesgo de pobreza es la menor para el colectivo de personas mayores, es de destacar que la cuantía para las prestaciones no contributivas está por debajo del umbral de la pobreza.

Las mujeres generalmente se han dedicado a las labores del hogar o a los cuidados, por lo que los únicos ingresos de la mayoría de ellas son las pensiones no contributivas o de viudedad. Existe una “feminización de la pobreza”.

A pesar de que es destacable que cinco de las quince mujeres residentes en Amma Oblatas hayan tenido empleo, sólo tres de ellas perciben una pensión contributiva. Además, de esas cinco, cuatro se han dedicado a trabajos “feminizados”. Por otro lado, todos los hombres, excepto uno que no ha podido trabajar debido a su enfermedad

mental y otro que no consta, han trabajado, teniendo así nueve de ellos una pensión contributiva.

En cuanto a la vivienda, son muy pocas las personas mayores que no disponen de vivienda propia, aunque muchos de los hogares no tienen las adaptaciones necesarias para cubrir las necesidades que pueden surgir con el paso de los años. Puesto que la vivienda es donde más tiempo pasamos a lo largo de nuestra vida, especialmente las personas mayores, el tener un alojamiento digno es uno de los aspectos básicos generadores de inclusión social.

En muchas ocasiones, debido en parte a esta falta de adaptaciones, una de las mayores razones de entrada a una residencia, en este caso Amma Oblatas, es la imposibilidad de permanecer en el domicilio. Ello unido en algunos casos, a la dificultad por parte de la familia de cuidar de ellos/as.

Aunque ha resultado imposible recoger los datos sociales de los residentes, es interesante resaltar que únicamente consten en los expedientes residenciales aquellos casos en los que las relaciones son malas o conflictivas. Resulta una carencia por parte de los/as trabajadores/as sociales tender muchas veces a dejar constancia únicamente de la parte "mala" en la vida de una persona. Es decir, no se tienen en cuenta muchas veces las potencialidades o aspectos positivos que puede tener una persona y que le pueden beneficiar a la hora de enfrentarse a determinados problemas. Sería muy importante recoger también las buenas relaciones, ya que son las que podrán apoyar a esa persona en caso de necesidad. El apoyo social también es una parte muy importante para evitar la exclusión social (al margen claro de a lo que una persona por sí misma pueda enfrentarse).

El fin de mi trabajo era estudiar los riesgos de exclusión social en el conjunto de la población mayor de 65 años, sin embargo, en algunos de los factores ha resultado ser más un análisis propio para las mujeres. En los factores social, convivencial y residencial o de vivienda, estadísticamente hablando, se encuentran en situación muy similar a los hombres. Sin embargo, el riesgo de exclusión social para las mujeres aumenta si analizamos los factores sociosanitarios y económico/laborales. Está claro que aunque tengan menor tasa de mortalidad, envejecen con una mayor dependencia para las ABVD o con una peor percepción de su salud. Situación que en muchos casos

se une a la mala situación económica por no haber trabajado o haber trabajado sin cotización alguna, disminuyendo aún más su propia autonomía.

A la hora de analizar los datos de la residencia, quizás hubiese sido más representativo mantener la proporción de mujeres y hombres que existe en la residencia. Es decir, como en la residencia existe un 40% más de mujeres, a la hora de analizar expedientes escoger 21 mujeres frente a nueve hombres. Sin embargo, como se ha podido apreciar, aun utilizando la muestra de 15 mujeres y 15 hombres los datos ya han sido lo suficientemente característicos.

Como se ha podido apreciar, hay determinados aspectos, en vista al futuro envejecido que nos espera, que aún se deberían mejorar con el fin de evitar algunos de estos riesgos de exclusión social para las personas mayores.



## BIBLIOGRAFÍA:

- ANAUT, S., CAPARRÓS, N., CALVO, J.J. *II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la exclusión social en Navarra. Personas Mayores y Exclusión Social.* (2008)
- BEL ADELL, C. *Formación específica en Compensación Educativa e Intercultural para Agentes Educativos.* Universidad de Murcia. Murcia 30 de Enero de 2002.
- CARTERA DE SERVICIOS SOCIALES DE ÁMBITO GENERAL (2012)
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE TRABAJO SOCIAL (2010)
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. *Hacia una Europa de la Solidaridad. Intensificación de la Lucha contra la Exclusión Social y Promoción de la integración.* Bruselas, 1992, pág. 7
- CRUZ JENTOFT A. *Fisiopatología del envejecimiento* (1996)
- DECRETO FORAL 69/2008, 17 junio por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General.
- DE HAAN, A., Y S. MAXWELL (1998), *Poverty and Social Exclusion in North and South*, en IDS Bulletin, vol. 29, nº 1 (monográfico: *Poverty and Social Exclusion in North and South*), Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton (Inglaterra), pp. 1-9.
- DIARIO DE NOTICIAS. Jueves, 13 de marzo de 2014. *“Destinan 60 millones para concertar 625 plazas en 14 residencias”*
- GARCÍA ROCA, J. (1998). *Exclusión social y contracultura de la solidaridad. Prácticas, discursos y narraciones*, ed. HOAC, Madrid.
- ENCUESTA CONDICIONES DE VIDA IEN (2012)
- ENCUESTA DE MAYORES IMSERSO (2010)
- EUROSTAT: Instituto Europeo de Estadística.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- INFORME IMSERSO 2010. *Las personas mayores en España. Datos estadísticos.* Tomo I

- INFORME IMSERSO 2010. *Las personas mayores en España. Datos estadísticos.* Tomo II
- INFORME INCLUSIÓN SOCIAL EN ESPAÑA (2009)
- DOSSIER POBREZA DE EAPN (2014)
- LAPARRA, MIGUEL. *Extranjeros en el purgatorio.* Barcelona, Bellaterra, 2003.
- LAPARRA M., OBRADORS A., PÉREZ B., PÉREZ M., RENES V., SARASA S., SUBIRATS J., TRUJILLO M. *Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas. (Revista Española del Tercer Sector, nº5, enero-abril 2007)*
- LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y DE APOYO A LA DEPENDENCIA 2006
- MANUAL DE PUESTO DE TRABAJO DEL GRUPO AMMA (2009)
- NEVADO REY, M. *Manual de intervención en manejo de síntomas conductuales y psicológicos en la demencia*
- PÉREZ DE ARMIÑO, K., EIZAGIRRE, M. *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*
- I PLAN GERONTOLÓGICO DE NAVARRA 1997-2000
- PLAN INTEGRAL DE APOYO A LA FAMILIA 2001-2004
- PLAN NACIONAL DE ACCIÓN PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL 2013-2016
- PROGRAMA ESTATAL DE FORMACIÓN EN SERVICIOS SOCIALES IMSERSO “*Marginación y exclusión social*” manual. Máster en Intervención y Gestión de Servicios Sociales.
- REGLAMENTO DEL CONSEJO DE PARTICIPACIÓN DEL CENTRO AMMA OBLATAS
- SÁNCHEZ-OSTIZ, R. *Longevidad con éxito: los nonajenarios en Pamplona* (2007).
- SARASA, SEBASTIÁ y SALES, ALBERT *L’exclusió social a les societats post-industrials: teories i evidències empíriques, Informe presentat a la Sindicatura de Greuges de la ciutat de Barcelona* (2007)

## **ANEXOS:**

### **Anexo I: Funciones del puesto de trabajo: Plan de trabajo social año 2014**

#### **PLAN TRABAJO SOCIAL AÑO 2014**

##### **Plan de Trabajo**

##### **FUNCIONES DEL PUESTO DE TRABAJO**

1. Planificar y optimizar las redes de soporte social del residente en el Centro, mediante una adecuada programación de objetivos y racionalización del trabajo.
2. Fomentar la integración y participación de los residentes en la vida del Centro y de su entorno.
3. Atender solicitudes de información dirigidas al Centro sobre servicios y tarifas de éste.
4. Recabar datos de interés, previamente definidos en relación al posible nuevo residente.
5. Atender las visitas que se reciban en el Centro solicitantes de cualquier tipo de información con relación a éste.
6. Cumplimentar los contratos de los nuevos ingresos y la valoración e historia social en el sistema informático (SAP).
7. Recepción del nuevo residente y de sus familiares al ingreso.
8. Colaborar con psicología y /o Terapia Ocupacional del Centro en la determinación de la ubicación del nuevo residente (habitación, comedor, salones, etc).
9. Realizar valoración social inicial y de seguimiento de los residentes.
10. Definir en base a la valoración efectuada el plan de atención individualizada (PAI) para cada residente.
11. Participar en la definición junto con el resto de profesionales del equipo multidisciplinar del plan de actuación del residente.
12. Fomentar las redes de apoyo social del residente dentro y fuera del Centro.
13. Gestionar las necesidades de recursos externos del residente que pueda precisar para optimizar su atención.
14. Seguimiento y mediación en la relación entre el residente y su entorno socio-familiar, manteniendo a su vez seguimiento de las visitas que recibe el residente.
15. Participar en las reuniones del equipo multidisciplinar del Centro aportando perspectiva desde el Trabajo Social sobre la situación del residente.
16. Atender las no conformidades que pudieran surgir, pudiendo sustentar su resolución en el servicio médico, equipo multidisciplinar o dirección del Centro.
17. Atender a los residente y/o entorno familiar en el momento en que el usuario cause baja, facilitando soporte sobre las necesidades que pudieran presentar.
18. Comunicación a la familia de incidencias.
19. Realizar actividades administrativas que requiera el Centro, así como informes sociales de los residentes.
20. Realización de la facturación mensual a través del programa informática SAP de los residentes.
21. Coordinación con la Sección de mayores de la ANAP en temas relacionados con las personas residentes que disfrutan de plaza concertada en el centro.

El desarrollo de todas estas funciones estará sustentado por la debida cumplimentación de los diferentes formularios diseñados para cada una de ellas:

- Gestión de las solicitudes de información mediante soporte informático CRM.
- Solicitud de admisión (soporte SAP).
- Rellenar datos administrativos de admisión en soporte informático (SAP).
- Historiar al residente según modelo de Historia Social (SAP). Deberá estar debidamente cumplimentada durante la primera semana de estancia de un nuevo residente en el Centro.
- Registrar el Plan de Atención Individualizado (PAI) en soporte SAP dentro de los 15 primeros días de estancia del residente en el Centro.
- Tratamiento de altas voluntarias mediante soporte informático CRM
- Dar de baja al residente en el programa informático (SAP) en caso de alta del Centro.
- Modelo de Informes sociales adecuados al objetivo que los motive en cada caso.



## **Anexo II:**

# **Las personas dependientes moderadas de nivel 2 podrán solicitar prestaciones a partir del 1 de enero de 2011**

miércoles, 29 de diciembre de 2010

## **Las solicitudes deben tramitarse a través de los Servicios Sociales de Base o de la Agencia Navarra para la Dependencia**

A partir del próximo 1 de enero de 2011 las personas dependientes moderadas de nivel 2 podrán solicitar las prestaciones previstas por la Ley de Dependencia, y a las que ya tienen acceso los grandes dependientes y los dependientes severos. Esta actuación fue acordada en la reunión del Consejo Territorial para la Autonomía y Atención a la Dependencia celebrada el día 22 de diciembre, en el que estuvieron presentes representantes del Gobierno central y de las Comunidades Autónomas.

Las personas que deseen entrar en el Sistema de Atención a la Dependencia deberán solicitar la valoración de su situación. Asimismo, las personas ya valoradas con dependencia moderada nivel 2, que en Navarra son 1.850, tendrán reconocido el derecho a las prestaciones a partir del 1 de enero de 2011. Para tramitar las solicitudes tienen que dirigirse a los Servicios Sociales de Base o a la Agencia Navarra para la Dependencia y solicitar el acceso a las prestaciones mediante un Programa Individual de Atención (PIA). La Agencia Navarra para la Dependencia dispone de dos teléfonos de información específicos para este asunto, el 902.165.170 y el 848.42.69.00, disponibles de lunes a jueves de 8.30 horas a 18.00 horas y el viernes de 08.30 a 15.00 horas.

Las prestaciones a las que tendrán derecho las personas con dependencia reconocida moderada nivel 2 son: promoción de la autonomía personal; teleasistencia; ayuda a domicilio; centro de día y de noche, y prestación económica para cuidados en el entorno familiar. La cuantía máxima de esta última prestación acordada en el último Consejo Territorial es de 180 euros al mes, y la mínima, de 60 euros.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia establecía que la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia incluidas en la citada ley se ejercitaría progresivamente, de modo gradual y de acuerdo con el calendario que en la misma se contiene. Durante los cuatro primeros años de vigencia de la Ley ha entrado en vigor la efectividad del derecho a las prestaciones de las personas valoradas en el Grado III, de gran dependencia, y en el Grado II, de dependencia severa. Así, de acuerdo con el citado calendario, a partir del 1 de enero de 2011, entra en vigor la efectividad del derecho de quienes sean valorados en el Grado I, de dependencia moderada, nivel 2.

### **Atención a los grandes dependientes y a los severos en Navarra**

Actualmente, en Navarra existen 8.738 personas con valoración de gran dependiente o dependiente severo y, por lo tanto, con derecho a ser atendidas. De éstas, 7.496 perciben una o varias prestaciones, es decir casi el 86%. El resto está en proceso de trámite.

En cuanto a la distribución de las prestaciones a estas personas destaca que 2.207 dependientes están siendo atendidas por un servicio residencial, prestación, por otra parte, que no es compatible con otras. 388 dependientes están en centros de día. Y de estos, 297 además lo compatibilizan con una ayuda económica. Asimismo, 566 personas son atendidas por un servicio de atención a domicilio.

En total, 3.164 dependientes (42,2%) son atendidos por servicios como residencias, centros de día o servicios de atención a domicilio. 4.335 personas perciben una ayuda económica para la atención en domicilio. Por último, destacar que 708 personas son atendidas con el servicio telefónico de emergencia, compatibilizándolo además con otros recursos.

# Nuevo parón en la incorporación al sistema de dependientes moderados

- El plan de reformas enviado a Bruselas advierte que se revisará el copago y las cuotas de la Seguridad Social de los cuidadores

CARMEN MORÁN | Madrid | 1 MAY 2012 - 14:51 CET

37

Los recortes en dependencia, que ya se han llevado 283 millones vía Presupuestos Generales del Estado, no van a acabar ahí. El Gobierno, en su plan de reformas contra el déficit presentado a Bruselas, tiene previsto también modificar el copago de los usuarios y “revisar las cuantías de las ayudas económicas” que reciben los beneficiarios. Además, el documento recoge un nuevo aplazamiento, hasta 2014, de la entrada en el sistema de protección a los dependientes moderados, los más leves, que ya habían sufrido el parón del calendario.

Además, el Gobierno prevé “avanzar en el papel del sector privado en la prestación de servicios, eliminando las trabas o preferencias por el sistema público presentes en la ley”. Desde hace tiempo, los responsables de la dependencia en el Ejecutivo vienen hablando de las cotizaciones a la Seguridad Social que paga el Estado por cada cuidador familiar que se da de alta en esta tarea. Eso, dicen, también se “revisará”. Ninguna de estas medidas, aunque apenas están esbozadas, está libre de riesgos para los usuarios.

Avanzar en la prestación de servicios privados es algo que ya se decía en el programa electoral del PP. Sería la vía abierta al llamado cheque-dependencia, un dinero que el Estado da a los ciudadanos para que ellos mismos elijan el servicio que quieren. No es el ciudadano el que elige, sino el centro el que escoge a qué dependiente prefiere acoger. El modelo, ya repetido en educación durante décadas, acaba por distorsionar el sistema de elección.

“Un geriátrico privado siempre cogerá al ciudadano que, además de la ayuda estatal, tiene dinero extra para pagar otros servicios que allí se ofrecen, como podología o peluquería”, explica el presidente de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, José Manuel Ramírez.

En su opinión, un sistema así corre el riesgo de romperse en dos y quedar una vía asistencialista pública para aquellos que menos dinero tienen y otra vía, privada, para los más pudientes. “Rompe el acceso público que prevé la ley, donde las Administraciones deciden a qué centro va cada usuario, y no al revés: parece un sistema menos libre, pero en la práctica la pagan los más pobres”, asegura.

Preocupa también en el sector el nuevo parón anunciado en el calendario de la ley que impedirá a los moderados, que deberían haber entrado este año, incorporarse hasta 2014. “Estamos hablando de los menos graves, sí, pero que le pregunten a las familias que tienen enfermos de alzhéimer en sus primeras fases. Si se trabaja con ellos ahora,

con las terapias adecuadas, alargarán su vida y con más calidad. Si no, de aquí a 2014 serán ya dependientes graves, con un alto coste personal y económico”, advierte Ramírez. Los dependientes moderados dictaminados como tal son actualmente, cerca de 400.000.

La revisión del copago, es decir, la aportación del usuario al coste del servicio que recibe también es inquietante. Castilla-La Mancha ha enviado estos días un documento a los centros geriátricos en los que decía que ese copago se debía calcular teniendo en cuenta las rentas de la familia, no solo la del beneficiario, como establece la ley. El Gobierno de Cospedal tachó de “error” ese mensaje enviado y dijo que no es su intención hacer nada parecido. Quizá buscarán otras fórmulas, pero la aportación del usuario se va a modificar y si es para ahorrar no cabe pensar que sea a la baja. Los dependientes aportan alrededor de un 10% al total de la financiación del sistema.

Otra de las medidas mencionadas en el documento hace referencia a las cuotas de la Seguridad Social que el Estado paga por los cuidadores familiares que se dan de alta para desempeñar esa tarea. Son alrededor de 180.000, mujeres en su inmensa mayoría. Eliminar esa cuota de la Seguridad Social podría suponer un ahorro de 350 millones de euros, que es lo ejecutado en el ejercicio anterior. Estas altas se *vendieron* en su día como la vía para completar cotizaciones y tener en el futuro acceso a una pensión. Eso está ya en riesgo.

## Anexo IV:

### Navarra regula la "dependencia social", que afecta a 873 personas

- Se trata de mayores, discapacitados, enfermos mentales o excluidos con circunstancias especiales - Son atendidas en centros residenciales al carecer del soporte familiar y personal adecuado

M. J. CASTILLEJO, PAMPLONA

Sábado, 20 de marzo de 2010 - 04:00 h.

*Navarra atiende actualmente a 873 personas afectadas por lo que se denomina "dependencia social", cuyo baremo específico ha sido regulado por el Gobierno foral, ya que estas personas no entran en los parámetros del baremo oficial del sistema de atención a la dependencia, pero viven unas circunstancias personales y familiares especiales que requieren de apoyos específicos.*

Todos ellos están atendidos bien en residencias públicas, bien en centros privados, pero con ayuda económica de Asuntos Sociales.

En concreto, se trata de personas mayores, o de menores de esa edad con discapacidad, enfermedad mental o en situación de exclusión social o desprotección grave, que no tienen el soporte familiar adecuado o viven una grave situación familiar por lo que no pueden permanecer en su domicilio y requieren ser atendidos en centros residenciales.

Se trata de situaciones que ya existían con anterioridad a la implantación del Sistema de Atención a la Dependencia y de su baremo oficial estatal. Éste no contempla este tipo de situaciones, pero sí las recoge la Cartera foral de Servicios Sociales, que "garantiza el acceso a una plaza residencial" a este perfil de afectados.

No obstante, era necesario elaborar un baremo específico de la "dependencia social", que sustituyera a las escalas de valoración que se utilizaban hasta el momento. Es lo que hace una reciente Orden foral del departamento de Asuntos Sociales del Gobierno de Navarra, que recoge requisitos, beneficiarios, cómo se realiza la solicitud, el proceso de valoración y acreditación... y además especifica la que se denomina "Escala de Valoración Social".

#### Vulnerabilidad y fragilidad

Según la Orden, se considera que la falta de un soporte familiar adecuado o una situación familiar conflictiva provoca en estas personas "un alto riesgo en la cobertura de sus necesidades básicas, colocándoles en un estado de vulnerabilidad y fragilidad que exige una respuesta urgente".

Datos del departamento reflejan que, con fecha de febrero de este año, están siendo atendidas 873 personas con dependencia social. De ellas, 615 son personas mayores (de 65 años o más) y 258 personas menores de esa edad o de entre 18 y 64 años con discapacidad o enfermedad mental.

Todas están atendidas en servicios, 421 en centros residenciales públicos (290 mayores y 131 discapacitados o enfermos mentales), 98 en otras residencias con prestación económica vinculada al servicio o PVS (77 mayores y 21 discapacitados o enfermos) y

354 en centros ajenos diversos con una ayuda económica (248 mayores y 106 enfermos mentales o discapacitados).

Este colectivo incluye tanto a personas que ya estaban siendo atendidas antes de la creación del nuevo baremo y que fueron valoradas con una escala social que medía su situación familiar y sus ingresos económicos, como quienes han entrado ahora



## Destinan 60 millones para concertar 625 plazas en 14 residencias

Las firmas de los contratos serán en abril y se sumarán a las 462 plazas concertadas en diciembre con otros 12 centros

**PAMPLONA** – El Gobierno de Navarra autorizó ayer un gasto de 60,6 millones durante los próximos cuatro años para concertar 625 plazas residenciales para personas mayores en 14 centros. Con la firma de estos contratos, que tendrá lugar en abril, el nuevo modelo de concertación ResideN se habrá desplegado ya en la mitad de los centros que tiene plazas concertadas con el Ejecutivo foral.

En concreto, las residencias para las que se ha autorizado el gasto son:

Amma Ibañeta en Erro (25 plazas) y un presupuesto de 2,7 millones; Beloso Alto de Pamplona (22 plazas) y 2,5 millones; Amma Betelu (25 plazas) y 2,7 millones; Carcastillo (8 plazas) y 818.097 euros; San José de Corella (28 plazas) y 3,1 millones; Asilo San Jerónimo de Estella (15 plazas) y 1,6 millones; San Miguel de Funes (14 plazas) y 1.497.017 euros; Casa Misericordia (125 plazas) y 14,1 millones; San Miguel de Peralta, (18 plazas) y 1,8 millones; San José de Valtierra (29 plazas) y

3.352.709 euros, Virgen del Portal de Villafranca (10 plazas) y 1,05 millones. Otras 306 plazas (35,3 millones) se concertan con Amma Navarra en Mutilva, Oblatas y Argaray.

La cantidad autorizada, 60.673.155 euros, se distribuirá de la siguiente forma: 8.186.040 euros en 2014, 10.914.720 euros en los años 2015, 2016 y 2017, y 2.278.680 euros en 2018.

El pasado mes de diciembre, el Gobierno foral ya autorizó la concertación con el modelo ResideN de 462 plazas en otros 12 centros. Sumadas a las anteriores, ascienden a 1.807 plazas en 26 centros, con un presupuesto hasta 2018 de 104,6 millones

**MODELO MÁS EQUITATIVO** El Programa ResideN comenzó a aplicarse en octubre en sustitución del hasta ahora vigente Concerdep. Tiene un doble objetivo: disponer de una adecuada red de servicios de atención residencial en condiciones óptimas para asegurar la autonomía, dignidad y calidad de vida de las personas mayores y al mismo tiempo ofrecer un modelo económico más equitativo para los centros, que contribuya a su estabilidad y al mantenimiento de los puestos de trabajo. Para ello, se han incluido nuevos perfiles de usuarios, como los denominados dependientes sociales, que

es, personas mayores de 65 años que, sin tener un grado de dependencia, presentan una problemática familiar o personal que les conduce al riesgo de exclusión social. El número de plazas destinadas a estas personas no superará el 5% del total.

También se da cabida de forma voluntaria a los discapacitados mayores de 65 años, cuyas necesidades de atención sean asimilables a los de un mayor con dependencia. Y se prevé la posibilidad de concertar plazas con carácter temporal. Los módulos se reducen a dos: dependientes y no dependientes.

**Anexo VI: Tablas de recogida de datos Excel que no se muestran en el trabajo:**

Tabla hombres:

Dependencia	Ortoprótisis	E.Mental	Minusvalía	Duerme bien	Incapacitado
Severa	Silla de rueda:	Deterioro cognitivo, trastorno depresivo, enfermedad de alzheimer	69%	No	No
No	Andador			No	No
Severa		Oligofrenia	66%	si	si
no				si	no
Gran dependencia	Silla de ruedas			si	no
Gran dependencia	Silla de rueda:	Deterioro cognitivo, trastorno depresivo, enfermedad de alzheimer		no	no
moderada social		Trastorno depresivo		si	no
Gran dependencia	Silla de rueda:	Enfermedad de alzheimer y trastorno bipolar		no	no
Severa	Silla de rueda:	Enfermedad de alzheimer		no	no
Severa	Silla de rueda:	Deterioro cognitivo, trastorno depresivo		si	no
Severa	Silla de ruedas			no	si
Moderada		Trastorno depresivo		si	no
Severa		Trastorno Depresivo, enfermedad de alzheimer, deterioro cognitivo		no	no
moderada social		Esquizofrenia paranoide		no	si
moderada social	Silla de rueda:	Trastorno depresivo	65%	si	no



Tabla mujeres:

Dependencia	Ortoprótesis	E.Mental	Minusvalía	Duerme bien	Incapacitado
Moderada social		Enfermedad de alzheimer		no	no
Gran Dependencia		Deteroro cognitivo	89%	si	si
Gran Dependencia		Deterioro cognitivo, enfermedad de alzheimer	92%	si	si
Severa	Silla de ruedas	Enfermedad de alzheimer, trastorno depresivo		no	no
Severa	Silla de ruedas	Deterioro cognitivo, parkinson		no	no
No				si	no
Gran Dependencia	Silla de ruedas		65%	si	si
Severa		Deterioro cognitivo, enfermedad de alzheimer		no	si
Severa	Andador, silla de ruedas	Deterioro cognitivo, enfermedad de alzheimer		no	no
Severa	Silla de ruedas		84%	si	no
Gran Dependencia	Silla de ruedas	Deterioro cognitivo, enfermedad de alzheimer		si	si
Gran Dependencia	Silla de ruedas	Deterioro cognitivo, enfermedad de alzheimer		no	no
Severa	Silla de ruedas	Deterioro cognitivo, trastorno bipolar		si	no
Gran Dependencia	Silla de ruedas		89%	no	no
Gran Dependencia	Andador, silla de ruedas	Deterioro cognitivo	69%	si	no



## **Anexo VII: Preguntas entrevista**

### **General:**

- ¿Fecha de nacimiento?
- ¿Dónde naciste?
- (Si nació fuera) ¿Por qué viniste a Pamplona? ¿Cuándo?
- ¿Tienes hermanos/as? ¿Qué relación tienes con ellos?
- ¿Cuándo conociste a tu actual mujer?
- ¿Tienes hijos/as? si los tienes, ¿Qué relación tienes ahora con ellos?
- ¿Tienes nietos/as? si los tienes, ¿Qué relación tienes ahora con ellos?
- ¿Qué destacarías de tu vida en general?

### **Salud:**

- ¿Cómo has vivido la jubilación, o el paso a ser una persona mayor?
- ¿Qué percepción tienes de tu salud? (muy buena, buena, regular, mala, muy mala...)
- Por razón de la edad, ¿tienes algún problema nuevo relacionado con la salud?
- ¿Tienes dependencia reconocida?

### **Economía:**

- Económicamente, ¿llegas bien a final de mes?
- ¿Crees que la crisis te ha afectado?
- ¿Cómo pagas la plaza en la residencia? ¿Recibes algún tipo de prestación?
- ¿Qué tipo de pensión tienes?

### **Residencial/vivienda:**

- ¿Tienes casa propia?
- ¿Dónde vivías antes de venir a la residencia?
- ¿Disponía de algún tipo de adaptación?
- ¿En qué zona de Pamplona estaba ubicada?
- ¿Tenías algún tipo de ayuda en el domicilio? (SAD, servicio de comidas, de lavandería...)
- ¿Qué tipo de servicios había alrededor? (centros de salud, supermercados, clubs de jubilados, parques...)
- ¿Qué opinión tienes de vivir en la residencia?

### **Convivencial/social:**

- ¿Con quién vivías en el domicilio?
- ¿Qué actividades de ocio sueles realizar?
- ¿Has hecho nuevos amigos en la residencia? ¿Mantienes los amigos de la infancia?

### **Educativo:**

- ¿Qué has estudiado?
- ¿A qué te has dedicado laboralmente?
- ¿Utilizas teléfono móvil? ¿Utilizas o has utilizado alguna vez el ordenador?