

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

LOS CENTROS RESIDENCIALES DE MAYORES

Análisis descriptivo de los Centros Residenciales de
Tercera Edad en la provincia de Huesca

Estudiante: M^a Mar Puivecino Felices
Director: Antonio Eito Mateo
Zaragoza junio de 2014



Indice

1.- INTRODUCCION Y METODOLOGIA.

- 1.1.- Objetivos.
- 1.2.- Método.

2.- JUSTIFICACION

- 2.1.- Justificación Profesional.
- 2.2.- Justificación Instrumental.
- 2.3.- Justificación Avance social.
- 2.4.- Justificación Socio-económica.
- 2.5.- Justificación Humana.

3.- MARCO TEORICO

- 3.1.- Glosario de términos.
- 3.2.- Abordaje de las políticas de vejez/dependencia en Europa.
- 3.3.- Políticas públicas sobre vejez/ dependencia en España.
- 3.4.- Especial referencia a Aragón.

4.- ANALISIS DE LA REALIDAD.

- 4.1.- Antecedentes de los servicios residenciales públicos en Huesca.
- 4.2.- Coordinación entre las distintas entidades públicas y privadas.
- 4.3.- Residencias propias del Gobierno de Aragón.
- 4.4.- Residencias con Convenio.
- 4.5.- Residencias con Acuerdo Marco.
- 4.6.- Distribución de plazas públicas de residencia por comarcas.

5.- CONCLUSIONES

6.- REFLEXIONES.

7.- BIBLIOGRAFIA.

8.- ANEXOS.

1.- INTRODUCCION Y METODOLOGIA

Con el presente trabajo se pretende hacer un análisis de contenido de los servicios residenciales, dirigidos a la tercera edad, su distribución por comarcas e índice de cobertura de necesidades, en la provincia de Huesca.

1.1.- OBJETIVOS

Este estudio tiene como objetivo general aproximarnos a conocer si la oferta de plazas residenciales públicas, concertadas o contratadas por el Gobierno de Aragón, resulta suficiente para cubrir todas las necesidades, en la provincia de Huesca.

Los objetivos específicos son:

- 1.- Conocer la realidad respecto al total de plazas ofertadas por el Gobierno de Aragón.
- 2.- Observar si hay diferencias con respecto a la oferta de plazas en las diferentes comarcas.
- 3.- Valorar las diferencias entre las comarcas y el tipo de relación contractual con las diferentes residencias existentes en cada una de ellas.
- 4.- Recoger el nivel de déficit o superávit en lo referente a plazas residenciales en cada comarca.

1.2.- METODO

Mediante el uso de una metodología cualitativa, este trabajo, se basa en un análisis bibliográfico y normativo publicado de datos sobre los centros residenciales para la tercera edad.

Se han utilizado como fuentes: leyes, baremos, artículos especializados, datos estadísticos y demás fuentes escritas.

Según Ruiz Olabuénaga y varios (1998) :“El método cualitativo pone su énfasis en estudiar los fenómenos sociales en el que ocurren, dando primacía a los aspectos subjetivos de la conducta humana sobre las características objetivas, explorando, sobre todo, el significado del actor humano.

Los métodos cualitativos estudian significados intersubjetivos, estudian la vida social en su propio marco natural sin distorsionarla ni someterla a controles experimentales”.

A diferencia de la descripción cuantitativa, las descripciones cualitativas que utilizan las descripciones “finas”, prefieren las que C. Geert (1983) denomina “descripciones espesas”, y son las que constituyen la sustancia de la descripción interpretativa.

Si bien es verdad, en todas las ciencias sociales actuales abundan las descripciones “finas” en forma de coeficientes de correlación, diagramas, ecuaciones estructurales e indicadores sociales.

2.- JUSTIFICACION

El notable envejecimiento de la población, con un alargamiento continuo e insospechado de la esperanza de vida y consecuentemente, con un aumento del número de personas mayores, sumado al rol social de las mujeres (cuidadoras por excelencia), y su presencia progresiva en el ámbito laboral; han originado la aparición de una nueva necesidad social, la de dar respuesta colectiva a las demandas de atención y cuidados que precisan las personas mayores dependientes.

2.1.- JUSTIFICACION PROFESIONAL

Con la aprobación de la Ley de Dependencia, que conlleva una implantación progresiva de un sistema garante de derechos y concesión de prestaciones y servicios, sirve para los profesionales de Servicios Sociales de reconocimiento profesional, en la medida en que se encomienda por Ley, el diagnóstico social y la prescripción del Programa Individual de Atención más adecuado a cada dependiente.

Esta Ley de nuevo diseño, configura un nuevo sistema en el que se debe reconocer a la persona su estado de dependencia, en lo referente a grado de autonomía para la realización de las AVD se refiere, y además debe de contar con el acuerdo expreso y debidamente firmado por el interesado.

Por ello, debemos decir que el antes y el después de esta Ley, afecta a nuestro quehacer diario.

2.2.- JUSTIFICACION INSTRUMENTAL

Todo esto, supone un gran cambio en los baremos y puntuaciones establecidos para el reconocimiento del Grado de Dependencia, que permita el acceso a los servicios y prestaciones reconocidos en la precitada Ley.

Se observa, un gran cambio en lo referente al cálculo de la capacidad económica, entrando en juego la contabilización de un porcentaje de su valor de patrimonio y el reconocimiento de deuda cuando accede a un servicio.

2.3.- JUSTIFICACION DE AVANCE SOCIAL

El envejecimiento de la población y la progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral, son 2 fenómenos que sin duda, son fruto del desarrollo social y constituyen avances sociales muy positivos de las sociedades modernas.

Pero paradójicamente, el cruce de ambos ha originado la aparición de una nueva necesidad social: la de dar respuesta colectiva a las demandas de atención y cuidado que precisan las personas mayores dependientes.

Desde las diferentes CCAA, se están desarrollando un conjunto de recursos para intentar dar respuesta a la creciente demanda de servicios sociosanitarios. Pero se hace con diferente intensidad y desde criterios heterogéneos, lo que origina que se esté produciendo una discriminación según los territorios en los que viven los ciudadanos.

Si a ello, se le une la entrada de la iniciativa privada en el sector, masiva en los últimos años, y que se está realizando de manera desordenada, sin obedecer a criterios de planificación, tenemos el entramado insuficiente, disgregado y a veces, incoherente que constituyen hoy en España los dispositivos de atención a las personas con dependencia.

Sin embargo, aunque la aprobación de la Ley de Dependencia, constituyó en sí misma un importante avance en derechos de la ciudadanía, la crisis económica ha hecho que nos encontremos en un claro momento de retroceso, puesto que desde el 2012, está sufriendo constantes recortes financieros, justificados en todo momento por la situación económica de España y del conjunto de la Unión Europea.

2.4.- JUSTIFICACION POLITICO-ECONOMICA

La Ley de Dependencia, no es una ley elaborada específicamente para personas mayores, sino para todas las personas que se encuentran en situación de dependencia. Sin embargo, sucede que, gran parte de los beneficiarios de ella son personas mayores.

Las prestaciones de dependencia que implanta, tienen todas ellas, el carácter de derecho subjetivo, es decir, están garantizadas por la Administración ante quien se solicitan.

Esta es una diferencia esencial respecto de las anteriores por dependencia que antes concedían las CCAA. Estas asignaban recursos, residencias y centros de día especialmente en la medida en que existían plazas disponibles o crédito suficiente para ello, aunque tampoco debe decirse que con anterioridad, regía un principio exclusivo de discrecionalidad administrativa, pues también existía un procedimiento reglado al que la Administración debía sujetarse necesariamente.

Es un nuevo sistema de protección, pero con la peculiaridad de que este sistema, se encuentra integrado en el de Servicios Sociales, no en el de Sanidad ni en el de Seguridad Social.

Se concede singular relieve al principio de coordinación administrativa para la ejecución de esta ley, que depende de la Administración del Estado y de las CCAA. A tal efecto, se ha constituido el Consejo Territorial, integrado por representantes de ambas administraciones, el cual marca unas pautas generales, pero la normativa específica depende de las CCAA.

Sin embargo, en la práctica, se traduce en una ley que prioriza servicios pero que nace sin ellos. En la mayor parte de las CCAA, se mantienen los centros de día y residencias que ya venían atendiendo a las personas mayores antes de la aprobación de la Ley de Dependencia (también en nuestra CCAA); ahora constituyendo una nueva vía de acceso a la protección y un nuevo grupo de beneficiarios.

Bien es verdad, y más en tiempos de crisis, que las administraciones públicas, también están interesadas en la promoción de aquellas prestaciones y servicios que presentan un menor coste.

La preferencia de prestaciones, sobre los servicios, (de centros de día o residencias), permiten la permanencia del dependiente en su propio domicilio, y por tanto, la prevalencia del cuidado informal, normalmente prestado por las mujeres. En este modelo, prevalecen los servicios de SAD y teleasistencia, que apoyan o sustituyen al familiar que se hace cargo del dependiente cuando este no está disponible, pero que va en contra de la justificación de avance social con la que se aprobó la Ley, a la que se denominó como: “El cuarto pilar del Estado de Bienestar”.

2.5.- JUSTIFICACION HUMANA

Partimos de la base del elevado coste que supone mantener los servicios incluidos dentro del catálogo y de la coyuntura económica que está atravesando

España, que han llevado a unas reformas en las que no se han tenido en cuenta a las personas, sino solamente el coste económico que conlleva.

Sin embargo, los Gobiernos, deben hacer una reflexión sobre el mantenimiento y consolidación del sistema público para todos en general y para nuestros mayores en particular, difícil porque no está solo en juego uno u otro modelo económico, sino las posibilidades de mayor o menor riqueza, de mayor o menor bienestar, de evitación de riesgo de exclusión, de una población mayor, que ya pasó en sus años más jóvenes dificultades y penurias.

3.- MARCO TEORICO

3.1.- GLOSARIO DE TERMINOS

Discapacidad

Según la CIF (2001) discapacidad son las consecuencias de las deficiencias desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo.

La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona.

Vejez

En el diccionario de Ciencias Sociales. Salustiano del Campo (1975) se define como el “período de la vida en que se presentan síntomas de involución en el aspecto somático y psíquico. Es muy arriesgado establecer un tope cronológico para la vejez, pero, en términos generales, podemos decir que es un proceso vinculado en cierto modo a las condiciones previas del organismo”.

Ancianidad

Calidad o cualidad de anciano. Se considera la última etapa de vida del ser humano.

Dependencia

De acuerdo con el art. 2.3. de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en Situación de Dependencia (BOE 299 de 15 de diciembre de 2006) es el “estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria”.

Actividades básicas de la vida diaria

En el Libro Blanco de Dependencia (2004) vienen definidas como “aquellas actividades que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social”.

Actividades instrumentales de la vida diaria

En el Libro Blanco de Dependencia (2004) se definen como “actividades más complejas que las ABVD, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio”.

Certificado de discapacidad

Este certificado es el reconocimiento administrativo de la discapacidad y su propósito es compensar las desventajas sociales que la discapacidad implica proporcionando acceso a derechos y prestaciones de distinto tipo, con vistas a equipar oportunidades.

La valoración del porcentaje de discapacidad se regula por el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, modificada por Real Decreto 1364/2012 de 27 de septiembre.

En él se otorga la competencia para la determinación del grado de discapacidad, a los equipos técnicos denominados Equipos de Valoración y Orientación (EVO) y que serán formados por al menos, médico, psicólogo y trabajador social.¹

Valoración dependencia

“Dependencia”, según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia es la situación permanente, en la que se encuentran las personas que precisan ayudas importantes de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Para que se reconozca legalmente que una persona está en situación de dependencia es necesario seguir un proceso determinado en la normativa vigente, que comienza con la presentación de la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia.²

¹ Información obtenida el 15-5-2014 de la web <http://www.discapnet.es/Castellano/areastematicas/derechos/faqs/Paginas/faq4.aspx>

² Información obtenida el 15-5-2014 de la web <http://www.imsersodependencia.csic.es/tramites/preguntasrespuestas/index.html#dependencia>

Centro de día

Los centros de día los definimos como los establecimientos públicos o privados, según el caso, no residenciales, donde se prestan servicios de tipo social y sanitario.

Los centros de día, están centrados en las personas mayores o discapacitados y ofrecen a lo largo del día atención a sus necesidades básicas, necesidades terapéuticas y necesidades sociales y culturales. Gracias a los centros de día se promueve la autonomía de estas personas mayores durante el día y por la tarde, teniendo la oportunidad de permanecer en sus hogares junto a sus familias hasta el día siguiente.³

Alojamiento permanente o temporal(centro residencial)

Es un centro residencial que ofrece servicios continuados de cuidado integral de la persona en todas sus necesidades, procurando su pleno desarrollo, de forma permanente o temporal, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual o temporal de la persona.⁴

Teleasistencia

El servicio de teleasistencia domiciliaria, es un recurso, que, permite la permanencia de los usuarios en su medio habitual de vida, así como el contacto con su entorno socio-familiar, evitando el desarraigo y asegurando la intervención inmediata en crisis personales, sociales o médicas para proporcionar seguridad y mejor calidad de vida.

Para conseguir estos objetivos, se puso en marcha en 1992, el programa de teleasistencia domiciliaria que permite a las personas mayores y/o discapacitadas que viven solas y en situación de riesgo, entrar en contacto verbal con un centro de atención especializada, pulsando el botón de un medallón o pulsera que llevan constantemente puesto las 24 horas del día y todos los días del año.

Asimismo, se dispone de unidades móviles que en caso de necesidad se trasladan al domicilio del usuario para dar solución a la emergencia surgida, mediante la movilización de recursos.⁵

³ Información obtenida el 25-4-2014 de la web www.imsersomayores.csic.es/documentos

⁴ Ley 5/2009 de 30 de junio de Servicios Sociales de Aragón.(BOA 10-7-2009)

⁵ Información obtenida el 22-4-2014 de la web http://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/teleasistencia_domiciliaria/index.htm

Servicio de Ayuda a Domicilio

Consiste en la prestación continua de una serie de atenciones y/o cuidados de carácter personal, doméstico y psicosocial a los individuos y/o unidades de convivencia en su domicilio cuando se hallan en situaciones en las que no sea posible la realización de sus actividades habituales, o en situaciones de conflicto psicofamiliar para algunos de sus miembros.⁶

Acuerdo Marco

El art. 1 párrafo 5 de la Directiva 2004/18/CE⁷ define un acuerdo marco como “un acuerdo entre uno o varios poderes adjudicadores y uno o varios operadores económicos, cuyo objeto consiste en establecer las condiciones que rijan los contratos que se adjudiquen durante un periodo determinado, en particular, las relativas a los precios, y, en su caso, a las cantidades previstas”.

El Acuerdo Marco de gestión de servicios sociales con las entidades privadas, lo es en la modalidad de concierto, al cual podrán acceder todas las entidades privadas que cuenten con acreditación administrativa y figuren inscritas en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales.

Convenio

Los convenios de colaboración tendrán por objeto la gestión y prestación de servicios propios, derivados de las competencias autonómicas.

Deberán ser inscritos a efectos de su publicidad en el Registro de Convenios de la CCAA en el plazo de 2 meses a partir de la firma del convenio, una vez inscritos deberán publicarse en el BOA.⁸

⁶ Información obtenida el 20-4-2014 de la web http://www.zaragoza.es/ciudad/encasa/detalle_Tramite?id=179

⁷ Con esta norma, la Unión Europea actualizó y simplificó la legislación relativa a los procedimientos de adjudicación de los contratos del sector público. Con respecto a los acuerdos marco, la norma comunitaria establece una definición común y unas normas específicas en relación con los contratos que regula la propia norma.

⁸ Ley 1/2011 de 10 de febrero de Convenios de la CCAA (BOA 24-2-2011)

3.2.- ABORDAJE DE LAS POLITICAS DE VEJEZ/ DEPENDENCIA EN EUROPA

La Carta de Derechos Fundamentales de la UE (2000) establece: “La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de Seguridad Social y a los Servicios Sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez”.

Los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración en la UE tienen ante sí el reto de alcanzar al mismo tiempo tres objetivos:

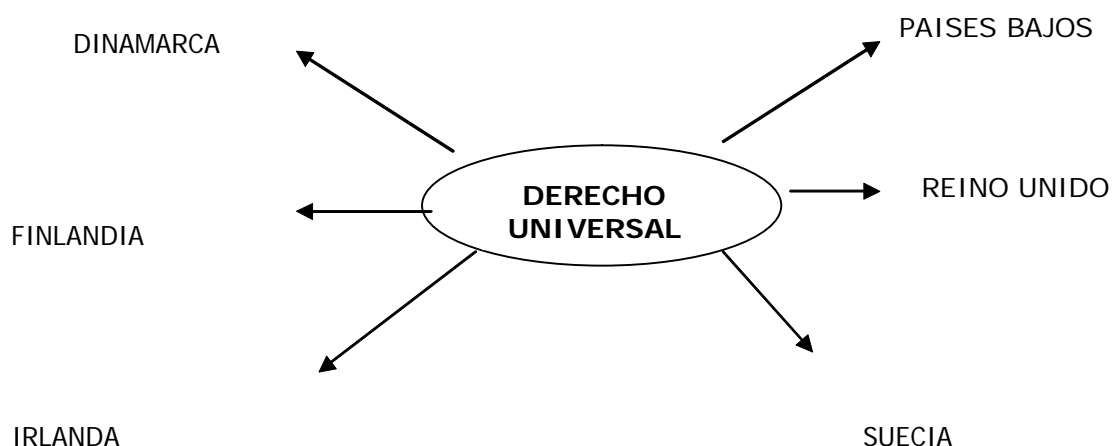
- El acceso de todos, independientemente de los ingresos o el patrimonio.
- Un alto nivel de calidad de la asistencia.
- La sostenibilidad financiera de los sistemas de asistencia.

Estos tres grandes objetivos fueron aprobados por el Consejo de la UE, en la Presidencia Española de la UE en 2002.

Conviene recordar que la organización de los sistemas de protección social, sus modalidades de financiación y la oferta de asistencia en función de las necesidades de la población son competencia de los EE.MM. Ahora bien, existen grandes diferencias históricas en cuanto a la organización, la concepción y la financiación de los sistemas de asistencia de larga duración.

Situación de dependencia en los diferentes países de la UE:

Ilustración 1: DERECHO UNIVERSAL.



Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 2 : AYUDA SOCIAL.

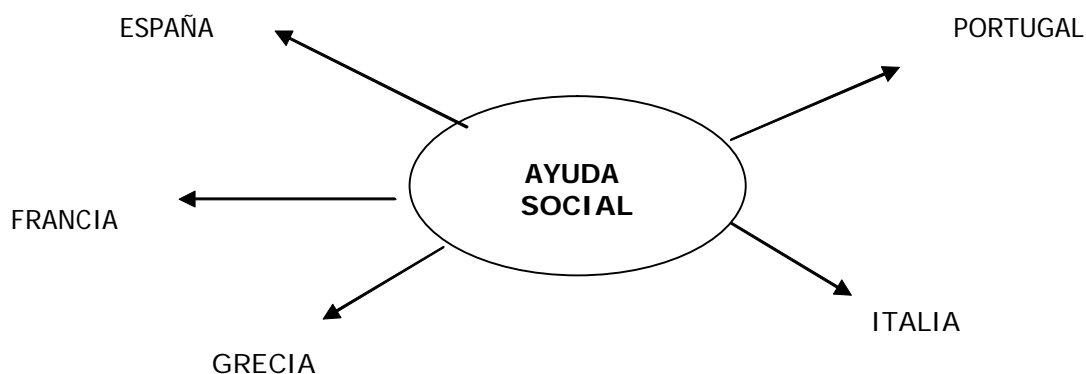
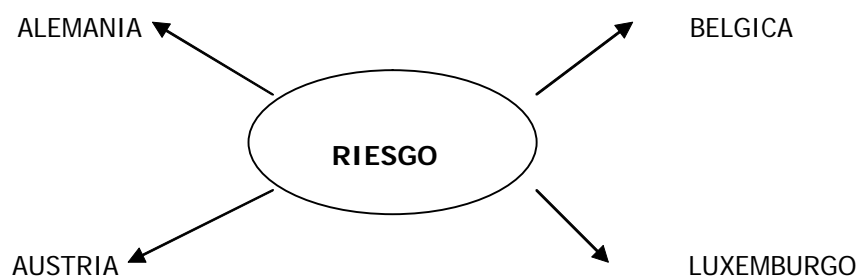


Ilustración 3 : RIESGO.



Fuente: Elaboración propia

ALEMANIA
<p>1995. Ley de Seguro de Dependencia (Pflegeversicherung).</p> <p>Público y obligatorio. La obligatoriedad del seguro se rige por: el seguro de cuidados es continuación del seguro de enfermedad. El colectivo asegurado del seguro de dependencia abarca a las personas acogidas al seguro médico obligatorio, tanto si están afiliados a la Seguridad Social como a un sistema voluntario. Aquellos que se hayan asegurado contra el riesgo de enfermedad en una compañía de seguros privada tienen que contratar un seguro de cuidados privado.</p> <p>Grados: Moderado, Severo y Grave.</p> <p>Cobertura universal en función de la necesidad y grado de dependencia evaluada por el Sistema Nacional de Salud dos veces al año. Apoyo universal limitado.</p>

AUSTRIA
<p>1993. Ley federal del subsidio de cuidados (Bundespflegegeldgesetz).</p> <p>Sistema de previsión para prestaciones de cuidados de larga duración, cuyo objetivo principal es la concesión de un subsidio en función de la asistencia que precise la persona afectada (este subsidio tiene los mismos objetivos sociopolíticos que el seguro de cuidados alemán).</p> <p>7 niveles de atención.</p> <p>Cobertura universal en función del grado de dependencia sin condicionantes de renta y edad.</p>
BELGICA
<p>2001. Seguro de dependencia (Vlaamse Zorgverzekering)</p> <p>Las personas muy dependientes reciben un cheque-salud, para la cobertura de gastos no médicos. Estos cheques, se emiten por una Caja especial a la que el conjunto de la población flamenca se tiene que afiliar. Se financia mediante un fondo especial nutrido por una dotación del Gobierno de Flandes y una cotización de solidaridad obligatoria.</p> <p>Es obligatorio para toda persona domiciliada en la región flamenca. En cambio, es facultativo para las personas domiciliadas en la región de Bruselas-capital.</p> <p>Se concede una intervención financiera para gastos no médicos que soportan las personas gran dependientes, en razón de su edad, sea cual sea.</p>
DINAMARCA
<p>En Dinamarca, las prestaciones de cuidados de larga duración no son consideradas como una prestación de Seguridad Social, sino como una parte de los servicios que el municipio presta a los ciudadanos. Por tanto, son las autoridades locales las que suministran las prestaciones de asistencia, principalmente bajo la forma de prestaciones en especie.</p> <p>El sistema danés de asistencia consiste en prestaciones, ya sea en especie, o en forma de servicios para ancianos.</p> <p>Estas prestaciones se conceden si son necesarias. No están ligadas a la pensión, ya que también se conceden a residentes que no reciben una pensión (pero casi todos los residentes en Dinamarca son beneficiarios de pensión); tampoco están ligadas al seguro de enfermedad, ya que se tiene derecho a recibir asistencia aunque no se tenga seguro de enfermedad.</p>

ESPAÑA
<p>2006. La Seguridad Social española no contempla dentro de su acción protectora una rama autónoma que tenga como finalidad exclusiva la de cubrir la contingencia específica de dependencia. Por tanto, la dependencia en España, no existe como rama separada y las prestaciones de necesidad de cuidados de larga duración están diseminadas y repartidas entre la Seguridad Social y los Servicios Sociales.</p> <p>En principio, y dentro de lo que podríamos denominar seguro de enfermedad, no se recogen prestaciones específicas en especie del seguro de dependencia. Sin embargo, dentro de lo que denominaríamos asistencia social-servicios sociales, existen unas prestaciones sujetas a ingresos, como ayuda a domicilio, servicios de apoyo a familiares, teleasistencia,..., que son gestionadas por los municipios y CCAA y que no pueden ser consideradas como Seguridad Social, sino como prestación de asistencia social.</p> <p>No obstante, la Seguridad Social española sí protege determinadas situaciones de necesidad en las que se requiere la asistencia de otra persona a favor de los discapacitados y ancianos. Existen prestaciones complementarias que, en algunos casos son en metálico (Ej. complemento de la pensión de invalidez) y, en otros, son en especie (Ej. los Servicios Sociales).</p>
FINLANDIA
<p>En el sistema finés de Seguridad Social no existe un seguro de dependencia.</p> <p>Los servicios sociales y de salud a favor de las personas dependientes son asumidos por las autoridades locales.</p> <p>Estos servicios son financiados por impuestos.</p> <p>Como regla general, el interesado paga una parte del coste, estando la cuantía en función de las rentas y de la prestación de subsistencia.</p> <p>La asistencia en establecimientos asegurados por el sector de la salud pública está considerada a largo plazo cuando son necesarios durante un período superior a tres meses. En este caso, sustituyen a los servicios de asistencia de la salud pública, que constituyen prestaciones de enfermedad (prestaciones en especie).</p>

FRANCIA
<p>Prestación personalizada de autonomía(APA): es una prestación (Ley nº 2001—647, de 20 de julio), cuyas disposiciones han entrado en vigor el 1 de enero de 2001.</p> <p>El objetivo de la APA, es hacerse cargo de las personas con pérdida de autonomía, permitiéndoles beneficiarse de las ayudas necesarias que le permitan una vida normal.</p> <p>Esta prestación afecta tanto a las personas mayores que residan en el domicilio como a aquellas que lo hagan en establecimientos.</p> <p>Está fundada sobre la libre elección del lugar donde quiera vivir la persona mayor y sobre la posibilidad, para la familia, de beneficiarse de un apoyo en la ayuda que le aporta.</p> <p>Grados: I-II-III-IV.</p> <p>Cobertura universal con correcciones en función de renta (asistencial) que sustituye al modelo de 1997 de carácter asistencial.</p> <p>Requisitos: ser mayor de 60 años y acreditar la residencia en Francia de forma estable.</p>
GRECIA
<p>El régimen griego de Seguridad Social no cubre de manera específica el riesgo de dependencia. La legislación griega en esta materia, no prevee ninguna rama particular para las personas que tienen necesidad de asistencia constante. En cambio, tanto en las ramas clásicas del sistema legal como en el marco de la previsión social, existen disposiciones jurídicas relativas a medidas de protección plasmadas en diversas prestaciones en especie o en metálico.</p> <p>Por otra parte, la rama del seguro de enfermedad, no prevee, prestaciones de duración ilimitada, ni en metálico ni en especie, para las personas que necesiten, durante un largo período, los cuidados de un tercero.</p>
IRLANDA
<p>En Irlanda, no existe un seguro de dependencia específico. El sistema de Seguridad Social no proporciona prestaciones en especie de asistencia a largo plazo.</p> <p>Tanto la asistencia en hospitales como la domiciliaria, están incluidas en el</p>

<p>sistema sanitario irlandés que no está basado en las cotizaciones, sino en la residencia y nivel de ingresos.</p> <p>No obstante, los criterios para la provisión de asistencia no se establecen en relación a la dependencia.</p> <p>La legislación irlandesa establece, con carácter general, una gama de prestaciones para personas con necesidad de asistencia: programas de manutención, subsidio de movilidad,...</p> <p>La prestaciones en especie son proporcionadas a nivel local por las autoridades sanitarias e incluyen ayudas al hogar, servicio de comidas a domicilio y la asistencia en residencias. La política de Irlanda es mantener en el hogar a las personas mayores de conformidad con sus deseos, avalados por estudios de investigación.</p> <p>Las autoridades locales, los consejos sanitarios, y organismos voluntarios cuentan con centros de acogida. Los locales para estos centros suelen ser aportados por las autoridades locales o del condado en consulta con el personal asistencial de los consejos sanitarios.</p> <p>Financiación mediante impuestos generales.</p>
ITALIA
<p>El sistema italiano de Seguridad Social, no cubre de manera específica el riesgo de dependencia.</p> <p>El sistema de asistencia de larga duración presenta realidades diferentes a nivel territorial, atendiendo a los distintos niveles de responsabilidad en las funciones de programación, coordinación y gestión de servicios.</p> <p>La Ley 328/2000, ley marco para la realización de un sistema integrado de intervención y de servicios sociales, sustituye al sistema actual basado en la emergencia, por un enfoque ligado al individuo y a sus demandas. Introduce en Italia, por primera vez, niveles esenciales y homogéneos en prestaciones sociales a garantizar en todo el país, ya sea por el ámbito de intervención como por la modalidad de las prestaciones.</p>
LUXEMBURGO
<p>A tenor de la Ley de 19 de junio de 1998, sobre la introducción de un seguro de dependencia, en Luxemburgo se conceden prestaciones en especie, y, en su caso, en metálico, desde el 1 de enero de 1999.</p> <p>La ley privilegia las prestaciones en especie sobre las prestaciones en metálico y</p>

<p>reconoce la prioridad de que la asistencia sea profesional para garantizar la calidad de la misma.</p> <p>Las prestaciones en especie dependen de la naturaleza y la intensidad de la necesidad; los servicios de ayuda y cuidados a domicilio se proporcionan directamente, según un sistema por el cual el organismo asegurador abona directamente a estos servicios el coste de los servicios prestados al asegurado. Estas prestaciones están relacionadas con tres necesidades esenciales de la vida: la higiene, la movilidad y la alimentación.</p> <p>Grados: I-II-III.</p> <p>Cobertura universal en función del grado de dependencia sin condicionantes de renta y edad.</p>
PAISES BAJOS
<p>Países Bajos cuenta con la Ley General de Gastos especiales por Enfermedad y la Ley de Servicios a Discapacitados.</p> <p>Todas las prestaciones son en especie, en los Países Bajos no hay prestaciones en metálico para la atención a largo plazo en el ámbito de la Seguridad Social, en sentido estricto, pero sí, presupuestos personalizados.</p>
PORTUGAL
<p>La protección social de las personas en situación de dependencia no constituye en el sistema de Seguridad Social portugués un sector de seguro autónomo distinto de los sectores tradicionales de la Seguridad Social.</p> <p>La Seguridad Social portuguesa apenas prevee prestaciones en metálico por dependencia y tampoco prestaciones en especie.</p> <p>Las prestaciones en especie previstas en la legislación portuguesa se integran en el seguro de enfermedad clásico o en la acción social, e intentan privilegiar la estancia de la persona mayor en el entorno familiar.</p>
REINO UNIDO
<p>En el Reino Unido, la legislación relativa a la Seguridad Social no prevee prestaciones en especie de dependencia para la asistencia de larga duración.</p> <p>La asistencia de larga duración compete a diversos regímenes previstos por las autoridades locales y/o las autoridades sanitarias locales, ya sea independientemente, o en el marco de acuerdos con los interlocutores sociales.</p> <p>Las disposiciones británicas se refieren a prestaciones en metálico de carácter o</p>

contributivo, o a prestaciones en especie suministradas por el Servicio Nacional de Salud o ayuda suministrada sobre la base de acuerdos de asistencia médica o social.

Es importante que se tenga en cuenta que en el Reino Unido el derecho a determinadas prestaciones y otras formas de asistencia, no se define en términos de dependencia. Por el contrario, las personas dependientes y quienes se encargan de su cuidado, están cubiertas por diversas medidas. Se sigue una política general tendente a ayudar a las personas a vivir de forma independiente dentro de la comunidad y que incluye una gama de medidas.

El objetivo es dispensar, de manera flexible, un conjunto de cuidados a los individuos para responder a sus necesidades, ya sea directamente, ya sea por intermediación del sector privado o del voluntariado.

Los sistemas son discrecionales, las prestaciones, si existen, son muy diferentes de un sistema a otro, al igual que la facturación eventual.

En definitiva, estos sistemas son de asistencia social y no están previstos en el sistema de Seguridad Social.

SUECIA

En Suecia las prestaciones para personas de edad avanzada y para personas afectadas por una deficiencia funcional están reguladas por la Ley de Servicios Sociales, la Ley de Asistencia y Servicios para las personas afectadas por determinadas deficiencias funcionales, así como por la Ley de cuidados sanitarios.

No existen prestaciones en especie de dependencia en el régimen sueco de Seguridad Social.

Son los municipios, los encargados de asegurar el apoyo y de suministrar la asistencia a las personas que tienen necesidad y que residen en el municipio.

Los servicios suministrados por la autoridad local son financiados por los impuestos y están, generalmente, sometidos a condiciones de recursos.

Por regla general, el interesado paga un canon por los servicios suministrados. Sin embargo, el canon no es proporcional al coste real, sino que se calcula en función de la renta del interesado y está sometido a un tope.

3.3.- POLITICAS PUBLICAS SOBRE DEPENDENCIA/VEJEZ EN ESPAÑA.

Las políticas públicas en el sector de la vejez en España presentan una evolución notable desde mediados del siglo XX, con un crecimiento y estabilización clara a partir de los años 70.

Este movimiento se puede explicar en paralelo a la evolución de las conceptualizaciones sobre la vejez, desde un modelo arcaico basado en la caridad y caracterizado por la invisibilidad, hasta los planteamientos actuales que enfocan el fenómeno como una cuestión de derechos y no discriminación.

Antecedentes históricos y jurídicos.

Hasta los inicios del siglo XIX, no se formularon en España verdaderas políticas encaminadas a dar respuesta a los problemas sociales, pues se consideraba que al Estado le correspondía garantizar la seguridad y el orden público, mientras que la atención a las necesidades de los pobres y marginados en general, era asumida por la Iglesia.

Desde una perspectiva asistencial, la protección de los ancianos en especial durante el período autárquico recae, como ha sido tradicional en España, en la familia.

Es más en el caso de Aragón, y a modo anecdótico, señalar, la figura del heredero elegida para que la casa perviviera, frente al resto de los hijos que debían irse del domicilio familiar, y así se mantuviera la supervivencia del Pirineo(oscense), hacía que los abuelos fueran cuidados por éste en el domicilio.

La Constitución española de 1812, reconoció la responsabilidad en materia de atención social. La Ley de Beneficencia, promulgada el 6 de febrero de 1822, durante el Trienio Liberal que siguió al pronunciamiento de Riego, desarrollaba los principios de la Constitución de 1812 en materia de Beneficencia, asignando un importante papel en su ejecución a los municipios y creando las Juntas Municipales y Parroquiales de Beneficencia.

Como señala Demetrio Casado, esta ley, que intentó institucionalizar un sistema público de protección para las personas en estado de necesidad (desvalidos y pobres), fue un referente para la legislación sobre Beneficencia dictada en España durante el siglo XIX, pues aunque en la etapa absolutista ulterior fue derogada, muchas de las reformas iniciadas y posteriormente abandonadas se reintrodujeron de nuevo en la siguiente etapa liberal, en particular en la Ley General de Beneficencia de 1849.

La Comisión de Reformas Sociales, creada en 1883, es considerada como el auténtico germen de las políticas sociales en España.

En 1908, se crea el Instituto Nacional de Previsión, con la misión de fomentar y difundir la previsión popular, especialmente la que se realiza en forma de pensiones de retiro para la vejez, y en general los seguros de utilidad pública de personas.

Entre los seguros sociales que se van creando, destacan el Retiro Obrero, el Seguro Obligatorio de Maternidad, y el Seguro de Paro Forzoso.

En 1938, se aprueba el Fuero del Trabajo, carta magna de la política social del franquismo, que establece los principios de actuación básicos:

- Construcción de un sistema de seguros sociales.
- Implantación de un seguro total.
- Atención prioritaria a la cobertura económica de la población trabajadora de edad avanzada.

Esto se traduce en la creación del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez(SOVI).

Desde una perspectiva asistencial, en 1936, se crea el Auxilio Social, que es la institución de referencia, la cual en la práctica institucionaliza la caridad, construye un sistema benéfico dirigido a los más pobres bajo tutela estatal, a la vez que mantiene algunos Hogares de Ancianos, mientras la Dirección General de Beneficencia inicia lentamente la construcción de centros residenciales.

Al margen de esto, la asistencia de los ancianos durante el período autárquico, depende de la red asistencial de las Diputaciones Provinciales, obligadas por la Ley de Régimen Local. Y, complementariamente, desde la iniciativa privada en la tradicional red asistencial religiosa más o menos especializada.

Así las cosas, la coyuntura desarrollista de los años 60, fue una circunstancia propicia para la ampliación y racionalización de la previsión social impulsada por la línea nacionalsindicalista del régimen franquista. En este contexto, con el objetivo principal de implantar un modelo unitario e integrado de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación, se aprobó en 1963, la Ley de Bases

de la Seguridad Social, muchos de cuyos principios se plasmaron en la Ley General de Seguridad Social de 1966, que supuso el nacimiento de la moderna Seguridad Social española.

Sin embargo, esta ley no modifica significativamente la precaria situación de los pensionistas españoles, mientras reconoce el funcionamiento complementario de las Mutualidades Laborales, reconocidas como entidades de Derecho Público.

El Auxilio Social, prosigue su labor protectora manteniendo un número reducido de comedores de adultos que atienden preferentemente a personas mayores y algunos Clubs de Ancianos.

La más relevante novedad, es la creación del Fondo Nacional de Asistencia Social(FONAS), en 1960, que aporta recursos para servicios sociales y pensiones para ancianos o enfermos sin recursos, prolongando de esta manera la orientación benéfico-asistencial de la protección social pública.

A finales de la década de los sesenta, el análisis de los datos demográficos, señala el creciente envejecimiento de la población española.

La urbanización y la emigración han acentuado el envejecimiento poblacional en las zonas rurales, redefiniendo las relaciones familiares y anulando los sistemas tradicionales de soporte a la vejez.

Los sistemas protectores tradicionales, se manifiestan claramente insuficientes y obsoletos para hacer frente a las necesidades de una emergente sociedad urbana.

Además, la apertura internacional permite conocer el desarrollo de intervenciones protectoras innovadoras en países vecinos, desarrollo que resalta el retraso de los sistemas protectores de los ancianos en España.

Si desde la perspectiva privada, Cáritas, asume las necesidades de la ancianidad, desde la iniciativa pública, van a ser las Mutualidades Laborales, los agentes impulsores de la redefinición en el campo protector entre 1969-1971.

Estas Mutualidades, elaboran el “Plan Gerontológico Nacional de Mutualidades Laborales”, y un año más tarde se regula el Plan Nacional de Asistencia a Ancianos. Las líneas generales de actuación son:

- Construcción de hogares y clubs de jubilados.
- Residencias.
- Centros geriátricos.
- Centros de reeducación y hospitales de día.
- Ayuda a domicilio.
- Programas de vacaciones.

En 1978, con la llegada de la democracia, la Constitución Española en su art. 50, atribuye a “los poderes públicos la garantía mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

De la misma manera que el R.D. 36/1978 de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, dispone la creación, con carácter de entidad gestora de la Seguridad Social, del Instituto Nacional de Servicios Sociales, para la gestión de servicios complementarios de las prestaciones del sistema de Seguridad Social.

En la actualidad, con el nombre de IMSERSO, asume competencias en materia de personas mayores, incorporando entre ellas, las que se deriven de la creación y puesta en funcionamiento del sistema de protección a las personas en situación de dependencia y el desarrollo de políticas y programas en relación con el envejecimiento activo de la población.

Es a través de este Instituto, cuando en 1992, se elabora el Plan Gerontológico dividido en 5 áreas:

- Pensiones.
- Salud y asistencia sanitaria.
- Servicios Sociales.
- Cultura y ocio.
- Participación.

Sin embargo, la trascendencia de este Plan no ha residido tanto en su contribución al crecimiento y desarrollo de los servicios como en su clarificación conceptual sobre la organización y formulación de respuestas a las cambiantes necesidades de las personas mayores y sus familias.

Pero, volviendo al texto constitucional, debemos recordar que de una parte, comporta un mandato a los poderes públicos para hacer efectivas la libertad y la igualdad (art. 9.2), y de otra, obliga a establecer una estructura territorial descentralizada.

A partir de estos planteamientos se forman las CCAA y se aprueban los Estatutos de Autonomía. Todos los Estatutos, establecen aunque con distintas denominaciones, su competencia exclusiva en Asistencia Social y Servicios Sociales, así como la competencia compartida en Seguridad Social.

En líneas generales estas competencias, se concretaron básicamente en el traspaso de los presupuestos para prestaciones y subvenciones procedentes del Fondo de Asistencia Social, de los servicios y establecimientos del Instituto Nacional de Asistencia Social y de los centros dependientes de la Dirección General de Acción Social.

Las CCAA, haciendo uso de sus competencias comenzaron su andadura, aprobando las diferentes leyes de Servicios Sociales, las cuales no presentan modelos uniformes sino que se pueden apreciar planteamientos técnicos influidos de alguna manera por la situación política del momento de su promulgación en cada CCAA.

3.4.- ESPECIAL REFERENCIA A ARAGON.

En nuestra CCAA, por Ley 8/1982 de 10 de agosto, se aprueba el Estatuto de Autonomía, el cual entre sus competencias enmarca, la Asistencia Social en su art. 35.1.19.

A lo largo de estas décadas, nuestro Estatuto, ha sufrido varias reformas, la última, por Ley 5/2007 de 20 de abril, que incluye en su capítulo II, relativo a derechos y principios rectores, un mandato expreso en materia de bienestar social y cohesión social (art. 23.1).

Pero volviendo a los inicios, el punto de partida es la probación por Ley 4/1987 de 25 de marzo de Ordenación de la Acción Social de Aragón, en la que se definen los Servicios Sociales, se desarrollan las prestaciones económicas y la financiación de las mismas, cumpliendo un importante papel en el desarrollo sobre las competencias que nuestro estatuto tiene encomendadas, a la vez que sirve para la consolidación de la actual política de Servicios Sociales de nuestra CCAA.

No obstante, y tras el paso del tiempo, son muchas las circunstancias que aconsejan la aprobación de una nueva Ley de Servicios Sociales para adecuar el sistema de estos a la nueva realidad social, territorial e institucional de la Comunidad Autónoma Aragonesa, por lo que se aprueba la nueva Ley 5/2009 de 30 de junio de Servicios Sociales; como medida de avance en la universalidad del sistema, en la garantía de las prestaciones sociales, en su calidad y en la articulación de la acción de todas las Administraciones Públicas con competencia en ello, y de la iniciativa privada, llamadas a colaborar de forma eficaz en la prevención y atención de las necesidades sociales.

Esta Ley, recoge en su art. 36. las diferentes prestaciones de servicios, entre las que se encuentran los centros de alojamiento, de carácter permanente o temporal.

En este contexto, no debemos ignorar el importante impacto que para los Servicios Sociales, ha supuesto la aprobación por parte del Estado, de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia; mediante la que se ha establecido como derecho subjetivo de la ciudadanía esta promoción precitada.

Si bien, el texto legal y sus posteriores desarrollos reglamentarios han centrado la atención en la cara negativa o restrictiva del fenómeno (la dependencia), no es menos cierto que esta Ley, ofrece un marco legal más que suficiente para avanzar hacia un SAAD, basado en la Promoción de la Autonomía Personal, donde los servicios se ajustan a las necesidades individuales y con la participación del usuario y el respeto a sus preferencias a lo largo del proceso.

4.-ANÁLISIS DE LA REALIDAD DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES EN ARAGÓN

4.1.-ANTECEDENTES DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES PÚBLICOS EN HUESCA.

Tal como se ha descrito, tras la aprobación del Estatuto de Autonomía en 1982, en el que se nos traspasa la competencia de Asistencia Social, es el momento desde el que convergen en el plano de los servicios residenciales, legislación estatal y autonómica.

Como hemos visto, porque el traspaso de estas competencias, se hizo a diferente escala, en lo referente a los servicios de titularidad del IMSERSO.

Así, mientras a nivel estatal, en el plano de residencias, vienen reguladas por la Orden de 16 de mayo de 1985, por la que se aprobó por parte del IMSERSO, el estatuto básico de centros de la tercera edad modificada por la Orden de 8 de enero de 1986, que aprobó los baremos de admisiones, traslados y permutas en los centros residenciales para la tercera edad, y la Resolución de 26 de agosto de 1987, que reguló los ingresos, traslados y permutas en dichos centros.

En Aragón, ya con las competencias, se elabora la Orden de 30 de enero de 1987, que regula el funcionamiento de los Clubs, residencias de ancianos y comedores dependientes de la DGA.

¿Esto qué significa?; pues que, desde el IMSERSO, se gestionan todas las plazas de sus residencias, (todavía en vías de transferir), en concreto en el caso de Huesca, solamente 1 residencia, denominada "Ciudad de Huesca", ubicada en Huesca capital, en la que pueden ingresar personas mayores de todo España, con un coste del servicio, equivalente al 75% de sus ingresos, siempre y cuando tengan 60 años, con condición de válido o asistido.

Y desde la CCAA, se gestionan 2 residencias, una de ellas ubicada en Fonç, transferida desde el Instituto Nacional de Asistencia Social, en unas instalaciones cedidas por el Arzobispado de Barbastro, y que cuenta también con un comedor de ancianos; y de otra parte la residencia denominada "Sagrada Familia", también situada en Huesca capital, gestionada hasta entonces, por la Diputación Provincial.

Bien, los usuarios, que deseen acceder a estas 2 residencias, por el contrario, deben tener también la condición de válido o asistido, tener 65 años de edad (eximiéndose, eso sí, con carácter excepcional la edad hasta los 60 años), y deben aportar en el momento de ser admitidos en ellas, el 80% de sus ingresos.

Todo esto implica que, como legislaciones diferentes que son, los baremos de acceso también difieren.

Debemos esperar hasta 1996, momento en el que se transfieren las competencias del IMSERSO a la CCAA, y en concreto al creado Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), por Ley 4/1996 de 22 de mayo. Pero aunque ya contamos con las transferencias, no es hasta 2002, con la Orden 18 de noviembre de 2002, del entonces denominado Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, cuando se regula el acceso y adjudicación de plazas en los Centros de Atención a personas mayores del Gobierno de Aragón, con un procedimiento único, para todos los centros.

A partir de este momento, nos encontramos con personas que han accedido con 2 procedimientos distintos, que conservan sus derechos de acceso, pero por ejemplo nos encontramos con personas a los que se les adjudicó una plaza en un centro de nuestra CCAA antes de las transferencias, y se quedan sin poder solicitar un traslado a su CCAA de referencia, porque las transferencias los dejan "atrapados", y porque la nueva normativa, por tanto, sólo permite "circular" por las residencias de nuestra CCAA. (Aunque bien es verdad que no fueron muy numerosos)

Desde esta fecha de 2002, los usuarios que ingresen a diferencia de los criterios anteriores, deben ser personas asistidas, con 65 años (aunque puede eximirse la edad hasta los 60) y participan en el coste del servicio con un 80% de sus ingresos.

Y es en 2006, cuando a través de la tan conocida Ley de la Dependencia, por Ley 39/2006 de 14 de diciembre, desde donde se reconocen los nuevos requisitos de acceso a los servicios, vigentes en la actualidad.

Entre otros, estos requisitos vienen definidos atendiendo a su Grado de Dependencia reconocido:

- Grado III - Gran dependencia.
- Grado II - Dependencia severa.
- Grado I - Dependencia moderada.

Esta labor de ordenación, se lleva a cabo por parte de la CCAA aragonesa a través de la aprobación entre otras normas de la Orden de 7 de noviembre de 2007, por la que se regulaba el acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

Esta se ve afectada por importantes cambios normativos, tanto autonómicos como estatales.

De una parte, el Decreto 143/2011 de 14 de junio del Gobierno de Aragón que aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la CCAA en desarrollo de la Ley 5/2009 de 30 de junio de Servicios Sociales.

De otra, el Real Decreto 20/2012 de 13 de julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, que modificó aspectos sustanciales de la Ley de Dependencia, en lo referente a una nueva estructura de Grados de Dependencia, nuevo sistema de intensidad de protección y nuevo calendario en la efectividad del derecho a las prestaciones.

Reconoce que estas prestaciones podrán ser de servicio o económicas, entendiendo que el alojamiento es una prestación de servicio.

Todo esto hace necesario acomodar la legislación para acceder a los servicios de alojamiento, se conjugan entonces, 2 normativas; de un lado, la Orden de 21 de mayo de 2010 del Departamento de Servicios Sociales y Familia, que regula el acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón, mediante la cual se establecen los criterios de prelación para poder ser incluídos en la lista de demanda según una puntuación que viene referenciada en función del Grado de Dependencia reconocido, y su capacidad económica, de acuerdo con los intervalos establecidos, referidos al IPREM. Señalar que para poder acceder a un servicio de alojamiento se debe de tener reconocido un Grado II o III de Dependencia.

De otro lado, se deroga la Ley 7 de noviembre de 2007 precitada, y se aprueba la Orden de 24 de julio de 2013, cuya entrada en vigor es el 20 de noviembre de 2013, por la que además de regularse las prestaciones del Sistema de Atención a la Dependencia, también se regula la participación del beneficiario en su financiación, a través de la aplicación de una serie de fórmulas que toman en consideración, esencialmente el coste de los servicios y la concreta capacidad económica de la persona.

En la capacidad económica del beneficiario, en estos momentos, se toman en consideración sus pensiones y demás rendimientos económicos, y se

introduce como novedad, el cómputo del valor de su patrimonio, referenciado en un 5%, cuando el beneficiario cuente con más de 65 años, o en un 3%, cuando el beneficiario se encuentre en el tramo de edad comprendido entre 30 y 65 años.

Se entiende por patrimonio, tanto los bienes de naturaleza rústica, capital mobiliario o bienes de naturaleza urbana, exceptuando su vivienda habitual, siempre y cuando esta no exceda de un valor catastral superior a 300.000 € ó no tenga personas a su cargo que continúen residiendo en dicha vivienda, ya sea cónyuge o ascendientes o descendientes incapacitados.

Así pues, la participación de la persona beneficiaria en el coste del servicio se hará de forma progresiva, mediante la aplicación de un porcentaje en función de su capacidad económica hasta alcanzar un máximo del 90%, del coste de referencia del servicio, estableciendo una cantidad para gastos personales que corresponderá al 19% del IPREM mensual, pudiéndose incrementar hasta un 25%, para las personas dependientes por razón de su discapacidad.

A modo de conclusión, podemos decir que en 2014, en Aragón conviven 3 modalidades de participación económica de las personas beneficiarias de los mismos servicios de alojamiento en centros públicos, concertados o contratados:

1.- Los procedentes del IMSERSO, a los que se les computa el 75% de sus ingresos, sin incluir las pagas extras de sus pensiones.

2.- Los que accedieron por Orden de 30 de enero de 1987 y Orden de 18 de noviembre de 2002 del Gobierno de Aragón, a los que se les computa el 80% de sus ingresos, incluidas las pagas extras de sus pensiones.

3.- Los que acceden a través de la vigente Orden de 24 de julio de 2013, que regula las prestaciones de la Dependencia, a los que se les computan sus rentas totales, además de un porcentaje de su patrimonio, tal como se ha explicado, y participan hasta en un 90% del coste de referencia del servicio, además de establecer que, en los casos en los que la aportación de la persona beneficiaria no sea suficiente para abonar en su totalidad su participación en el coste del servicio, se generará el correspondiente reconocimiento de deuda.

4.2.- COORDINACION ENTRE LAS DISTINTAS ENTIDADES PUBLICAS Y PRIVADAS

Entre los objetivos de la Ley 4/1987 de 25 de marzo, LOAS, estaba el

procurar el acceso de todos los ciudadanos a los sistemas públicos de protección social. Para ello, la CCAA, debía procurar la creación de un sistema integrado que garantice al ciudadano, entre otros servicios, los medios de alojamiento alternativo, si así lo requiere su situación personal o familiar.

Debemos distinguir entre 3 tipos de entidades:

- Las públicas.
- Las privadas sin ánimo de lucro (de iniciativa social).
- Las privadas con ánimo de lucro (de iniciativa mercantil).

La demanda de plazas de atención para personas mayores supera el límite de las de los centros aragoneses de titularidad pública. Por lo que se debe procurar la coordinación funcional de las actividades de las instituciones públicas y privadas, en esta materia, para lo que por Orden de 19 de marzo de 1998, del entonces, Departamento competente, se regula la acción concertada del IASS en materia de reserva y ocupación de plazas.

En esta Orden se establecen los requisitos que deben reunir los centros, que a grandes rasgos son los siguientes:

- Estar inscritos en el Registro de Entidades Servicios y Establecimientos de Acción Social (Decreto 82/1989 de 20 de junio).
- Disponer de autorización o haber iniciado los trámites conforme al decreto 111/1992 de 26 de mayo, que regula las condiciones mínimas que han de reunir los Servicios y Establecimientos Sociales Especializados.(En trámite una nueva reforma normativa)
- Disponer del personal suficiente de acuerdo establece la presente Orden.
- Disponer de servicios de manutención, alojamiento para la debida atención de los usuarios, conforme a la normativa vigente.

Tras la aprobación de la Ley 5/2009 de 30 de junio de Servicios Sociales de Aragón, se reordena el Sistema Público de Servicios Sociales e incluye en la misma normativa, el establecimiento de coordinación de todas las Administraciones integradas en el mismo.

Por lo que se procede a adecuar tales instrumentos de colaboración interadministrativa a través de la ordenación propia del Sistema Público de

Servicios Sociales, a la vez que la colaboración con la iniciativa privada ha quedado sometida, por mandato expreso de la precitada ley, a la normativa de contratación del sector público.

Así, se deroga la Orden de 19 de marzo de 1998, excepto en lo referente al anexo I, relativo a Personal Mínimo de Atención Directa que deben disponer los Centros Concertados, y mediante Orden de 4 de junio de 2012, del Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, se regulan los convenios de colaboración con entidades que atienden a personas mayores.

En la misma, se establece que el plazo inicialmente estipulado, para la suscripción del convenio, sumado al de las eventuales prórrogas automáticas, no podrán exceder en ningún caso de 4 años, sin perjuicio de la suscripción de un nuevo convenio de colaboración con la duración que se determine.

Para el caso de las entidades de iniciativa privada, se convoca la licitación de un Acuerdo Marco, de gestión de servicio público, modalidad de concierto, con un plazo de ejecución de 1 de abril 2010 a 31 de diciembre de 2014.

Tanto en las entidades públicas como en las de iniciativa privada, se deben cumplir los requisitos establecidos y ya mencionados al referirnos a la Orden de 19 de marzo de 1998, en su anexo I.

4.3.- RESIDENCIAS PROPIAS DEL GOBIERNO DE ARAGON

4.3.1.- Residencia “Ciudad de Huesca”

Del total de residencias públicas, 6 corresponden al IMSERSO, que como ya se ha comentado, fueron transferidas al Gobierno de Aragón en el año 1.996.

En el caso de la provincia de Huesca, contamos con 1 de ellas, ubicada en Huesca capital, denominada “Ciudad de Huesca”.

En la mencionada residencia, como en todas las que eran dependientes del IMSERSO, primaban los criterios de residencias masivas.

En la actualidad, estos criterios, se han ido modificando con el paso del tiempo, ya que aunque en sus inicios podían acceder personas válidas o asistidas; actualmente, desde la entrada en vigor de la Orden de 18 de noviembre de 2002, tal como ya se ha señalado, sólo pueden acceder personas

asistidas. Esto ha ocasionado que las plazas de válidos se hayan quedado desocupadas, pendientes de una remodelación o adaptación a los nuevos criterios y por tanto, aunque se encuentran las estructuras, estas deben estar en desuso, porque no sólo implica la remodelación sino que se deberían revisar las ratios de personal asistencial, y por el momento se encuentran en estudio.

En cuanto a la ubicación de la misma, decir que, se encuentra ubicada en el extrarradio, aunque existe una parada de transporte público muy próxima al centro, subvencionada por el mismo.

Sirva recordar, que el aislamiento o integración de los centros residenciales respecto a los núcleos urbanos, es un factor primordial a la hora de poder valorar las facilidades que se otorgan a sus usuarios para favorecer una mayor adaptación activa de los ancianos a la vida social, evitando el riesgo de aislamiento.

Esta circunstancia, debe ir unida a la facilidad de comunicaciones que puedan tener los residentes para desplazarse en el entorno, disfrutar de los servicios e infraestructuras comunitarios y mantener una relación social lo más normalizada posible.

En el momento actual, los usuarios que acceden a estos centros son grandes dependientes y en un porcentaje elevado no pueden hacer uso de los mismos, pero sí sus familiares que acuden a visitarlos.

Así, en la actualidad, la mencionada residencia cuenta con un total de 123 plazas, de las que 94 plazas lo son de dependientes, 29 son plazas de válidos, todavía ocupadas y que únicamente pueden volver a ocuparse por acompañantes (cónyuge, hermanos...) de dependientes de nuevo ingreso, a los que no se les exige tener reconocido el grado de dependencia, si acceden a la vez que el dependiente, o bien pueden ocuparse por personas en riesgo de exclusión o personas víctimas de violencia de género, para las que de acuerdo con la Orden de 21 de mayo de 2010, no es preciso tener reconocido el Grado de Valoración de Dependencia, sino que es necesario cumplir los requisitos exigidos en la precitada Orden y que obedecen a criterios sociales, o bien, la CCAA toma la decisión de acometer las obras de remodelación para su transformación en plazas de asistidos (dependientes) como ya se ha mencionado.

También dispone de 4 plazas de estancias temporales, reguladas por la misma Orden de 21 de mayo, para poder acceder a ellas, sí que se tiene que ser persona dependiente, y cumplirse una de estas circunstancias:

- 1.- Convalecencia del dependiente.
- 2.- Situación sobrevenida del cuidador.
- 3.- Descanso del cuidador.

Se considerarán estancia temporal de 1 mes prorrogable por otro más, en los 2 primeros casos y 1 mes improrrogable para la tercer circunstancia.

4.3.2.- Residencia “Sagrada Familia”.

Hasta el año 1992, la citada residencia, era gestionada por la Diputación Provincial de Huesca, fecha en la que se transfirió al Gobierno de Aragón.

Ubicada en Huesca capital, cuenta con un total de 106 plazas, de las que 81, son plazas de asistidos y 22 plazas lo son de válidos. En estas plazas regirán las mismas condiciones de acceso que las explicadas en párrafos anteriores.

Cuenta con 3 plazas de estancias temporales. Los criterios de admisión son los mismos que los comentados para la residencia “Ciudad de Huesca”.

Esta residencia, sí se encuentra ubicada en el núcleo urbano. Señalar que en ambos casos, al igual que en el resto de residencias provenientes tanto del IMSERSO, como de las Diputaciones Provinciales y Gobierno de Aragón, son administradas directamente por los propios servicios de estas instituciones.

4.3.3.- Residencia “San Blas”

Como ya se ha venido relatando es una residencia que fue transferida en 1996 a la CCAA, de la que el propietario del inmueble sigue siendo el Arzobispado de Barbastro.

Se encuentra ubicada en el municipio de Fonz, y además de la residencia con plazas exclusivamente para personas válidas, cuenta con un Comedor de personas mayores.

Tras la aprobación de la Orden de 18 de noviembre de 2002, que regulaba el ingreso de personas en centros residenciales, que tuvieran condición de asistidos, como ya se ha señalado a lo largo de la exposición, unida a la falta de adaptación de la misma para usuarios asistidos, deja sin poder ocupar las plazas de válidos que hasta la fecha iban quedando vacantes.

Por ello, en octubre de 2013, se cierra de manera definitiva el centro y los 2 usuarios que se encontraban en el mencionado centro se trasladan a otros centros de su elección.

Quedando en funcionamiento sólo el Comedor para personas mayores con el que se está estudiando transferir competencias a la Comarca del Cinca Medio.

4.4.- RESIDENCIAS CON CONVENIO

Tal como se ha señalado en el apartado 4.2 del texto, la demanda de plazas de atención para las personas mayores, supera el límite de los centros aragoneses de titularidad propia, por lo que se ve la necesidad de ampliar dicha oferta a través de convenios con entidades municipales.

Los criterios para poder formalizar estos convenios, además de los ya señalados en el precitado apartado 4.2, en cumplimiento de la legalidad vigente, es que sean residencias de titularidad municipal y gestionadas por las propias entidades municipales.

Con estos criterios, y según se puede observar tanto en la **Tabla 3** , como en el **Gráfico 4**; contamos con las siguientes plazas concertadas de residencia:

- "La Conchada" en Biescas con 3 plazas.
- "La Solana" en Ainsa con 20 plazas.
- "Las Huertas" en Barbastro con 25 plazas.
- "Riosol" en Monzón con 32 plazas.
- Residencia Comarcal de Binéfar con 19 plazas.
- Residencia Comarcal de Tamarite de Litera con 13 plazas.
- Residencia Comarcal de Castejón de Sos con 7 plazas.
- Residencia Municipal de Sariñena con 15 plazas.

Con todas estas residencias, se tiene formalizado un Convenio de colaboración hasta el 31 de diciembre de 2014.

4.5.- RESIDENCIAS CON ACUERDO MARCO

La aprobación de la Ley 5/2009 de 30 de junio de Servicios Sociales, reordena el sistema público de Servicios Sociales y hace que la iniciativa privada quede sometida por mandato expreso a la normativa de contratación del sector público.

Por ello, este Acuerdo Marco constituye la 3ª modalidad de prestación de servicios de alojamiento alternativo a personas mayores y para las que las condiciones de acceso a las plazas contratadas por el Gobierno de Aragón son las mismas que para el resto de plazas públicas; y por eso tanto los usuarios como la Administración tienen los mismos derechos y obligaciones.

En este apartado, señalar que son las siguientes plazas contratadas:

- "Vitalia Oroel" en Jaca 120 plazas.
- "Sierra de Guara" en Chimillas con 15 plazas.
- "Valles Altos" en Sabiñánigo con 60 plazas.
- "Valle del Esera" en Campo con 60 plazas.
- "Somontano" en Barbastro con 25 plazas.
- "La Sabina" en Albelda con 20 plazas.
- "Monegros" en Grañén con 50 plazas.
- "Menen" en Belver de Cinca con 25 plazas.
- Residencia en Gurrea de Gállego con 25 plazas.
- Residencia "Jaime Dena" en Almudévar con 26 plazas.
- "Alto Gállego" en Sabiñánigo con 80 plazas.

Es preciso señalar, que, tanto la residencia de Gurrea de Gállego, como la de Almudévar y la residencia "Alto Gállego" de Sabiñánigo, que aunque son residencias municipales, han tenido que concertar plazas en la modalidad de contrato porque su gestión es indirecta.

Con todas estas residencias se tiene formalizado un contrato hasta el 31 de diciembre de 2014.

4.6.- DISTRIBUCION DE PLAZAS PUBLICAS EN RESIDENCIAS.

Antes de iniciar el análisis de la distribución de plazas públicas por las diferentes comarcas conviene analizar la **Tabla 1** de la página siguiente; de la cual se desprende que:

- Huesca cuenta con una población total de 235.353 habitantes a 1 de enero de 2013.
- El número de varones (119.515), es superior al número de mujeres (115.838), cambiando la tendencia a partir de los mayores de 65 años; 22.979 varones y 28.075 mujeres.
- Hay 215 municipios. De los cuales 202, corresponden a la provincia de Huesca y 13 municipios de la provincia de Zaragoza (adscritos por Ley de delimitación comarcal) a comarcas de la provincia de Huesca:
 - En Bajo Cinca -- Mequinenza
 - En Hoya de Huesca -- Murillo de Gállego y Sta. Eulalia de Gállego.
 - En Jacetania -- Artieda, Mianos, Salvatierra y Sigües.
 - En Monegros -- La Almolda, Bujaraloz, Farlete, Leciñena, Monegrillo y Perdiguera.
- De los 215 municipios, 19, tienen menos de 101 habitantes; 123, de 101 a 500 habitantes; 30, de 501 a 1.000 habitantes, 17, de 1.001 a 2.000 habitantes; 6, de 2.001 a 5.000 habitantes; 1, de 5.001 a 10.000 habitantes; 10, de 10.001 a 20.000 habitantes.
- Municipios de 20.001 a 50.000 habitantes **0**; **1**, de 50.001 a 100.000 habitantes.

POBLACION Y MUNICIPIOS DE LA PROVINCIA DE HUESCA

Tabla 1: Población total y número de municipios de la provincia de Huesca

Población Total	235.353
Nº Varones	119.515
Nº Mujeres	115.838
Población > 65 años	51.054
Nª Varones > 65 años	22.979
Nº Mujeres > 65 años	28.075
Total Municipios	215
Nº de municipios de menos de 101 habitantes	19
Nº de municipios de 101 a 500 habitantes	123
Nº de municipios de 501 a 1.000 habitantes	30
Nº de municipios de 1.001 a 2.000 habitantes	17
Nº de municipios de 2.001 a 5.000 habitantes	6
Nº de municipios de 5.001 a 10.000 habitantes	1
Nº de municipios de 10.001 a 20.000 habitantes	5
Nº de municipios de 20.001 a 50.000 habitantes	0
Nº de municipios de 50.001 a 100.000 habitantes	1
Nº de municipios de 100.001 a 500.000 habitantes	0
Nº de municipios de más de 500.000 habitantes	0

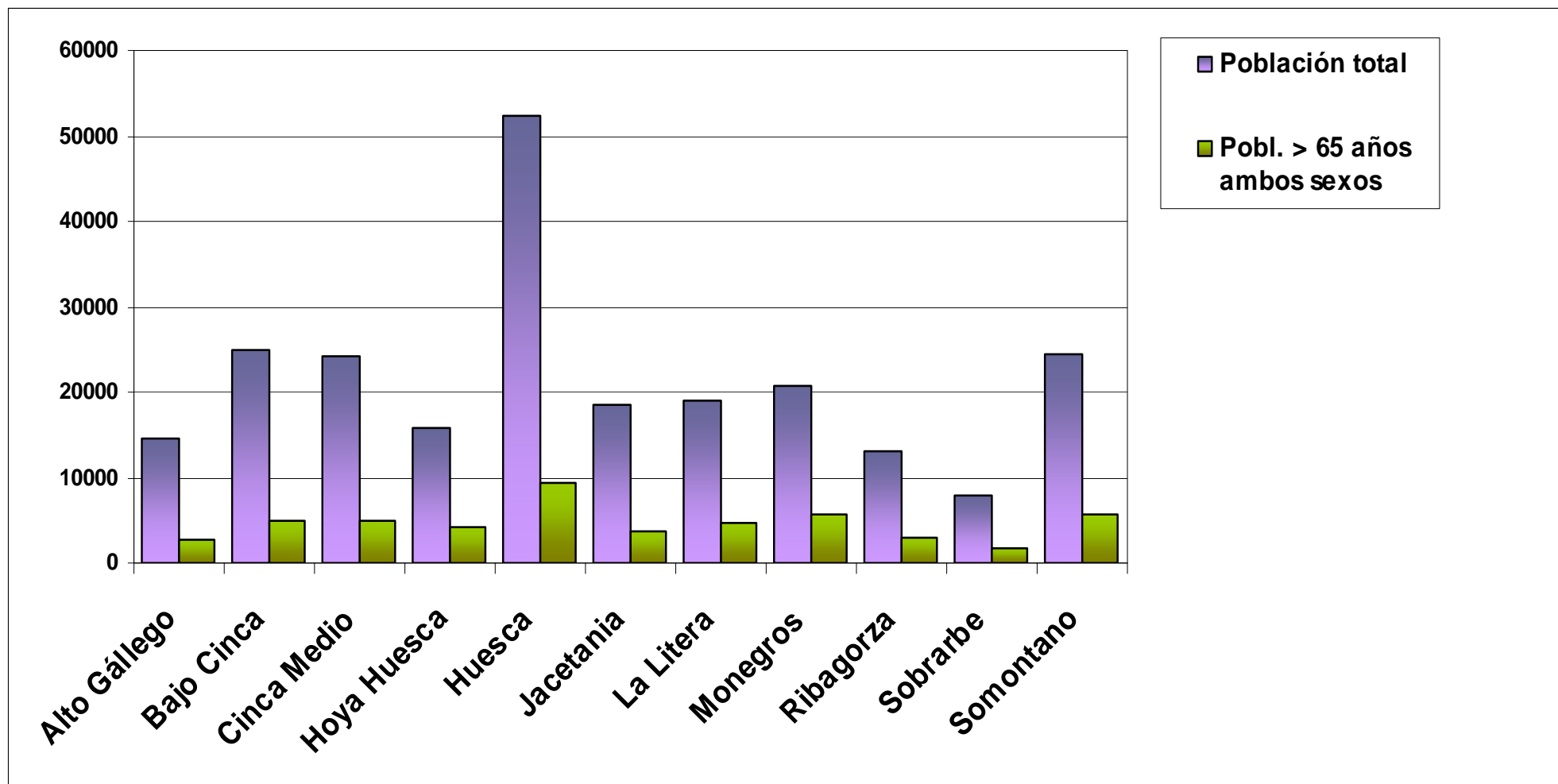
Fuente: INE 2013

Tabla 2: DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR COMARCAS Y NUMERO DE CENTROS RESIDENCIALES

COMARCAS	Municipios	Varones	Mujeres	Total población	Varones >65 años	Mujeres >65 años	Población >65 años	Residencias Convenio	Residencias A. Marco	Residencias Propias
LA JACETANIA	20	9.445	9.092	18.537	1.737	2.083	3.820	1	1	0
ALTO GALLEGO	8	7.526	7.115	14.641	1.277	1.535	2.812	1	2	0
SOBRARBE	19	4.134	3.678	7.812	880	862	1742	1	0	0
LA RIBAGORZA	34	6.909	6.273	13.182	1.425	1.595	3.020	1	1	0
HOYA DE HUESCA	39	8.434	7.456	15.890	2.035	2.139	4.174	0	3	0
HUESCA capital	1	25.200	27.096	52.296	3.854	5.544	9.398	0	0	2
SOMONTANO BARBASTRO	29	12.119	12.309	24.428	2.488	3.121	5.609	1	1	0
CINCA MEDIO	9	12.388	11.757	24.145	2.249	2.759	5.008	1	0	0
LA LITERA	14	9.900	9.061	18.961	2.141	2.577	4.718	2	1	0
LOS MONEGROS	31	10.677	9.956	20.633	2.615	3.093	5.708	1	1	0
BAJO CINCA	11	12.783	12.045	24.828	2.278	2.767	5.045	0	1	0
TOTAL HUESCA	215	119.515	115.838	235.353	22.979	28.075	51.054	9	11	2

Fuente: INE 2013

Gráfico 1: POBLACION TOTAL Y POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS POR COMARCAS



Fuente: Elaboración propia

Observando tanto la **Tabla 2**, como el **Gráfico 1**, en los que se han desglosado los datos por comarcas, vemos que hay 6 comarcas (Jacetania, Sobrarbe, Hoya de Huesca, Somontano y Monegros), que abarcan un gran número de municipios (20 ó más) y 3 de las cuales (Hoya de Huesca, Jacetania y Monegros) engloban municipios de la provincia de Zaragoza. Esto implica que son más extensas en cuanto a territorio pero no necesariamente en cuanto a número de habitantes por km².

Véase como ejemplo el caso de la Ribagorza, que abarca un total de 34 municipios, para un total de 13.182 habitantes y de ellos, el 22,91%, son mayores de 65 años, en contraposición a la comarca del Somontano, que cuenta con un total de 24.428 habitantes, distribuidos en 29 municipios, de los cuales el 22,96% son mayores de 65 años.

En el mismo orden, podemos comparar la comarca de la Hoya de Huesca, con un total de 39 municipios, que engloban a 15.890 habitantes, de los cuales, el 26,26% son mayores de 65 años; y la comarca de los Monegros con 31 municipios y un total de 20.633 habitantes, cuya población mayor de 65 años supone el 27,66%.

Sin olvidarnos de la comarca de Sobrarbe, que con 19 municipios, sólo cuentan con un total de 7.812 habitantes, y su índice de población mayor de 65 años es del 22,30%, lo que indica claramente, el índice de envejecimiento, la dispersión geográfica y el escaso número de habitantes por km²

Todas las comarcas, con excepción de Huesca capital (17,97%) y el Alto Gállego (19,21%), superan el 20% de índice de población mayor de 65 años.

Las que superan el 20%, pero en poco son, Jacetania (20,61%), Cinca Medio (20,74%) y Bajo Cinca (20,32%).

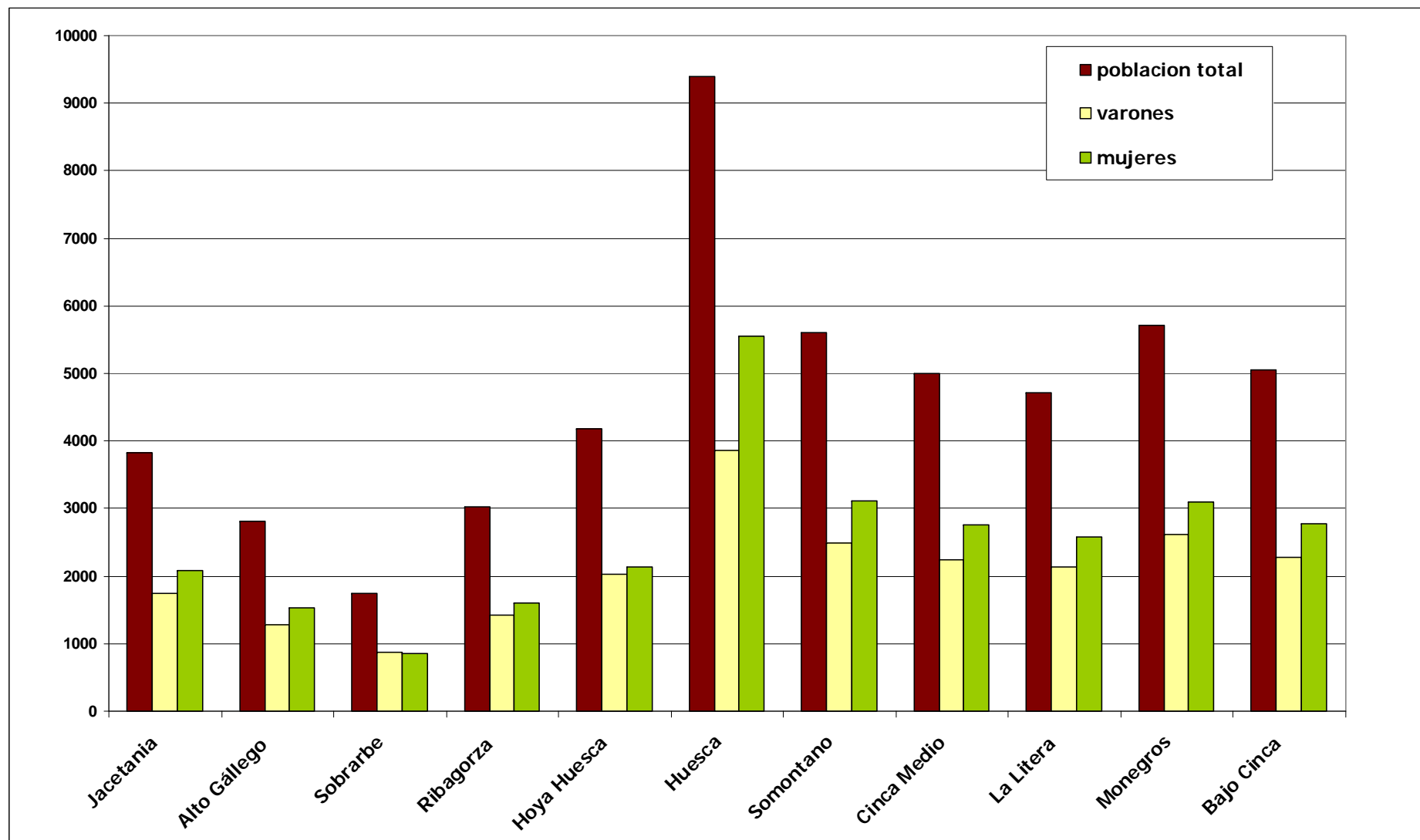
Esto significa que, en estas 3 últimas comarcas, más en las de Huesca capital y Alto Gállego, se encuentran los municipios con más población (Monzón, Jaca, Fraga, Huesca y Sabiñánigo), que hace que haya más empresas y servicios y eso significa que se asiente más población joven y por tanto, baje la media en lo que a índice de envejecimiento se refiere.

No ocurre en el caso de Somontano, que aún encontrándose Barbastro como municipio con población superior a 10.000 habitantes, sin embargo, el índice de población mayor de 65 años es del 22,96%.

En la misma línea, si observamos el **Gráfico 2**, en la página siguiente, en el que se refleja, además de la población total, la población mayor de 65 años por sexo, vemos un claro aumento del sexo femenino en este sector de población.

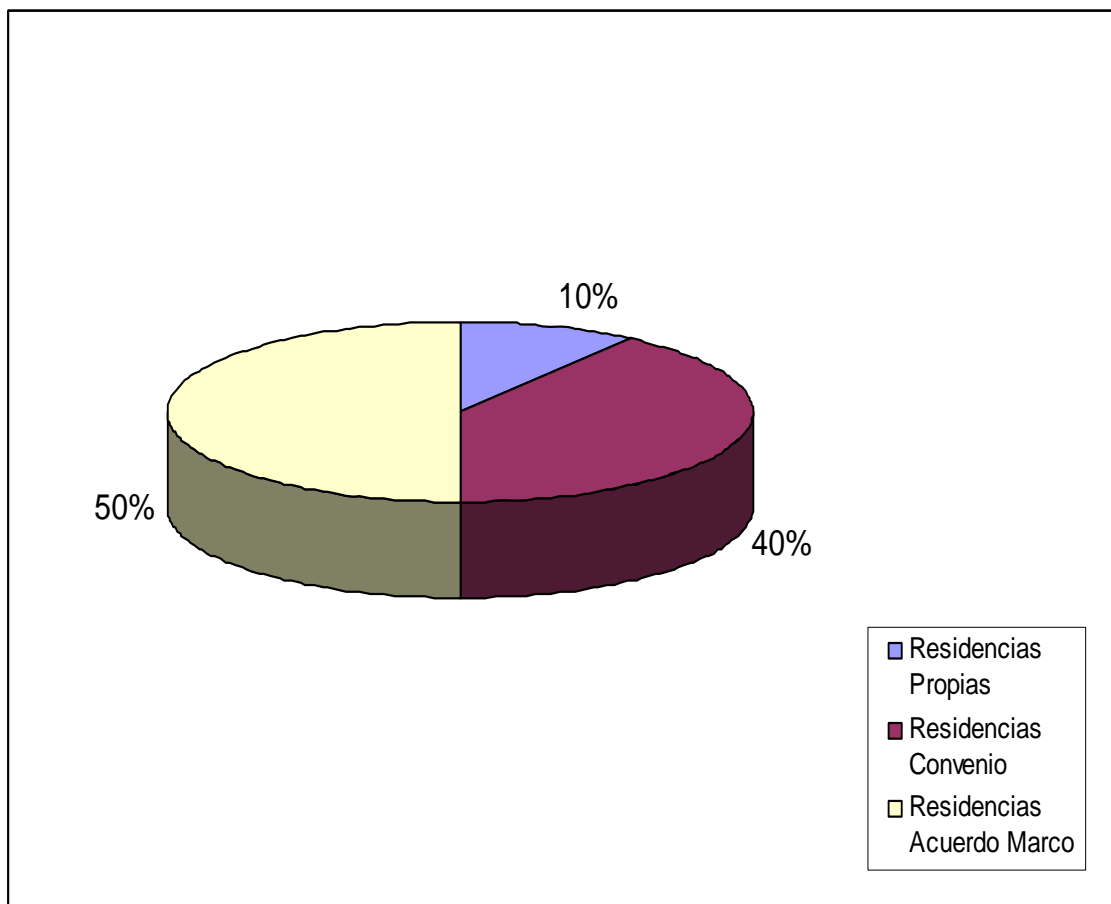
En las únicas comarcas en las que quedaría equilibrado en gran medida, sería en las comarcas de Sobrarbe (con un 2,5%, favorable al sector masculino) y la Hoya de Huesca, en el que el porcentaje del sector femenino, supera al masculino sólo en un 4,86%.

Grafico 2: PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS POR COMARCAS Y SEXO



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3: TIPOS DE RESIDENCIAS DE MAYORES EN HUESCA



Fuente: Elaboración propia

Del total de residencias, tal como se refleja en el **Gráfico 3**, el 10% de las residencias corresponden a residencias propias del Gobierno de Aragón, y como ya se ha ido explicando, se encuentran ubicadas en Huesca capital.

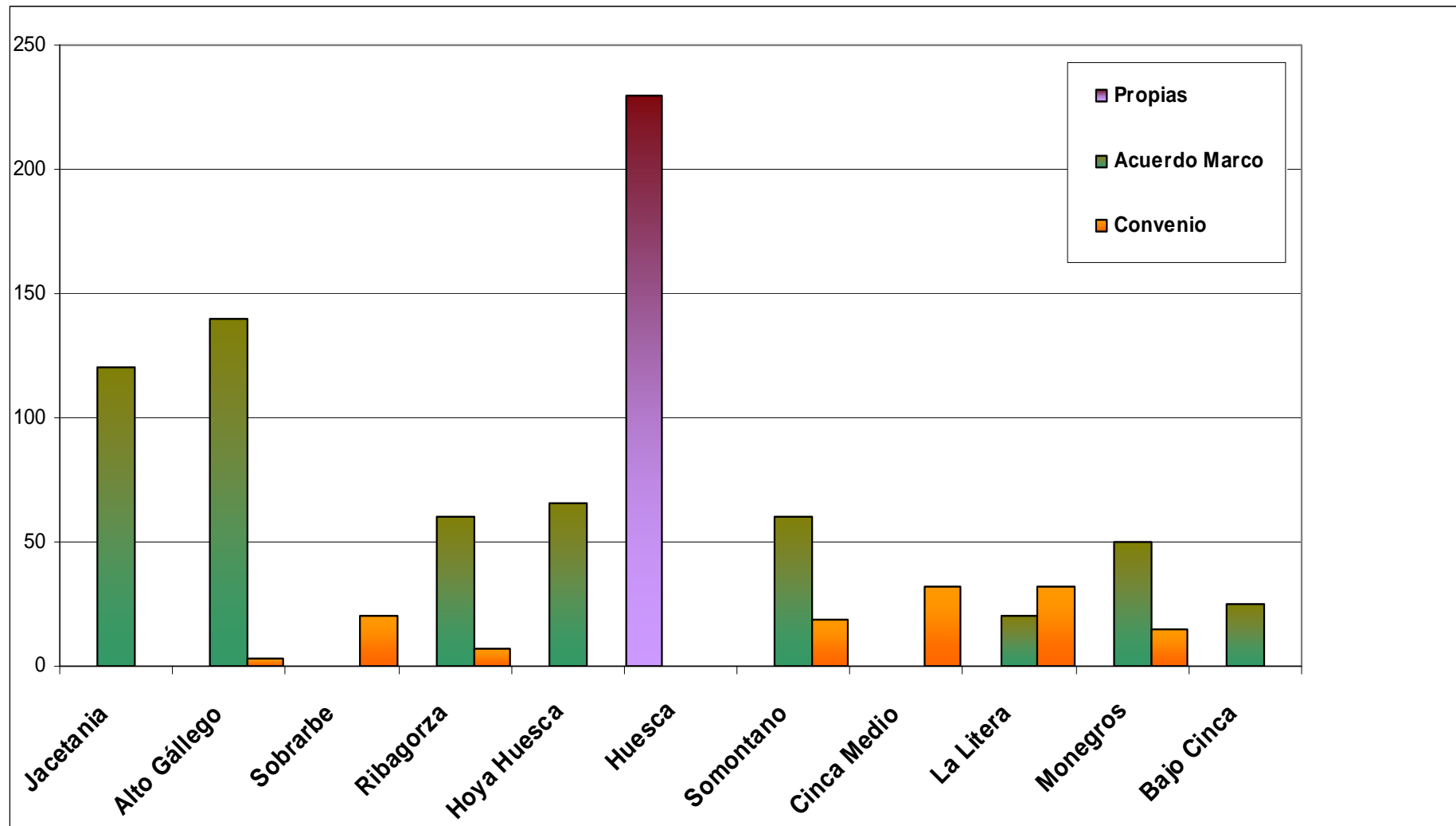
El 40%, corresponden a las residencias con las que el Gobierno de Aragón tiene establecido un Convenio de colaboración, y el restante 50%, corresponde a centros residenciales con los que la CCAA, tiene contratado un Acuerdo Marco de Gestión de Servicio Público en la modalidad de Concierto.

Gráfico 4: DISTRIBUCION RESIDENCIAS POR COMARCAS



En el siguiente gráfico, se puede observar la distribución de los diferentes centros residenciales y tipología de los mismos, de manera que queda de manifiesto, como en todas las comarcas existen plazas públicas de residencia, aunque como ya veremos, no existe una correspondencia entre población mayor de 65 años y plazas públicas.

Gráfico 5: TIPOS DE PLAZAS DE RESIDENCIA POR COMARCAS

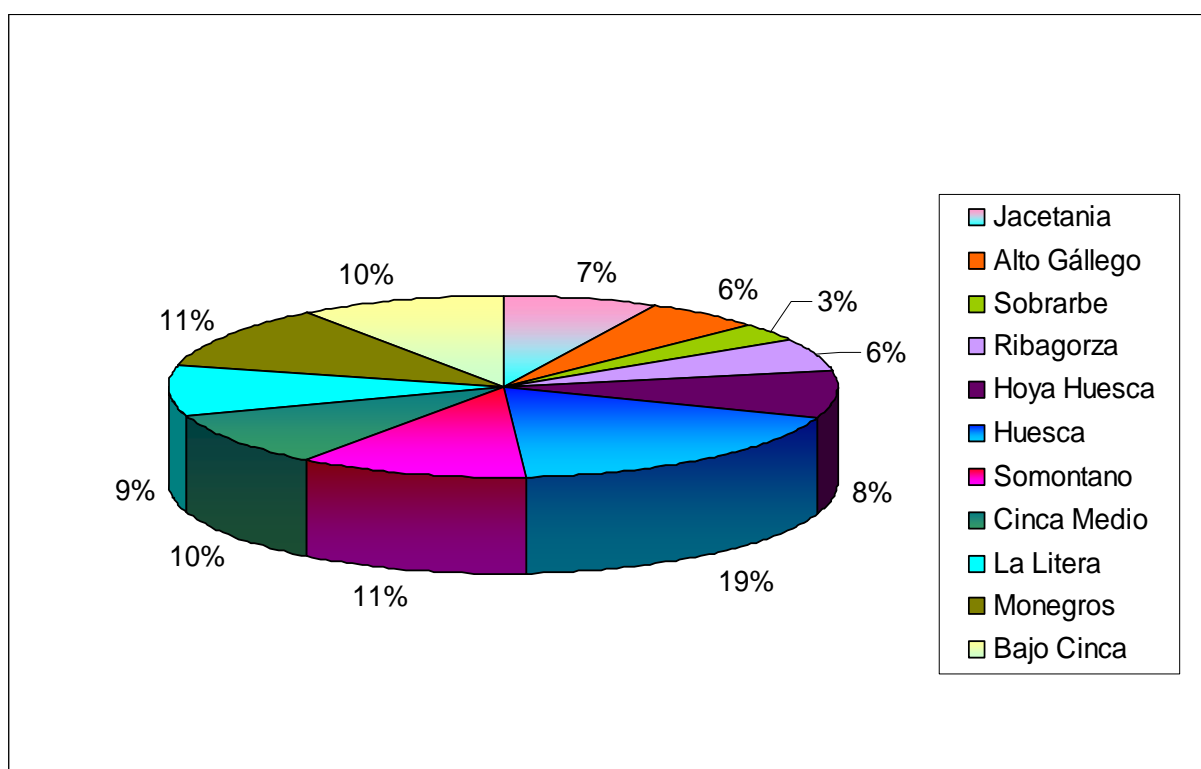


Fuente: Elaboración Propia

Si analizamos el **Gráfico 5**, vemos que la tipología de las plazas de residencia contratadas mediante Acuerdo Marco, suponen un 50% del total de plazas, y coexisten con las plazas con Convenio en las comarcas de: Alto Gállego, Ribagorza, Somontano, La Litera y Monegros, con un claro incremento de las plazas de Acuerdo Marco.

Por el contrario, en las comarcas de la Jacetania y Bajo Cinca, solamente existen plazas de Acuerdo Marco. Y a la vez, en las comarcas de Sobrarbe y Cinca Medio, sólo existen plazas de Convenio. En Huesca sólo existen residencias propias.

Gráfico 6: PORCENTAJE DE PLAZAS RESIDENCIALES Y POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS.



Fuente: Elaboración propia

En este gráfico se señalan el porcentaje de plazas residenciales que corresponden a cada comarca por población mayor de 65 años.

Tabla 3: POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS Y PLAZAS RESIDENCIALES POR COMARCAS

	Jacetania	Alto Gállego	Sobrarbe	Ribagorza	Hoya Huesca
Pobl. > 65 años	3.820	2.812	1.742	3.020	4.174
Nº plazas residencias	120	143	20	67	66

	Huesca	Somontano	Cinca Medio	La Litera	Monegros	Bajo Cinca
Pobl. > 65 años	9.398	5.609	5.008	4.718	5.708	5.045
Nº plazas residencias	230	79	32	52	65	25

Fuente: INE 2013 e IASS

En la **Tabla 3**, se observa que el total de plazas públicas para la provincia de Huesca es de 874 plazas, a las que habrá que sumar 7 plazas más, que corresponden a plazas de estancias temporales. Estas plazas temporales están ubicadas en las residencias de Huesca capital.

A su vez, tal como se ve en el **Gráfico 6**, aparece el porcentaje en lo que a número de plazas corresponde a cada comarca con respecto al total de población mayor de 65 años, y que en principio es susceptible de poder acceder a este servicio, de acuerdo con las bases de la Ley de Dependencia.

Si comparamos los **Gráficos 5 y 6**, así como la **Tabla 3**, en algunas comarcas sólo existen plazas de Acuerdo Marco (residencias privadas), en otras sólo existen plazas con Convenio (residencias municipales) y en Huesca capital, sólo contamos con residencias propias.

5.- CONCLUSIONES

A modo de conclusión, tras el desarrollo de este trabajo, podemos empezar diciendo que desde la perspectiva de los poderes públicos, ni la edad puede ser motivo de discriminación, ni los medios económicos o el lugar de residencia justificar desigualdades injustas entre las personas, porque ello sería contrario al principio constitucional de igualdad.

Sin embargo, las migraciones hacia las ciudades, la evolución de los usos sociales, el aumento de la esperanza de vida, y por qué no, a veces el egoísmo, han producido un fuerte incremento de la población mayor de 65 años que se encuentra sola y necesitada de buscar una solución a su situación.

Este incremento, ha superado todas las previsiones de los poderes públicos y ha permitido que, especialmente en las grandes ciudades, se creara un importante mercado que ofrece soluciones para cubrir la demanda existente de residencias.

Así, se ha ido configurando un importante sector de población, de edad avanzada, precaria salud y casi siempre con escasos medios, que, de forma voluntaria o no, gratuitamente o mediante pago, ha confiado el cuidado de sus últimos años a otras personas, en residencias públicas o privadas, y que, lo más importante desde la perspectiva que aquí nos interesa, bien por miedo, bien por desconocimiento o por incapacidad, no están en condiciones de garantizarse el que tal prestación se efectúe en los términos que exige el artículo 14 de la Constitución.

Si nos fijamos en las ayudas de protección con las que contamos en estos momentos, en concreto si partimos de la Ley de Dependencia, mientras que en unos países de la Unión Europea como son: Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Reino Unido y Suecia, la entienden como un derecho

universal; o en otros como Alemania, Austria, Bélgica y Luxemburgo, se valora como un derecho sólo para situaciones de riesgo. En España, junto con Francia, Grecia, Portugal e Italia, se define como ayuda social.

Vemos que, este concepto, lo compartimos los países más próximos al nuestro, y todos los servicios irán orientados en base a este criterio.

Por, lo que respecta a Aragón, y en concreto a la provincia de Huesca, el peso relativo de la población mayor de 65 años en las zonas rurales es determinante en las mismas.

Del conjunto de la provincia, sólo Huesca capital y la Comarca del Alto Gállego, presentan índices inferiores al 20%, que se corresponden con la existencia de núcleos urbanos dinámicos, en tanto que 3 de ellas (Jacetania, Cinca Medio, Bajo Cinca), superan la relación en un poco más del 20%, y también es verdad, que coincide que son comarcas que engloban municipios grandes en los que existe más población joven, como consecuencia de la existencia de servicios, empresas, etc,..., que atraen a población en edad laboral y por tanto, fomentan su asentamiento.

Sin embargo, existen 6 comarcas en las que la población mayor de 65 años corresponde casi a un tercio del total. Esto va unido a la gran extensión y por tanto, a la existencia de una gran dispersión en su distribución. Son comarcas condenadas al desierto.

De los 215 municipios que componen la provincia de Huesca, más de la mitad (123 municipios), engloban una población que va desde los 101 a 500 habitantes, desde los 500 hasta un total de 10.000 habitantes, sólo existen 54 municipios; 5 municipios cuentan con una población comprendida entre los 10.000 y 20.000 habitantes, y tan sólo 1 municipio, tiene más de 50.000 habitantes y resulta ser la capital.

Esto avala también la gran dispersión geográfica y por tanto, escasa densidad de población que algunas comarcas tienen, véase las comarcas de

Sobrarbe con 7.812 habitantes, distribuidos en un total de 19 municipios o la comarca de la Ribagorza con un total de 13.182 habitantes distribuidos en 34 municipios.

En el caso de la comarca de los Monegros, sin embargo, aunque su número total de habitantes (20.633), se encuentran distribuidos en 31 municipios, varios pertenecientes a la provincia de Zaragoza, adscritos por la Ley de Comarcalización, a la provincia de Huesca para prestación de servicios, nos puede llevar a pensar que su densidad de población sea superior a otras comarcas, pero es la comarca más extensa en cuanto a territorio y con el índice de población mayor de 65 años, más alto (27,66%) de toda la provincia. Lo que indica claramente que más de una cuarta parte de la población es mayor de 65 años.

A lo largo de las distintas gráficas presentadas, se observa una feminización de la vejez, y esta feminización se produce no sólo en cuanto al número existente de mujeres mayores, sino a que frecuentemente estas son al mismo tiempo, las responsables de los cuidados de los mayores en la familia.

Ante esta disyuntiva, y viendo la oferta residencial, distribuida por comarcas, se aprecia claramente que en todas y cada una de las comarcas de la provincia, se cuentan con servicios residenciales, pero estos no obedecen en cantidad a una redistribución en función del número de habitantes mayores de 65 años, y que debería de ser uno de los condicionantes prioritarios con el fin de fomentar el mantenimiento del contacto del residente con su entorno familiar y social.

Sino que, en algunas comarcas, la oferta residencial pública (entendiendo por esta oferta, aquella en que las condiciones de acceso, son las que establece el Gobierno de Aragón, tal como se ha venido exponiendo), se sucede en varios municipios de la comarca; por ejemplo, en la comarca del Alto Gállego, que cuenta con 3 residencias, dos de las cuales se encuentran en Sabiñánigo y una en Biescas; y a la vez es una de las comarcas con menor índice

de población mayor de 65 años (19,21%).

También la oferta está triplicada en lo que a municipios se refiere en la comarca de la Hoya de Huesca, en los municipios de Chimillas, Gurrea de Gállego y Almudévar, o en la comarca de La Litera con oferta residencial en las localidades de Tamarite de Litera, Binéfar y Albelda.

Esta misma oferta se duplicaría en las comarcas del Somontano, en la cual se encuentran ubicadas 2 residencias en la localidad de Barbastro; en los Monegros, contamos con oferta residencial en Grañén y Sariñena, que se corresponden con los municipios con mayores servicios de toda índole de la Comarca; la comarca de la Ribagorza, cuenta con residencias en Castejón de Sos y Campo, y por último, Huesca capital, que cuenta con 2 residencias propias y por tanto, con mayor número de plazas residenciales.

En el caso de la comarca de Sobrarbe, sólo contamos con oferta residencial en Ainsa; lo mismo que en la comarca del Cinca Medio que contamos con la residencia municipal de Monzón; o en la comarca de la Jacetania con la residencia de titularidad privada en Jaca, y en el caso de la comarca del Bajo Cinca, con una residencia también de titularidad privada en Belver de Cinca. En este último caso no está ubicada en la población que es cabecera de comarca.

Así, podría parecer que la oferta residencial podría ir orientada al mantenimiento de la persona mayor en su entorno más próximo, dado que en una misma comarca hay varias ofertas residenciales, sin embargo, a la hora de ser incluido en la lista de demanda para acceder a una plaza residencial, se conjugan 2 variables:

- Grado de dependencia.
- Capacidad económica del solicitante.

Por lo que la localidad de preferencia para su ingreso queda en tercer lugar, ya que a mayor grado de dependencia y menor capacidad económica, mayor puntuación se otorga para poder acceder al centro residencial elegido.

Por ello no necesariamente serán usuarios de la zona sino cumplen previamente esas variables (requisitos).

Con esto, podemos encontrarnos a veces, que algunos usuarios dependiendo de la premura de ingreso en un centro residencial, atendiendo a sus circunstancias sociales, familiares, económicas, etc..., pueden acceder a plazas en localidades lejanas a su lugar de origen, porque su elección coincide con cualquier localidad de la provincia o a veces de Aragón, y por tanto, la plaza disponible puede encontrarse lejos de su residencia habitual.

Para ello, deberá realizar el intento de aproximarse a su lugar de origen mediante la solicitud de traslado a su localidad, lo que debe solicitarse trascurrido un año de su ingreso efectivo en el centro inicialmente asignado. Solamente puede eximirse este período si concurren circunstancias de índole sanitaria, que aconsejen su traslado.

Esto hace que con frecuencia, puedan ocurrir estas casuísticas mencionadas, dado que el mayor número de plazas se encuentra en Huesca capital, correspondiendo en porcentaje al 19% de la oferta, y además es donde menor porcentaje de población mayor de 65 años existe (17,97%). Recordar nuevamente, que las hoy residencias propias fueron transferidas del IMSERSO, en el que primaban los criterios de residencias masivas, y esto justifica el que se cuente con mayor número de plazas.

Estas ratios, de porcentaje en lo que a número de plazas residenciales se refiere, oscilan entre el 10% y 11%, en las comarcas de Bajo Cinca, Monegros, Cinca Medio, La Litera y Somontano, lo que supone casi la mitad de la oferta si la comparamos con Huesca capital, y el porcentaje de población mayor de 65 años es superior al 20%, en algunos casos como Monegros (27,66%) o La Litera (24,88%).

En las comarcas que oscilan entre el 8% y el 3% de la oferta, se encuentran: Jacetania, Alto Gállego, Sobrarbe, Ribagorza y Hoya de Huesca.

En este grupo, merece interés señalar que la comarca de la Hoya de Huesca, cuenta tan sólo con un 8% de la oferta, para la población mayor de 65 años, y su porcentaje en cuanto a éste grupo de población se corresponde con un 26,26% sobre el total de la población.

Por último, en lo que a oferta residencial se refiere, parece oportuno mencionar como del total de plazas, sólo el 10%, corresponden a centros propios, el 40% corresponden a residencias municipales que cuentan con convenios de colaboración y un total del 50%, corresponde a residencias privadas que cuentan con contratos para la prestación de servicios de atención residencial.

Vemos pues, que casi sin darnos cuenta, la oferta pública de servicios se compagina y confluye con la oferta privada, desde el momento en que el 50% de la oferta se realiza mediante contratos (por el momento con condiciones públicas), pero con entidades privadas.

En otro orden de cosas, si consideramos que el acceso a las plazas públicas conlleva un copago que como hemos ido desglosando, se ha ido incrementando con cada nueva normativa hasta llegar al momento actual en el que el usuario participa con un máximo del 90% del coste establecido para el servicio; y además, lo que parece claro es que se está penalizando el ahorro para aquellos a quienes la ley determina un incremento del copago, desde el momento en que entran en consideración el cómputo de su valor de patrimonio, debe entenderse que se trata de una ordenación fuera del tiempo social, y no habiendo regularizado su sostenibilidad de acuerdo con el ciclo medio de la economía.

Al mismo tiempo que, esta nueva normativa de copago, en su esencia, lleva a situaciones en determinadas circunstancias cuando menos injustas, desde el momento en que según se establece en su artículo 24 de la misma, entiende por renta personal del beneficiario: " la suma de sus ingresos dividida por el número de miembros de la unidad familiar".

Esto en la práctica, se traduce en que cuando la persona que ingresa en residencia, carece de recursos económicos, y su cónyuge o persona con relación de análoga naturaleza, cuenta con ingresos económicos suficientes, no ingresa en residencia; la primera se encontraría exenta de contribuir en el coste del servicio, y, sin embargo, en el caso contrario, si ingresara el cónyuge pensionista y su cónyuge no ingresara en el centro residencial, los ingresos económicos del primero, se dividirían para el número de miembros de la unidad familiar.

Esta circunstancia, nos lleva a un nuevo debate sobre por qué no se entienden en este caso los bienes de la unidad familiar como gananciales, cuando en Aragón, salvo por motivo expresamente pactado, se entienden como tales.

Sumado a esto, no debemos olvidar el nuevo criterio que introduce la normativa sobre el reconocimiento de deuda cuando la aportación de la persona beneficiaria, no sea suficiente para sufragar en su totalidad su participación en el coste del servicio.

Por ello, aunque la Ley de Dependencia, nos encomienda a los Trabajadores Sociales la elaboración del diagnóstico social y la prescripción del Programa Individual de Atención más adecuado a cada dependiente, lo dificultoso es llegar a transmitir al dependiente o su familiar de una manera comprensible, todo este entramado, de acceso a un servicio, concretamente al servicio de centro residencial.

6.- REFLEXIONES

La mayor duración de la vida es un arma de doble filo. Parece un éxito, pero va a traer sus consecuencias. Conforme aumenta la longevidad y las personas viven más años, aumenta la probabilidad de entrar en situación de discapacidad y crecen las necesidades. Hemos estado cambiando mortalidad por discapacidad; de ahí, el interés en calcular la esperanza de vida libre de discapacidad.

Utilizando el argumento de la esperanza de vida, la Ley sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social, ya introdujo una reforma de las pensiones.

La Ley de Dependencia, ha tratado de hacer frente a estas contingencias de discapacidad y necesidad de ayuda. Pero, apenas implementada, está recorriendo un camino de ida y vuelta. Y la vuelta sólo tiene un destino: de nuevo la familia, que es lo mismo que decir la mujer, en su condición de esposa o hija de algún dependiente.

Así, se “ recupera” el modelo tradicional de atención a la dependencia, modelo que nunca se había abandonado, y en el que se han basado todas las políticas sociales de este país, es decir, dejar que la familia cuide.

Ahora bien, cuando la ayuda a las personas en situación de dependencia reposa exclusivamente en la familia, es cuando se observa un claro retroceso de ésta, unas veces porque son incapaces de asumir esta tarea en exclusividad, otras porque se agotan ante la situación de sobrecarga que comporta.

Para ello, debemos pues, no enfrentar la solidaridad pública y la privada, sino intentar que se cumpla su papel complementario.

Para hacerlo así, es necesario contar con un abanico de servicios que se

ajusten a las necesidades previamente evaluadas, que no se pueden traducir en unas pocas horas de ayuda a domicilio, sino que la diversidad de la oferta, debe hacer frente a las necesidades de un colectivo cada vez más heterogéneo, como es el de las personas dependientes y sus familias.

En cuanto a las medidas económicas, vía desgravaciones fiscales, pago a cuidadores, permisos especiales, etc,..., es evidente, que son importantes, pero hay que considerar que las generaciones que en los próximos años van a afrontar este reto de una probable situación de dependencia no quieren sólo este tipo de medidas, porque su expectativa de cuidado en el seno de la familia es mucho menor.

Por otro lado, la nueva Política Social, está empezando a abandonar buena parte de su lógica subvencionadora para pasar a ser tan productiva como cualquier otro sector económico de servicios, de hecho, ya se ha empezado a producir por ejemplo con el copago farmacéutico o a través de la proliferación de los Fondos de Pensiones.

Por tanto, enfrentarnos a la vejez con la seguridad de que seremos atendidos con calidad y calidez cuando necesitemos que nos cuiden, es una cuestión que afecta a la dignidad de la vida humana y constituye hoy la asignatura pendiente de nuestro sistema público de Protección Social.

7.- BIBLIOGRAFIA

Alemán Bracho, C. (2013). "Políticas Públicas para mayores". Gestión y Análisis de Políticas Públicas. Nueva Epoca. nº 9. Enero – junio 2013.

Campos Egozcue, B. (1996). "La construcción de una política social de vejez en España: del franquismo a la normalización democrática". REIS. nº 73. Enero – marzo 1996.

Decreto 111/1992 de 26 de mayo de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.

Esparza Catalán, Cecilia. (2011). "Discapacidad y Dependencia en Aragón". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 111.(Fecha publicación: 17/08/2011).<http://www.imsersomayores.cisic.es/documentos/documentos/pm-discapacidadaragon-01.pdf>.

Fundación Caser Dependencia (2011). "Ayudas a la Dependencia en España. Situación actual".

García, Gustavo y Ramírez, José M.(2008). Situación de la Dependencia en las diferentes Comunidades Autónomas. I Jornadas Técnicas del Sistema Aragonés de Atención a la Dependencia.

Geert, C.(1983). "Thick Description" en Emerson, R, Contemporary Field Research Little, Boston.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

Libro Blanco de Dependencia (2004). Capítulo XI. Análisis de modelos de protección a las personas en situación de dependencia en algunos países de la Unión Europea y de la OCDE.

Medina Tornero, Manuel. (2007). "La Ley de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. Análisis crítico de una ley necesaria". Universidad de Murcia, Facultad de Trabajo Social, Departamento de Sociología y Política Social.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia Española sobre discapacidad 2012-2020. Edita Real Patronato sobre Discapacidad.

Observatorio Estatal de Discapacidad (2010). Las personas con discapacidad en España. Informe Olivenza 2010.

Orden de 19 de marzo de 1998 del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se regula la acción concertada del Instituto Aragonés de Servicios Sociales en materia de reserva y ocupación de plazas.

Orden de 15 de mayo de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre.

Orden de 5 de octubre de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se modifica el procedimiento de valoración y reconocimiento de la situación de dependencia y de acceso a los servicios y prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la Dependencia.

Orden de 21 de mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, que regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón.

Orden de 4 de junio de 2012, del Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, sobre convenios de colaboración con entidades locales aragonesas en materia de plazas de atención social especializada.

Orden de 24 de julio de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la capacidad económica de los beneficiarios y su participación en el coste de los servicios, en la CCAA de Aragón.

Pérez Menayo, Vicente. (2011). "Prestaciones de Dependencia: Situación comparada en la Unión Europea". Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Querejeta González, Miguel. (2003). Discapacidad/Dependencia, unificación de criterios de valoración y clasificación.

Real Decreto 504/2007 de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de Dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

Real Decreto 727/2007 de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre.

Real Decreto 6/2008 de 11 de enero, sobre determinación del nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Real Decreto 175/2011 de 11 de febrero, por el que se modifican los R.D. 727/2007 de 8 de junio y el R.D. 615/2007 de 11 de mayo, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y cuantía.

Real Decreto 20/2012 de 13 de julio de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Real Decreto 1364/2012 de 27 de septiembre por el que se modifica del R.D. 1971/1999 de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

Resolución de 26 de agosto de 1987 de la Dirección General del IMSERSO, por la que se regulan los ingresos, traslados, permutas y liquidación de estancias en Centros Residenciales para Mayores.

Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Revista de Política y Sociedad (2010). Vol:47 nº 1: pag.137-152. "Por una sociología de la discapacidad". Facultad de CC Políticas y Sociología, Campus de Somosaguas. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

Rodríguez Cabrero, G. (2000). "La protección social de la Dependencia". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.

Ruiz Olabuénaga J.L. y varios.(1998). "Cómo elaborar un proyecto de investigación social". Deusto Digital, Bilbao

Sancho Castiello, M y Rodríguez Rodríguez P. (2001). "Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro". Intervención psicosocial. Vol: 10. nº 3. Pag: 259-275.

X Dictamen del Observatorio (2013). Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

XIV Seminario sobre la discapacidad. Discapacitados Sin Fronteras. (2012). [http://www.celtadia.com/blogger/El sentimiento de discapacidad.pdf](http://www.celtadia.com/blogger/El_sentimiento_de_discapacidad.pdf).

8.- ANEXOS

8.1- Anexo 1: Relación de gráficos analizados.

Tabla 1: Población total y nº de municipios de la provincia de Huesca.

Tabla 2: Distribución de la población por comarcas y nº de centros residenciales.

Tabla 3: Población mayor de 65 años y plazas residenciales por comarcas.

Gráfico 1: Población total y población mayor de 65 años por comarcas.

Gráfico 2: Personas mayores de 65 años por comarcas y sexo.

Gráfico 3: Tipos de residencias de mayores en Huesca.

Gráfico 4: Distribución de residencias por comarcas.

Gráfico 5: Tipos de plazas de residencias por comarcas.

Gráfico 6: Porcentaje de plazas residenciales y población mayor de 65 años.