

Innovaciones para vivir bien en casa

cuando las personas tienen una
situación de dependencia

Atención domiciliaria, Accesibilidad en la vivienda,
Coordinación de servicios, Centros Multiservicios, TIC



COORDINADORA Y EDITORA DE LA PUBLICACIÓN:
PILAR RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

TRADUCCIÓN DE LOS TEXTOS EN INGLÉS:
AINHOA CASADO DE OTAOLA

MAQUETACIÓN Y EDICIÓN:
FUNDACIÓN CASER

DISEÑO:
LOS ÁNGELES D.C.

TAMBIÉN HAN COLABORADO:
ANA ARTACHO LARRAURI
PENÉLOPE CASTEJÓN VILLAREJO
ANA GARCÍA MENDOZA

MARZO DE 2015

INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS TIENEN UNA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

009 PRESENTACIÓN.

Pilar Rodríguez y Juan Sitges.

011 EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS DE CAMBIO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A DOMICILIO EN DINAMARCA Y SUECIA.

INTRODUCCIÓN.

1. LOS MODELOS DE SERVICIOS A DOMICILIO EN SUECIA Y DINAMARCA.

- 1.1. El Modelo Tradicional.
- 1.2. El Modelo de los pequeños grupos de trabajo auto-gestionados.
- 1.3. El modelo taylorizado.

2. RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE OPINIONES DE PROFESIONALES Y USUARIOS EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A DOMICILIO.

3. COBERTURAS DE LOS SERVICIOS A DOMICILIO.

CONCLUSIONES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

035 MODALIDADES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ALEMANIA. LA GESTIÓN DE CASOS.

INTRODUCCIÓN.

1. PRINCIPIOS Y ÁMBITO PROTECTOR DE LA LEY DE CUIDADOS EN ALEMANIA.

- 1.1. Los niveles de dependencia.
- 1.2. Estructura de los gastos.

2. LOS BENEFICIARIOS DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO DE DEPENDENCIA.

3. LAS PRESTACIONES DEL SEGURO DE DEPENDENCIA. 3.1. Prestaciones para los cuidados en el entorno domiciliario.

4. LA REFORMA DEL SEGURO DE DEPENDENCIA DE 2008.

- 4.1. Prestaciones de la Ley de dependencia.
- 4.2. La excedencia para la atención de un familiar dependiente.
- 4.3. La gestión de caso (coordinación fina).
- 4.4. Coordinación de la dependencia/coordinación gruesa.
- 4.5. Críticas.
- 4.6. Situación actual.
- 4.7. Balance.

5. REFLEXIONES SOBRE LAS BUENAS PRÁCTICAS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

053 EL PROGRAMA 'A BETTER LIFE' (UNA VIDA MEJOR PARA LAS PERSONAS MAYORES CON NECESIDADES DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN).

INTRODUCCIÓN.

1. ¿ESTÁ EL REINO UNIDO PREPARADO PARA EL AFRONTAR EL RETO DEL ENVEJECIMIENTO?

- 1.1. Una población que envejece.
- 1.2. Un reto para los servicios públicos.
- 1.3. Respuestas de las políticas hasta ahora.
- 1.4. La función de la vivienda.

2. LOGRAR UNA VIDA MEJOR EN LA VEJEZ.

- 2.1. Las personas mayores y la vivienda: evidencias del programa A Better Life.
- 2.2. ¿Qué puede contribuir a una vida mejor? Mensajes para las políticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

069 PERSONAS MAYORES Y DEPENDENCIA. UNA REFLEXIÓN DESDE LA EXPERIENCIA FRANCESA.

077 CUIDADOS INTEGRADOS DE LARGA DURACIÓN (COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA) PARA PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN SU HOGAR. CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y PRÁCTICAS INNOVADORAS EN EUROPA.

INTRODUCCIÓN.

1. EL MARCO INTERLINKS PARA LOS CLD.

- 1.1. Identificación de las innovaciones actuales en los cuidados de larga duración: ejemplos de prácticas.
- 1.2. El Ejemplo: Cuidados en el barrio: Buurtzorg (Holanda).
- 1.3. El Ejemplo: Reembolso (multas) por altas hospitalarias retardadas (Suecia).
- 1.4. El Ejemplo R.O.S.A. Una red de empleo y servicios de cuidados (Italia).

CONCLUSIONES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

099 ATENCIÓN INTEGRADA SOCIAL Y SANITARIA EN CATALUNYA.

INTRODUCCIÓN.

1. ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD.

2. PASOS HACIA UN ABORDAJE SOCIOSANITARIO.

3. PLAN INTERDEPARTAMENTAL DE INTERACCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES.

- 3.1. Interacción entre residencias asistidas de personas mayores y de personas con discapacidad y la atención primaria y comunitaria de atención a la salud, los centros sociosanitarios y los hospitales de agudos.
- 3.2. Interacción entre la red de atención especializada de salud y los servicios sociales básicos.
- 3.3. Interacción entre los ámbitos sanitario y social de la red de salud mental.
- 3.4. Adecuación de la larga estancia sociosanitaria y de salud mental.
- 3.5. Modelo de gobernanza y gestión del Plan.
- 3.6. Otros impactos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

111 PROYECTO "EN MI CASA" Y CENTROS MULTISERVICIOS EN CASTILLA Y LEÓN.

1. EL CONTEXTO Y LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN.

2. CENTROS MULTISERVICIOS.

3. PROYECTO "EN MI CASA".

119 EL SAD, LA TELEASISTENCIA Y OTROS SERVICIOS DE PROXIMIDAD. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO.

INTRODUCCIÓN.

1. EL SAD, CONCEPTUALIZACIÓN, OBJETIVOS, PRESTACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA.

- 1.1. ¿Qué es el Servicio de Ayuda a Domicilio?
- 1.2. Objetivos.
- 1.3. Prestaciones.
- 1.4. Profesionales del Servicio.
- 1.5. Formación y Cualificación del Personal.
- 1.6. Aplicaciones Informáticas.
- 1.7. Certificaciones en Calidad.
- 1.8. Principales Protocolos de Actuación.
- 1.9. Experiencia en la Gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio.
- 1.10. Perfil de Personas Atendidas.
- 1.11. Valoración del Servicio por parte de los usuarios.
- 1.12. Propuestas para mejorar la atención del SAD (calidad y calidez).

2. LA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA (TAD). CONCEPTUALIZACIÓN, PRESTACIONES, PROPUESTAS DE MEJORA.

- 2.1. ¿Qué es la teleasistencia y cómo funciona?
- 2.2. ¿Qué ofrece la teleasistencia?
- 2.3. Recursos del Servicio.
- 2.4. Valoración del Servicio.
- 2.5. Innovaciones en Teleasistencia.
- 2.6. Reflexiones y conclusiones.

137 COMIDA A DOMICILIO COMO SERVICIO DE PROXIMIDAD: EL PROGRAMA XANTAR NA CASA.

INTRODUCCIÓN.

1. EL PROGRAMA XANTAR NA CASA.

- 1.1. Objetivos.
- 1.2. Desarrollo y puesta en marcha del programa.

2. RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

149 EL SERVICIO DE ATENCIÓN A DOMICILIO DESDE LOS CENTROS DE ÁMBITO RURAL PARA PERSONAS MAYORES. UN MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA.

1. LOS CENTROS DE ÁMBITO RURAL

- 1.1. Objetivos.
- 1.2. Servicio de ESTANCIA.
- 1.3. Servicio de TALLERES.
- 1.4. Servicios personalizados.

2. EL SERVICIO DE ATENCIÓN A DOMICILIO.

- 2.1. Aspectos positivos.
- 2.2. Perfiles y financiación.

3. CONCLUSIONES.

157 REHABILITACIÓN/ACCESIBILIDAD EN EL PARQUE DE VIVIENDAS: LA ADAPTACIÓN FUNCIONAL DE LA VIVIENDA.

INTRODUCCIÓN.

1. LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA. DIFICULTADES QUE GENERAN.

2. EN QUÉ SE CONCRETAN LAS DIFICULTADES.

- 2.1. En el interior de la vivienda.
- 2.2. En los elementos comunes de la edificación.
- 2.3. En el entorno urbano próximo.
 - 2.3.1. Dificultades de desplazamiento.
 - 2.3.2. Dificultades de uso.

3. CÓMO SE RESUELVEN EN LOS ELEMENTOS COMUNES DE LA EDIFICACIÓN Y EN EL ENTORNO URBANO PRÓXIMO.

- 3.1. En los elementos comunes de la edificación.
- 3.2. En el entorno urbano próximo.

4. CÓMO SE RESUELVEN EN EL INTERIOR DE LA VIVIENDA.

- 4.1. Especificidades de las personas mayores.
- 4.2. La adaptación funcional basada en la atención centrada en la persona. El CVI como ejemplo.
- 4.3. Las intervenciones con obras.
 - 4.3.1. Características diferenciales.
 - 4.3.2. Necesidad de conceptualización, sistematización y optimización.
 - 4.3.3. Confección del presupuesto y ejecución de la obra.
 - 4.3.4. Desarrollo de una aplicación informática específica.
 - 4.3.5. Resultados.
 - 4.3.6. Ejemplos.
 - 4.3.7. Adecuación normativa.

5. CONCLUSIONES.

185 EL PAPEL DE LAS TIC EN LA PROMOCIÓN DE LA VIDA INDEPENDIENTE.

INTRODUCCIÓN.

1. PROYECTO ENRED@TE: PUNTO DE ENCUENTRO DIGITAL PARA LAS PERSONAS MAYORES.

- 1.1. El contexto.
- 1.2. Descripción del Proyecto.
- 1.3. Los resultados.
- 1.4. Conclusiones.

2. PROYECTO "CASALS EN XARXA".

- 2.1. El contexto.
- 2.2. Descripción del Proyecto.
- 2.3. Los Resultados.
- 2.4. Conclusiones.

INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS TIENEN UNA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Pilar Rodríguez Rodríguez (Presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal) y Juan Sitges Breiter (Director de la Fundación Caser).

Según las últimas estadísticas del IMSERSO (diciembre 2014), en España hay casi un millón de personas que tienen reconocido el derecho a recibir prestaciones por encontrarse en situación de dependencia. De ellas, el 80% viven en su domicilio y están atendidas fundamentalmente por su familia. Solo un 14% reciben un servicio de atención profesional en el domicilio y un 8% acuden a un centro diurno de atención.

Estos datos son congruentes con el conocimiento ya existente en cuanto a que las personas que tienen necesidad de apoyos prefieren continuar viviendo en su casa y recibir en ella la atención que necesitan evitando, hasta donde sea posible, verse obligados a trasladarse a una residencia. Pero lo que no conocemos bien es por qué los servicios profesionales domiciliarios que hoy se ofrecen no parecen tener suficiente atractivo para ellas dada su escasa demanda. Necesitamos poder responder a esta pregunta para reorientar la oferta y valorar también si las prestaciones de la Ley de Promoción de Au-

tonomía Personal y atención a las situaciones de Dependencia (LAPAD) son las adecuadas tal como hoy se prestan. Porque también está en el aire la respuesta a otra cuestión fundamental: ¿hasta cuándo las familias (las mujeres) van a poder seguir asumiendo el peso de los cuidados que hoy afrontan?

Lograr que la casa y el propio entorno se conviertan en escenarios preferentes de suministro de apoyos y servicios profesionales no está resultando sencillo. Por eso, en el seno de los países avanzados en políticas sociales se realizan análisis críticos y se buscan alternativas viables que hagan posible vivir en casa mediante una oferta y suministro de servicios de calidad que se adapten a las necesidades de atención de las personas que tienen una situación de fragilidad o dependencia, que sean sostenibles económicamente y que, además, se ajusten realmente a lo que ellas y sus familias desean.

Las recomendaciones de los expertos y de los organismos internacionales pasan por ofrecer un conjunto de soluciones en diferentes ámbitos y no un único servicio: propiciar entornos amigables que incluyan a todas las personas; disponer de viviendas que puedan adaptarse a la situación concreta de la discapacidad y poder reunir, así, condiciones de accesibilidad y confort; favorecer la disponibilidad de productos de apoyo, elementos domóticos, teleasistencia y otras TIC que sean usables y accesibles a las personas con necesidades funcionales para desenvolverse en su vida diaria.

Por lo que se refiere a la prestación de servicios de atención, parece haber acuerdo también en que hay que revisar de manera crítica los más tradicionales, como es el de Ayuda a Domicilio (SAD), que hasta hace poco había

sido visto como piedra angular para la permanencia en casa y evitar institucionalizaciones no necesarias. Se trata de conocer sus insuficiencias y corregirlas planteando las reorientaciones o reformas que sea preciso emprender para desarrollar nuevas vías y soluciones que sean más acordes a una población con necesidades complejas que es cada día más consciente de sus derechos y más exigente en el ejercicio de su autonomía.

Hacer confluir, pues, la diversidad de áreas que es preciso mejorar y articular para conseguir una buena atención (los servicios profesionales de atención domiciliar social y sanitaria, la coordinación entre ambos sectores, el desarrollo de nuevos servicios de proximidad, las adaptaciones del hogar y productos de apoyo, una nueva política en materia de vivienda, la idoneidad de las prestaciones económicas, el papel de las personas cuidadoras de la red informal, un apoyo eficaz a las familias...) requiere de un análisis en profundidad sobre lo que hacemos y compararlo también con las innovaciones que se están produciendo en otros países.

Para facilitar el debate de cuestiones como las mencionadas, la Fundación Caser y la Fundación Pílares para la Autonomía Personal unieron sus esfuerzos para organizar, en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, la Fundación Vodafone España y la Federación Española de Municipios y Provincias, las II Jornadas Internacionales de Atención a la Dependencia que se celebraron los días 25 y 26 de junio de 2013.

Al diseñar dicho evento, lo mismo que a la hora de ofrecer la presente publicación, en la que se recogen, reelaboradas, las principales aportaciones de los expertos que participaron

en las Jornadas, hemos pretendido un objetivo clave: ofrecer un espacio en el que recoger propuestas y reflexiones acerca de lo que es conveniente para nuestro futuro. Y también mostrar una variedad de experiencias innovadoras de fuera y de dentro de España relacionadas con la provisión de apoyos que se están proponiendo como idóneos en el ámbito internacional por un triple motivo:

- a) porque ofrecen a las personas que tienen una situación de dependencia y a sus familias cuidadoras una atención de calidad sin menoscabo de principios como la salvaguarda de su autonomía personal,
- b) porque hay evidencia de que los costes de los sistemas de apoyo y atención integral y coordinada en el medio comunitario resultan más costoefectivos que los que se prestan en las instituciones; y
- c) porque el desarrollo de estos servicios de proximidad tienen gran capacidad de generar riqueza y empleo estable y no deslocalizable.

Creemos y confiamos, en fin, que con la publicación y difusión de los materiales que aquí se reúnen contribuimos a realizar aportaciones de interés que pueden ser aprovechables por las Administraciones Públicas, los proveedores de los servicios de atención y de las TIC, los profesionales y expertos del sector, los movimientos asociativos de personas mayores y con discapacidad, los medios de comunicación y el conjunto de la sociedad.

Finalmente, expresamos nuestro reconocimiento a los autores de los textos que aquí se reúnen por su generosidad al elaborarlos y poder llegar, así, a los muy diversos sectores que actúan en el campo de la atención a la dependencia.

Evolución y tendencias de cambio en los servicios de atención a domicilio en Dinamarca y Suecia.

ASTRID LINDSTRÖM. Experta en servicios sociales.

INTRODUCCIÓN.

1. LOS MODELOS DE SERVICIOS A DOMICILIO EN SUECIA Y DINAMARCA.

1.1. El Modelo Tradicional.

1.2. El Modelo de los pequeños grupos de trabajo auto-gestionados.

1.3. El modelo taylorizado.

2. RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE OPINIONES DE PROFESIONALES Y USUARIOS EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A DOMICILIO.

3. COBERTURAS DE LOS SERVICIOS A DOMICILIO.

CONCLUSIONES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

**INNOVACIONES
PARA VIVIR BIEN
EN CASA**

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

INTRODUCCIÓN

La política de vejez en los países nórdicos está orientada a hacer posible que las personas mayores y discapacitadas puedan seguir viviendo en su casa o en otra parecida, con servicios, en el mismo barrio, incluso cuando necesitan una ayuda muy intensa. A tal fin han creado una oferta diversificada, tanto de servicios como de alojamientos, de la cual los servicios a domicilio constituyen una pieza clave. Con todo, hay ciertas diferencias en las coberturas, intensidades y formas de componer y organizar la oferta.

En cuanto a las coberturas de los servicios a domicilio, en Suecia, a partir de los años noventa, la tendencia ha sido la de restringir el acceso y dar prioridad a la atención a las personas mayores más necesitadas de cuidados, aumentando a la vez la intensidad. En Dinamarca, la tendencia ha sido “dar poco a muchos” y “mucho a pocos”. En realidad, las diferencias en las coberturas no son tan grandes como aparentan en las estadísticas (Edebalk, 2004b; Nielsen y Andersen, 2006). Históricamente, en Suecia las estadísticas únicamente han tenido en cuenta las personas que han recibido atención domiciliaria en los domicilios habituales, mientras que en Dinamarca se ha añadido las que han recibido estos servicios en viviendas tuteladas (*skytteboliger*) y en viviendas con servicios (*allmenneaeldreboliger*).

En otros aspectos, la diferencia entre Suecia y Dinamarca es más significativa. Apparentemente, Dinamarca es el país que se acerca más a la imagen ideal del estado del bienestar nórdico de orientación universal. En primer lugar, porque en este país los servicios a domicilio son gratuitos para las personas que los reciben de forma regular y también porque allí es más probable que una persona que convive con su pareja pueda recibir estos servicios. En Suecia, esto ya no es posible en la mayoría de los casos. En este país, la proporción de personas mayores con limitaciones funcionales, que únicamente reciben atención de familiares (de la pareja, hija/hijo) es mayor que en Dinamarca. No se sabe muy bien las razones de esta diferencia. Se piensa que puede tener que ver con el precio, es decir, con el hecho de que buena parte de los servicios a domicilio en Dinamarca son gratuitos.

De todos modos, a grandes líneas, el recorrido y la situación actual de los servicios a domicilio en los países nórdicos son similares. En Dinamarca, Noruega y Suecia fueron las organizaciones no gubernamentales las que empezaron a ofrecer servicios a domicilio a las familias, ya a principios de los años 50 (Edebalk, 1990; Petersen, 2008). La Cruz Roja y otras ONG reclutaron amas de casa de mediana edad para trabajar unas pocas horas al día en unos pocos domicilios. No se exigía ninguna formación específica o cualificación formal. La experiencia adquirida de cuidar la casa y a los propios padres u otros familiares de avanzada edad se consideraba suficiente, pero sin dar mucho valor, de hecho, a este conocimiento.

La investigación realizada posteriormente en los países nórdicos sobre los servicios a domicilio se ha centrado en la especificidad y el valor de este conocimiento, de lo que representa cuidar

y ser cuidado dentro del entorno doméstico y la vida cotidiana de las personas. Una forma de conocimiento que la investigadora noruega Kari Waerness (1984) acuñó como “la racionalidad de los cuidados” (*omsorgsrationalitet*).

En este capítulo se ofrece una visión panorámica de las reformas, innovaciones más recientes y la investigación realizada en los países nórdicos por parte de especialistas muy reconocidos (Karin Waerness, Rosmari Eliasson-Lappalainen, Marta Szehebely, y otros) sobre las condiciones de trabajo requeridas para que los profesionales puedan dar lo mejor de sí mismos, así como qué mejoras introducir para lograr unos servicios de calidad, centrados en las personas a atender en el domicilio. Se trata de aportaciones valiosas, que no siempre son tenidas en cuenta, ni por parte de los planificadores en los municipios, ni por parte de las grandes empresas que se han establecido durante las últimas décadas en el sector.

1. LOS MODELOS DE SERVICIOS A DOMICILIO EN SUECIA Y DINAMARCA.

Los múltiples estudios de los servicios a domicilio realizados en los países nórdicos demuestran que los modelos iniciales y su evolución conceptual y organizativa han sido muy parecidos, aunque no siempre coincidentes en el tiempo (Waerness, 1984, 1986; Eliasson, 1992, 1999, 2005; Szehebely, 1995, 2003, 2006, 2011; Lewinter, 1999; Dahl, 2000; Olsson & Ingvad, 2000; Astvik, 2003; Nielsen & Andersen, 2006, Roostgaard, et al, 2011; Kamp&Hvid, 2012; Stranz, 2013).

Los investigadores identifican tres modelos organizativos que se han ido sucediendo en el tiempo: “El modelo tradicional”, “el modelo de los pequeños grupos auto-gestionados” y “el modelo taylorizado”.

1.1. EL MODELO TRADICIONAL.

Este modelo surge en los países nórdicos en los años cincuenta del s. XX como la principal forma alternativa a la atención en instituciones, y tiene una rápida expansión durante los años sesenta y setenta. En este modelo, el servicio se presta por horas y cada cuidadora tiene unas pocas personas a atender en su domicilio, que siempre son las mismas. El profesional en el municipio que realiza la valoración de la necesidad de las personas a atender es la misma que dirige y coordina el servicio. A la cuidadora y la persona mayor se les da mucha libertad para acordar las tareas a realizar y cómo realizarlas. En este modelo, el poder de decisión está bien repartido entre las personas implicadas y hay un buen margen de maniobra para adaptar la atención a las necesidades y preferencias de la persona en cada momento y situación.

Según los investigadores, este modelo, aunque tiene otros inconvenientes, no rompe la dinámica de la relación de ayuda o “la racionalidad de los cuidados” (*omsorgsrationalitet*), concepto que la socióloga noruega Kari Waerness acuñó en sus estudios de los servicios a domicilio a principios de los años ochenta.

La investigación y las teorías desarrolladas por Waerness (1984, 1996) sobre la naturaleza y racionalidad de los cuidados han sido un referente importante entre los investigadores nórdicos, y han constituido la base de la crítica feminista de la estandarización, mercantilización y desarrollo técnico-científico posterior de los servicios a domicilio y de la atención a las personas mayores, en general.

En sus estudios de los servicios a domicilio, Waerness observa que las cuidadoras prestan los cuidados de acuerdo con una racionalidad no formal, de modo que, en su práctica diaria, procuran adaptar la ayuda con las tareas a realizar a los ritmos, hábitos, estilo de vida de cada persona, prestando atención al mismo tiempo a las necesidades que surgen en cada momento y situación, por lo que constata que “la racionalidad de los cuidados” se basa en un elevado grado de empatía y conocimiento de la persona a atender.

Apunta que es un trabajo difícil de organizar de acuerdo con una racionalidad económica-técnica, por lo que los resultados positivos del mismo no resultan fáciles de investigar y visibilizar al no conocer bien a las personas que forman parte de la relación de ayuda, ni las particularidades de cada domicilio, ni las necesidades cambiantes de cada persona. Es por tanto difícil de producir evidencias de que los modelos organizativos que respetan “la racionalidad de los cuidados” dan un mejor resultado que los modelos basados únicamente en la racionalidad económica-técnica promovidos durante las últimas décadas.

Demuestra con ejemplos, que el no tener en cuenta esta racionalidad conduce a una serie de dilemas en el trabajo cotidiano de atención que causan situaciones de estrés. Y, también, que el bajo grado de reconocimiento social de estos empleos influye negativamente en el orgullo profesional y la satisfacción con el trabajo de los profesionales de la atención directa.

1.2. EL MODELO DE LOS PEQUEÑOS GRUPOS DE TRABAJO AUTO-GESTIONADOS.

Durante la década de los años ochenta, debido a la gran expansión que alcanzan los servicios a domicilio y para poder acercar los servicios a los usuarios y minimizar el tiempo que los profesionales tienen que dedicar a desplazamientos, se produce la descentralización de su gestión (Svenska Kommunförbundet, 1982).

A los profesionales que habían prestado los servicios a domicilio de forma individual hasta entonces, sin coordinarse, se les asigna un local en cada zona para reunirse en grupo y organizar ellos mismos el trabajo a realizar en el área territorial. De esta forma surgió el modelo de los pequeños grupos de trabajo auto-gestionados, cada uno con su propio presupuesto.

Estos grupos estaban formados por unas 15-20 trabajadoras, que organizaban el trabajo en base a su experiencia previa y conocimientos adquiridos en cursos de formación, consensuando en el grupo cómo planificar y repartir el trabajo y los usuarios, y qué criterios aplicar en su atención.

Según los investigadores (Eliasson et al, 1992), con este modelo se consiguió ampliar las coberturas y la intensidad del servicio. Otro logro importante fue la mejora de la capacidad de resolver incidencias, cubrir bajas de una forma ágil, trabajar de dos en dos en los momentos precisos, apoyarse mutuamente y afinar la planificación y los métodos de trabajo.

Otro aspecto positivo que se apunta es la coordinación auto-organizada de estos grupos con los equipos de la atención primaria de salud, que prestaban atención de enfermería en los domicilios. Lo que, a su vez, abrió la posibilidad de completar el servicio con patrullas de noche (*nattpatruller*) y, de esta forma, se pudo extender el servicio a noches y fines de semana y atender a más personas con necesidades simultáneas de atención personal y de enfermería en los propios domicilios.

Por otra parte, los investigadores apuntan que, en muchos de estos grupos, se empezó a aplicar el principio de la rotación del personal, con el argumento de que no hay que crear favoritismos, y que hay que hacer únicamente lo acordado previamente en cada domicilio. La presión “desde arriba” para atender cada vez más personas y realizar tareas cada vez más complejas y en menos tiempo, venía emparejada con presupuestos cada vez más ajustados, lo que generaba mucho estrés en el personal.

Pronto los sindicatos empezaron a exigir la aplicación de las normativas sobre higiene y seguridad en el trabajo en los domicilios, pero a menudo éstas no se podían cumplir por las condiciones de los domicilios y/o del estado de salud y limitaciones funcionales de los usuarios, por lo que se empezaron a implantar servicios de adaptación de las viviendas y la instalación de ayudas técnicas en los domicilios. Con todo, el servicio se volvió cada vez más regido por los criterios profesionales y menos por los deseos de sus usuarios.

En Suecia, a finales de los años sesenta ya se habían analizado las características específicas de los servicios a domicilio y las diferentes formas de racionalización de los mismos. El proceso de des-institucionalización había comenzado por aquellos años, pero al constatar que los servicios a domicilio se caracterizaban por sus procesos discontinuos y su heterogeneidad, resultando más difícil estandarizar el trabajo y generar economías de escala que en una institución, surgió la idea de construir un nuevo tipo de alojamientos adaptados a personas con necesidad de cuidados con oferta de servicios (*servicehus*) (Samuelsson G., 1985). Se trataba de algo parecido a la tipología de vivienda para pensionistas (con apartamentos de alquiler y espacios comunes), que ya existían tanto en Suecia como en Dinamarca, pero garantizando atención continuada (*pensionärsbostäder / pensionistboliger*) (Daatland y Sundström, 1985).

Paralelamente, se empezó a prestar atención a las condiciones de la vivienda de las personas mayores y de las personas jóvenes con discapacidad, a la vez que se analizaban las necesidades de vivienda de la generación del “baby-boom” de los años cuarenta. De ahí que entre 1965 y 1975, se llevara a cabo el programa del millón de viviendas y, dentro de éste, se incluía la construcción

de viviendas con servicios para las personas mayores y personas con discapacidad en cada barrio.

Como ya se ha mencionado, estas viviendas fueron promovidas, en parte, porque se consideró que podrían ayudar a frenar el aumento de los costes de los servicios a domicilio (Svensson et al, 1991). Se argumentó que en esta tipología se podrían juntar hasta 250 apartamentos en un solo edificio, donde las personas con necesidades especiales pudiesen vivir como en su casa, incluso con su pareja, y seguir recibiendo servicios a domicilio de forma más costo-efectiva que en los domicilios dispersos.

Por este motivo, el gobierno central decidió incentivar la construcción y también la prestación de servicios a domicilio en estas viviendas con subvenciones finalistas, que poco a poco sustituyeron a las residencias tradicionales y también a los servicios a domicilio tradicionales.

En la planificación de esta nueva tipología de vivienda se calculó que una persona mayor, que en su domicilio habitual necesitaba 3-5 horas de ayuda a domicilio al día, podría estar servida con 2 o incluso menos. Primero, porque los apartamentos serían más pequeños y más parecidos el uno al otro y, por tanto, más fáciles de limpiar; segundo, porque la comida se prepararía en el restaurante de la planta baja, de modo que las personas podrían comer allí o en su apartamento, por lo que se ahorraría tiempo en realizar las compras y preparar la comida; tercero, la colada se realizaría en lavadoras instaladas en cada planta, en un espacio donde también se podría guardar el material para la limpieza; cuarto, los profesionales podrían realizar vigilancia y atender a las personas más frágiles en situaciones críticas en cuestión de segundos, sin realizar largos desplazamientos.

Se planeó también que los servicios de restaurante y otros a ubicar en la planta baja de estas viviendas deberían poder servir a todas las personas mayores del barrio. Finalmente se apuntó que desde estas viviendas se podría prestar el servicio de atención personal, tanto a las personas de éstas, como a las personas de la zona con necesidades de atención que seguirían viviendo en su domicilio habitual. Se contaba asimismo con la posibilidad de ubicar la central de la tele-asistencia en estas viviendas. Y así se hizo. Con la ayuda de subvenciones estatales, la implantación de las viviendas con servicios en todos los municipios del país fue rápida y efectiva.

En Dinamarca, todas estas posibilidades de racionalización de los servicios a domicilio también fueron contempladas e implementadas, donde, por otra parte, han mantenido durante más tiempo "el sistema integrado" de los servicios a domicilio con los de la atención en viviendas asistidas (*plejeboliger*) y con servicios (*allmaenne aeldreboliger*) (Petersen, 2008).

1.3. EL MODELO TAYLORIZADO.

Durante la siguiente década de los años noventa, los modelos de organización marcados exclusivamente por una racionalidad económica-técnica importados de la industria vía el sector

sanitario, ganaron terreno para lograr una mayor eficacia y eficiencia. Estos modelos imponen la división del trabajo de forma horizontal y vertical, la fragmentación y estandarización de las tareas y el aumento de la distancia entre la planificación del trabajo y su producción.

El grupo de investigadores formados alrededor de la socióloga sueca Rosmari Eliasson-Lappalainen calificaron esta nueva organización del trabajo como un proceso de taylorización de los servicios a domicilio en el que se separa el trabajo de la cabeza del trabajo de la mano y el corazón.

Durante las últimas décadas, los servicios a domicilio han sido objeto de recortes y diversos cambios organizativos. Uno de los cambios que más ha afectado a la organización y funcionamiento de éstos, según los investigadores, es la separación de funciones (la regulación/financiación/compra se separa de la producción) y, con ello, la externalización de los servicios promovidos en base a los principios/modelo de la Nueva Gestión Pública (New Public Management).

Como en otras partes del mundo, diversas variantes de este modelo se impusieron en los países nórdicos a principios de los años noventa.

Los investigadores nórdicos apuntan que la separación de funciones aumenta la distancia entre “la oficina y el taller” lo que, en el caso de los servicios a domicilio, significa aumentar la distancia entre la/s persona/s que realiza/n la valoración de la necesidad y regula/n el servicio, y las que realizan el trabajo en el domicilio de las personas. Estas últimas ya no participan en el proceso de valoración de la necesidad y en la toma de decisiones sobre las tareas a realizar y el tiempo que se necesita para realizarlas.

Con la externalización del servicio, tanto a grupos de profesionales auto-gestionados como a empresas privadas, la exigencia de control de los costes, de la calidad, métodos y tiempos aumenta, de modo que muchos ayuntamientos pasaron a predeterminar y estandarizar los tiempos para cada tarea: 3 minutos para levantar la persona, 15 minutos para la ducha y el vestido, 4 minutos para preparar el desayuno, 20 para hacer la cama y la limpieza.

Entre los países nórdicos, Suecia fue el primero que introdujo este modelo en los municipios para la gestión de sus servicios. A principios de los años 2000, un 80% de los municipios ya lo habían introducido, pero sin la imposición por parte del gobierno central de hacerlo obligatoriamente.

En cambio, en Dinamarca la obligación de externalizar servicios y ofrecer libre elección de proveedor fue introducido por ley en el año 2003, de modo que todos los municipios han tenido que hacerlo, a menudo en contra de sus principios.

2. RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE OPINIONES DE PROFESIONALES Y USUARIOS EN RELACIÓN A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS A DOMICILIO.

En Dinamarca, los que más han criticado este modelo han sido los profesionales de atención directa, denunciando sobretodo “la histeria de contar los minutos” (*minuthysteri*) y la práctica de poner códigos de barras en las puertas de los domicilios de los usuarios, para poder controlar electrónicamente que los profesionales realmente acaban realizando el servicio a las horas y el tiempo preestablecido (Nielsen y Andersen, 2006).

También critican la excesiva elaboración de documentación exigida, cada vez más detallada y por medio (desde hace poco) de diferentes sistemas de información, que no tienen capacidad de comunicación entre sí.

Según los investigadores, estos cambios se han introducido sin tener en cuenta lo que tanto los usuarios como los profesionales consideran más importante. En las encuestas, los usuarios suelen manifestar que están contentos con el servicio, pero las críticas al mismo han ido aumentando hasta salir una y otra vez en los periódicos y otros medios de comunicación.

Y, de hecho, cuando se han empleado otras técnicas de consulta, los usuarios han manifestado de manera más clara su descontento, sobre todo con el hecho de ser atendidos en sus domicilios por tantos profesionales y además distintos cada vez y, también, por la falta de tiempo destinado para realizar las tareas lo que, en conjunto, afecta negativamente su sentimiento de seguridad, la percepción de la calidad de la ayuda recibida, así como también la calidad de las relaciones.

La investigación realizada demuestra que, para la mayoría, lo más importante es recibir la ayuda de un limitado número de profesionales a unas horas determinadas, saber quién va a venir cada vez y el tiempo destinado para realizar las tareas. También se considera importante poder influir sobre qué tareas realizar y cómo realizarlas, sobre todo en el caso de las tareas domésticas.

Edebalk y colaboradores (1993) muestran en un cuadro las dimensiones de calidad que más valoraban los usuarios de los servicios a domicilio, según estudios realizados en Suecia a principios de los años noventa.

Los investigadores nórdicos también llegan a conclusiones coincidentes respecto a lo que los profesionales consideran más importante para poder prestar unos servicios a domicilio de calidad (Szebehely, 2006; Kamp&Hvid, 2012; Stranz, 2013).

Señalan que los profesionales se sienten presionados, principalmente por la falta de tiempo suficiente para poder realizar un buen trabajo, y sufren también por la falta de continuidad con las personas a atender, en el tiempo, y en cuanto a las tareas a realizar en cada domicilio.

LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS A DOMICILIO MÁS VALORADAS POR PARTE DE SUS USUARIOS:



Fuente: Edebalk et al (1993).

Muchos son empleados por horas, a pesar de su deseo de tener un trabajo fijo de media jornada o de horario completo. Otros consideran que el trabajo es demasiado duro para trabajar a tiempo completo. La satisfacción que, de todos modos, sienten la mayoría con su trabajo la atribuyen a la relación con los usuarios que logran establecer a pesar de todo, lo que les ayuda a sentir que su trabajo tiene sentido.

Según un estudio realizado en Dinamarca por Tufte (2011), lo que en mayor medida representa y da sentido a su trabajo es:

- Ayudar a las personas a estructurar y hacer más llevadera su vida cotidiana.
- Contribuir a su bienestar.
- Cumplir con una función para el bienestar de la sociedad en conjunto.
- Poder ejercer la profesión, aprender cosas nuevas y desarrollar nuevas competencias.

Por otra parte, tener el sentimiento de que no se hace lo suficiente para los usuarios asignados es todavía frecuente. Muchos intentan suplir la falta de tiempo haciendo un sobreesfuerzo, arriesgando su propia salud, haciendo caso omiso, en algunas ocasiones, de las imposiciones poco realistas en cuanto a cómo repartir el tiempo entre usuarios y tareas a realizar (Stranz, 2013).

Respecto a los cambios más recientes en la regulación de los servicios, se apunta que el control de los tiempos y las tareas se ha hecho insostenible, como también las exigencias de tener que

documentar todo hasta el mínimo detalle. En resumen, se apunta que, para realizar un buen trabajo en el domicilio de las personas, se necesita tiempo, continuidad y un buen margen de maniobra.

Las opiniones de los profesionales y las preferencias de los usuarios son bien conocidas y documentadas desde hace tiempo, por lo que los gobiernos locales y centrales, tanto en Dinamarca como en Suecia, han introducido algunas medidas para flexibilizar los servicios y a la vez disminuir la burocracia excesiva y el control.

En Dinamarca, ya desde el año 2003, los ayuntamientos tienen la obligación de ofrecer tanto la posibilidad de la libre elección de proveedor como de “la ayuda a domicilio flexible” (Socialministeriet y Aeldresagen, 2004). “La ayuda a domicilio flexible” significa que el receptor de ayuda personal y/o doméstica tiene derecho a sustituir unas tareas por otras, si no se supera el nivel de servicio que ha establecido el ayuntamiento, y las horas de servicio adjudicadas a la persona. Puede tratarse de que un día el usuario quiera cambiar la tarea de pasar la aspiradora por un paseo con el profesional. O que un día el profesional dedique más tiempo a la limpieza de la casa que a la atención personal (ayuda con la ducha).

Si el usuario recibe servicios de diferentes proveedores (lo que, desde hace poco, ha sido más frecuente en Dinamarca que en Suecia), puede resultar más difícil realizar los cambios deseados. En todo caso, el profesional de atención directa o persona de contacto tiene el mandato de decidir el tipo de cambios que son admisibles en cada caso, pero si tiene dudas al respecto, tiene que realizar el cambio que desea el usuario. Si, por otra parte, el usuario pide realizar cambios de tareas con una cierta frecuencia se debe pedir (el profesional o el usuario) que se haga una nueva valoración de su necesidad.

En Suecia, la mayor parte de los municipios han implantado medidas parecidas en base a criterios y metodologías consensuados en proyectos como el de “las Comparaciones” (*Jämförelseprojektet*), promovido y coordinado entre los años 2003-2011 por la Asociación de Municipios y Consejos de Condado de Suecia (Sveriges Kommuner och Landsting - SKL). En este proyecto se formaron 28 redes de 5-10 municipios/red, que compararon entre ellos la relación entre los costes de los servicios prestados y la calidad percibida por parte de los usuarios en dimensiones como: continuidad, seguridad, influencia, trato, etc. Los resultados obtenidos de estas redes quedan reflejados en 31 informes, que todavía son descargables desde la página web de SKL. A partir del año 2008 se acordó con el gobierno central (*Socialstyrelsen*) incorporar más criterios (como la incidencia de caídas y parecidos, que ahora se anotan en el registro nacional de calidad Senior Alert), y de publicar los resultados en informes anuales de “Comparaciones abiertas” (*Öppna jämförelser*). Por otra parte, el gobierno central y varios municipios han encargado una serie de estudios sobre cómo optimizar la organización de los servicios a domicilio (Myndigheten för vårdanalys, 2013), y las rutas (Vägverket, 2010) para poder cumplir con criterios como los de continuidad, influencia, puntualidad, flexibilidad.

Gran parte de estos estudios se han realizado en los centros de I+D+i que hay en cada condado/ región del país, que trabajan en red y reciben financiación del gobierno central (*Socialstyrelsen*). Realizan investigación aplicada, identificando buenas prácticas en la organización y prestación de los servicios sociales. Los servicios a domicilio han sido objeto de estudio en muchas ocasiones, 35 en total (<http://www.fouvalfard.se/publicerat>), pero a menudo se tarda en implementar las recomendaciones en la práctica.

Conseguir ofrecer continuidad para el usuario tanto en lo que se refiere al personal de atención directa (*personkontinuitet*), como en el tiempo (*tidskontinuitet*) y en las tareas a realizar (*omsorgskontinuitet*), ha sido un tema de estudio priorizado en los dos países (MUUSMANN Research y Consulting, 2007; Hjemmehjaelpskommisionen, 2013; Hartelius, 2013).

Entre los más recientes, cabe destacar el emitido por *Hjemmehjaelpskommisionen* (una Comisión parlamentaria de Dinamarca), constituida en el mes de junio de 2012 a petición del gobierno central para estudiar “los servicios a domicilio del futuro”. Presentó el resultado en el mes de julio de 2013 y contiene 29 recomendaciones orientadas a asegurar unos servicios a domicilio más eficientes, seguros y continuados. Entre las recomendaciones, destaca la de dejar de prede-terminar los tiempos en que se tiene que realizar cada tarea y pasar a adjudicar los servicios por “paquetes de servicios”, con tiempo suficiente para el total.

En los dos países, el desarrollado de nuevos sistemas de información que se adapten mejor a las particularidades del servicio ha sido otro tema de estudio priorizado por parte tanto de los gobiernos centrales, como locales, y hay algunos avances en este respecto. La documentación ya se realiza con el teléfono móvil (Mobipen, Phoniro Systems, etc.), que también se usa para abrir las puertas de los domicilios de los usuarios, que no pueden hacerlo por sí mismas. Y, mediante aplicaciones, los profesionales pueden recibir e intercambiar información sobre la mejor ruta, imprevistos, incidencias, etc.

En Suecia, ya a finales de la década de los noventa, algunos municipios empezaron a realizar “valoraciones de la necesidad simplificadas” (*förenklad biståndsbedömning*), según el tipo de servicio, pero al final fue considerado por los reguladores como contrario a lo que se estipula en la Ley de servicios sociales de Suecia, por lo que el gobierno central tramitó una ley especial (Lag 2009:47 om vissa kommunala befogenheter) para que pudiesen hacerlo de forma legal (Socialstyrelsen, 2014).

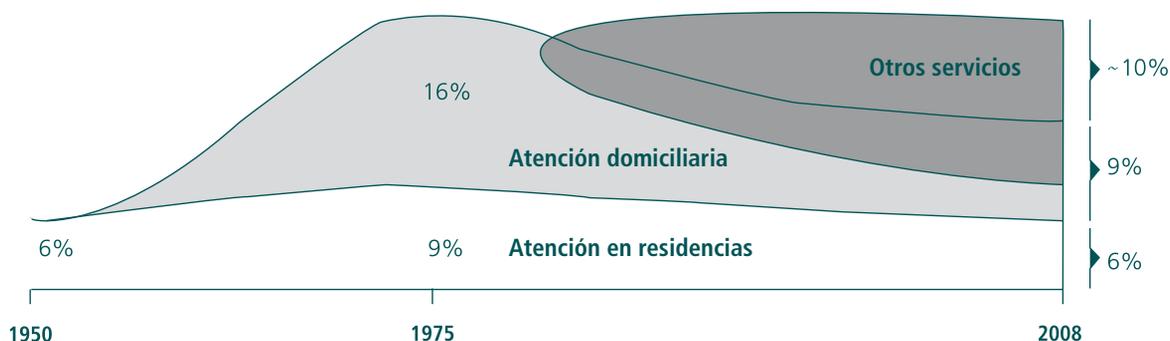
Se trataba de implementar una serie de “servicios de proximidad” dirigidos a grupos de personas de una cierta edad, como p.ej. ofrecer a todas las personas con 80 años y más servicios de limpieza, de quitar nieve, suministro de compras, medicamentos de la farmacia y excursiones en grupo, cafés para familias, etc., todos a precio de coste. Y también incluía otros servicios gratuitos de tipo preventivo, orientados a prevenir caídas, consistentes en ayuda para colgar cortinas, cuadros, cambiar bombillas, fijar cables, y en proponer algunos arreglos para evitar tropezones y facilitar la de-ambulaci3n.

En Dinamarca, la obligación de los municipios de realizar visitas a domicilio preventivas a todas las personas con 75 años y más es una medida parecida muy conocida.

En los dos países se emplea un método especial de “rehabilitación para la realización de las actividades de la vida cotidiana” (*vardagsrehabilitering*) en los domicilios o en “centros de actividades” (*aktivitetscenter/friskvårdscenter*). En Dinamarca, los municipios ya son obligados a ofrecer esta medida o rehabilitación de tipo convencional antes de aprobar una solicitud de ayuda con las tareas domésticas.

Todos estos servicios son importantes por si solos o como complemento a los servicios a domicilio, pero no suelen constar en las estadísticas sobre coberturas. Otros, que en los dos países también son prestados por los municipios, son: adaptaciones de la vivienda, productos y tecnologías de apoyo (como el andador, asideros en el baño, sillas ducha, grúas colgadas en el techo, camas que ayuda a la persona a hacer cambios posturales apretando un botón, WC con ducha incorporada, aspiradora robot, y otros para facilitar la vida cotidiana a las personas con demencias, transporte subvencionado, tele-asistencia, servicios de apoyo y relevo del familiar, acompañamientos, etc.).

Sundström (2012) ilustra en el artículo: “Swedish old-age care: traditions, challenges, and experiences”, la importancia que tienen todos estos servicios mediante texto y una figura:



Fuentes: NOSOSCO, 2007, 2012, 2014.

En este trabajo Sundström muestra que contar con este tipo de servicios a menudo preceden o retardan la necesidad de la ayuda a domicilio o el ingreso en una residencia.

En Suecia y Dinamarca tales servicios forman parte de la cartera de servicios de los ayuntamientos desde hace tiempo y, como expone Sundström, en Suecia cubren cerca de un 10% de la población con 65 años y más. Complementan a los servicios a domicilio y/o el cuidado no profesional

y, en muchos casos, llegan incluso a sustituir del todo a los servicios a domicilio y la atención en una vivienda especial.

En Suecia, gran parte de los “servicios de proximidad” fueron creados en los municipios a mediados de los años ochenta en base a una declaración parlamentaria (1985) sobre el derecho de las personas mayores y con discapacidad de poder seguir viviendo el máximo tiempo posible en el propio domicilio (*kvarboendepincipen*), y recibir los servicios necesarios a tal fin. Los municipios recibieron subvenciones del Ministerio de la Vivienda, dentro de un proyecto comunitario llamado “Servicios coordinados al hábitat”, de 5 años de duración, en el que invitó a participar a las inmobiliarias municipales, el pequeño comercio, los servicios sociales, asociaciones de vecinos, y otras, para hacerles partícipes en la planificación urbanística, la creación de nuevos servicios en los barrios, la aproximación o retención del pequeño comercio, la eliminación de barreras, instalación de ascensores en las viviendas, etc. Un proyecto parecido llamado “Vivir bien en la vejez” (*Bo bra pa äldre dar*) se llevó a cabo 2010-2012 (Handikappinstitutet, 2012).

El modelo nórdico de bienestar y de atención a las personas, conocido como el Nordic care regime (Anttonen & Sipilä, 1996), se caracteriza por su orientación universal, responsabilidad pública - desfamiliarización, atención en la comunidad y su alto grado de descentralización, con competencias muy amplias de los municipios, también en la materia de vivienda y planificación urbanística (*welfare municipalities*). El alto grado de autonomía financiera de los municipios también es una característica destacable.

En Suecia, los municipios financian los servicios que prestan con recursos propios (impuestos locales) hasta un 80% por ciento de su coste (web de Sveriges Kommuner och Landsting). Desde el año 1992, en base a la reforma Ädel, con el traspaso de los centros socio-sanitarios de los condados, todos ya reformados en viviendas asistidas, los municipios tienen competencias plenas en la atención a las personas mayores (excepto la médica). Con esta reforma, obtuvieron la responsabilidad financiera, incluso de las estancias “innecesarias” en los hospitales (los llamados “bedblockers”), que se producen cuando una persona no puede ser dada de alta por falta de alternativas en la comunidad o soluciones, que, de una u otra forma, tienen la responsabilidad de proveer los municipios dentro de un plazo razonable (3 días desde que el director médico haya comunicado al municipio que el paciente necesita algún tipo de servicio o cuidados, pero ya no atención en el hospital) (Socialstyrelsen, 1996).

Dinamarca, con la reforma de su división territorial y competencial, iniciada en el año 2007, obtuvo competencias plenas en la atención a las personas mayores y responsabilidades financieras parecidas a las de Suecia (web, *Socialministeriet*).

Con esta reforma, Dinamarca fue dividida en cinco regiones. 13 condados desaparecieron y el número de municipios se redujo de 271 a 98. El objetivo era tener unos municipios más grandes (20.000 habitantes como mínimo) para poder asumir más competencias y ofrecer los servicios de

bienestar de más relevancia para la ciudadanía desde una perspectiva holística, integrada y continuada. En consecuencia, actualmente los municipios son responsables de la atención a las personas con discapacidad o en situación de dependencia en el domicilio y en viviendas especiales, de la enfermería a domicilio, la rehabilitación extra-hospitalaria, la atención sanitaria preventiva, y administran asimismo el sistema de elección de médico y del grupo de seguros de salud de los residentes en el municipio.

No sin razón son llamados welfare municipalities. En Dinamarca y Suecia, la mayor expansión de los servicios dirigidos a las personas mayores, discapacitadas y a las familias, en general, tuvo lugar entre los años 60 - 80 ("los años dorados del capitalismo"). Los dos países priorizaron el crecimiento de los servicios a domicilio. En Dinamarca éstos siguieron creciendo hasta el año 2002, hasta llegar a una cobertura de un 29%. Los municipios obtenían subvenciones estatales para expandirlos sin ningún problema, por lo que no se vieron "obligados" a buscar fórmulas para controlar los costes (Edebalk, 1990, 2004a).

El objetivo de la desinstitucionalización fue más importante que el control de costes y, gracias a ello, ya no quedan instituciones en estos países, sino una variada gama de servicios, productos y tecnologías de apoyo, así como diferentes tipos de viviendas con servicios y asistidas, tanto para las personas mayores como para las personas con discapacidad.

En línea con el principio de la normalización (según definición de Bank-Mikkelsen y Nirje, 1969) en los dos países el alojamiento y la atención pasaron a ser tratados como dos cosas distintas. Las personas mayores y discapacitadas que viven en una "vivienda especial" disponen de una "vivienda completa", es decir, un apartamento de unos 30-60 m², con kitchenette o cocina, por el cual pagan un alquiler. La comida también se paga aparte, y estas aportaciones no son consideradas copagos, sino gastos normales, que forman parte de los costes de la vida de toda persona adulta.

Los servicios que reciben en este tipo de viviendas y en otras parecidas (como las viviendas senior, co-housing, etc.), se consideran como servicios a domicilio y, normalmente, también se contabilizan como tal en las estadísticas y no como atención institucional. Únicamente las viviendas que prestan servicios y cuidados las 24 horas los 7 días de la semana, se suelen contabilizar como atención institucional en las estadísticas.

A partir de los años ochenta, la presión demográfica empezó a condicionar cada vez más las políticas, sobre todo en Suecia, que ya tenía un índice de sobre-envejecimiento de un 4% (ahora es de un 5,3%), por lo que los municipios en este país empezaron a subir las tarifas de copago, sobre todo por los servicios de tareas domésticas, como la limpieza del hogar, y para los que se prestaban de forma puntual. Tenían libertad plena para fijar las tasas de copago hasta el año 2002. En ese año el gobierno central introdujo un copago máximo, que se revisa cada año. Para el año 2014 está fijada en 1.776 coronas/mes (201 Euros). Los municipios no pueden cobrar más

ni siquiera a las personas que tienen gran necesidad de ayuda y reciben el servicio varias veces al día. Está fijada en un nivel tan bajo para que la mayoría, y sobre todo las personas con más necesidad, tengan la posibilidad de pagarla sin tener que someterse a pruebas de verificación de sus ingresos y patrimonio, lo que es considerado infringir en su intimidad, y también por evitar costes en burocracia.

A diferencia de Dinamarca, en Suecia siempre ha habido un copago, tanto para los servicios que se prestan de forma permanente en los domicilios, como para los que se prestan de forma puntual. En Dinamarca hay copago únicamente para los servicios que se prestan de forma puntual.

Desde principios del s. XXI, en Suecia se ha restringido cada vez más el acceso también a las viviendas especiales y el proceso de privatización de la atención a las personas mayores se ha convertido en el tema central para favorecer la libre elección entre alternativas y reducir costes.

La adjudicación por concurso había favorecido a las grandes empresas, por lo que el gobierno en funciones consideró necesario estimular la competencia mediante la libre elección, y de esta forma facilitar a las pequeñas empresas que pudieran entrar en el mercado. En este sentido, en el año 2009 se aprobó “la ley de sistemas de libre elección” (*Lagen om valfrihetssystem* - LOV), que da libertad a los municipios a emitir cheques servicios, con precios prefijados, para que las personas que solicitan un servicio domiciliario puedan escoger ellas mismas el proveedor, por lo que cada vez hay más empresas que prestan este tipo de servicios.

En las grandes ciudades ya hay tantas empresas que resulta difícil distinguir entre unas y otras. A diferencia de los proveedores públicos, las empresas tienen derecho a diferenciarse, ofreciendo servicios complementarios a precio de mercado (no subvencionados por parte del municipio en base a la valoración de la necesidad), y/o dirigiendo su oferta a diferentes segmentos de personas, según intereses, aficiones, costumbres, culturas/nacionalidades.

Para los profesionales que hacen la valoración de la necesidad, esta situación les complica y mucho su trabajo, tanto de informar a los usuarios sobre el derecho a elegir y entre qué alternativas, de una forma objetiva, como a la hora de pasar las comandas a tantos proveedores diferentes y, aún más, para realizar el seguimiento de la situación de la persona y de la calidad de la atención prestada en cada caso. Muchas de las nuevas empresas únicamente prestan servicios domésticos, por lo que la fragmentación entre proveedores y servicios prestados aumenta y, con ello, se dificulta aún más la coordinación. El criterio de la continuidad personal y de la atención también resulta cada vez más difícil de cumplir. En el informe de “las Comparaciones abiertas” del año 2013 se constata que, durante un período de 14 días, los usuarios recibían entre 6 a 26 profesionales distintos en sus domicilios (Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting – SKL, 2013).

La fragmentación dificulta, a su vez, la implementación del nuevo programa de la mejora de la

atención de las personas mayores “más enfermas” (*mest sjuka äldre*), como dicen en Suecia, para no usar el concepto de crónicos. Prefieren usar términos con connotaciones positivas, y que sean acordes con la CIF-Clasificación Internacional del Funcionamiento, que los dos países usan para hacer la valoración de la necesidad.

En todo caso, encontrar la mejor forma de atender hoy a las personas más longevas de la historia como se merecen, y mañana a las futuras generaciones de personas mayores, para que puedan “vivir con dignidad y sentir bienestar” ya está en la agenda de sus gobiernos. El creciente número de personas mayores con pluri-patologías y complejidad clínica ya ha cambiado la manera de concebir y organizar el sistema de atención y los servicios a domicilio en Suecia y Dinamarca, y probablemente lo va hacer aún más en el futuro.

3. COBERTURAS DE LOS SERVICIOS A DOMICILIO.

Dinamarca tiene 5,6 millones de habitantes en total, y una población menos envejecida que Suecia. La proporción de personas con 65 años y más es de 17,3% y la proporción con 80 años y más es de 4,1 % (NOSOSCO, 2013).

Suecia tiene 9,5 millones de habitantes en total, el 18,8 % tiene 65 años y más y el 5,3 % tiene 80 años y más (NOSOSCO, 2013).

En cuanto a las coberturas de los servicios a domicilio de la población de 65 años y más, en los últimos años ha disminuido en Dinamarca, incluso más que en Suecia. Según las estadísticas de NOSOSCO, en el año 2005, la cobertura en Dinamarca alcanzó a 178.200 personas con 65 años y más (ratio 21,7%), en el año 2011 bajó a 140.900 personas (15,0%), mientras que en 2012 fueron 132.810 personas con 65 años y más quienes recibían SAD (13,7%) con carácter permanente. Sin embargo, la intensidad del servicio se ha mantenido más o menos en el mismo nivel desde 2008 (3,6 horas por semana de media).

Por su parte, y tal como ya se ha comentado, en Suecia la cobertura de la población de 65 años y más disminuyó de forma significativa ya a finales de los años ochenta, y desde entonces se ha mantenido más o menos en el mismo nivel. La cobertura en el año 2005 fue de 135.000 personas (ratio 8,6%), en el año 2011 subió a 162.300 (9,1%) y aún volvió a incrementarse ligeramente en el año 2012, siendo 163.600 personas de 65 años y más (9,2%) las que recibieron servicios a domicilio. La intensidad de los servicios se ha mantenido en el mismo nivel desde principios de 2000, con un ligero aumento en el año 2012 (de 7 a 8 horas por semana de media).

En Dinamarca la cobertura sigue siendo más alta que en Suecia, pero la intensidad es menor. La mayor parte de los usuarios daneses (63%) reciben menos de 2 horas por semana, mientras en Suecia se ha priorizado la atención a los usuarios con más necesidad de atención (de cuidados personales).

Servicios a Domicilio Coberturas	Dinamarca			Suecia		
	2005	2011	2012	2005	2011	2012
Cobertura Número Personas 65+	178.000	140.900	132.810	135.000	162.000	163.600
% Personas 65+	21,7	15	13,7	8,6	9,1	9,2
Horas/semana (de mediana)	5,3	3,6	3,6	7	7	8
% con menos de 2 horas/semana	57	64	63	39	32	31
% con 3-19 horas/semana		32	34		58	58
% con más de 20 horas/semana		4	3		10	11

Fuentes: NOSOSCO, 2007, 2012, 2014.

A diferencia de Suecia, en Dinamarca, el 47% de los usuarios de los servicios a domicilio únicamente reciben ayuda para las tareas domésticas, el 11,1% solo reciben ayuda para la atención personal, y el 41,9% la reciben para ambos tipos de tareas (atención personal y doméstica) (Danmarks Statistik, 2013).

Los que únicamente recibieron ayuda doméstica, la tuvieron muy pocas horas, 0,8 horas por semana de media; los que únicamente recibieron atención personal, la tuvieron 5,5 horas por semana, y los que recibieron ambos tipos de apoyo, lo hicieron con una intensidad de 4,6 horas por semana de media. De todos modos, sumando las horas, el 20% de las horas se destinan a ayuda doméstica y el 80% a atención personal (Danmarks Statistik, 2013).

En cuanto a los proveedores de los servicios, en Dinamarca, en el año 2012, el 37% de los usuarios recibieron los servicios de una empresa privada (el 13% de las horas). El 62,4% de quienes únicamente recibieron ayuda doméstica, la recibieron de una empresa privada, el 6,6% de los usuarios que únicamente recibieron atención personal, la recibieron de una empresa privada y un 31% que recibieron ambos, los recibieron de una empresa privada (Meager, 2013).

Por su parte, en Suecia, en el año 2012, solo el 24% de las horas fueron prestadas por entidades privadas (22% por empresas y el 2% por entidades sin ánimo de lucro (Meagher, 2013)).

Para acabar esta panorámica comparativa entre Dinamarca y Suecia, se ofrecen en el cuadro siguiente las coberturas en viviendas asistidas.

“Viviendas asistidas” Coberturas	Dinamarca 2005	Dinamarca 2011	Suecia 2005	Suecia 2011
Cobertura Número Personas 65+	68.246	42.800	109.000	101.000
% Personas 65+	8,3	4,5	7	5,3

CONCLUSIONES.

El panorama en los dos países es cada vez más complejo. Para reducir costes a nivel general en los sistemas de atención, la reforma estructural Ädel en Suecia de 1992, y la Reforma en Dinamarca de 2007, sitúan a los ayuntamientos en una situación cada vez más comprometida. Tienen que soportar la presión de limitar el ingreso y los tiempos de estancia, tanto en los hospitales como en las viviendas especiales, buscando las soluciones más costo-efectivas. Supone realizar cada vez más atención de carácter sanitario y de rehabilitación en los domicilios o en centros de los municipios. Muchas personas ya reciben visitas a domicilio varias veces al día e incluso durante la noche. Los modelos organizativos están en el debate y cada vez hay más estudios sobre cómo optimizarlos.

Los municipios ya han hecho un gran esfuerzo, restringiendo el acceso, tanto a los servicios a domicilio como a las viviendas especiales, diversificando a la vez la oferta y privatizando una parte, para que también haya una oferta de servicios y alojamientos complementaria a la pública, a la que se pueda acceder por otras vías, sin la prueba de la necesidad de los ayuntamientos o con procedimientos simplificados.

En Suecia, se ha comprobado que las personas que reciben servicios profesionales en los domicilios, y sobre todo las que los reciben de familiares, son las que más acuden a las urgencias de los hospitales, por lo que se ha empezado a poner en cuestión si no se ha restringido demasiado el acceso a las viviendas asistidas.

De momento, para descargar a los ayuntamientos de responsabilidades, en los dos países se ha introducido la posibilidad de comprar servicios domésticos y ahora también de atención personal directamente de una empresa, con el derecho de hacer desgravación fiscal del coste (en Suecia hasta un 50% del total) (Meagher et al, 2013). Una posibilidad que aprovechan sobre todo las clases medias y altas, mientras que las personas con recursos limitados acuden más a la ayuda de la familia. Se trata de un fenómeno muy denunciado por los partidos de izquierdas, por considerar que está erosionando gravemente el modelo universal (Szebehely & Trydegård, 2011).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Anttonen A. & Sipilä J. (1996) "European Social Care Services: Is it Possible to Identify Models?", *Journal of European Social Policy*, 6 (2) 87-100.

Astvik, W. (2003) *Relationer som arbete. Förutsättningar för omsorgsfulla möten i hemtjänsten*. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet 2003:8. Stockholm: Elanders Gotab.

Bank-Mikkelsen, N.E. (1969) 'A metropolitan area in Denmark' in *Changing pattern in residential services for mentally retarded*, R.B. Kugel & A. Shearer eds, President's Committee on Mental Retardation, Washington D.C.

Bostadsstyrelsen, Sverige (1988) *Bo på egna villkor. Mål och medel för förbättrade boendeförhållanden för äldre, handikappade och långvarigt sjuka*.

Christiansen, Jørgen Møller, m.fl. (2002) *Hjemmeplejen i en omstillingstid. Personalets syn på deres arbejde, på omstillingerne og på fremtiden – belyst ud fra en spørgeskemaundersøgelse*. København, CASA & Københavns Kommunes BST.

Daatland, S.O., Sundström, G (1985): *Gammal i Norden - boende, omsorg och service 1965-1982*, Nordiska Ministerråd.

Dahl, Hanne Marlene (2000): *Fra kitler til eget tøj – diskurser om profesionalisme, omsorg og køn*.

Danmarks Statistik (2013): *Den sociale ressourceopgørelse*.

Deloitte (2013) *Ældreområdet – internationale perspektiver*, ed. Social- og Integrationsministeriet. <http://www.sm.dk/Temaer/social-omraader/%C3%86ldre/hjemmehjaelp-kommissionen/>

[Documents/%C3%86ldreomr%C3%A5det%20-%20internationale%20perspektiver.pdf](http://www.sm.dk/Temaer/social-omraader/%C3%86ldre/hjemmehjaelp-kommissionen/Documents/%C3%86ldreomr%C3%A5det%20-%20internationale%20perspektiver.pdf)

Edebalk, P.G. (1990) *Hemmaboendeideologins genombrott – åldringsvård och socialpolitik 1945-1965*. Meddelanden från Socialhögskolan, 1990:4. Lund.

Edebalk, P.G, Samuelsson, G & Ingvad, B (1993): *Hur pensionärer rangordnar kvalitetsegenskaper i hemtjänsten*, *Nordiskt Socialt Arbeid* nr. 3/1993.

Edebalk, P.G. (2004b) *Nordiska äldreomsorger – svåra att jämföra*. *Nordisk socialt arbeid* Nr. 4 2004. Universitetsforlaget.

Eliasson R et al (1992) Egenheter och Allmänheter. En antologi om omsorg och omsorgens villkor. Lund Studies in Social Welfare. Arkiv Förlag.

Eliasson, Rosmari & Marta Szebehely (1999): Care for the Elderly: Conditions and Everyday Realities. Comparative perspectives on Scandinavian welfare states, welfare municipalities and the patterns of care from the view of elderly persons. (Forskningsprogram/ansökan till SFR/FAS).

Eliasson-Lappalainen, Rosmari (2005): Hemhjälp i Norden: Är omsorg möjlig under vilka villkor som helst? Nordisk Socialt Arbeid, 25 (2) 138-145.

Handikappinstitutet (2012): Bo Bra på äldre dar <http://www.hi.se/publikationer/rapporter/bo-bra-pa-aldre-dar/>

Hartelius, Åsa (2013) Service management i hemtjänsten. En analys av personalkontinuiteten i hemtjänsten utifrån ett tjänsteproduktionsperspektiv. (Akad Avh). Institutionen för teknikens ekonomi och organisation. Avdelningen för operations management, Chalmers Tekniska Högskola.

Hjemmehjælpskommissionen, Sekretariatet, juli 2013: Fremtidens hjemmehjælp – ældres resourcer i centrum for en sammenhængende indsats. (Comisión Parlamentaria).

Ingvad, B. & Olsson, E. (1999a) Det känslomässiga utbytet och omsorgskvalitet i hemtjänsten. Socialvetenskaplig tidskrift, 6:1, 3-26.

Ingvad, B. & Olsson, E. (1999b) The care relationship as a dynamic aspect of quality in home care service. Paper presented to the IV th European Congress of Gerontology, Berlin, July 7th-11th. Stencil. Lunds universitet, Socialhögskolan.

Kamp, A. (2012) Meaning of work in elderly care in Denmark: Fragile reconstructions. I: Kamp, A. & Hvid, H. (eds.) Elderly Care in Transition. Management, Meaning and Identity at Work. A Scandinavian Perspective. Copenhagen Business School Press.

Lewinter, M. (1999) Spreading the Burden of Gratitude: Elderly Between Family and State. (Akad Avh), København, Sociologisk Institut.

Lewinter, Myra (2003): Reciprocities in caregiving relationships in Danish elder care, Journal of Aging Studies, Volume 17, Issue 3, August 2003, Pages 357-377.

Lewinter, M. (2003) Udvikling i hjemmehjælp i Danmark. En casestudie i velfærdsstatens omstrukturering. Nordisk Socialt Arbeid, 23 (1): 5-11.

Lewinter, M. (2004) Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution. *International Journal of Social Welfare*, 13(1): 89-96.

Meagher, G. & Szebehely, M. (red.) (2013) *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent*.

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold (Socialministeriet), Danmark: *Hvad er hjemmehjælp?* <http://www.sm.dk/Temaer/socialomraader/%C3%86ldre/hjemmehjaelp/hvad-er-hjemmehjaelp/Sider/Start.aspx>

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold (Socialministeriet) Socialministeriet & Aeldresagen: *Frit Valg og Fleksible Hjemmehjælp*, ed. Socialministeriet, 2004.

Ministry of Social Affairs, Children and Integration (Socialministeriet), Denmark: *Home Care Services*, <http://english.sm.dk/social-issues/Elderly-people/home-care-services/Sider/Start.aspx>

Ministry of Social Affairs, Children and Integration (Socialministeriet), Denmark: *Residential accommodation for the elderly*, <http://english.sm.dk/social-issues/Elderly-people/residential-accomodation/Sider/Start.aspx>

MUUSMANN Research & Consulting (2007): *Kontinuitet og helhed i hjemmeplejen*, Ed. Servicestyrelsen, Danmark. Servicestyrelsen (2007) *Værktøjskatalog. Metoder og værktøjer til at sikre kontinuitet og helhed i hjemmeplejen*.

Myndigheten för vårdanalys (2013) *Kartläggning av kommunernas arbetsätt för förenklad hantering och ökad flexibilitet i hemtjänsten*. <http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2013/PM-2013-2-v3-web.pdf><http://www.vardanalys.se/Rapporter/2013/PM-20132-Kartlaggning-av-kommunernas-arbetsatt-for-forenkla-d-hantering-och-okad-flexibilitet-i-hemtjansten/>

Nirje, B. (1969) 'The normalisation principle' in *Changing pattern in residential services for mentally retarded*, R.B. Kugel & A. Shearer eds, President's Committee on Mental Retardation, Washington D.C.

NOSOSCO (2007) *Social Protection in the Nordic Countries 2005. Scope, expenditure and financing*. Nordic Social-Statistical Committee (NOSOSCO).

NOSOSCO (2012) *Social tryghed i de nordiske lande 2010/11 Omfang, udgifter og finansiering*. Nordic Social-Statistical Committee (NOSOSCO).

NOSOSCO (2013): *Social tryghed i de nordiske lande 2011/12 Omfang, udgifter og finansiering*. Nordic Social-Statistical Committee (NOSOSCO).

Olsson, E. & Ingvad, B. (2006) Omorganisationer, kvalitet och arbetsmiljö i hemtjänsten under 1990-talet. *Arbetsmarknad & arbetsliv*, 12(1): 5-16.

Olsson, E. & Ingvad, B. (2001) The emotional climate of care-giving in home-care services. *Health and Social Care in the Community*, 9:6, 454-463.

Persson, Ulf, Edebalk, Per Gunnar (1990): Ålderdomshem eller hemmaboende? Ett räkneexempel grundat på ett samhällsekonomiskt synsätt. IHE Arbetsrapport 1990:1. Lund:IHE, 1990.

Petersen, Jørn Henrik (2008): Hjemmehjælpens historie: Idéer, holdninger, handlinger, Syddansk Universitetsforlag.

PHONIRO CARE - Digital access for the home care services. <http://www.phonirosystems.se/export>

Rambøll (2013): Analyse af borgerens vej gennem systemet - fra visitation til levering af hjemmehjælp. <http://www.sm.dk/Temaer/sociale-omraader/%C3%86ldre/hjemmehjælp-kommisjonen/Documents/Analyse%20af%20borgerens%20vej%20gennem%20systemet.pdf>

Roostgaard, T. et al (2011) Livindhome. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries. SFI. Copenhagen 2011.

Rostgaard, T. (2012) Quality reforms in Danish home care – balancing between standardization and individualization. *Health & Social Care in the Community Special Issue: Reforming Home Care in Ageing Societies*, 20 (3): 247–254.

Rostgaard, T. & Szebehely, M. (2012) Changing policies, changing patterns of care - Danish and Swedish home care at the crossroads. *European Journal of Ageing*, 9 (2): 101-109.

Samuelsson G., 1985: Varför servicehus? En litteraturstudie om kategoriboende för äldre. FOU-rapport nr 12, Stockholms socialförvaltning.

Socialstyrelsen, Sverige (1996). Ädelreformen. Slutrapport. Socialstyrelsen Följer Upp och Utvärderar 1996:2.

Socialstyrelsen, Sverige (2013). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2013. Vård och omsorg om äldre, pp 132-160.

Socialstyrelsen, Sverige (2014). Meddelandeblad om trygghetslarm och befogenhetslagen.

Stranz, Anneli (2013): Omsorgsarbetets vardag och villkor i Sverige och Danmark. Ett feministiskt perspektiv. Rapport i *Socialt Arbete* nr. 144, 2013, Stockholms Universitet.

Svenska Kommunförbundet (1982): Att kunna bo kvar - anpassa äldre-och handikappomsorgen till kommunens områden, utveckla arbetslag och annan hemtjänst -.

Sveriges Kommuner och Landsting: Jämförelseprojektet 2003-2011, http://www.skl.se/vi_arbetar_med/ledning-och-styrning/kvalitet/jamforelse. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/ledning-och-styrning/kvalitet/jamforelse/rapporter-inom-jamforelseprojektet/aldreomsorg-rapporter-jamforelseprojektet

Svensson, M., Persson, U., Edebalk, P. G. (1991) "Home service costs: The Swedish experience". Health Policy 1991:19;197-209.

Szebehely M. & Eliasson-Lappalainen R. (2003): Hemhjälp i Norden: Illustrationer och reflexioner. Studentlitteratur, Lund.

Szebehely M. (2006) Omsorgsvardag under skiftande organisatoriska villkor - en jämförande studie av den nordiska hemtjänsten, Tidskrift for Arbejdsliv, 8 (1) 49-66.

Szebehely M. & Trydegård G.B. (2011) Home Care in Sweden: a Universal Model in Transition, Health & Social Care in the Community).

Modalidades de atención domiciliaria a personas en situación de dependencia en Alemania. La gestión de casos.

MIGUEL MONTERO. Sociólogo experto en políticas europeas de atención a la dependencia.

INTRODUCCIÓN.

1. PRINCIPIOS Y ÁMBITO PROTECTOR DE LA LEY DE CUIDADOS EN ALEMANIA.

- 1.1. Los niveles de dependencia.
- 1.2. Estructura de los gastos.

2. LOS BENEFICIARIOS DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO DE DEPENDENCIA.

3. LAS PRESTACIONES DEL SEGURO DE DEPENDENCIA.

- 3.1. Prestaciones para los cuidados en el entorno domiciliario.

4. LA REFORMA DEL SEGURO DE DEPENDENCIA DE 2008.

- 4.1. Prestaciones de la Ley de dependencia.
- 4.2. La excedencia para la atención de un familiar dependiente.
- 4.3. La gestión de caso (coordinación fina).
- 4.4. Coordinación de la dependencia / coordinación gruesa.
- 4.5. Críticas.
- 4.6. Situación actual.
- 4.7. Balance.

5. REFLEXIONES SOBRE LAS BUENAS PRÁCTICAS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

INTRODUCCIÓN.

El seguro de dependencia alemán distingue básicamente entre dos ámbitos de prestaciones: la atención en el entorno domiciliario y la atención en residencias. En este capítulo se presentará de manera breve los principios que rigen el seguro de dependencia (definición de la dependencia, grados de dependencia, el principio de cobertura parcial y las prioridades en la atención a la dependencia) y sus datos estructurales (financiación privada y pública, el reparto de gastos, beneficiarios de las prestaciones y estructura del mercado de atención a la dependencia).

A continuación, se pasa a detallar el catálogo de prestaciones de la atención en el entorno domiciliario y las insuficiencias de dicho catálogo (falta de sistema de atención de baja intensidad, excesiva homogenización de los servicios de atención, falta de ofertas para cubrir las necesidades de personas mayores que sufren una demencia). La reforma del año 2008 intentó dar respuesta a algunos de estos aspectos flexibilizando el catálogo de prestaciones, incrementando las prestaciones relacionadas con la atención en el domicilio e intentando fomentar la creación de nuevas formas de convivencia de personas mayores en situación de dependencia. Esta reforma además introduce la gestión de casos y la gestión de la dependencia. Se presentan resultados de diversos estudios de evaluación que permiten valorar la eficacia de ambos instrumentos.

Por último, se situará al seguro de dependencia en el contexto de las familias de Estado de bienestar de nuestro entorno. El sistema alemán, anclado en una tradición familiarista y basado en el principio de la subsidiariedad, ha servido al menos parcialmente de modelo para la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia (LAPAD). Cabe preguntarse si el sistema alemán ofrece elementos interesantes para seguir desarrollando el sistema español. Se finaliza con algunas reflexiones acerca de la transferibilidad de buenas prácticas en un contexto de desmantelamiento del Estado de bienestar como el que se está viviendo en la actualidad en España y acerca de los riesgos que puede encerrar la mercantilización de la atención a la dependencia.

1. PRINCIPIOS Y ÁMBITO PROTECTOR DE LA LEY DE CUIDADOS EN ALEMANIA.

El 11 de marzo de 1994 el Parlamento Federal aprobó la ley que regula el seguro de dependencia, poniendo fin a un debate que duró más de veinte años y en el curso del cual fueron presentados 17 proyectos de ley, todos ellos finalmente desestimados. El principal motivo de este debate fue la grave situación financiera a la que muchos municipios se vieron abocados por tener que asumir parte de los gastos que generaba la atención a la dependencia a través del subsidio social, una ayuda no contributiva a la que muchos dependientes tenían que recurrir por no disponer de ingresos o patrimonio suficiente para costear los cuidados.

Los órganos gestores del seguro de dependencia son los seguros de dependencia que pertenecen

orgánicamente a las cajas de enfermedad. La intención del legislador era evitar tener que crear un aparato administrativo paralelo.

El principio que rige el seguro de dependencia viene recogido en el artículo 20 del Tomo XI del Código Social *“el seguro de dependencia sigue al seguro de enfermedad”*. Por lo tanto, toda caja de enfermedad tiene su propio seguro de dependencia, las diferentes aseguradoras reembolsan los costes que ocasiona su administración. Al igual que las otras ramas de la Seguridad Social alemana, el seguro de dependencia se financia a través de las cuotas de sus asegurados que -al menos en sus inicios- se pagaban a partes iguales por empresarios y trabajadores.

El seguro privado de dependencia forma parte de la actividad empresarial de los seguros privados de enfermedad, las prestaciones son idénticas a las del seguro estatal de dependencia. Los artículos 110 y 111 del Tomo XI del Código Social regulan ciertos aspectos de las cotizaciones de los seguros privados, definiendo, por ejemplo, cuotas máximas, la gratuidad del seguro familiar así como la prohibición expresa de tomar en consideración enfermedades previas para determinar la cuantía de las cuotas.

Las prestaciones del seguro de dependencia se conceden en función de la asignación de un nivel de dependencia, la valoración es competencia del Servicio Médico de los seguros de enfermedad, organismo independiente si bien pertenece orgánicamente al seguro de enfermedad. El proceso de valoración por lo tanto es la puerta de entrada a las prestaciones del seguro de dependencia. Se trata de un procedimiento de valoración homogéneo para todo el país, en el que se aplican criterios idénticos. El legislador ha querido evitar que se produzcan desigualdades entre las regiones.

1.1. LOS NIVELES DE DEPENDENCIA.

La definición de la dependencia es decisiva. No se trata de un aspecto neutral ya que tiene importantes implicaciones a la hora de controlar y gestionar el gasto del seguro. Una definición amplia de la dependencia significa que el círculo de beneficiarios se extiende considerablemente mientras que una definición restrictiva excluirá a determinados colectivos de las prestaciones del seguro.

El artículo 14 del Tomo XI del Código Social define así la situación de dependencia: *“Son dependientes aquellas personas que, debido a una enfermedad o discapacidad física, psíquica o anímica no puedan valerse por sí mismas para realizar de forma regular las tareas de la vida cotidiana para un período previsiblemente no inferior a los seis meses y que por ello necesiten de forma considerable o importante de una ayuda.”*

El artículo 14 de la Ley de dependencia define tanto las causas que llevan a una situación de dependencia cubierta por los supuestos de esta ley como los ámbitos en los que el beneficiario puede recibir prestaciones.

Las enfermedades y discapacidades que están cubiertas por las prestaciones previstas por la ley son las siguientes:

1. Pérdida, parálisis u otras disfunciones en el aparato móvil o de apoyo.
2. Disfunciones de los órganos interiores o de los sentidos.
3. Disfunciones del sistema nervioso central como p. ej. disfunciones del impulso, de la memoria o de la orientación así como psicosis, neurosis o discapacidades mentales.

Las ayudas previstas por la ley consisten en prestar apoyo asumiendo parcial o totalmente las tareas de la vida cotidiana, en supervisar la realización de las mismas o, finalmente, en dar indicaciones que permitan realizarlas de forma independiente.

Para el desarrollo de la vida diaria el Tomo XI distingue entre cuatro ámbitos:

Aseo personal: lavarse, bañarse, limpiarse los dientes, peinarse, afeitarse, micción y defecación.

Alimentación: preparación de la comida y la capacidad de tomar la comida y la bebida.

Movilidad: levantarse de la cama, acostarse, vestirse y desnudarse, andar, subir y bajar escaleras, abandonar y retornar a la vivienda.

Tareas domésticas: realizar la compra, cocinar, limpieza de la vivienda, fregar, lavar la ropa o encender la calefacción.

Al igual que la LAPAD, la Ley para la dependencia alemana distingue tres niveles de dependencia, que a su vez determinan la cuantía económica de la prestación. En el proceso de valoración se diferencian, por una parte, entre los cuidados básicos, que engloban el aseo personal, la alimentación y la movilidad, y, por otra parte, las tareas domésticas.

Nivel I: Dependencia moderada.

Todas aquellas personas que precisen en una o más de las siguientes áreas de ayuda al menos una vez al día: aseo corporal, alimentación o movilidad. Deberán necesitar ayuda para las tareas domésticas varias veces a la semana. El volumen de los cuidados asistenciales por día no podrá ser inferior a 1,5 horas, debiendo recaer al menos 45 minutos en los cuidados básicos.

Nivel II: Dependencia severa.

Todas aquellas personas que precisen al menos tres veces al día cuidados asistenciales para su aseo corporal, alimentación o movilidad, a diferentes horas del día. Además deberán necesitar ayuda varias veces a la semana para realizar sus tareas domésticas. El volumen de cuidados

asistenciales por día no podrá ser inferior a las 3 horas, debiendo recaer al menos 2 horas en los cuidados básicos.

Nivel III: Gran dependencia.

Todas aquellas personas que precisen de cuidados asistenciales para su aseo corporal, alimentación o movilidad las 24 horas del día, además de precisar ayuda varias veces a la semana para las tareas domésticas. El volumen de cuidados asistenciales no podrá ser inferior a 300 minutos diarios, debiendo recaer en los cuidados básicos al menos 240 minutos.

Finalmente, la asignación de la categoría de especial necesidad tiene como requisito que al solicitante le haya sido reconocido el nivel III de dependencia, que precise ayuda en el ámbito de los cuidados básicos por al menos seis horas al día y tres veces por la noche.

Las prestaciones del seguro de dependencia se rigen por el principio de la prevalencia de la prevención y la rehabilitación sobre los cuidados a la dependencia. Las medidas de rehabilitación pertenecen al ámbito de los seguros de enfermedad y de pensiones. Sin entrar en mayores detalles conviene mencionar que la coordinación sociosanitaria sigue siendo uno de los problemas inherentes al seguro de dependencia.

La delimitación de las tareas cubiertas por el seguro de dependencia a los cuatro ámbitos ha sido motivo de un largo e intenso debate que aún no ha concluido. Desde un comienzo quedó claro que tanto los enfermos de demencia como las personas con discapacidad prácticamente quedaban excluidas de las prestaciones a pesar de tratarse de personas que presentan un elevado nivel de dependencia.

1.2. ESTRUCTURA DE LOS GASTOS.

Las prestaciones del seguro de dependencia fueron introducidas de forma gradual:

- El 1 de enero de 1995 los asegurados empezaron a pagar sus cotizaciones.
- El 1 de abril de 1995 comenzaron a prestarse los servicios correspondientes a los cuidados en el entorno domiciliario.
- El 1 de julio de 1996 se empezaron a prestar los servicios de la atención residencial.

Gracias a la recaudación de cuotas sin ofrecer prestaciones y a la concesión de las prestaciones de los Servicios de atención residencial con 1 ½ año de retraso el seguro de dependencia logró acumular un fondo de reserva.

En 1999 -cuatro años después de la introducción del seguro privado de dependencia- se registró por primera vez un déficit en el balance de ingresos y gastos del seguro de dependencia. En 2004

este déficit se elevó a 820 millones de euros debido al retroceso de la cifra de trabajadores sujetos a seguridad social y al moderado incremento salarial.

En 2010 el seguro de dependencia público contó con ingresos de 21.780 millones de euros frente a gastos de 21.450 millones de euros, lo que supuso un superávit de 340 millones de euros. El fondo de reserva ascendió a 5.130 millones de euros. Entre 2008 y 2010, podemos observar un importante incremento tanto de los gastos como de los ingresos, una ligera reducción del superávit y un fuerte aumento del fondo de reserva.

En 2010, el 95% de los gastos del seguro obligatorio de dependencia corresponde a servicios y prestaciones y el 5% a gastos administrativos. El 46,8% de los gastos se originó en el ámbito de la atención domiciliaria (2007: 50,6%), el 22,8% en concepto de compensación económica en el entorno familiar, el 14,8% en concepto de prestaciones en especie. Se observa una ligera caída del gasto residencial, mientras que en el ámbito de la asistencia a domicilio se nota un ligero incremento de las prestaciones en especie.

2. LOS BENEFICIARIOS DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO DE DEPENDENCIA.

A diciembre de 2011 un total de 2,5 millones de personas percibían prestaciones del seguro de dependencia, de las cuales el 70% residía en su propio domicilio. De éstas 1,76 millones de personas, un millón de personas recibían una prestación económica, la mayoría está siendo atendida por familiares cuidadores. Los 576.000 restantes contratan un servicio de atención domiciliaria (SAD) o combinan la atención profesional con los cuidadores de un familiar. El 30% de las personas en situación de dependencia (773.000 personas) son atendidas en una residencia.

En Alemania existen aproximadamente 12.300 residencias acreditadas para atender a asegurados del seguro de dependencia. El 54% de las residencias pertenecen al tercer sector (Caritas, Cruz Roja, Diakonie, etc.), el porcentaje del sector empresarial es del 40%, mientras que las residencias públicas suponen el 6% restante. En diciembre de 2011 las residencias empleaban a un total de 661.000 (85% mujeres), la equivalencia en puestos de trabajo a jornada completa fue de 480.000.

El 63% de los 12.300 SAD pertenecen al sector empresarial, el 36% pertenecen al tercer sector, teniendo el sector público una participación residual del 1%. En total trabajan 291.000 personas en los SAD (equivalencia en puestos de trabajo a jornada completa = 193.000), el 88% son mujeres. Los SAD experimentaron un incremento cuantitativo espectacular pasando de 4.000 en 1995 a cerca de 11.000 en 1999, una cifra que se ha mantenido prácticamente invariada desde entonces. Sin embargo, hay que mencionar que la puesta en marcha del seguro de dependencia supuso un cambio paradigmático para las prestaciones de los SAD. Hasta ese momento el principio que se aplicaba era el de proveer a la persona dependiente de todas las prestaciones necesarias mientras que el catálogo del seguro limita las prestaciones a los cuidados básicos, muy centrados

como hemos visto en necesidades de la atención corporal.

A pesar de la importante mejora cuantitativa de los servicios profesionales, la mayoría de los dependientes que residen en sus domicilios son atendidos, como se ha dicho anteriormente, por familiares cuidadores. El 78% de las personas que están siendo atendidas en sus domicilios son mayores de 65 años, siendo el 28% quienes cuentan con más de 85 años. El 38% de las personas viven solas, el 28% con su esposo o esposa. Las esposas, hijas, cuñadas y madres representan el 63% de los principales familiares cuidadores.

El 77% de los familiares cuidadores percibe la atención como una carga fuerte o muy fuerte. No extraña si tenemos en cuenta que la media que el familiar cuidador ha de dedicar a la atención es de 45,9 horas a la semana, ascendiendo esta intensidad en el nivel III a una media de 60,8 horas.

3. LAS PRESTACIONES DEL SEGURO DE DEPENDENCIA .

El seguro de dependencia alemán básicamente distingue entre dos tipos de ámbito de prestaciones: la atención en el entorno domiciliario y la atención en residencias. Tanto las prestaciones económicas como las prestaciones en servicios no se rigen por la necesidad real sino que operan con cuantías determinadas con independencia del caso concreto y desde un inicio tienen carácter de cobertura parcial, es decir, que parten de un copago por parte del asegurado. El catálogo de prestaciones para la atención en el entorno domiciliario es mucho más amplio que el del ámbito residencial. El legislador ha querido dar cuenta con ello del principio que rige el Seguro de dependencia: dar prioridad a la atención en el entorno domiciliario.

3.1. PRESTACIONES PARA LOS CUIDADOS EN EL ENTORNO DOMICILIARIO.

La atención domiciliaria no implica necesariamente que el beneficiario viva en su propio domicilio. Puede tener acceso a la asistencia a domicilio residiendo en otro domicilio o incluso en una residencia de personas mayores. Únicamente están excluidos los centros asistenciales.

Hasta el año 2009 el seguro de dependencia preveía las siguientes prestaciones para la atención en el entorno domiciliario:

1. Las prestaciones y ayudas a través de personal cualificado (artículo 36 Tomo XI).
2. Prestaciones monetarias para familiares, amigos o personas contratadas directamente por los necesitados de asistencia (artículo 37 Tomo XI).
3. Combinación de prestaciones asistenciales por personal cualificado y las prestaciones económicas (artículo 38 Tomo XI).
4. Asistencia domiciliaria, cuando los familiares cuidadores temporalmente no puedan asumir los cuidados (artículo 39 Tomo XI).
5. Cuidados en un centro de día o un centro de noche (artículo 41 Tomo XI).

6. Cuidados por un corto periodo de tiempo en una residencia (artículo 42 Tomo XI).
7. Prestación complementaria para capacidades especialmente mermadas (artículo 45 Tomo XI).
8. Ayudas técnicas, aparatos ortopédicos así como ayudas técnicas para la reforma de la vivienda (artículo 40 Tomo XI).
9. Afiliación a los seguros de pensiones y de accidentes de los familiares cuidadores (artículo 44 Tomo XI).
10. Cursos de formación familiares cuidadores y voluntarios que prestan ayuda asistencial (artículo 45 Tomo XI).

Los familiares cuidadores tienen la posibilidad de participar de cursos de formación, bien en grupo o individuales en el propio domicilio. En 2010 solamente el 12% de los familiares hicieron uso de esta posibilidad (1998: 10%). Se insiste en este punto, porque permite tratar uno de los temas más espinosos de sistemas como el alemán, en los que los cuidadores familiares juegan un papel tan central. Precisamente el seguro de dependencia alemán ha creado un estrecho sistema de control de la calidad de la atención formal, tanto de las residencias como de los SAD. Sin embargo, resulta sumamente difícil garantizar un control similar para la atención que prestan los cuidadores familiares. La familia se convierte en cierta manera en una *black box*, es decir, un espacio inaccesible para cualquier forma de inspección o valoración que certifique la calidad de la atención que está recibiendo la persona en situación de dependencia.

La gran mayoría de las personas en situación de dependencia optó por la prestación económica, pero cuanto mayor es el nivel de atención aumenta la opción de combinar servicios profesionales con la atención de los cuidadores familiares. También es mayor el porcentaje de familiares de personas con un nivel III que han recurrido a las ayudas de respiro o sustitución. El porcentaje de personas que han recibido una ayuda técnica es muy elevado, destacando las ayudas para la adquisición de camas y sistemas de lavado. El 17% sobre el total ha recibido ayudas para una reforma de la vivienda, ascendiendo la media de esta ayuda a 2.382 euros (2.703 nivel III, 2.608 nivel II y 1.975 nivel I).

El 17% de las personas en situación de dependencia que son atendidas en su entorno domiciliario financian parte de esa atención a través de sus propios recursos, porcentaje que aumenta en función del nivel de atención. En el nivel I el porcentaje es del 12%, en el nivel II del 23% y en el III del 31%. El 56% destina los fondos propios a la atención básica, el 29% a las tareas domésticas, el 28% a tareas de apoyo, el 12% a servicios de comida a domicilio. El importe medio es de 247 euros, nivel I, 298 euros, nivel II, y 337 euros nivel III.

Hemos visto que la gran mayoría de las personas que están siendo atendidas en su entorno domiciliario solicitan solamente la prestación económica. Preguntadas por el motivo que les llevó a descartar otras ayudas, la mayoría responde que necesitan este dinero para cubrir los gastos de su atención, pero un porcentaje importante menciona la preferencia propia o del principal cuidador familiar a ser atendida por un persona conocida y, además, la mayor flexibilidad que

ofrece esta prestación. Llama la atención que el 22% reconoce utilizar esta prestación para cubrir los gastos corrientes de manutención, alojamiento, etc.

4. LA REFORMA DEL SEGURO DE DEPENDENCIA DE 2008.

El Parlamento Federal aprobó el 14 de marzo de 2008 la reforma del seguro de dependencia, el último gran proyecto de reforma en el ámbito de la seguridad social. El Gobierno Federal fundamentó la necesidad de esta reforma con tres objetivos principales:

- dinamizar y actualizar los importes de las prestaciones, que en los últimos años habían experimentado una considerable desvalorización,
- ampliar las prestaciones para los enfermos de demencia senil, que hasta la fecha estaban prácticamente excluidos de las prestaciones del seguro de dependencia y, por último,
- garantizar la viabilidad financiera del seguro, especialmente afectado por el envejecimiento de la sociedad y la reducción del trabajo estable.

La reforma pretendía además reforzar el papel de los dependientes en el mercado de la dependencia, mejorando la transparencia de la información disponible y habilitando un sistema de asesoría y acompañamiento en las dos vertientes: el *case management* y el *care management* o la coordinación fina y la coordinación gruesa utilizando los conceptos introducidos por Casado.

La aprobación final de la Ley para el perfeccionamiento de la atención a la dependencia (Pflegerweiterentwicklungsgesetz) se retrasó considerablemente debido al debate suscitado por varios aspectos, en particular, la introducción de una excedencia para organizar la atención a familiares dependientes y la creación de puntos de asesoría con gestores de caso.

4.1. PRESTACIONES DE LA LEY DE DEPENDENCIA.

Esta reforma mejoró considerablemente las prestaciones en el entorno domiciliario incrementando el importe de las económicas, ampliando las prestaciones para la atención a domicilio de personas con capacidad limitada para las tareas domésticas, mejorando la atención de corta duración y de respiro, extendiendo las de asistencia de bajo nivel y fomento del voluntariado. Así, por ejemplo, el Gobierno incrementó hasta los 25 millones de euros anuales las ayudas para la creación de infraestructura para la atención de baja intensidad, a las que hasta entonces destinaba 15 millones de euros. Si se añade la cofinanciación de municipios y *länder*, esta partida cuenta con 50 millones de euros anuales, que además se pueden emplear para potenciar el voluntariado.

Un reciente informe del Ministerio de Sanidad (Bundesgesundheitsministerium) detalla las experiencias en varias regiones. Baviera ha creado 340 grupos de autoayuda para cuidadores (227 para cuidadores profesionales y 111 para voluntarios) y otros 145 para familiares cuidadores. En Berlín se ha creado la figura del centro coordinador de los grupos de autoayuda a nivel de

distrito. Estos doce centros apoyan la creación de estructuras locales de autoayuda y voluntariado. Renania, del Norte Westfalia, quiere reforzar sobre todo la oferta para personas que sufren una demencia. El gobierno regional ha creado 13 centros de servicios para la demencia, un punto de coordinación de demencia, 32 agencias de asesoría para temas relacionados con la vivienda y un centro regional para el apoyo de los familiares cuidadores.

A continuación se presentan tres aspectos de la reforma, que parecen más interesantes en este contexto: la excedencia para la atención de un familiar en situación de dependencia, la gestión de caso (coordinación fina) y la gestión de la dependencia (coordinación gruesa).

4.2. LA EXCEDENCIA PARA LA ATENCIÓN DE UN FAMILIAR DEPENDIENTE.

A partir del 01/07/2008 los familiares de personas con dependencia pueden solicitar una excedencia sin salario para atender a un familiar, conservando el puesto de trabajo y el alta en la seguridad social. La duración máxima será de 6 meses y tendrán derecho a esta excedencia todas las personas que trabajen en empresas de más de 15 trabajadores. Los seguros de dependencia asumen el pago de las cotizaciones a los seguros de pensiones y desempleo siempre y cuando el beneficiario dedique al menos 14 horas semanales al cuidado de su familiar. Las cuotas a los seguros de enfermedad y dependencia correrán a cargo del interesado siempre que no exista una afiliación en régimen familiar. En caso de urgencia, es decir, cuando un familiar pase a una situación de dependencia de forma inesperada, la reforma crea el derecho a una excedencia de 10 días laborales para organizar la atención.

Sin embargo, solamente el 6% de las personas que habría tenido derecho a la excedencia de 10 días, hicieron uso de ella, 9.000 de un total de 150.000. El porcentaje de personas que solicitaron una excedencia de seis meses también es sumamente bajo: solamente el 4% de las personas que reúnen los requisitos la solicitaron, 18.000 de un total de 480.000 personas. La mayoría de los encuestados afirman desconocer el derecho a una excedencia.

4.3. LA GESTIÓN DE CASO (COORDINACIÓN FINA).

La coordinación fina, la gestión de caso, viene regulada por el nuevo artículo 7a Tomo XI del Código Social. El 1-1-2009 la gestión de caso se ha convertido en un derecho subjetivo, la competencia para hacerla realidad recae en los seguros de dependencia e incluye las siguientes tareas:

- Evaluar las necesidades de la persona dependiente.
- Elaborar un plan individualizado que incluya las prestaciones sociales así como todo tipo de atenciones necesarias (médicas, cuidados dependencia, prevención, rehabilitación, etc.).
- Gestionar la aprobación de las prestaciones incluidas en el plan por parte de los organismos competentes.
- Supervisar la ejecución del plan y, en caso de necesidad, adaptarlo.

- En situaciones de especial necesidad, evaluar y documentar el proceso de atención.

En la exposición de motivos, haciendo referencia a experiencias en otros países y solamente a modo orientativo, el Gobierno Federal fija la ratio gestor de caso/personas dependientes en 1:100, si bien señala que parte del supuesto de que "no todas las personas dependientes precisarán de apoyo y asesoría en forma de gestión de caso".

En 2008 la Federación de los seguros de dependencia aprobó un catálogo de recomendaciones con las que pretendía unificar la cualificación y el número de gestores de caso (GKV-Spitzenverband, 2008). En primer lugar se especificaban las profesiones que podrán ejercer preferentemente la gestión de casos en la dependencia: auxiliar de enfermería, auxiliar de geriatría, administrativo de la seguridad social y trabajo social, además de otras profesiones relacionadas con la materia.

El documento detallaba la cualificación que deberán presentar las personas que tienen encomendada la gestión de caso. A los gestores de caso se les exigía haber cursado una formación específica modular en materia de asistencia a la dependencia (100 horas), gestión de casos (180 horas) y derecho (40 horas). Además deberán realizar prácticas en un servicio de atención domiciliario (1 semana) y en una residencia (2 días).

4.4. COORDINACIÓN DE LA DEPENDENCIA / COORDINACIÓN GRUESA.

Por otra parte, la coordinación gruesa forma parte de las competencias de los puntos de coordinación, regulados por artículo 92c Tomo XI del Código Social, que tienen las siguientes funciones:

- Ofrecer asesoría e información acerca de los derechos y obligaciones de acuerdo a la normativa social así como acerca de las prestaciones y ayudas.
- Coordinar los servicios de atención y cuidados locales.
- Crear una red que coordine todas las ofertas de apoyo y atención a la dependencia.

Los puntos de asesoría para la atención a la dependencia pretenden reunir la asesoría, la gestión de casos y el mayor número posible de servicios dirigidos a personas dependientes. A instancias del *land* correspondiente, los seguros médicos crearán puntos de asesoría en el ámbito local, procurando que participen los municipios, los organismos locales encargados de la concesión del subsidio social, los seguros privados de dependencia y los servicios profesionales de atención a las personas dependientes. En la medida de lo posible facilitarán la participación de grupos de autoayuda y del voluntariado.

La novedad de estos puntos de asesoría es la introducción de la gestión de casos en el seguro de dependencia. A petición de la persona con dependencia o de sus familiares, los gestores de caso elaborarán un plan individualizado de atención. Además, los puntos de asesoría

coordinarán y gestionarán todas las ofertas y servicios de prevención, cura, medicación, etc., y tramitarán las solicitudes de prestaciones de los seguros de dependencia y enfermedad.

Dotadas con un presupuesto anual de 290 millones de euros anuales, desde la entrada en vigor de la Ley el 1 de julio de 2009, las regiones disponían de medio año para decidir si se sumaban a este proyecto. La gestión de caso estará ubicada en los puntos de asesoría. Estos puntos de asesoría contaban con una financiación inicial de 45.000 euros por cada punto de asesoría ampliable en 5.000 euros para implicar al voluntariado, siempre que se haya logrado una participación de los municipios y los organismos gestores del subsidio social. El Gobierno se comprometió a financiar los puntos de asesoría hasta 2011 con un total de 60 millones de euros.

A partir de 2011 la financiación de los puntos de asesoría corre a cargo de los seguros de enfermedad, los seguros de dependencia y los organismos locales encargados de la concesión del subsidio social y de la ayuda para la tercera edad. La ley especifica que estos tres actores son libres de acordar el reparto de gastos siempre y cuando la parte que corresponda a los seguros de dependencia no sea superior que la de los seguros de enfermedad.

4.5. CRÍTICAS.

En los debates previos a la aprobación de la ley tanto la gestión de caso como los puntos de asesoría a la dependencia han recibido críticas.

La gestión de caso prevista por el artículo 7a suscitó críticas por varios motivos. En primer lugar, la oposición parlamentaria consideraba problemático que la competencia de la gestión de caso radique en los seguros de dependencia, dado que podría no estar garantizada la debida neutralidad. Además pusieron en entredicho la independencia de los gestores de caso que, financiados por los seguros de dependencia, podrían anteponer al deseo de los afectados de disponer de una asesoría integral e independiente los intereses de los seguros de enfermedad de moderar los gastos a la hora de elaborar un plan individualizado de atención. En este mismo punto han insistido diferentes organizaciones representativas de personas en situación de dependencia, grandes organizaciones no lucrativas proveedoras de servicios sociales y expertos en la materia.

Otro punto de debate fue la cualificación de los gestores de caso. Diferentes expertos en la materia y las ONG señalaron que éstos debían seguir las recomendaciones elaboradas por la Sociedad Alemana de Gestión de Caso y Dependencia. También ha habido voces que reclaman una gestión de caso proactiva, no supeditada a que la persona en situación de dependencia acuda a un punto de asesoría.

La creación de los puntos de asesoría fue ampliamente criticada por diversos actores del sistema. Los seguros de dependencia y los proveedores privados de servicios sociales advirtieron del peligro que podría encerrar la creación de nuevas estructuras para la oferta ya consolidada.

Otro argumento que se ha hecho oír a menudo es el de la importante carga presupuestaria que podría suponer la creación de los puntos de asesoría.

El acuerdo ha sido muy criticado por parte de la oposición parlamentaria. Los Verdes argumentan que ceder a los länder la decisión de crear estos puntos integrales de asesoría podría ocasionar considerables desigualdades en la calidad de la atención.

Finalmente el proyecto de ley rebajó la obligatoriedad de crear un punto de asesoría para cada 20.000 personas, supeditándolo a las necesidades expresas de los respectivos länder. La dotación presupuestaria se redujo de tal manera que se ha pasado de los 4.000 puntos previstos inicialmente a 1.200.

4.6. SITUACIÓN ACTUAL.

El Ministerio de Sanidad informa que dos de los dieciséis gobiernos regionales optaron por no crear la estructura de centros de asesoría previstos por la ley. La ley preveía una financiación de 60 millones de euros para la financiación de hasta 1.200 puntos de asesoría. A 30.6.2011 habían sido creados solamente 353 centros de asesoría y se había utilizado 11.776.661 euros. 128 centros han hecho uso de la ampliación de su oferta a través del voluntariado, grupos de autoayuda o de la colaboración con entidades religiosas, de la sociedad civil u otras.

Los seguros privados de dependencia se han desvinculado de la creación de centros de asesoría iniciada por los seguros públicos. Han optado por crear una empresa conjunta, COMPASS, que ofrece asesoría telefónica y personalizada a domicilio.

En el actual informe sobre la situación del seguro de dependencia el Ministerio de Sanidad informa que si bien los seguros de dependencia han creado la figura del gestor de caso, presenta considerables diferencias en lo relativo a su encaje funcional. La mayoría de los gestores de caso han realizado la formación prevista de 400 horas.

Una encuesta representativa dio como resultado que el 45% de los hogares con una persona en situación de dependencia han recurrido a una asesoría individualizada, el 15% sobre el total ha recurrido a la gestión de caso, en su gran mayoría con un nivel de dependencia II, III o 0. El 83% de las personas en situación de dependencia que hacen uso de la gestión de caso tienen al menos dos citas con el gestor, el 76% tres y más. El 100% recurrió a la gestión de caso para elaborar un plan de atención individualizado, en el caso de los dependientes que recibieron una asesoría menos intensa fue el 47%. El 30% del conjunto hizo uso de la asesoría individualizada pero con una intensidad baja.

Por regla general son los familiares cuidadores los que acuden a la asesoría individualizada. En

el nivel I además acudió la persona en situación de dependencia, un porcentaje que bajó al 74% en el nivel II y al 57% en el nivel III.

La asesoría individualizada trata en su mayoría de la elaboración de un plan de asistencia individualizado, informar de interlocutores en diversos organismos y la puesta en contacto con los mismos. El 40% de los clientes de la asesoría individualizada se informó de ofertas de atención de baja intensidad y otras formas de apoyo (p. ej. grupos de autoayuda), el 39% de otras prestaciones sociales (ayudas para el alquiler, prestaciones sociales no contributivas). El 98% de los clientes de la gestión de caso afirma que la asesoría fue neutral.

Resulta preocupante que solamente el 25% de los cuidadores que recurren a la gestión de caso dice no tener problemas con la atención a sus familiares, el 56% dice poder asumir la atención más o menos bien, el 18% afirma tener serios problemas y el 1% dice no poder asumir la atención.

4.7. BALANCE.

Podemos constatar que la implantación de la gestión de caso ha sido un éxito relativo que se refleja en el alto grado de satisfacción de los usuarios y en una implantación que a primera vista parece ser aceptable, si bien resulta difícil de cuantificar.

Bien diferente son los resultados de la creación de los puntos de asesoría, cuyo número ha quedado muy lejos del inicialmente previsto. El fracaso de este aspecto de la reforma del 2008 es una prueba de la capacidad de resistencia de los principales actores del sistema, en especial de los seguros de dependencia y de los gobiernos regionales. Ha resultado imposible crear la igualdad de información de todos los actores en el mercado de la dependencia y no ha sido posible forzar la colaboración entre actores que compiten y tienen intereses divergentes. Por un lado, los puntos de asesoría pretenden institucionalizar elementos ajenos a la filosofía de la atención domiciliaria (estrategias individuales vs. redes de colaboración). Por otro lado, ha resultado un impedimento la voluntariedad de esta prestación ya que los puntos de asesoría no se consideran un derecho subjetivo de los asegurados.

5. REFLEXIONES SOBRE LAS BUENAS PRÁCTICAS.

El sistema alemán, anclado en una tradición familiarista y basado en el principio de la subsidiariedad, ha servido al menos parcialmente de modelo para la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD). Cabe preguntarse si este modelo puede contener elementos interesantes para seguir desarrollando el sistema español. En este sentido vemos que el sistema alemán es más cercano a los de los países mediterráneos que a los países de su entorno directo, los escandinavos o los anglosajones.

En relación con el aspecto de género, que resulta directamente del enfoque familiarista, hemos visto que también en Alemania la carga de los cuidados en el entorno domiciliario recae sobre todo en la mujer. Esto tiene un efecto directo sobre la tasa de natalidad. Alemania se sitúa en el grupo de países con una tasa muy baja, así como en la media de años de vida sana de las mujeres una vez cumplidos los 65 años. Pues bien, Alemania se sitúa a mucha distancia de los países escandinavos. Creo que valdría la pena reflexionar sobre el coste que tiene esta tradición familiarista para las mujeres ya que son ellas las que asumen el papel que el Estado y la sociedad se niegan a asumir de forma colectiva y solidaria.

En segundo lugar solamente unas breves reflexiones en lo relativo a la transferibilidad de buenas prácticas en un contexto de desmantelamiento del Estado de Bienestar como el que se está viviendo en la actualidad en España y en los riesgos que puede encerrar la mercantilización de la atención a la dependencia.

Se ha hecho referencia a varios proyectos de mejora de la atención en el entorno domiciliario; todos ellos conllevan un enorme gasto para el sistema. En otros capítulos de esta obra se ha insistido en que las buenas prácticas suelen ser costosas (véase el ejemplo holandés mencionado en el texto de Kai Leichsenring). Cabe preguntarse qué sentido tiene plantearse la transferibilidad de estos modelos, sumamente costosos, al contexto español. La LAPAD, como el resto de los sistemas del Estado de Bienestar están sufriendo enormes recortes. ¿Es legítimo y viable hablar de innovación en un momento de involución y de recortes?

¿No corremos el peligro de que esas innovaciones se conviertan en una estrategia de mercado del sector empresarial que pretende ofrecer mejores servicios a aquellas personas en situación de dependencia que dispongan de suficientes recursos para financiarlos?

¿En este panorama de recortes no supone la innovación renunciar a que estas buenas prácticas sean accesibles al conjunto de las personas en situación de dependencia? ¿Tienen las administraciones públicas y en especial el legislador la capacidad y/o la voluntad de impulsar o al menos asumir estas buenas prácticas e incorporarlas al catálogo de servicios y prestaciones de la LAPAD? ¿No existe el peligro de que en la coyuntura actual estas innovaciones se queden en los márgenes del sistema, creando de nuevo desigualdades territoriales o, peor aún, desigualdades sociales?

¿Es legítimo introducir buenas prácticas cuando el espíritu de la Ley, lograr la autonomía de las personas en situación de dependencia, ha pasado a un segundo plano?

¿Es sensato hablar de innovación cuando las contradicciones evidentes de esta Ley no han sido resueltas sino que se agravan con la crisis? A modo de ejemplo cabe mencionar la supuesta excepcionalidad de la prestación económica, que en algunas CCAA se ha convertido en la regla. O la escasa implantación del asistente personal, que podría haber sido una herramienta para lograr importantes cuotas de autonomía de las personas en situación de dependencia.

Citando a Gregorio Rodríguez Cabrero en su conferencia de presentación de la Fundación Pílares: *“No ha concluido aún el desarrollo del Estado de Bienestar en España y los desafíos futuros hacen que sea una institución a defender ya que su impacto en el bienestar alcanza a la gran mayoría de la población española.”*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von TNS Infratest Sozialforschung München, Berlín, 2011.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlín, 2011.

CASADO, DEMETRIO. Acercamiento a los métodos gestores centrados en el individuo, ponencia en las VII Jornadas del SIPOSO, Madrid, 2008 (mimeografiado).

DEUTSCHER BUNDESTAG. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordnete Hilde Mattheis, Dr. Karl Lauterbach, Bärbel Bas, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD – Drucksache 17/9203 – Ausbau der Pflegeinfrastruktur durch Pflegestützpunkte und Pflegeberatung, Berlín, 16.4.2012.

GKV-SPITZENVERBAND. Pflegeberatung, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 10, Berlín, 2012.

HEINTZE, CORNELIA. Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland, WISO Diskurs, Friedrich Ebert Stiftung, 2012.

ISFORT, MICHAEL. Anpassung des Pflegesektors zur Versorgung älterer Menschen, en: Aus Politik und Zeitgeschichte, 4 -5, 2013.

RODRÍGUEZ CABRERO, GREGORIO. El Estado de Bienestar en una sociedad en crisis, conferencia pronunciada en el acto de presentación oficial de la Fundación Pílares, Madrid, 26.9.2011.

El programa "A Better Life" (una vida mejor para las personas mayores con necesidades de cuidados de larga duración). Respuestas desde el Reino Unido.

ILONA HASLEWOOD. Directora del Programa an Ageing Society de la Fundación Joseph Rowntree¹.

INTRODUCCIÓN.

1. ¿ESTÁ EL REINO UNIDO PREPARADO PARA EL AFRONTAR EL RETO DEL ENVEJECIMIENTO?

- 1.1. Una población que envejece.
- 1.2. Un reto para los servicios públicos.
- 1.3. Respuestas de las políticas hasta ahora.
- 1.4. La función de la vivienda.

2. LOGRAR UNA VIDA MEJOR EN LA VEJEZ.

- 2.1. Las personas mayores y la vivienda: evidencias del programa *A Better Life*.
- 2.2. ¿Qué puede contribuir a una vida mejor? Mensajes para las políticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

¹ La Fundación Joseph Rowntree (FJR) es una fundación de tipo benéfico. Su misión es inspirar el cambio social investigando las causas subyacentes de la pobreza y la desigualdad, identificando y mostrando soluciones e influyendo en un cambio positivo y duradero. FJR y su organización hermana, the Joseph Rowntree Housing Trust, colaboran para lograr un cambio duradero para las personas y entornos pobres, construir comunidades en las que todo el mundo pueda desarrollarse, contribuir a una sociedad con más igualdad. Como parte de este trabajo, las dos organizaciones persiguen responder de manera positiva ante las oportunidades y retos que plantea una sociedad que envejece.

INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

INTRODUCCIÓN.

En este capítulo se muestran resultados obtenidos gracias a un programa de cinco años de investigación y desarrollo financiado por la Fundación Joseph Rowntree y titulado *A Better Life* (Una vida mejor). El programa se centraba en la pregunta: "¿qué puede ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas mayores que tienen gran necesidad de apoyo en el Reino Unido?". Presentamos algunas políticas británicas recientes destinadas a responder al creciente envejecimiento de la población y debatiremos sobre las opciones actuales y futuras de vivienda así como sobre sus implicaciones prácticas y para el diseño de las políticas.

1. ¿ESTÁ EL REINO UNIDO PREPARADO PARA EL AFRONTAR EL RETO DEL ENVEJECIMIENTO?

1.1. UNA POBLACIÓN QUE ENVEJECE.

Al igual que en otros muchos países occidentales la población del Reino Unido está envejeciendo. Estos países reconocen y comparten algunas, de hecho la mayoría, de las características que encuadran el discurso actual sobre los ajustes para vivir en una sociedad con una creciente proporción de personas mayores. El programa *A Better Life*² y otros trabajos de la Fundación JR sobre el envejecimiento de la sociedad adoptan una visión muy amplia: independientemente de que seamos hoy más o menos jóvenes, el hecho de vivir en una sociedad que envejece afecta a nuestras vidas hoy y el día de mañana.

Las estadísticas oficiales de la estructura de la población para 2011-12 indican que el 17 por ciento (10,3 millones) de los casi 64 millones de habitantes del Reino Unido tienen 65 o más años; y entre ellos casi un millón tienen 85 y más (ONS, 2013). Las proyecciones demográficas anuncian que la población seguirá envejeciendo de una manera muy llamativa, siendo el número de personas en el grupo de mayor edad (85+) el que crecerá más rápidamente alcanzando los 3,4 millones en 2035 (ONS, 2011).

La prevalencia de la discapacidad (incluyendo enfermedades crónicas y múltiples y discapacidades), como es bien sabido, aumenta a medida que se alcanza mayor edad. La discapacidad severa, medida según la falta de capacidad para realizar varias actividades de la vida diaria, afecta a menos del 5% de las personas menores de 55 años, frente al 40% en el caso de las personas de 85+ (Falkingham et al, 2010). Según las últimas estimaciones, aproximadamente 670.000 personas en Reino Unido sufren demencia (Matthews et al, 2013). La evidencia científica muestra que la soledad puede afectar seriamente a la salud física y al bienestar emocional. Una tercera parte de los mayores de 52 años dicen sentirse a veces o con frecuencia solos, pero esto es así casi para la mitad (46 por ciento) de los 80+ (Windleet al, 2011; Beaumont, 2013).

² Para más información sobre el programa (Incluidas las publicaciones). <http://www.jrf.org.uk/work/workarea/better-life>

1.2. UN RETO PARA LOS SERVICIOS PÚBLICOS.

Los periodos cada vez más largos de mala salud concentrados en los últimos años de vida y el elevado coste de la atención que las personas mayores (no todas) necesitarán, ha originado preocupación respecto a la capacidad de respuesta de los servicios públicos. Muchos consideran que la financiación de los servicios públicos, en particular la de la atención social, está afrontando una crisis importante ante la doble presión de una demanda creciente y las actuales medidas de austeridad.

En Inglaterra, el gasto de las autoridades locales destinado a las personas mayores disminuyó un 8,5 por ciento entre 2009/10 – 2011/12, y están previstas más reducciones. El número de mayores que reciben atención social financiada por la autoridad local también ha disminuido, pero de manera más pronunciada que el gasto, lo que indica que la financiación está yendo a menos personas pero con mayores necesidades (The Audit Commission, 2013)³.

Se prevé que el gasto futuro relacionado con el envejecimiento de la población aumentará en un contexto de reducción del gasto público. Las más recientes estimaciones a largo plazo de la Office of Budget Responsibility muestran que el gasto en atención social en Reino Unido representa aproximadamente un 1,2 por ciento de PIB; se prevé que la proporción será el doble para 2062-63.⁴ El gasto sanitario equivale en la actualidad a aproximadamente el 8,1 por ciento del PIB; se prevé que aumentará hasta el 8,8 a lo largo del mismo periodo. Las pensiones estatales representan alrededor del 6 por ciento del PIB, pero podrán subir hasta el 8,4 por ciento en el transcurso de los próximos 50 años. (Office for Budget Responsibility, 2013).

Teniendo en cuenta estas estimaciones, va creciendo el consenso respecto a la insostenibilidad del actual sistema de bienestar, en particular en lo referente al funcionamiento de la atención sanitaria y social. Esta percepción se refuerza por su inadecuación ya que el sistema fue originalmente diseñado para una población más joven con menos enfermedades de larga duración y por el hecho de que se centra más en el tratamiento de la enfermedad que en su prevención o gestión. A principios de 2013, el comité designado de la Cámara de los Lores sobre servicios públicos y cambio demográfico concluyó que el Reino Unido estaba “deplorablemente mal preparado” ante el envejecimiento y urgía al Gobierno a que actuase (Cámara de los Lores, 2013).

La imagen predominantemente negativa del cambio demográfico (“bomba de relojería”) y sus potenciales implicaciones para los servicios públicos (“carga insostenible”) en los debates públicos no han ayudado a iniciar un debate constructivo sobre el futuro, ni tampoco las opiniones discriminatorias que todavía están hoy muy presentes en la sociedad y que perciben la vejez como una etapa de la vida sin ningún valor propio.⁵

³ Mientras que la atención sanitaria es gratuita cuando se precisa en todo el RU, la atención social personal sólo es gratuita en Escocia.

⁴ Sólo en Inglaterra, un poco más de la mitad (52 por ciento) de los 17.200£ millones de gasto en atención social personal correspondieron a personas mayores (65+) (Health and Social Care Information Centre, 2013).

⁵ En el sitio web “A Better Life” se quiso iniciar un debate sobre la valorización de los últimos años de vida con testimonios, historias e imágenes de gente con esa experiencia: <http://betterlife.jrf.org.uk/>

Sin embargo, y tal como el Comité de la Cámara de los Lores ha reconocido, gozar de vidas más prolongadas, mayor riqueza y más oportunidades para realizar las aspiraciones personales constituyen motivos de celebración. El gasto en salud y atención social no ha de verse sólo como un débito o una carga: análisis recientes señalan que un mayor gasto puede mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población y tiene efectos positivos más amplios en la actividad económica y la productividad (Appleby, 2013).

1.3. RESPUESTAS DE LAS POLÍTICAS HASTA AHORA.

En respuesta a alguno de estos retos, el gobierno de coalición ha emprendido una reforma del sistema de bienestar, incluyendo las pensiones, en el Reino Unido. Esto incluye una revisión periódica de la edad para recibir la pensión estatal y una nueva Ley de Pensiones (actualmente en el Parlamento), que pretende simplificar el sistema de pensiones a partir de 2016, introduciendo entre otros cambios la pensión de nivel único (Thurley, 2013).

La atención sanitaria y la social son competencias transferidas y las políticas y la prestación son diferentes en las cuatro administraciones del Reino Unido. Por ejemplo, en tres de las cuatro administraciones las prestaciones de atención social están sujetas a prueba de necesidad, mediante evaluaciones de recursos, límites de ingresos y criterios de elegibilidad. La excepción se da en Escocia donde la atención personal es gratuita (Aldridge et al, 2012). Pero todos estos sistemas se encuentran en diversas fases de reforma.

En todo el Reino Unido se comparte con intensidad la idea de que una mejor integración entre la atención social y la atención sanitaria es clave para proporcionar servicios de buena calidad a la sociedad en proceso de envejecimiento. Existen avances mediante los que se incluye la solicitud y prestación conjunta de los servicios en el terreno, y se trabaja constantemente entre los límites de organizaciones y presupuestos para hacer que los servicios se adecuen a los individuos y no a la inversa (Cámara de los Lores, 2013; Gobierno escocés, 2011; Gobierno galés, 2013).

1.4. LA FUNCIÓN DE LA VIVIENDA.

Existe un reconocimiento creciente entre los diseñadores de políticas en todo el Reino Unido de que una mejor integración entre la atención sanitaria, la atención social y la vivienda también desempeña un papel importante para afrontar el reto de la vejez. Esto suele contemplarse en el contexto de hacer posible que las personas puedan vivir independientemente en sus casas durante más tiempo. (Best y Porteus, 2012; DCLG, 2013; Cámara de los Lores, 2013; Gobierno escocés, 2011; Gobierno galés, 2013).

Sin embargo, lo cierto es que se constata un amplio y creciente desajuste entre la demanda y la oferta de vivienda en general (particularmente de vivienda asequible) que dificulta aún más el trabajo integrado. Esto se debe principalmente a que la creación de viviendas no sigue el ritmo de

la formación de hogares. Según estimaciones recientes, sólo en Inglaterra hay cerca de un millón de personas en centros que preferirían vivir en su propia casa pero que no lo pueden hacer (Wilcox and Perry, 2013).

Al mismo tiempo, más de la mitad de los hogares de personas de 55 y más años de edad infraocupan la vivienda de su propiedad. Sin embargo hay poca oferta de casas más pequeñas a las que trasladarse (viviendas para personas mayores). Se estima que para poder satisfacer esta demanda, sería necesario, en los próximos 20 años, al menos un aumento del 40% (200.000 unidades) en la oferta de viviendas para mayores (Pannell et al, 2012a).

2. LOGRAR UNA VIDA MEJOR EN LA VEJEZ.

Las personas mayores con gran necesidad de asistencia están entre las más marginadas y menos escuchadas en la sociedad de hoy en día. Mediante nuestro programa *A Better Life* (Una vida mejor), tratamos de explorar qué puede ayudarles a disfrutar de una calidad de vida mejor ahora y en el futuro.

La definición del trabajo sobre “personas mayores con gran necesidad de asistencia” elaborada para el programa toma en consideración la diversidad del grupo:

“Personas mayores de cualquier edad que precisan mucho apoyo debido a la fragilidad física, enfermedades crónicas y/o múltiples discapacidades (incluida la demencia). La mayoría tendrán más de 85 años, aunque algunos serán más jóvenes. Muchos estarán afectados por otros factores incluyendo pobreza, carencias, nacionalidad, etnicidad, estilo de vida, etc. Puede que algunos de los más mayores no encajen nunca dentro de esta categoría”.

El programa pretende usar una noción amplia de “calidad de vida”, para ajustarla a cómo la definen las propias personas mayores y no sólo en términos de necesidades sanitarias y asistenciales. El programa parte de reconocer un profundo énfasis en la defensa de las políticas que se propongan que las personas mayores sigan viviendo en sus casas el mayor tiempo posible y tiene mucho interés en incluir también a los que ya se han trasladado a viviendas asistidas o centros residenciales debido a una gran o creciente necesidad de asistencia.

Los principales ejes del programa han sido:

- Desarrollo de la visión para conocer mejor quiénes son y qué quieren y valoran en su vida las personas mayores con gran necesidad de asistencia. Lo que ellas identificaron como deseable incluían: relaciones significativas, participar en las decisiones relativas a ellos mismos, tener más oportunidades de tratar con otras personas, vivir en un lugar agradable y accesible y salir por ahí. Los recursos como el dinero, la ayuda, la información, el tiempo de otras personas, el transporte y la tecnología podrían actuar como barreras o como facilitadores a la hora de lograr estas cosas. (Katz et al, 2011).

- En lo que atañe a la atención en residencias y cuidados de enfermería pretendimos comprender cómo maximizar las opciones de las personas mayores y su calidad de vida en los distintos dispositivos asistenciales a través de una colaboración con *My Home Life*⁶ (Mi vida en casa).

- Con respecto a las viviendas con servicios de atención se investigó sobre cómo lograr que estos programas puedan ayudar mejor a las personas mayores con gran o creciente necesidad de asistencia. Los programas de vivienda con asistencia ofrecen una vivienda equipada, acceso a cuidados y ayudas diversas (normalmente con personal permanente *in situ*).

- Ampliar las opciones y explorar otros enfoques accesibles y asequibles en favor de las viviendas y la comunidad para las personas mayores que tienen (o desarrollan) una gran necesidad de asistencia.

El programa desarrolló varios proyectos de investigación (tanto cualitativos como cuantitativos), revisiones de los datos, resúmenes y testimonios de experiencias personales relativas a la vida con gran necesidad de asistencia. El resultado son más de 30 contribuciones y un libro que reúne los aprendizajes clave derivados del programa (Blood, 2013).

2.1. LAS PERSONAS MAYORES Y LA VIVIENDA: EVIDENCIAS DEL PROGRAMA A BETTER LIFE.

“¿Debería marcharme o quedarme?”

Claramente el coste es un factor muy importante pero no el único que considerar cuando tomamos decisiones relativas al lugar en el que vivir nuestros últimos años. Como recientemente indicó Julia Unwin, Directora Ejecutiva de la Fundación Joseph Rowntree, “todas las viviendas pueden ser viviendas de mayores”. Esto significa que no existe una solución única que sea buena para todo el mundo.

La investigación derivada de *A Better Life* sugiere que lo más importante es analizar en cada caso qué es lo más adecuado: continuar en su casa actual puede estar bien para algunos, y mudarse puede estar bien para otros. Por ejemplo, el bienestar de algunas personas se vería seriamente afectado si tuvieran que dejar su hogar y sus redes sociales, mientras que otras prefieren la seguridad de un hogar en el que pueden recibir atención y en el que siempre hay alguien a mano si necesitan ayuda.

A veces, una cuestión muy concreta es el factor determinante: por ejemplo, algunos programas de viviendas para mayores no aceptan mascotas, y hay personas que no estarían dispuestas a mudarse sin ellas (Pannell, 2012a). Igualmente, vivir en alojamientos para personas de una edad determinada, o pasar a una vida en comunidad no es adecuado para todo el mundo. Hay otros, sin embargo, que encuentran el aliento para el cambio gracias a la vida social y las interacciones diarias que ofrecen los programas de viviendas (Croucher y Bevan, 2012).

⁶ Para más información sobre My Home Life ver <http://myhomelife.org.uk>

Para aquéllos que quieren cambiarse de casa antes de tener necesidades de atención en los últimos años, hay más opciones, aparte de los programas de viviendas para mayores o las residencias: una vivienda normal en el medio comunitario, cercana, accesible y con buenas instalaciones puede mejorar significativamente la calidad de vida. Resulta en cierta medida irónico que en un país en el que al menos tres cuartos de las personas mayores son propietarias de su vivienda, la mayoría sin hipoteca, el mercado de la vivienda y la construcción raramente se centran en este conjunto de consumidores (Pannell et al, 2012b).

La investigación realizada para conocer cómo las personas mayores toman la decisión de trasladarse a un programa de viviendas con servicios y asistencia permite concluir que la información y el asesoramiento, incluyendo el relativo a prestaciones y el de tipo financiero, son clave a la hora de tomar buenas decisiones (Pannell, 2012c; Blood, 2012).

Se identifican dos grandes “grupos” de personas en la toma de decisiones: los que planificaron cuidadosamente su traslado y los que tuvieron que mudarse por una situación de crisis. No es de extrañar que aquellos que planificaron su traslado tienden a estar más satisfechos con su nuevo hogar, aunque también sigue existiendo para ellos un elemento de incertidumbre, pues normalmente no hay una manera fiable de valorar cuánta asistencia pueden tener que pagar en el futuro.

¿Qué constituye un buen entorno de vida para los mayores?

Hay bastantes datos disponibles respecto a los gustos y expectativas de las personas mayores en relación a la vivienda: entre las investigaciones recientes al respecto se encuentran las de FJR (Pannell et al, 2012a y 2012b) y otras (Best y Porteus, 2012). Dado que sólo en Inglaterra existen aproximadamente 7,3 millones de hogares destinados a mayores (Pannell et al, 2012a), la cuestión es importante para los responsables del diseño de las políticas, urbanistas, constructores, los proveedores de servicios o los que proporcionan información a los mayores y sus familias.

A continuación se recogen cómo algunos de los factores que se han identificado contribuyen a un buen entorno de vida en su vivienda, según la opinión de las propias personas mayores:

- Se ajusta al estilo de vida preferido (p. ej. vida urbana o ubicación tranquila).
- Suficientemente grande, cómoda, accesible, luminosa.
- Ofrece espacio de almacenamiento accesible; para algunos una habitación extra es esencial (p. ej. para visitantes o un cuidador).
- Fácil de mantener y adaptable a las necesidades cambiantes.
- Segura.
- Situada en un entorno saludable, atractivo.
- Acceso al transporte, servicios locales (p. ej. zonas verdes, tiendas y lugares de ocio), redes sociales.

Viviendas integradas con servicios y atención: beneficios y retos.

Este tipo de viviendas ("*extra care housing*") es una forma de hogar que integra alojamiento, atención y asistencia todo bajo el mismo techo. Es un tipo de vivienda destinada a personas de una edad específica, lo que supone que hay que cumplir el requisito de edad mínima (normalmente, tener más de 55 años).

La vivienda con servicios y atención ofrece la privacidad de su propio hogar y la seguridad de la tenencia de los derechos de propiedad, dentro de un entorno comunitario. Actualmente, hay 62.000 "unidades" (en apartamentos o casas) disponibles en el Reino Unido, estando la mayoría de ellas ubicadas en Inglaterra (esto supone aproximadamente el 10% de las viviendas para edades específicas) (Pannell et al, 2012c).

Como ya se ha indicado, una característica determinante es la seguridad en el acceso a la atención y los servicios necesarios (normalmente con personal permanente). Dependiendo del programa, suele haber algún servicio de comidas disponible así como actividades sociales y otros servicios e instalaciones. Sin embargo, no existe un modelo único de viviendas con atención, y cada programa es único.

Gran parte de la nueva investigación llevada a cabo como parte de *A Better Life*⁷ se centraba en la experiencia de residir en estas viviendas con servicios y atención cuando se tienen necesidades de asistencia elevadas o crecientes y se han encontrado varias ventajas y dificultades de este modelo híbrido.

En general, se percibe como un modelo prometedor para mejorar la calidad de vida de las personas mayores con gran necesidad de asistencia. Los residentes lo aprecian considerablemente porque permite la independencia, la privacidad y el control de la propia vida así como el ejercicio de sus derechos. Sin embargo, también plantea cuestiones y dificultades, como por ejemplo la asequibilidad económica actual y futura, la complejidad del cobro y la prestación del servicio así como cuestiones relativas a la capacidad de los proveedores de mantener actitudes y valores inclusivos y acogedores (Garwood, 2013).

Entre los principales beneficios se citan:

- Vida independiente: muchas de las personas mayores describían esto como "tener una casa con puerta". Existen diferentes fórmulas de tenencia para adecuarse a las circunstancias individuales (alquiler, compra, co-propiedad).
- "Tranquilidad": se concreta en la seguridad física del edificio y la disponibilidad del personal en caso de emergencia. Tener atención disponible si se necesita (con un coste adicional) suele ser tranquilizador.

⁷ El resumen (Garwood 2013) y los enlaces a los informes de cada proyecto están disponibles en <http://www.jrf.org.uk/work/workarea/housing-with-care-older-people>

- El apoyo de la pareja: el traslado a una vivienda con servicios y atención permite a las parejas seguir viviendo juntas cuando uno (o ambos) miembros de la pareja precisan atención y asistencia. El personal de atención puede también ayudar al miembro de la pareja que ejerce de cuidador.
- Relación de confianza con los cuidadores: tener el mismo equipo de atención permite a los residentes desarrollar relaciones con los cuidadores.
- El personal está cerca y a mano para ayudar: esto puede ser importante y a menudo se hace más patente en las pequeñas tareas de la vida diaria.
- Vida social: las instalaciones comunitarias ofrecen oportunidades para encontrarse con otros residentes y es posible participar en actividades dentro y fuera del entorno.

Sin embargo, como se decía antes, las viviendas integradas con atención tienen también sus propias dificultades:

- No vale para todo el mundo: vivir en este tipo de alojamiento supone una mayor interacción regular con otros residentes. La investigación mostró que algunos residentes no estaban preparados para esto cuando se mudaron.
- Disponibilidad: ésta puede variar dependiendo de la localidad o las diferentes partes del Reino Unido en que viva la persona.
- Asequibilidad: algunos programas están financiados por las autoridades locales y los requisitos de acceso dependen de una valoración de los recursos de los candidatos; otros sin embargo están diseñados para su adquisición en el mercado libre. Los gastos de funcionamiento habituales tienden a ser más elevados que los de la vivienda de tipo general, mientras que las estructuras tarifarias pueden ser complejas.
- Complejidad: los programas pueden diferenciarse respecto a las instalaciones que ofrecen y cómo cobran por los servicios. Además, éstos pueden ser proporcionados por organizaciones diferentes (pero esto suele ser menos importante que un buen funcionamiento que esté coordinado).
- Comunidades de apoyo: las capacidades (físicas y cognitivas) de los residentes pueden variar mucho, y puede que se margine a los que tienen un mayor grado de discapacidad. Pero sí hay programas que presentan valores más inclusivos y de apoyo.
- Localidad: no todos los programas están bien integrados dentro de la comunidad local. A veces esta integración es difícil por la ubicación alejada de las viviendas.

2.2. ¿QUÉ PUEDE CONTRIBUIR A UNA VIDA MEJOR? – MENSAJES PARA LAS POLÍTICAS.

Del programa *A Better Life* se desprende recurrentemente el siguiente mensaje: no hay una sola solución válida para todo el mundo. Sin embargo, gracias al programa hemos podido identificar algunos aspectos clave y enfoques prácticos que hemos trasladado como recomendaciones que podrían mejorar la vida de las personas con gran necesidad de asistencia (Blood, 2013).

Estas recomendaciones representan, a su vez, una serie de retos porque, aunque por lo general pocos estarían en desacuerdo con ellas, la dificultad mayor es su aplicación en nuestras vidas personales y profesionales, en nuestras organizaciones y comunidades.

No se trata de parches para ser usados mientras esperamos a que la situación mejore. Tampoco se trata de un lujo: constituyen la esencia del asunto. Deberían usarse para valorar si se está promoviendo la calidad de vida de los mayores con gran necesidad de asistencia:

1. Necesitamos imágenes positivas y descripciones equilibradas para poner en tela de juicio los supuestos discriminatorios. La vejez no es algo que tenga que ver con "ellos", sino que se trata de todos nosotros.
2. Tenemos que hacer el esfuerzo de ver y escuchar al individuo que hay detrás de una etiqueta o un diagnóstico, considerando la creciente diversidad entre las personas mayores como grupo demográfico.
3. Debemos asegurarnos de que toda relación de ayuda está basada en (y refleja) relaciones significativas y gratificantes. Conectar con los demás es una necesidad humana fundamental independientemente de nuestra edad o de la necesidad de asistencia que tengamos.

My Home Life (Owen and Meyer, 2012) es un buen ejemplo de la promoción de prácticas enfocadas en las relaciones en los hogares asistenciales. Los lugares de encuentro, poder reunirse en las comidas y garantizar que la tecnología favorezca la socialización (p. ej. voluntarios que ayuden a mantener los audífonos, redes sociales online que reúnan a los mayores) desempeñan un papel importante en las viviendas con atención y en otros lugares (Bowers et al, 2013; Croucher and Bevan, 2012).

4. Debemos usar los numerosos recursos y fortalezas de las personas mayores con gran necesidad de asistencia reconociendo y creando oportunidades para la acción mutua y la reciprocidad. Ya existen numerosos enfoques y soluciones que promueven esto último, por ejemplo Homes-hare, Shared Lives, y los bancos de tiempo (Bowers et al, 2013).
5. Todos hemos de ser tratados como ciudadanos: partes interesadas iguales con derechos y responsabilidades, no sólo como receptores pasivos de atención. También tenemos que tener claro qué podemos razonablemente esperar de los servicios de financiación pública y qué debemos asumir como nuestra responsabilidad.

A Better Life propone algunas soluciones relativas al sistema: reducir la complejidad del sistema de ayudas estatales, clarificar la información respecto a qué puede un individuo esperar del estado, premiar y no penalizar las buenas decisiones (p. ej. sobre la liberación de capital). Entretanto contar con un “guía” (un amigo, un pariente o un profesional) que ayude al individuo a conectarse con el sistema puede contribuir a mejorar la calidad de vida y a sustentar los derechos y responsabilidades individuales (Pannell, 2012a y 2012c).

6. Deberíamos escuchar y dar poder a las voces individuales y colectivas de las personas mayores con gran necesidad de asistencia. Para lograrlo, debemos usar una gama mucho más amplia de enfoques.

Entre las maneras prácticas para garantizar que los grupos e individuos tengan voz y lograr el cambio se incluyen: hablar con las personas sobre qué es importante para ellas (usando la herramienta ideada por Katz et al, 2011); que los residentes escriban sus comentarios diarios en los hogares asistenciales (Owen y Meyer, 2012); que se ofrezca información personalizada, consejo y defensa, por ejemplo a través de un “guía” o “agente” (Blood, 2013). Reunir a las personas para que desarrollen sus propias ideas (p. ej. The Scottish Dementia Working Group), o emplear asesores respecto a los servicios para los residentes como hacen en St Monica Trust (Blood, 2012 y 2013) que garantiza que las opiniones colectivas de los mayores sean motores del cambio.

7. Hemos de abrir enfoques radicales e innovadores; pero también hemos de considerar cómo a menudo algunos cambios sencillos pueden mejorar la vida dentro de los modelos existentes. El programa exploró enfoques innovadores como los de Key Ring (en este programa un trabajador asistente coordina el apoyo entre iguales dentro de la red), o los programas de viviendas colaborativas (Bowers, 2013). Por otra parte, *My Home Life* muestra cómo el apoyo de los niveles superiores a los gestores de las residencias puede repercutir en la calidad de vida de los residentes, logrando cambios positivos dentro del modelo existente (Owen y Meyer, 2012).

Si hay alguna conclusión general del programa de *A Better Life* relevante para las políticas ésta sería la absoluta necesidad de entretener el elemento “persona” en todas las políticas: por ejemplo comprendiendo la opinión que suscitan en los individuos, y apoyando el desarrollo de relaciones significativas y de apoyo dentro de las estructuras y procesos para que éstos funcionen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Age UK (2012). Care in Crisis 2012, Age UK. <http://www.ageuk.org.uk/careincrisis2012report>

Aldridge, H., Kenway, P. and Pannell J. (2012). Affordability of retirement housing in the UK. New Policy Institute. <http://www.npi.org.uk/publications/housing-and-homelessness/affordability-retirement-housing-uk/>

Appleby, J. (2013). Spending on health and social care over the next 50 years: Why think long term? The King's Fund. <http://www.kingsfund.org.uk/time-to-think-differently/publications/spending-health-and-social-care-over-next-50-years>

Audit Commission (2013). Social care for older people Using data from the VFM profiles, July 2013. <http://www.audit-commission.gov.uk/wp-content/uploads/2013/06/Social-care-briefing-v-FINAL-16-July-2013.pdf>

Beaumont, J. (2013). Measuring National Well-being - Older people and loneliness, 2013, Office for National Statistics. http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_304939.pdf [Accessed 19 August 2013]

Best, R. & Porteus, J. (2012). Housing our Ageing Population: Plan for Implementation (HAPP12) Housing LIN. http://www.housinglin.org.uk/_library/Resources/Housing/Support_materials/Other_reports_and_guidance/Housing_our_Ageing_Population_Plan_for_Implementation.pdf

Blood, I., Pannell, J. & Copeman, I. (2012). Findings from housing with care research: practice examples, JRF. <http://www.jrf.org.uk/publications/housing-care-research-practice-examples>

Blood, I. (2013). A Better Life: valuing our later years. JRF (forthcoming).

Bowers, H., Lockwood, S., Eley, A., Catley, A., Runnicles, D., Mordey, M., Barker, S., Thomas, N., Jones, C. & Dalziel, S. (2013). Widening Choices for Older People with High Support Needs, JRF. <http://www.jrf.org.uk/publications/widening-choices-high-support-needs>

Croucher, K. & Bevan, M. (2012). Promoting supportive relationships in housing with care, JRF. <http://www.jrf.org.uk/publications/promoting-supportive-relationships>

Department for Communities and Local Government (2013). Providing housing support for older and vulnerable people. <https://www.gov.uk/government/policies/providing-housing-support-for-older-and-vulnerable-people>

Falkingham, J., Evandrou, M., McGowan, T., Bell, D. & Bowes, A. (ESRC Centre for Population Change) (2010). Demographic Issues, projections and trends: Older people with high support needs in the UK, JRF. <http://www.jrf.org.uk/publications/demographic-issues-projections-and-trends-older-people-high-support-needs-uk>

Health and Social Care Information Centre (2013). Personal social services: expenditure and unit costs. England, 2011-12 - final release. <https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/social-care/expenditure/pss-exp-eng-11-12-fin/pss-exp-eng-11-12-fin-rpt.pdf>

Garwood, S. (2013). Older people with high support needs in housing with care, A round-up of the evidence, JRF. <http://www.jrf.org.uk/publications/older-people-high-support-needs-housing-care>

House of Commons Health Select Committee (2013). Public expenditure on health and care services, 11th report. <http://www.parliament.uk/business/committees/committees-a-z/commons-select/health-committee/publications/>

House of Lords Select Committee on Public Service and Demographic Change (2013). Ready for ageing? <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld201213/ldselect/ldpublic/140/14002.htm>

Matthews, F. E., Arthur, A., Barnes, L. E., Bond, J., Jagger, C., Robinson, L. & Brayne, C. (2013). A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *The Lancet*, Vol 382, Issue 992, Pages 1405 - 1412, 26 October 2013.

Katz, J., Holland, C., Peace, S. & Taylor, E. (ed. Blood, I.) (2011). A Better Life: what older people with high support needs value, JRF. <http://www.jrf.org.uk/publications/older-people-high-support-needs-value>

Office for Budget Responsibility (2013). Fiscal sustainability report July 2013. http://budgetresponsibility.org.uk/wordpress/docs/2013-FSR_OBR_web.pdf

Office for National Statistics (2011). National Population Projections, 2010-based Statistical Bulletin. http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_235886.pdf

Office for National Statistics (2013) Annual Mid-year Population Estimates, 2011 and 2012, Statistical Bulletin. http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_320900.pdf

Owen, T., Meyer, J. et al (2012). My Home Life: Promoting Quality of Life in Care Homes, JRF. <http://www.jrf.org.uk/publications/my-home-life>

Pannell, J., Aldridge, H. & Kenway, P. (2012a). Older people's housing, choice, quality of life and under-occupation, JRF Findings. <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/older-people-housing-choices-summary.pdf>

Pannell, J., Aldridge, H. & Kenway, P. (2012b). Market Assessment of Housing Options for Older People. New Policy Institute. <http://www.npi.org.uk/publications/housing-and-homelessness/market-assessment-housing-options-older-people/>

Pannell, J., Blood, I. & Copeman, I. (2012c). Affordability, choices, and quality of life in housing with care, JRF. <http://www.jrf.org.uk/publications/quality-life-housing-care>

The Scottish Government (2011). Reshaping care for older people: a programme for change 2011-2021. <http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health/Support-Social-Care/Support/Older-People/ReshapingCare>

Thurley, D. (2013). Single-tier state pension - Commons Library Standard Note, SN06525. <http://www.parliament.uk/briefing-papers/sn06525/single-tier-state-pension>

Wilcox, S. and Perry, J. (2013). UK housing review: 2013 briefing paper. Chartered Institute of Housing. <http://www.cih.org/resources/PDF/Policy%20free%20download%20pdfs/UKHR%202013%20Briefing%20Paper.pdf>

Welsh Government (2013). The Strategy for Older People in Wales 2013-2023. <http://wales.gov.uk/topics/health/publications/socialcare/strategies/older/?lang=en>

Windle, K., Francis, J. & Coomber, C. (2011). Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes. Research Briefing 39, Social Care Institute for Excellence. <http://www.scie.org.uk/publications/briefings/files/briefing39.pdf>

Personas mayores y dependencia. Una reflexión desde la experiencia francesa.

FLORENCE LEDUC. Directrice de la Formation et de la Vie Associative de la Fédération des Établissement Hospitaliers y d'Aide à la personne (FEHAP).

INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

El aumento en el envejecimiento de la población no necesita ser más demostrado, especialmente en la sociedad occidental, y en particular en Francia. El número de personas mayores en situación de dependencia se duplicará para el año 2030, se nos dice.

¿Es ésta una suerte para la sociedad como se alegran algunos; es un peso o una carga, como temen los economistas; es simplemente un dato que hay que contemplar para procurar que cada uno tenga su lugar en la sociedad?

Pero mientras que se alarga la vida, varios fenómenos se cruzan y se entrelazan: en general, gracias a los avances sociales de los años de la postguerra, las personas envejecen mejor y viven durante más largo tiempo; la alimentación, las condiciones de vida, la medicina, la disminución de la dureza en el trabajo, todo ello contribuye a mejorar las condiciones de salud. Como contrapartida, si la aparición de la dependencia se produce se forma más tardía, al mismo tiempo, las personas que la padecen viven con ella durante más largo tiempo.

Se ha incrementado la probabilidad o el riesgo de que los hombres y las mujeres que envejecen (especialmente las mujeres) tengan una enfermedad de Alzheimer. Contamos con 800.000 casos reportados en Francia, mucho más nos dicen los expertos, debido al retraso con que suele producirse su diagnóstico. A medida que se haga de manera más precoz y se siga incrementando la esperanza de vida, esta enfermedad afectará a más personas a lo largo del curso de la vida.

Pero como todo eso no avanza por sí solo, resulta que las personas no envejecen, ni de la misma manera, ni al mismo tiempo que los demás. Eso depende del nivel escolar, depende del nivel de vida, depende de la dureza del trabajo: frente al envejecimiento, no somos todos iguales pues el nivel de recursos influye en gran medida y nos volvemos más dependientes cuando tenemos menos recursos.

Por otra parte, están las enfermedades: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, que afectan a hombres y mujeres a edades relativamente tempranas en sus vidas, lo que deja secuelas que pueden ser muy graves o que anticipan la muerte.

Los ayudantes familiares siempre están presentes. Cualesquiera que sean los enfoques o la metodología de los estudios, todo concurre para señalar la presencia, incluso la omnipresencia de los ayudantes familiares, con independencia de que las personas sean de avanzada edad, adultos jóvenes con discapacidad, o niños enfermos o discapacitados.

Estos cuidadores familiares (a los que llamamos también ayudantes naturales) son muy numerosos. La encuesta HID (Discapacidad Incapacidad Dependencia) ha puesto de relieve el papel crucial desempeñado por el entorno próximo de las personas en situación de discapacidad, independientemente de su edad. Entre la población general, más de 5 millones de personas

reportaron haber recibido la asistencia regular de otra persona, ya sea un miembro de la familia o perteneciente a su entorno.

Entre las personas mayores de 60 años, son más de 3 millones las que se benefician de la ayuda de un pariente, y el recurso de la ayuda familiar aumenta correlativamente con la edad.

Todas las cifras disponibles nos dicen que la mitad de las personas que necesitan ayuda son apoyadas exclusivamente por sus familias y que, del otro 50%, ocho de cada 10 personas son asistidas por una ayuda profesional y un miembro del entorno y solo 2 de cada 10 personas no tienen la ayuda de familiares o allegados, sea porque jamás existieron, o porque ya no existen.

Estos cuidadores familiares aportan su trabajo asistencial con importantes consecuencias en su vida personal. Casi la mitad de ellos están atados al cuidado hasta el punto de no poder partir de vacaciones o tomar unos días de descanso y distancia; algunos han tenido que rediseñar el trabajo; otros se han visto obligados a abandonar la actividad profesional; los cónyuges que cuidan de un esposo o de una esposa que sufre la enfermedad de Alzheimer se exponen al riesgo de un alto nivel de estrés, de enfermedad y de mortalidad.

Sin embargo, surgen preguntas e incertidumbre sobre el mantenimiento futuro de la ayuda familiar cuando se constatan las grandes transformaciones que se producen en la actualidad, ya sea a través del análisis de los cambios sociodemográficos, de la movilidad geográfica, de la evolución de los lazos familiares y de las recomposiciones familiares, de la evolución de los comportamientos... La pregunta es: ¿qué será de la ayuda familiar en las próximas décadas?

La libre elección del modo y el lugar de la vida de las personas mayores es proclamada por todos. Es necesario que exista esta elección. Pero para ello también es necesario que la evaluación de la situación se lleve a cabo con la participación activa de la persona y de su entorno. Y también se precisa que sea clarificada y subvencionada la oferta de servicios correspondiente a las necesidades y expectativas de la persona.

En el estado actual de las cosas, existe una oferta difusa, distribuida de manera desigual en el territorio entre el domicilio y la institución; entre la dificultad y la competencia, todas las situaciones están presentes.

Las leyes promulgadas: de descentralización (Ley del 13 de agosto de 2004), sobre organización social y médico-social (Ley del 2 de enero de 2002), sobre la igualdad de derechos y oportunidades, la ciudadanía y la participación (Ley del 11 de febrero de 2005) suponen que hay que pensar y diseñar una organización territorial que permita en un tiempo breve el ejercicio de esa libre elección, si las restricciones inherentes a la dependencia son compatibles con las nociones de elección y de libertad que a un cierto nivel son redundantes.

Los servicios públicos, servicios privados, empresas con fines de lucro existen, se desarrollan, compiten; en medio de todo esto, entre las creencias sobre los valores de la competencia y la fe en una organización territorial, queda camino por recorrer para permitir a cada uno encontrar, independientemente de su lugar de residencia, dónde, cuándo y cómo vivirá su vejez.

Debemos cuidar, ayudar y acompañar a las personas mayores que necesitan ayuda, aquéllas a las que llamamos dependientes, ya que dependen de otra persona para los actos de la vida y el cuidado diario, ese otro que hace, que ayuda a hacer o que estimula, para que a diario la vida tenga sentido.

Se desarrollaron ingentes esfuerzos en la profesionalización. Más títulos, más referencias profesionales, más personal competente, más cualificado. Esto constituye el credo de todo el mundo. Pero, a condición de que no cueste caro, que sea lo más barato posible. Divididos por el precio, dónde queda la calidad. Las paradojas y las contradicciones se acumulan y se acumulan.

Las herramientas y sistemas de elegibilidad para las prestaciones confunden dependencia, necesidad de ayuda y cualificación requerida. Cuanto más avanzamos, más preguntas surgen acerca de si lo social y lo económico no resultan contradictorios.

La profesionalización del sector de la ayuda y de los cuidados está en marcha. En cuatro años, la reforma ha avanzado más que en los últimos 30. Se inicia con el enfoque de la calidad, las referencias profesionales, las referencias de formación, el desarrollo de los convenios colectivos con lo que se aclarará la definición del empleo y la remuneración de los agentes.

Todavía queda por trabajar sobre las organizaciones laborales, circuitos institucionales, las relaciones con los responsables de las políticas públicas. Y formar siempre y siempre al personal, los participantes de campo, los responsables de coaching, los administradores. Se debe capacitar para organizar, para dirigir, para planificar, pero también para cuidar, para ayudar, para acompañar la vida, la enfermedad, la discapacidad, el fin de la vida. Esto requiere considerables recursos, los esfuerzos del sector son importantes.

Al mismo tiempo, debemos mantenernos vigilantes porque todas las personas mayores no se encuentran en el mismo barco. Depende de donde viven, de sus recursos, su régimen de pertenencia. Una creencia bien arraigada nos enseña que las necesidades más pesadas son las más legítimas, pero las necesidades más ligeras son también necesidades. Requieren la atención y el apoyo adaptados a sus necesidades aunque la carga de las tareas sea ligera en cuidados y en ayuda.

La mirada hacia los ancianos también evoluciona. La ola de calor debió y pudo enseñarnos que los ciudadanos mayores son también ciudadanos, y que partir más temprano o más tarde, ¿eso importa mucho cuando se es viejo? Encontrar una cama de especialidades para una persona

mayor hospitalizada de emergencia, se vuelve un rompecabezas. Y encontrar un cirujano para operar, reconstruir y rehabilitar no lo es menos.

Adecuar, adaptar o acondicionar la vivienda, ¿es realmente necesario cuando se es viejo?

Y además los viejos cuestan muy caro. Cuando miramos la prensa, los grandes titulares tratan siempre del problema de la gente de edad como un enorme coste: el pago de las pensiones, el peso de las prestaciones sociales y sanitarias, haber tenido que contribuir con un día de fiesta a nuestro cargo para incrementar las cotizaciones...

Las decisiones políticas, por otra parte, se han enfocado en la descentralización. Cómo el Estado va a asegurar la equidad y la igualdad de trato cuando cada uno por su lado (¿legítimamente?) vota sus presupuestos, define sus prioridades, acondiciona los textos, para el bien de todos, para bien... o para mal. Los valores relacionados con la solidaridad nacional han recibido un golpe fuerte, aunque, ¡y si todo fuera posible a nivel local!

Durante el mismo tiempo, el mercado está en marcha. El número anunciado de viejos que seremos hace pensar que hay también un importante mercado. Esta oportunidad del mercado está activada desde hace muchos años y está también estrechamente vinculada a la cuestión del empleo. Desde 1991, este sector se ha esforzado en la creación de empleo, estos empleos que se parecían en la época mucho más a pequeños trabajos; y luego, en 1996, una ley les abre el campo de los servicios a las personas a las empresas privadas con fines de lucro, sin distinción de población ordinaria y de personas vulnerables. El proyecto Borloo no hace más que despertar esta posibilidad para el mercado de invertir la actividad.

Todo esto merece, merecería una reflexión preliminar sobre una organización social capaz de identificar y luego de organizar respuestas de manera adaptada.

En relación a esta constatación, y a pesar de los encantamientos reiterados y del Informe, tan célebre como volátil, el lugar de las personas viejas en la sociedad merece y merecería mayor debate. Este lugar se pretende como una plaza ciudadana, esta plaza se pretende sin los estigmas de la edad; un lugar simplemente, no un sitio reservado, no el derecho a un lugar.

El caso es que las personas viejas tienen cosas que decir, tienen cosas que hacer. Cómo se permiten ellas estar presentes en los lugares ciudadanos de la vida, en los lugares de la convivencia y de los intercambios; ¿cómo les permitimos acceder a estos lugares sin mirada condescendiente, sin mirada hostil?

Integrar a los viejos como a cada uno de nosotros, considerarles como alguien de cierta edad, simplemente, esto queda por construir en los barrios, en las ciudades y en las aldeas.

Ser viejo no es un privilegio, ser viejo no da derechos, este medio justo, esta mirada social, esto queda por construir desde la escuela hasta todos los estratos de la sociedad y la posición de cada individuo.

Las políticas públicas a favor de las personas de edad definidas globalmente desde hace una cuarentena de años conocieron un movimiento doble:

- Por un lado un impulso fuerte que viene de las instancias asociativas, gracias al compromiso ciudadano y solidario de hombres y de mujeres que se sienten concernidos por sus conciudadanos.
- Por otro lado, las políticas públicas de iniciativa estatal que confirman los dispositivos y las reglas que pretenden aportar soluciones para responder de manera específica a las necesidades de estas poblaciones.

La descentralización, tanto en sus antiguos aspectos como en los nuevos, sobre todo a raíz de la ley del 13 de agosto de 2004, es una ocasión de repensar la manera en la que las políticas públicas pueden construirse entre todos.

Las políticas, las personas concernidas, las asociaciones de diversas redes, deben servirse de estas "oportunidades" para pensar en las aspiraciones y las necesidades de los individuos concernidos, imaginar respuestas adecuadas y pertinentes, globales y coordinadas.

Hay que construir juntos en los territorios, para investirlos y cubrirlos de respuestas concertadas que conciernen a los individuos a través de organizaciones colectivas.

Para llegar a estos objetivos, habría que proponer audiencias locales sobre el tema de la imaginación al poder para imaginar una diversidad y una diversificación de los lugares y de los modos de vida, pasarelas entre estos lugares, de su modo de organización y de funcionamiento tomando en cuenta las necesidades, los deseos, las aspiraciones de aquellos que se supone que deben vivirlos.

Entre derecho y deber, se trata de restituirle a cada uno la legitimidad de su lugar y de su palabra en función de lo que sabe, de lo que puede, en un campo clarificado de competencias en todos los sentidos del término.

Proponer todo lo anterior es poner el pie en el estribo para que haya posibilidad de que esto pueda realizarse.

Cuidados integrados de larga duración (coordinación sociosanitaria) para personas mayores que viven en su hogar. Consideraciones teóricas y prácticas innovadoras en Europa.⁸

KAI LEICHSENRING. Experto del Centro Europeo de Viena para las Políticas y la Investigación en Bienestar Social.

INTRODUCCIÓN.

1. EL MARCO INTERLINKS PARA LOS CLD.

- 1.1. Identificación de las innovaciones actuales en los cuidados de larga duración: ejemplos de prácticas.
- 1.2. El Ejemplo Cuidados en el barrio: Buurtzorg (Holanda).
- 1.3. El Ejemplo Reembolso (multas) por altas hospitalarias retardadas (Suecia).
- 1.4. El Ejemplo R.O.S.A. Una red de empleo y servicios de cuidados (Italia).

CONCLUSIONES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

⁸ El presente texto está basado en las deliberaciones y hallazgos que guiaron el desarrollo del marco INTERLINKS dedicado a los cuidados de larga duración en el contexto del proyecto FP7 "Health systems and long-term care for older people in Europe" (Sistemas sanitarios y cuidados de larga duración en Europa). Este enfoque también se explicó en la publicación final de INTERLINKS (Leichsenring et al., 2013), en particular en los capítulos "Addressing long-term care as a system – Objectives and Methods of the Study" (Billings et al., 2013) y "The emerging identity of long-term care in Europe" (Nies et al., 2013). El autor está muy agradecido a todos los colegas que hicieron contribuciones al proyecto. La responsabilidad respecto al contenido del presente artículo corresponde únicamente al autor.

INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

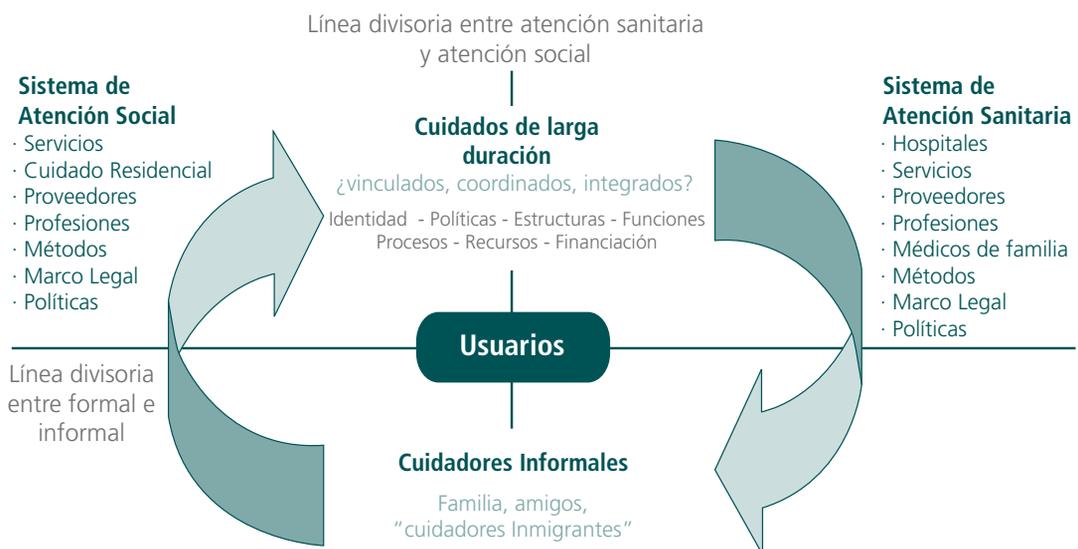
CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

INTRODUCCIÓN.

La descripción y el análisis de las experiencias estudiadas sobre la coordinación entre los sistemas sanitarios y los sociales en el ámbito de los cuidados de larga duración parten del supuesto de que ha habido una diferenciación entre ambos sistemas la cual ha originado “cuellos de botella” y dificultades que los usuarios y otras partes interesadas han experimentado. Como Fuchs (2006: 38) indicó en un ensayo teórico sobre el sistema de salud, “todavía hay que explicar en qué manera los ‘cuidados’ encajan dentro del sistema, si deberían ser englobados como un subsistema del sistema de salud o como un sistema funcional en sí mismo que está a punto de diferenciarse”. En este contexto, durante más de tres décadas, se han propuesto y aplicado teorías y métodos para mejorar la coordinación, los vínculos y la conexión en red, pero han sido fragmentados y han estado restringidos a proyectos piloto a pesar de haber mostrado claramente las capacidades de mejora (Ferlie et al, 1989; Leichsenring, 2012; Nies et al, 2010; Allen et al., 2011).

La continua aparición de diferencias funcionales cuando se trata de cuidados de larga duración o atención social para adultos se ha identificado repetidamente en la teoría y en la práctica a lo largo de la última década (Billings & Leichsenring, 2005; Leutz, 1999; véase también el Gráfico 1). Es por ello que, dentro del proyecto FP7 “Health systems and long-term care for older people”(INTERLINKS) se han hecho grandes esfuerzos para enmarcar y analizar de manera sistemática los elementos y cuestiones clave que son de crítica importancia para el proceso de reestructuración de los sistemas y el nivel organizativo. De hecho, en los términos de la Teoría de los sistemas sociales de Luhmann (1987), podemos observar la construcción de un (sub-)sistema, si podemos distinguir entre el sistema y su entorno, es decir, si un sistema empieza a desarrollar comunicaciones selectivas que crean “un sentimiento de identidad” en tanto que condición previa importante para la diferenciación funcional.

GRÁFICO 1 ¿HACIA UNOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN COMO SISTEMA FUNCIONAL EN SÍ MISMO?



Esto implica adentrarse en terrenos teóricos y empíricos poco firmes puesto que los sistemas de salud y particularmente los sistemas de atención social, en comparación con los sistemas económicos, políticos o educativos, siguen sin estar suficientemente determinados desde el punto de vista teórico (Fuchs, 2006). Sin embargo, recordamos que, a lo largo de varios siglos, la atención médica ha desarrollado una amplia gama de especializaciones y, en particular, un código binario bastante claramente definido que permite una nítida “construcción de la realidad” en términos de “enfermo frente a sano” (Luhmann, 1990: 184) o, como propuso Pelikan (2007: 296), “enfermo frente a no-enfermo”.

Teniendo presentes estos criterios de inclusión/exclusión, el sistema de atención médica ha logrado grandes éxitos en lo que respecta a “curar”, pero ha tenido especiales dificultades en el manejo de los cuidados terminales, discapacidades y cuidados de larga duración (Fuchs, 2006) porque en estos casos los “pacientes” dejan de ser “pacientes”. Las personas que precisan cuidados de larga duración (CLD) no pueden ser “curados” pero necesitan atención, asistencia y ayuda para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. Las organizaciones de atención sanitaria están mal preparadas para estas funciones. Por tanto se ha hecho necesario desarrollar más subsistemas flexiblemente acoplados. En estos subsistemas parece ser importante la coexistencia de la accesibilidad y la proximidad, así como un carácter diferenciado y la capacidad de respuesta rápida.

Pese a ello, los sistemas y organizaciones diferenciados, en nuestro caso los CLD, pueden asegurar la autonomía y desarrollar una identidad específica aunque puedan aún interactuar con la atención médica y otros ámbitos relacionados (Orton y Weick, 1990: 205), por ejemplo cuando se trata de intercambiar conocimientos o simplemente tratar de la curación de un problema de salud agudo.

Esto aumenta las posibilidades de desarrollar identidades propias en el caso de sistemas y organizaciones integrados para los cuidados de larga duración estructuralmente diferenciados y con sus propios enfoques, valores y misiones específicas – p. ej. autonomía, dignidad, confianza o llevar una “vida normal” – para que puedan actuar más eficientemente con respecto a las necesidades de las personas que precisan cuidados, y dejen éstas de ser percibidas, por ejemplo, como “problemas” o “bloqueantes de camas” en los hospitales.⁹

Dado que estamos hablando de sistemas de CLD “emergentes”, deberíamos destacar que también están en proceso la adquisición de una identidad y la construcción de “sentido” específica. Pero, dentro de la perspectiva de la teoría de sistemas, el sentido y la identidad son elementos centrales en la distinción de los sistemas sociales – definen qué cabe y qué no cabe esperar, cuándo

⁹ Otro ejemplo sería el marco legislativo austriaco que denomina abiertamente a los pacientes que ya no pueden ser curados en los hospitales como “casos procuratio”; es decir si un médico del hospital decide que el paciente necesita cuidados de larga duración, la estancia deja de ser cubierta por el seguro público de salud y habrá de ser pagada de manera privada o por la asistencia social. En otros países se encuentran regulaciones similares; en Suecia y Dinamarca la responsabilidad de los costes de los “bloqueantes de camas” en los hospitales se ha transferido a las autoridades municipales. Esta disposición ha supuesto un incentivo para que los municipios aumenten los servicios específicos de cuidados de larga duración como la vivienda asistida, centros intermedios de cuidados y cuidados a domicilio.

y quién debe hacerlo y seleccionar las tareas que forman parte del sistema y las que no (Kneer y Nassehi, 1993). Una condición previa para comprender un sistema es el conocimiento de su sentido y sus valores guía (Faß, 2009: 50).

Sin embargo, si estos valores siguen sin estar determinados suficientemente, como ocurre con los sistemas de CLD, podremos observar numerosas incompatibilidades y deficiencias mientras que las partes interesadas innovan, buscan y negocian medios y tipos de comunicación adecuados.

Por ejemplo, si se considera que las residencias son inadecuadas para garantizar la dignidad en los cuidados terminales (Pleschberger, 2007) o si se organizan los cuidados a domicilio para que el usuario esté caliente, alimentado y limpio en vez de mejorar el auto-cuidado y la autonomía para evitar una mayor discapacidad, entonces resulta evidente la ausencia de valores y misiones comunes entre las organizaciones y profesionales. Además, si el personal médico toma instintivamente la iniciativa en la evaluación y planificación de las intervenciones asistenciales, en vez de buscar colaboraciones con otros profesionales y así crear un diálogo con usuarios y cuidadores informales (la familia), esto podría indicar que continúan pensando en términos de una organización de atención sanitaria y que no están reflexionando sobre sus objetivos en relación con los CLD.

Además, si las organizaciones que tratan explícitamente los problemas que surgen en las interfaces entre la atención sanitaria y la social encuentran dificultades para crear un lenguaje común entre los profesionales de ambos ámbitos, es posible que consideren que es necesario desarrollar el conjunto común de valores que están conformando las opciones individuales, organizativas y estratégicas en los CLD.

Entre las soluciones que se han aplicado para superar algunas de las deficiencias más evidentes en las interfaces de la atención sanitaria y la social se encuentran varios tipos de “gestores de caso”. Dependiendo de su función, pueden estar situados en el hospital (“gestores de altas”) o en la atención comunitaria y proceden de ámbitos profesionales diferentes. Pueden ser percibidos como “controladores” o como “colaboradores” (Faß, 2009: 44).

En cualquier caso, estos perfiles profesionales relativamente nuevos de “gestor de casos” o “gestor de la atención” siguen estando bastante indefinidos; hay distintos enfoques, tipos de formación y currículos dentro de cada uno de los países europeos y de un país a otro. La gestión de casos significa “mejor coordinación y organización de los servicios en torno a las necesidades de los individuos y no que estos estén limitados por las percepciones organizativas de la gama de los diferentes proveedores de servicios”. La gestión de la atención significa “una mejora en los contenidos de los servicios proporcionados de modo que ofrezcan más respuestas, sean más flexibles y estén mejor adaptados a los deseos y necesidades de las personas que los reciben” (Challis, 1990: 10; véase también Challis & Davies, 1986; Challis et al., 1989).

No obstante, los profesionales sanitarios y sociales pueden interpretar de manera diferente

sus deberes y responsabilidades y las llevarán a cabo también de manera diferente; en particular debido a que la formación específica para estas competencias es bastante escasa y no se imparte sistemáticamente en un contexto multiprofesional. En consecuencia, la gestión de casos se desarrolla a menudo dentro de sectores individuales, p. ej. en la atención proporcionada por médicos y enfermeros en tanto que 'atención gestionada', en vez de en la totalidad de la atención sanitaria y social (Wendt, 2001).

A nivel político o a nivel de sistemas, la falta de valores específicos para los CLD crea "cuellos de botella" y restringe las opciones de reforma de la atención sanitaria y social; no se buscan soluciones que permitan tratar de manera adecuada las características y valores específicos de los CLD, p. ej. el rol de los cuidados informales, el auto-cuidado, la dignidad, la calidad de vida y los derechos de las personas mayores.

Por ejemplo, en las reformas sanitarias de las dos últimas décadas en las que se introdujeron los mecanismos de financiación GDR (basados en la clasificación de grupos relacionados por el diagnóstico) de los hospitales, la dirección y el personal tienen un creciente interés en acortar la estancia de los pacientes así que a menudo las personas mayores son dadas de alta teniendo todavía una importante necesidad de atención. En muchos casos no hay comunicación con las estructuras existentes de cuidado comunitario y/o dejando a los servicios disponibles sin los recursos suficientes para afrontar las consecuencias.

La introducción de los "gestores de altas" en los hospitales ha sido una de las reacciones ante este tipo de deficiencias, pero, al igual que sucede con la función de los gestores de casos, resulta dudoso si se puede encontrar fácilmente un lenguaje común entre los gestores de altas de los hospitales, los pacientes, sus familias y los servicios de atención comunitaria. De hecho, los proyectos innovadores en este ámbito encuentran normalmente dificultades tales como los procedimientos convencionales, las competencias mal definidas y la resistencia de importantes partes involucradas (véase, p. ej. en Austria: BMGFJ, 2005: 164f.; Allen et al., 2013).

Sin embargo -o mejor dicho: debido a esta situación-, puede identificarse en Europa una amplia gama de iniciativas, proyectos y programas destinados a respaldar soluciones ad-hoc con valores, misiones y definiciones orientados específicamente a los CLD. INTERLINKS ha destacado cómo la sociedad (los políticos y las políticas diseñadas) y las organizaciones dedicadas a los cuidados de larga duración han empezado a desarrollar cierta 'conciencia de identidad' (Lazenby, 2007: 27), así como otros muchos elementos y cuestiones clave que sustentan el nacimiento de los sistemas de CLD.

1. EL MARCO INTERLINKS PARA LOS CLD.

Para contribuir al análisis y mejora de los sistemas europeos emergentes de CLD, se ha desarrollado el marco INTERLINKS que ilustra los elementos que han de estar operativos para trabajar en relación con los enlaces e interfaces entre los sistemas de atención sanitaria y social y para

construir un sistema integrado de cuidados de larga duración.

El marco se estructura en cuatro niveles, concretamente: temas, subtemas, cuestiones clave y ejemplos de prácticas. Cada uno de los seis temas contiene una explicación introductoria sobre su finalidad dentro del proceso de modelación y se define aún más a través de una serie de subtemas que a su vez se especifican con las cuestiones clave relevantes.

Antes del proceso de modelación se recopiló información a través de investigaciones realizadas durante las primeras fases del proyecto y que dieron lugar a los documentos europeos descriptivos sobre cuestiones relativas a los CLD (European overview papers on LTC-specific foci): prevención y rehabilitación, cuidados informales, desarrollo de la calidad y gobernanza y finanzas. Además, los resultados fueron validados por Paneles de Expertos Nacionales y un grupo europeo en el que estaban representados actores relevantes en las áreas de la atención sanitaria y social.

La mayoría de las 135 cuestiones clave han sido ilustradas con ejemplos de prácticas seleccionados (casi 100) los cuales son descritos y analizados en función de los enlaces, interfaces y deficiencias tratados. Los ejemplos de prácticas son descritos y analizados a través de plantillas consensuadas. Por su propia naturaleza, los ejemplos de prácticas tratan (o al menos deberían hacerlo) varios temas y subtemas y pueden ser descritos desde distintos ángulos y/o ilustrar varios (sub)temas. De hecho, se seleccionaron, describieron y analizaron prestando atención a las características más relevantes e innovadoras en el tratamiento de cuestiones clave dentro de los subtemas específicos los cuales se detallaron como se muestra a continuación (véase en la Tabla 1 un ejemplo del tema “Identidad de los cuidados de larga duración”).

TABLA 1. EL MARCO INTERLINKS PARA LOS CLD – EL TEMA “IDENTIDAD DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN”

1. IDENTIDAD DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN.

1.1. Valores.

- a) Cómo se expresan los principios clave característicos de los CLD; qué valores dominan según las perspectivas de los distintos actores (p. ej. perspectivas económicas y de calidad, ciudadanía).
- b) Hay o no valores que estén dando forma a las opciones individuales, organizativas, políticas en los CLD (p. ej. a través de encuestas sobre las necesidades específicas de atención y asistencia de las personas mayores).
- c) Qué tratamiento se da a los cuidados informales y/o la ética familiar en los marcos legislativos.
- d) Descripción de las cuestiones de la dignidad, la calidad de vida y el empoderamiento en los documentos de las políticas.

- e) Cómo se consideran los valores relativos a la prevención y rehabilitación.
- f) Cómo abarcan los valores la diversidad de usuarios y cuidadores (según el género, la cultura y las desigualdades sociales) y cómo atienden las necesidades de los grupos de difícil acceso.

1.2. Declaraciones sobre las misiones.

- a) Organizaciones que tratan explícitamente los problemas que surgen en las interfaces entre cuidados formales e informales, entre la atención sanitaria y la social, en la prevención y rehabilitación o en el empleo de trabajadores inmigrantes.
- b) Una descripción de cómo se tratan los problemas y de qué factores particulares distinguen a una organización en tanto que "organización de CLD", frente a las de atención sanitaria y social.

1.3. Definiciones organizativas.

- a) Cómo se definen los CLD dentro de las organizaciones o entre las mismas.
- b) Cómo los proveedores de atención sanitaria definen su finalidad en relación con los CLD (curación frente a cuidados; necesidades frente a oferta; expectativas frente a preferencias).

Fuente: <http://interlinks.euro.centre.org>

El marco INTERLINKS está dirigido a los responsables del diseño de políticas, gestores, profesionales, investigadores y promotores que trabajan con o en cuidados de larga duración. El marco puede usarse de varias maneras para describir, analizar y mejorar los sistemas de cuidados de larga duración, en particular por medio del sitio web interactivo (<http://interlinks.euro.centre.org>). Para facilitar el uso del sitio web se invita a los usuarios a considerar una serie de cuestiones:

En primer lugar, tal vez sea interesante para los usuarios preguntarse sobre cómo se aplican a su situación los temas, subtemas y cuestiones clave:

- ¿Abordan nuestras políticas (nacionales o regionales) estos temas? Por ejemplo, ¿se trata en los documentos legales y los de las políticas la identidad específica de los cuidados de larga duración?
- ¿Hay itinerarios, procesos, estructuras organizativas que tomen en consideración los "cuellos de botella" en las interfaces entre atención sanitaria y social?
- ¿Hay mecanismos de gestión y liderazgo que promuevan las soluciones para la conexión e integración de la atención sanitaria y la social, y los cuidados de tipo informal y formal?
- ¿Hay medios y recursos para superar estos "cuellos de botella"?

En segundo lugar, los usuarios del sitio web pueden mirar los subtemas y reflexionar más detalladamente sobre las preguntas. Las cuestiones clave identificadas en los subtemas contemplan los distintos niveles en la prestación de cuidados de larga duración. Algunas tratan del sistema completo de atención y otras tienen más que ver con la organización o el nivel práctico.

Cuando el usuario del sitio web haya identificado una cuestión clave de interés, tal vez le sea útil aplicar el clásico ciclo de gestión de calidad PLANIFICAR – HACER – COMPROBAR– ACTUAR y así analizar su propia organización:

- ¿Cómo se planifica y organiza esta cuestión clave?
- ¿Quién está involucrado? ¿Qué actores de la conexión entre la atención sanitaria y la social, los cuidados formales e informales deberían estar involucrados?
- ¿Cómo se está aplicando esa cuestión clave?
- ¿Quién está tomando la iniciativa?
- ¿Qué recursos tienen o necesitan para garantizar prácticas que funcionen bien a ambos lados de las fronteras entre atención sanitaria y social y entre cuidados formales e informales?
- ¿Cómo se hace el seguimiento de la provisión de cuidados?
- ¿Quién es responsable de comprobar los efectos y resultados a ambos lados de las fronteras entre atención sanitaria y social y entre cuidados formales e informales?
- ¿Qué medidas hay para asegurar que se usen los resultados para mejorar la planificación y aplicación de la futura integración entre atención sanitaria y social, y entre los cuidados formales e informales?

El cuarto paso consistiría en mirar algunos de los ejemplos de prácticas (aparecen en una lista debajo de cada cuestión clave) los cuales proporcionan descripciones detalladas para ayudar a afrontar cuestiones clave específicas y a aprender de los puntos fuertes y débiles de las experiencias de otras personas. Los usuarios registrados también pueden aportar enlaces e información sobre ejemplos similares de sus países.

Por último, se invita a los usuarios del sitio web a compartir sus propios ejemplos de prácticas y a participar en el desarrollo del recurso INTERLINKS – los usuarios puede registrarse y enviar un resumen, el coordinador da la autorización para la elaboración online. Una vez entregado, habrá una revisión por pares del ejemplo y tras las modificaciones será publicado en el sitio web.

El marco INTERLINKS es la primera iniciativa de enfoque paneuropeo para describir y analizar sistemáticamente los elementos de los cuidados de larga duración y sirve como una base de conocimientos para facilitar la integración y mejora de los cuidados de larga duración como sistema en sí mismo, prestando especial atención a los vínculos e interfaces entre la atención sanitaria y social y entre los cuidados formales e informales.

1.1. IDENTIFICACIÓN DE LAS INNOVACIONES ACTUALES EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN: EJEMPLOS DE PRÁCTICAS.

Entre los casi 100 ejemplos de prácticas que ilustran el marco INTERLINKS para los CLD se pueden encontrar numerosos enfoques innovadores, pero hay que recordar las diferencias nacionales puesto que la innovación depende del contexto e itinerarios específicos que han de ser considerados antes de transferir las maneras de trabajar de un país a otro.¹⁰

A continuación, usamos la plantilla de INTERLINKS para describir y analizar los ejemplos de prácticas que ilustran tres cuestiones claves seleccionadas que son pertinentes en relación con la coordinación y la vinculación entre, por una parte la atención sanitaria y la social, y por otra los cuidados formales e informales:

- **Estructuras organizativas.** Cuidados formales en el hogar y en la comunidad: Estructuras que facilitan la coordinación y cooperación con otros tipos de cuidados formales y/o informales. Cuidados en el barrio (“Buurtzorg”) es un ejemplo holandés que muestra oportunidades para un rápido despliegue de nuevas ideas cuando éstas demuestran ser eficientes respecto al coste y estar orientadas hacia el cliente (Huijbers, 2011).
- **Políticas.** Oportunidades para vincular la atención social y la atención sanitaria: El ‘Reembolso (multas) por altas hospitalarias retardadas’ tal y como se aplica en Suecia (y Dinamarca) muestran una manera en la que aplicar mecanismos de incentivo a la gobernanza (Emilsson, 2011).
- **Identidad/Concepto de Cuidados de Larga Duración.** Organizaciones que tratan explícitamente los problemas que surgen en las interfaces entre cuidados formales e informales: R.O.S.A., una red de empleo y servicios asistenciales (Italia), promueve la regulación del trabajo no declarado y la calidad de los cuidados (Di Santo, 2011).

1.2. EL EJEMPLO: CUIDADOS EN EL BARRIO: BUURTZORG (HOLANDA).

¿Por qué se aplicó este proyecto?

Buurtzorg se originó a raíz de los desajustes entre las necesidades de los clientes y los servicios proporcionados por las agencias tradicionales de cuidados a domicilio, entre las competencias del personal y las rutinas de trabajo diarias, y entre los cuidados suministrados por las agencias de cuidados a domicilio y el apoyo de otras organizaciones y profesionales. Para afrontar el primer desajuste, Buurtzorg ha elaborado una evaluación holística de las necesidades de los clientes; estas incluyen necesidades médicas, de CLD y de tipo personal/social.

Aparte de los cuidados de enfermería básicos, el plan individual de cuidados proporciona

¹⁰ Para obtener información sobre las idiosincrasias nacionales en materia de CLD véase: <http://interlinks.euro.centre.org/countries>

información que ayudará al cliente en sus roles sociales y a auto-cuidarse y hacerse más independiente. El segundo desajuste parece ser salvado gracias a los equipos de auto-gestión que permiten aprovechar mejor las competencias del personal y responsabilizarse de más tareas asistenciales. Para abordar el tercer desajuste, se traza el mapa de la red de cuidados informales del cliente y se involucra a la misma. Además, otros cuidadores formales son identificados e incluidos. Por último, Buurtzorg ha iniciado nuevos equipos de ayuda social (“Buurtdiensten”) que se basan en los mismos principios que rigen sus cuidados a domicilio. En los lugares en los que existen estas “actividades hermanas” es posible salvar más fácilmente los desajustes entre los diversos tipos de servicios.

Descripción.

El modelo Buurtzorg fue diseñado por enfermeros de distrito experimentados que empezaron un grupo en 2006 con el objetivo de proporcionar cuidados integrados a domicilio, es decir con conexión con los servicios sociales, los médicos de familia y otros proveedores, para todas las personas que precisaban cuidados en su hogar.

El principio organizativo de Buurtzorg consiste en que pequeños equipos autogestionados de un máximo de 12 profesionales prestan los servicios de cuidados al tiempo que se mantienen los costes de organización tan bajos como sea posible, en parte gracias al uso de TIC para la organización de los cuidados y gracias a una back-office centralizada pequeña pero eficiente.

El método Buurtzorg cuenta con seis elementos secuenciales, que se aplican como un paquete coherente y no pueden aplicarse por separado. Este paquete incluye evaluación, un mapa de la red de cuidados informales a la cual se involucra junto a los cuidadores formales, prestación de los servicios asistenciales, apoyo al cliente en su rol social y promoción del auto-cuidado y la independencia.

El modelo fue introducido en el estrictamente regulado sistema de cuasimercado de los cuidados a domicilio en Holanda en el año 2006, y desde ese momento tuvo que competir con la atención domiciliaria usual para conseguir clientes y contratos. A mediados de 2010, los equipos estaban activos en 250 localidades, 2.600 trabajadores formaban el personal total de esos equipos (1.500 enfermeros de distrito cualificados) y daban servicio a unos 30.000 clientes anualmente. La tasa de crecimiento de Buurtzorg continua desde entonces; 70 miembros de personal distribuidos en de 5 a 10 equipos al mes, con lo que en 2013 llegaron a ser 6.000. En la back-office centralizada trabajan unos 50 profesionales.

Aparte de una subvención inicial dentro del marco holandés del “Netherlands Transition programme for long-term care” (Programa de Holanda de Transición para los cuidados de larga duración) (www.transitieprogramma.nl), los costes están enteramente cubiertos por las fuentes regulares utilizadas por las organizaciones de asistencia a domicilio usuales para obtener sus

ingresos, es decir, la iniciativa Buurtzorg está creciendo gracias al gran compromiso de los profesionales dentro del sistema de cuasimercado de los cuidados en Holanda.

¿Cuáles son y fueron los efectos?

De momento, no hay datos verificables disponibles para evaluar los resultados en el efecto para los clientes. Así que la cuestión de si este nuevo método de trabajo puede subsanar los desajustes en los CLD no puede ser contestada todavía. Sin embargo, existen algunos indicadores sobre efectos positivos.

- Buurtzorg ocupa el primer lugar entre todas las organizaciones dedicadas a los cuidados a domicilio respecto a la satisfacción de los usuarios según la evaluación nacional obligatoria de la calidad de los cuidados. Esto puede reflejar satisfacción respecto a la cooperación que aborda los desajustes entre los cuidados a domicilio, otros cuidados formales y el cuidado informal y también entre las expectativas y el cuidado proporcionado.
- La investigación cualitativa ha mostrado una gran satisfacción por parte de los médicos de familia y las autoridades locales respecto a la colaboración con Buurtzorg.
- En 2011, se concedió a Buurtzorg un premio como mejor empleador de Holanda en la categoría de organizaciones con más de 1.000 empleados. En aquel momento Buurtzorg contaba con más de 4.000 empleados y obtuvo las puntuaciones (en una escala del 1 al 10) de 9,5 en implicación, 9,1 en rotación de personal, y 8,7 en satisfacción del personal.
- Un resultado significativo es la impresionante disminución de los costes: la consultoría Ernst and Young calculó que Buurtzorg parece ser menos de la mitad de cara que los cuidados a domicilio usuales.
- Otro indicador de éxito es la duplicación y la imitación: Buurtzorg continua expandiéndose desde 2006, nuevas empresas similares y las organizaciones usuales de cuidados a domicilio están adoptando sus métodos.

Puntos fuertes.

- Puede que Buurtzorg esté estableciendo un nuevo estándar para los cuidados a domicilio en Holanda. Su principal punto fuerte es que salva con éxito los desajustes en los cuidados a domicilio a nivel local gracias a que ha reconocido cuáles son los problemas y ha diseñado en consecuencia métodos de trabajo que afrontan esos problemas. Por tanto satisfacen las necesidades de los pacientes de cuidados integrados.
- El modelo Buurtzorg ha demostrado ser muy competitivo: es atractivo tanto para los

pacientes como para el personal, y puede ser introducido fácilmente casi en cualquier localidad incluso si ya hay cuidados a domicilio disponibles en el área.

Puntos débiles.

- Los equipos auto-gestionados suponen un alto grado de exigencia respecto al trabajo del personal.
- Hay que realizar actividades ajenas a las previstas en la formación profesional, en los horarios planificados pero también en horarios no planificados en mitad de la noche, puesto que están previstos en las normas los turnos nocturnos. Para algunos miembros del personal, esto resulta incompatible con otras actividades personales e intereses que desarrollan en sus casas y tienen que marcharse.

Oportunidades.

- La transferencia a otros países del modelo Buurtzorg es viable sólo cuando se den las condiciones de libre competencia, libre elección de los usuarios, autogestión de los equipos y motivación del personal.

Amenazas.

- Dado que otras entidades (usuales) de cuidados domiciliarios están adoptando el modelo Buurtzorg (aunque de manera poco sistemática), se reducirá el espacio para las iniciativas Buurtzorg. Sin embargo, desde la perspectiva de los cuidados integrados, no es importante quién presta los servicios de cuidados integrados a domicilio, lo que cuenta es el modelo y el sistema de prestación.

1.3. EL EJEMPLO: REEMBOLSO (MULTAS) POR ALTAS HOSPITALARIAS RETARDADAS (SUECIA).

¿Por qué se aplicó este proyecto?

En 1992, cuando se aplicó la reforma Ädel, las siguientes responsabilidades fueron atribuidas a los municipios: atención social de las personas mayores, vivienda, empleo y apoyo para las personas con discapacidades psiquiátricas y servicios para aquellas personas que finalizan su tratamiento médico y son dadas de alta en el hospital. Las autoridades locales también son responsables de los cuidados en alojamientos especiales (viviendas con servicios o especializadas) y cuidados domiciliarios básicos en viviendas ordinarias (en el 50 por ciento de los condados).

Los Consejos de los Condados son responsables de los cuidados domiciliarios sanitarios en viviendas ordinarias (en el otro 50 por ciento de los condados), y en particular de los hospitales

(cuidados agudos) y atención primaria en centros médicos (médicos de familia).

Antes de la reforma, un número significativo de pacientes “bloqueaba camas” en los servicios de cuidados agudos generando largas listas de espera para los tratamientos hospitalarios, lo cual suponía un problema importante. Para resolver este problema se atribuyó a los municipios la responsabilidad de gestionar las viviendas especializadas y residencias (antes era competencia de los Consejos de Condado) para las personas con necesidades de atención sanitaria y social. También se les atribuyó la responsabilidad económica de los “bloqueantes de camas” en los hospitales a través de un sistema llamado de “reembolso” implementado en 1992 y el ‘modelo de planificación conjunta de cuidados’ (implementado en 2006) para reforzar la cooperación entre los Consejos de los Condados y los municipios.

Descripción

Con una población en proceso de envejecimiento, los avances médicos y las cambiantes expectativas de la población, las camas hospitalarias se convierten en un recurso escaso y su demanda a menudo supera la oferta. Además existe la necesidad de que diversas organizaciones cooperen en el cuidado de los pacientes con necesidades múltiples. En general, hay un amplio consenso respecto a la necesidad de que cooperen los Consejos de los Condados y los municipios. Sin embargo, para que esto sea una realidad, se necesitan incentivos en ambas partes; esto se realizó con la combinación del sistema de reembolso con un modelo de planificación conjunta de los cuidados.

En cuanto el paciente ingresa en el hospital, el médico responsable del centro escribe una nota de derivación a los servicios municipales de cuidados y al médico de familia responsable para iniciar formalmente el modelo de planificación conjunta de cuidados y el correspondiente sistema de reembolso:

Se reúnen con el paciente (y con un cuidador informal si es pertinente) representantes de los cuidados agudos y la unidad de evaluación de necesidades del municipio para planificar la rehabilitación y los cuidados futuros conjuntamente y de acuerdo con las necesidades del paciente. Se envían los resultados de esta reunión desde el hospital a los servicios sociales municipales y se incluye la posible fecha del alta hospitalaria. Tras este procedimiento, corresponde a los municipios activar los servicios de atención en los cinco días siguientes a la “fecha de derivación” (día del alta). Si el municipio no es capaz de proporcionar una plaza en una residencia o los servicios de atención domiciliaria adecuados, entonces ha de reembolsar al Condado los costes hospitalarios del paciente.

¿Cuáles son/fueron los efectos?

El modelo para el plan conjunto de cuidados y especialmente el sistema de reembolso han sido incentivos potentes para que los municipios proporcionen los servicios adecuados en términos de

cuidados a domicilio y residencias.

La Junta Nacional Sueca de Salud y Bienestar realizó estudios de seguimiento con una muestra de diversas secciones en un día concreto en la que se observaba el número de “bloqueantes de camas”. Entre 1992 y 1999 hubo una disminución desde casi 2.500 pacientes que podrían ser definidos como ‘bloqueantes de camas’ a poco más de 1.000 dentro de una muestra de diversos servicios en un día concreto. Desde 1999 las cifras se han mantenido relativamente estables, entre 1.100 y 1.300 pacientes, aunque en 2007 se percibió un ligero aumento, también debido a cambios importantes en las políticas sanitarias, concretamente una importante reducción de camas hospitalarias. Sin embargo, el consumo sanitario y la atención social están aumentando. En consecuencia, ‘el reembolso y el modelo de planificación conjunta’ no resolvieron enteramente el problema, pero con ese mecanismo la cantidad de bloqueantes de camas es menor y fluctúa menos.

¿Cuáles son los puntos fuertes y las limitaciones?

En la práctica, la introducción del modelo de “reembolso y planificación conjunta” redujo en gran medida la cantidad de altas retardadas. Además, el sistema refuerza la comunicación entre la atención sanitaria y la social y contribuye a una mayor transparencia y responsabilidades definidas.

Una mayor disminución de la duración de las estancias en los hospitales pondrá más presión sobre las autoridades locales, en particular sobre aquellas que tienen una mayor proporción de personas mayores. En Suecia, esto podría llevar a más diferencias entre los municipios respecto a los impuestos locales y, a largo plazo, podría desencadenar debates sobre la igualdad y la solidaridad nacional.

En otros países, en particular en aquellos en los que los municipios no pueden establecer impuestos locales, habría que adaptar el sistema, p. ej. incluyendo datos sobre los gastos en servicios sociales en los mecanismos correspondientes de distribución de los impuestos nacionales entre regiones y municipios. En cualquier caso, una mayor transparencia respecto a los costes y responsabilidades podría ser un impulso importante para alimentar la expansión de los servicios de atención social y para reducir los gastos en cuidados agudos hospitalarios.

1.4. EL EJEMPLO R.O.S.A. – UNA RED DE EMPLEO Y SERVICIOS DE CUIDADOS (ITALIA).

¿Por qué se implementó este proyecto?

En un contexto de escasez de servicios sociales para las personas mayores y un sistema de bienestar basado en la familia, durante los últimos 15 años las familias italianas acuden en gran medida a “cuidadores inmigrantes” para responder a la creciente demanda asistencial en una sociedad envejecida. Esto originó un flujo de más de 700.000 inmigrantes que trabajan ayudando

en las tareas domésticas y como cuidadores internos en los hogares italianos. En más del 50 por ciento de los casos trabajan sin una base legal.

R.O.S.A., red de la región de Puglia, tiene como objetivo mejorar la situación de las familias y de los ayudantes inmigrantes incluyendo a estos últimos en redes locales de servicios de atención domiciliaria y garantizando soluciones profesionales adecuadas. También quieren apoyar las prioridades estratégicas de la región de Puglia en términos de mejora de la inclusión social, calidad de trabajo asistencial, participación femenina en el mercado laboral, promoción de una mejor conciliación laboral y personal y la implementación de instalaciones en el hogar para los mayores con necesidad de CLD.

Descripción.

R.O.S.A. es un acrónimo de “Red para el empleo y los servicios de cuidados” y pretende establecer un sistema de apoyo a las personas que necesitan cuidados y a las que los proporcionan conectando oferta y demanda a través de una red que vincula diferentes organismos institucionales y actores sociales. En particular, los objetivos son:

- Apoyar a las familias en la búsqueda de cuidadores cualificados italianos e inmigrantes;
- Proteger la oferta y la demanda de servicios asistenciales a domicilio con contratos de empleo regulares y cualificados;
- Facilitar a los trabajadores asistenciales privados (italianos e inmigrantes) una formación continua para garantizar la calidad de los cuidados;
- Conocer mejor el trabajo no declarado en cuidados a domicilio para poder combatirlo;
- Crear un sistema que permite a las mujeres trabajadoras conciliar la vida laboral y familiar.

R.O.S.A. es un proyecto experimental que se inició en 2008 y que todavía continúa, está cofinanciado por la región de Puglia y el gobierno italiano. Han implementado diversos métodos para mejorar los cuidados que reciben las personas mayores en sus hogares, y para promocionar un sistema integrado de servicios de atención domiciliaria para quienes precisan CLD:

- Un registro provincial de cuidadores italianos e inmigrantes que ofrecen servicios privados de cuidados en los hogares;
- Se han diseñado incentivos económicos para favorecer la contratación por parte de las familias de cuidadores inmigrantes a través de contratos regulares;
- Puntos de información y consulta en relación con el empleo en cada distrito social local;
- Campañas informativas con participación de los sindicatos que proporcionan a bajo coste o de manera gratuita ayuda administrativa en relación con los contratos de trabajo.

Como respuesta a las numerosas peticiones de asistencia domiciliaria en la región de Puglia, el proyecto pretende incrementar los servicios de atención domiciliaria incluyendo a los cuidadores

inmigrantes en las redes formales de servicios locales de atención domiciliaria y garantizando soluciones profesionales adecuadas.

El proyecto está dirigido a las familias de personas vulnerables (mayores y/o discapacitadas) que precisan atención domiciliaria y a cuidadores cualificados italianos e inmigrantes que ofrecen servicios de atención domiciliaria.

La región de Puglia ha definido y reconocido de manera formal, a través de una regulación específica, la asistencia privada proporcionada por cuidadores inmigrantes como una profesión. Los trabajadores que han realizado un curso especial de formación y cuyas competencias han sido certificadas por el Servicio Público de Empleo, son inscritos en registros oficiales de cuidadores a domicilio. Cada provincia se encarga de mantener su registro. Los trabajadores que no reúnen las competencias necesarias para la certificación de sus cualificaciones profesionales son inscritos en un listado especial y participan en actividades formativas proporcionadas por el proyecto R.O.S.A. Después de completar la formación como asistentes domésticos (300 horas), pasan al registro oficial de cuidadores a domicilio. Las familias que quieran emplear a un cuidador a domicilio cualificado pueden acudir al Servicio Público de Empleo y buscar en los listados al cuidador italiano/inmigrante que satisfaga sus necesidades. El Servicio Público de Empleo ofrece asesoramiento en la contratación.

Para fomentar la regulación de los contratos laborales de los cuidadores inmigrantes, la región de Puglia ofrece una prestación en forma de bono, 2.500 euros por familia (pago único). Esta prestación es un pago único vinculado a la evaluación de los recursos.

El coste total de proyecto R.O.S.A. fue de 1.740.000 euros, de los cuales 1.010.000 euros fueron financiados por el Departamento de Igualdad de Oportunidades y Derechos del Consejo de Ministros del Gobierno Italiano.

¿Cuáles son/fueron los efectos?

El proyecto forma parte de un proceso más amplio de reorganización de la totalidad del sistema regional integrado para la continuidad de los servicios de atención en la región de Puglia. La evaluación todavía está en curso pero ya hay dos resultados evidentes:

- Crecimiento en la ocupación: En Italia los cuidados a domicilio dependen principalmente de iniciativas privadas e informales. Los cuidados familiares corren a cargo tradicionalmente de las mujeres, las cuales, debido a la actual tendencia negativa, participan cada vez menos en el mercado laboral y tienen menos oportunidades de realizar programas formativos. Como consecuencia del proyecto R.O.S.A., en marzo de 2010 aproximadamente 2.000 personas habían sido inscritas en el registro de cuidadores a domicilio: 800 eran aptas para trabajar y habían recibido la certificación para realizar trabajos de cuidados a domicilio mientras que 1.200

estaban en la lista para participar en los programas formativos proporcionados por la región de Puglia.

- Regularización de trabajo no declarado: Desde los años 90, debido a razones históricas y geográficas, la región de Puglia es un centro importante de inmigración; gran parte de los inmigrantes encuentran trabajo en el sector doméstico. En la mayoría de los casos, las familias no establecen un contrato regular para evitar gastos en impuestos y contribuciones a la seguridad social. El objetivo del proyecto es estabilizar el empleo de al menos 800 cuidadores inmigrantes y respaldar este esfuerzo con los bonos a las familias. Estos bonos deberían servir para cubrir parcialmente los gastos en impuestos y contribuciones a la seguridad social vinculados a los contratos laborales regulares. Sin embargo, a fecha de marzo de 2011, sólo 82 familias habían solicitado el bono. Todavía no hay datos disponibles respecto al número total de contratos laborales firmados dado que el proyecto sigue en curso. La reducida cifra antes mencionada se debe en parte a que el bono (vinculado a una evaluación de los recursos) supone un incentivo insuficiente y también a la considerable resistencia de las familias a establecer contratos laborales legales pues estos conllevan tener que cumplir ciertas condiciones legales como salarios mínimos y tiempos de descanso. Por este motivo, el proyecto tiene un efecto adicional relativo a la creación de un cambio cultural.

¿Cuáles son los puntos fuertes y las limitaciones?

Puntos fuertes.

- El proyecto fomenta una mejor calidad de los servicios proporcionados por los cuidadores inmigrantes a personas vulnerables que precisan CLD conectando oferta y demanda y a través de la regulación del trabajo no declarado y del empleo femenino.
- Apoya a los cuidadores informales con el empleo de cuidadores inmigrantes y fomenta la conciliación de la vida laboral y familiar.

Puntos débiles.

- No existen mecanismos municipales que refuercen los servicios como por ejemplo seguimientos, tutorías en los hogares, servicios de respiro familiar, atención de emergencia, etc.
- Puede que la cantidad asociada al bono no tenga efectos en el proceso de regularización porque sólo cubre parcialmente los costes necesarios para regularizar a los cuidadores inmigrantes.
- Las personas mayores y los cuidadores informales no están acostumbrados a elegir a cuidadores inmigrantes u otro tipo de servicios a través de un "registro especial". Los registros han de ser diseñados de modo que sean más cómodos para el usuario en su función de informar

no sólo a los mayores y las familias sino también a todos aquellos que puedan desempeñar un papel en la relación entre el usuario y los cuidadores inmigrantes.

- Los cuidadores inmigrantes sólo disponen de unas pocas horas a la semana para cuidarse a sí mismos: muchos cuidadores inmigrantes no dan ninguna prioridad al cuidado de su propia salud; desconocen por completo algunos de los servicios sanitarios.

Oportunidades.

- El proyecto integra el trabajo asistencial privado realizado por cuidadores inmigrantes dentro de la red formal de servicios sociales, lo cual podría constituir una oportunidad para la mejor sostenibilidad del trabajo de los cuidadores inmigrantes en Italia.

Riesgos.

- Los cuidadores italianos/inmigrantes siguen colocándose por medio de otros canales como el boca a boca entre vecinos, amigos, conocidos y miembros de la parroquia, más que por medio del registro oficial.

- Siguen sin ser reconocidas fácilmente las cualificaciones obtenidas en sus países de origen por las mujeres inmigrantes, especialmente las cualificaciones de los ámbitos social y sanitario.

- Las iniciativas para integrar a los cuidadores inmigrantes en el sistema de CLD son sólo un primer paso de un largo camino de reformas. No obstante, este “modelo” de atención podría ser una barrera a la innovación en materia de políticas sociales.

- Este proyecto tiene efectos positivos para las familias en lo que se refiere al cuidado personalizado y al acceso inmediato a los servicios, pero tendrá que afrontar variadas cuestiones relativas a la sostenibilidad a largo plazo en términos de oferta y demanda del trabajo asistencial. En un contexto de regulación progresiva, algunas familias verán cada vez más reducida la posibilidad de permitirse económicamente la asistencia familiar. Además, no debe asumirse que la disponibilidad de cuidadores inmigrantes seguirá estable, pues los países de origen, especialmente los de la Europa del Este, están tratando de detener la emigración femenina.

CONCLUSIONES.

El objetivo de esta contribución era mostrar los resultados obtenidos gracias a INTERLINKS así como la necesidad de desarrollar una identidad propia de los sistemas de CLD en las interfaces de la asistencia sanitaria y la social y entre los cuidados formales e informales como pre-requisito para unos CLD integrados. Ya se pueden encontrar los primeros indicadores de dicha evolución en distintas partes de Europa – a diferentes ritmos, niveles e intensidades.

El marco INTERLINKS para los CLD proporciona variados ejemplos e ideas inspiradas para mejorar los cuidados de larga duración en Europa (véase el sitio web <http://interlinks.euro.centre.org>) y facilita la participación de expertos y diseñadores de políticas. El marco INTERLINKS para los CLD puede servir de plataforma interactiva para más intercambios, promoción de nuevas ideas y la mejora de las bases para la prevención y rehabilitación, gestión de la calidad, gobernanza y la mejor integración de la atención sanitaria y la social y de los cuidados informales.

En toda Europa se están construyendo los CLD, pero podemos aprender unos de otros a distintos niveles reflexionando sobre las alternativas de otros países antes de planificar un servicio o instalación y adaptando las innovaciones foráneas a los contextos locales o regionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Allen, K., Glasby, J. & R. Rodrigues (2013) 'Joint Working between health and social care', pp. 81-99 in: K. Leichsenring, J. Billings & H. Nies (eds.) Long-term care in Europe – Improving Policy and Practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Billings, J. & K. Leichsenring (eds.) (2005) Integrating health and social care services for older persons – Evidence from nine European countries. Aldershot: Ashgate.

Billings, J., Leichsenring, K. & L. Wagner (2013) 'Addressing long-term care as a system – Objectives and Methods of the Study', pp. 3-18 in: K. Leichsenring, J. Billings & H. Nies (eds.) Long-term care in Europe – Improving Policy and Practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2005) Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Endbericht des Projekts 'MedTogether'. Wien: BMGFJ.

Bauch, J. (Hg.) (2006) Gesundheits System. Systemtheoretische Betrachtungen des Gesundheitswesens. Konstanz: Hartung-Gorre-Verlag (Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft).

Challis, D. (1990) 'Case Management: Problems and Possibilities', pp. 9-22 in: Allen, I. (ed.) Care Managers and Care Management. London: Policy Studies Institute.

Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M., Traske, K. & B. Wall (1989) Supporting Frail Elderly People at Home: The Darlington Community Care Project. University of Kent: PSSRU.

Challis, D. & B. Davies (1986) Case Management in Community Care. Aldershot: Gower.

Faß, R. (2009) Helfen mit System. Systemsteuerung im Case Management. Marburg: Tectum Verlag.

Ferlie, E., Challis, D. & B. Davies (1989) Efficiency-Improving Innovations in Social Care of the Elderly. Aldershot: Gower.

Fuchs, P. (2006) 'Das Gesundheitssystem ist niemals verschluckt', pp. 21-38 in: Bauch, J. (Hg.) *Gesundheit als System. Systemtheoretische Betrachtungen des Gesundheitswesens*. Konstanz: Hartung-Gorre-Verlag.

Giarelli, G. (2003) *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*. Milano: Franco Angeli.

Kneer, G. & A. Nassehi (1993) *Niklas Luhmanns Theorien sozialer Systeme. Eine Einführung*. München: UTB.

Leichsenring, K. (2012) 'Integrated Care for older people in Europe – latest trends and perceptions' in: *International Journal of Integrated Care*, Vol. 12 (January): 1-10.

Leichsenring, K., Billings, J. & H. Nies (eds.) (2013) *Long-term care in Europe – Improving Policy and Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Leutz, W. (1999) 'Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom' in: *The Milbank Quarterly*, Vol. 77(1): 77-110.

Luhmann, N. (1999) 'Der medizinische Code', S. 183-195 in: Luhmann, N. (Hg.) *Soziologische Aufklärung 5: Konstruktivistische Perspektiven*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Nies, H., Leichsenring, K. & S. Mak (2013) 'The emerging identity of long-term care in Europe', pp. 19-41 in: K. Leichsenring, J. Billings & H. Nies (eds.) *Long-term care in Europe – Improving Policy and Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Orton, J. D. & K.E. Weick (1990) 'Loosely Coupled Systems. A Reconceptualization' in: *Academy of Management Review*, Vol. 15(2): 203-223.

Pelikan, J. M. (2007) 'Zur Rekonstruktion und Rehabilitation eines besonderen Funktionssystems – Medizin und Krankenbehandlung bei Niklas Luhmann und in der Folgerezeption' in: *Soziale Systeme*, Vol. 13(1/2): 290-303.

Pleschberger, S. (2007) 'Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view' in: *Age and Ageing*, Vol. 36(2): 197-202.

Wendt, W.-R. (2001) *Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung*. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Atención integrada social y sanitaria en Catalunya.

CARMELA FORTUNY CAMARENA. Directora General del Institut Català d'Assistència i Serveis Socials.

INTRODUCCIÓN.

1. ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD.

2. PASOS HACIA UN ABORDAJE SOCIOSANITARIO.

3. PLAN INTERDEPARTAMENTAL DE INTERACCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES.

3.1. Interacción entre residencias asistidas de personas mayores y de personas con discapacidad y la atención primaria y comunitaria de atención a la salud, los centros sociosanitarios y los hospitales de agudos.

3.2. Interacción entre la red de atención especializada de salud y los servicios sociales básicos.

3.3. Interacción entre los ámbitos sanitario y social de la red de salud mental.

3.4. Adecuación de la larga estancia sociosanitaria y de salud mental.

3.5. Modelo de gobernanza y gestión del Plan.

3.6. Otros impactos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

INTRODUCCIÓN.

El actual contexto económico compromete el sistema de bienestar social tal como lo conocemos hoy. Para garantizar su perdurabilidad es prioritario asegurar la eficiencia del sistema de servicios sociales y también es necesario emprender un proceso de cambio que permita dar respuesta a necesidades emergentes a nivel social y sanitario.

En este marco es clave crear sinergias con otros departamentos, como el de Salud, para contribuir a la subsistencia del sistema social y sanitario.

Para alinear los esfuerzos de ambos departamentos, es necesario conocer primero las necesidades específicas que hay que satisfacer y después articular una propuesta de abordaje que articule los dos departamentos.

La voluntad de colaboración entre los dos departamentos busca reforzar el tratamiento de enfermedades, especialmente las crónicas, así como poder anticipar los problemas sociales que pueden ocasionar ciertas enfermedades. Desde la perspectiva del Departamento de Bienestar Social y Familia, entremezclar las capacidades y los recursos de los dos sistemas permite dar respuesta a las necesidades de las personas que están en situación de dependencia.

1. ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD.

La Organización Mundial de la Salud, en el informe sobre la salud en el mundo (2010), plantea que *“todos los países pueden hacer alguna cosa, muchos de los cuales mucho, para mejorar la eficiencia de sus sistemas sanitarios, y liberar así todos los recursos que se podrían utilizar para dar cobertura a más gente, a más servicios”*. En Catalunya, se plantea dar respuesta a este mensaje mediante la elaboración del Plan de salud¹¹ de Catalunya 2011-2015.

En el informe correspondiente al 2013, la OMS enfatiza que es necesario potenciar la eficiencia para que se puedan atender mejor las necesidades de las personas mayores. Además, reitera que hay que velar para que los recursos se empleen con equidad y eficiencia.

Este Plan ha de contribuir a guiar la transformación del sistema sanitario para que dé respuesta a estas necesidades. Hay que tener presente que el actual sistema sanitario se encuentra frente a una serie de retos entre los que podemos identificar las tendencias estructurales de carácter social (que se concretan en una población cada vez más envejecida y la necesidad de abordar la cronicidad derivada de este envejecimiento) y, también, el nuevo marco económico, que genera un aumento de la presión sobre los recursos públicos, los cuales ponen en riesgo el actual sistema tal como lo conocemos.

¹¹ De acuerdo con la Ley de ordenación sanitaria de Catalunya, el Plan de salud “es el instrumento indicativo y el marco de referencia de todas las actuaciones públicas en materia de Salud, en el ámbito de la Generalitat de Catalunya”.

El Plan de salud de Catalunya también ha de buscar dar respuesta a las necesidades formuladas, en el eje específico para Salud, del Plan de Gobierno 2013-2016 encaminadas a la transformación del modelo de atención y de la organización del sistema sanitario público.

Atendidos todos estos retos, el Plan de salud plantea la necesidad de establecer una línea de colaboración interdepartamental entre el departamento de Bienestar Social y Familia para determinadas cuestiones, el cual se articula mediante el Plan interdepartamental de interacción de los servicios sanitarios y sociales¹².

FIGURA 1. MARCO DE REFERENCIA



Fuente: Elaboración propia.

2. PASOS HACIA UN ABORDAJE SOCIOSANITARIO.

Para hacer esta convergencia hacia un modelo sociosanitario hay que tomar conciencia de la situación de partida. El actual sistema social y sanitario está revestido de una rigidez y estanqueidad que dificulta un proceso asistencial fluido, que garantice un continuum coherente para las personas usuarias del sistema.

Para prestar una buena atención a las personas con necesidades sanitarias y sociales es necesario superar esta parcelación funcional, ya que dificulta la visión integral de las necesidades de la persona e impide un abordaje global de su situación.

Considerado este marco, es necesario que ambas redes den un paso adelante y trabajen de

¹² ACORD GOV/120/2013, de 3 de septiembre, por el cual se crea el Plan interdepartamental de interacción de los servicios sanitarios y sociales.

manera coordinada para dar respuesta a las necesidades de las personas usuarias. Un punto clave es formular políticas conjuntas, impulsando desde una voluntad unificadora acciones estratégicas que permitan articular y operativizar este planteamiento.

Es necesario, pues, generar un marco de trabajo interdisciplinario y transversal que proporcione una respuesta integral, por lo que es esencial una verdadera coordinación y complementariedad interdepartamental.

Así pues, para hacer una propuesta sólida, es preciso definir un modelo que tenga en cuenta aspectos territoriales, poblacionales, las carteras de servicios, la participación activa de los usuarios y un sistema de evaluación y mejora.

Un ejemplo de este esfuerzo es el desarrollo de alternativas asistenciales que permiten un abordaje colaborativo de las situaciones derivadas de la cronicidad.

El Departamento de Salud y el Departamento de Bienestar Social y Familia han creado el *Programa para la prevención y la atención a la cronicidad (PPAC)* que ha de facilitar el trabajo coordinado de las vertientes de salud y social en el abordaje de esta cuestión.

Este nuevo modelo ha de permitir abordar de manera integral las enfermedades crónicas promoviendo un modelo de atención compartido y cooperativo entre las organizaciones sanitarias y sociales, y así redundar en una mejora de la continuidad asistencial y en la atención en general.

Para dar solidez a este planteamiento, es necesario que este modelo tenga en cuenta la variable territorial, es decir, que el despliegue de éste ha de contemplar las especificidades de las relaciones entre las personas usuarias y los servicios sociales y sanitarios que hay en el territorio.

El Plan interdepartamental de interacción de los servicios sanitarios y sociales tiene una función articuladora de todo este proceso.

El 74% de la población adulta manifiesta tener una enfermedad crónica. Más concretamente, el 52% de las personas entre 15 y 24 años tienen una enfermedad crónica y el % aumenta hasta el 96% en mayores de 65 años.

Fuente: Programa para la prevención y atención a la cronicidad (PPAC).

3. PLAN INTERDEPARTAMENTAL DE INTERACCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES.

Tal como se señalaba en el punto anterior, el Plan de Gobierno 2013-2016 se hace eco de la necesidad de que el sistema social y sanitario se adapte a las necesidades emergentes de las personas. Desde éste se promueve una atención integral, e incentiva el encaje de los servicios sanitarios y sociales, con el objetivo de garantizar un continuum asistencial y una mayor eficiencia en el uso de los recursos.

Este nuevo marco supone una oportunidad para hacer un cambio de paradigma, apostando por un modelo de atención integral en el que llegue a ser clave el entrelazado de los servicios sociales básicos y los sanitarios.

Este planteamiento nos lleva a priorizar la interacción de las diferentes redes, que haga posible un conocimiento compartido de las personas usuarias, con sistemas de información comunes que ayuden a avanzar hacia la historia clínica y social compartida; que también permitan una óptima utilización de los recursos disponibles con la finalidad de garantizar un continuum asistencial.

De esta manera, partiendo de la lógica de la coordinación se avanza hacia una verdadera integración de los elementos que favorecen el continuum asistencial, dentro de las redes y los dispositivos implicados en éstas.

Este planteamiento implica construir una visión interdisciplinaria y transversal, imprescindible en el momento de intervenir en las personas que presentan una problemática de salud al mismo tiempo que necesidades sociales.

Todos estos elementos hacen necesaria la creación de un modelo de interacción de los servicios sociales y sanitarios, a través de la elaboración de un plan de trabajo interdepartamental que genere una visión conjunta y que se oriente a responder las necesidades de las personas, al mismo tiempo que respeta el marco competencial de los dos departamentos.

El Plan Interdepartamental de Interacción de los Servicios Sanitarios y Sociales plantea establecer una serie de objetivos estratégicos para los siguientes ámbitos:

- Interacción entre residencias asistidas de personas mayores y de personas con discapacidad y la atención primaria y comunitaria de atención a la salud, los centros sociosanitarios y los hospitales de agudos.

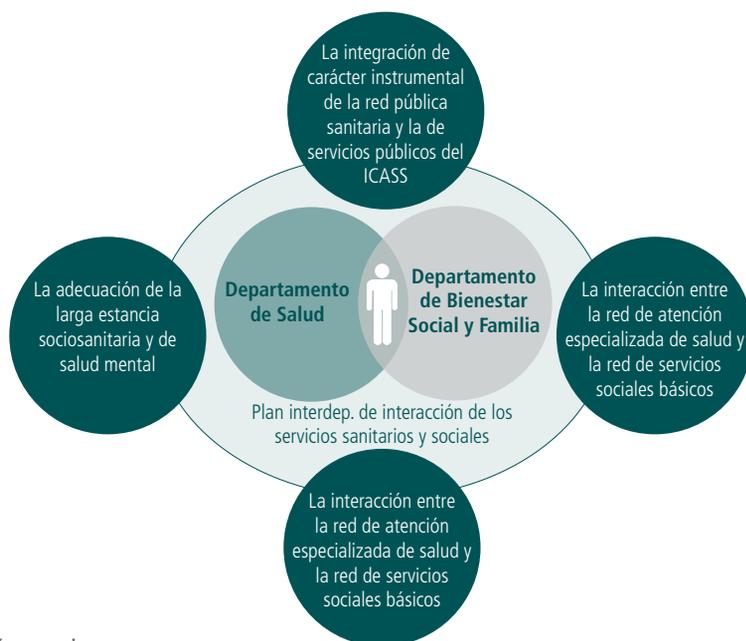
Integración de las redes:

- Residenciales asistidas de personas mayores y personas con discapacidad.
- Sanitaria de utilización pública.
- De servicios sociales básicos.
- De salud mental.
- De larga estancia socio-sanitaria.

- Interacción entre la red de atención especializada de salud y los servicios sociales básicos.
- Interacción entre los ámbitos sanitario y social de la red de salud mental.
- Adecuación de la larga estancia sociosanitaria y de salud mental.
- Modelo de gobernanza y gestión del Plan.

Este Plan interdepartamental articula una serie de esfuerzos que buscan optimizar los recursos actuales. Dado el contexto, hay que reordenar los actuales recursos económicos y humanos, sin la necesidad de requerir recursos económicos adicionales.

FIGURA 2. ÁMBITOS DEL PLAN INTERDEPARTAMENTAL DE INTERACCIÓN.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación se analizan cada uno de los ámbitos identificados en el Plan.

3.1. INTERACCIÓN ENTRE RESIDENCIAS ASISTIDAS DE PERSONAS MAYORES Y DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA DE ATENCIÓN A LA SALUD, LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS Y LOS HOSPITALES DE AGUDOS.

La finalidad es integrar la red pública sanitaria asistencial en el marco de convivencia de las residencias asistidas de personas mayores y de personas con discapacidad de la red de servicios públicos del ICASS.

“Con este Plan se supera el concepto de coordinación y llegamos al de la integración, es decir, a trabajar juntos”

Esta integración de carácter instrumental de ambas redes también responde a la necesidad de optimizar recursos y capacidades conjuntas, y establecer protocolos asistenciales comunes.

3.2. INTERACCIÓN ENTRE LA RED DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE SALUD Y LOS SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS.

El objetivo estratégico de este ámbito busca establecer mecanismos de coordinación que permitan hacer efectivas las necesidades de atención especializada, el continuum asistencial y la prestación de servicios sociales, generando vías de interacción donde las personas y sus necesidades sean el centro de los servicios.

Este modelo de colaboración busca paliar la falta de coordinación interna entre la red social y la sanitaria, ya que:

- Se trata de competencias que corresponden a diferentes administraciones (la Generalitat y los entes locales).
- Los ámbitos de actuación de las dos redes no coinciden.
- Los servicios sociales no disponen de un sistema de información unificado que permita compartir un conjunto mínimo de datos de las personas usuarias.

Fruto de esta situación, se hace necesario llevar a cabo un abordaje que:

- Posibilite una atención holística, proactiva y de proximidad.
- Facilite el mantenimiento de las redes familiares y sociales.
- Simplifique la relación con los servicios sociales y sanitarios.

Con estos planteamientos se ha realizado una prueba piloto, en 7 territorios¹³ diferentes, donde se ha:

- Identificado la población destinataria, entre la cual se encuentran las personas que están en su domicilio.
- Iniciado actuaciones supralocales que faciliten el trabajo conjunto de los profesionales de los ámbitos social y sanitario.

Este proyecto ha incorporado un sistema de seguimiento y evaluación, el cual ha permitido identificar toda una serie de variables clave:

- Habilitar una vía única de entrada a los servicios sociales de ambas redes.
- Situar a la persona como centro de la intervención.

¹³ Mancomunitat de la Plana (Adjuntament de Tonà), Cónsul Comarcal de l'Alt Penedès i Ajuntament de Vilafranca del Penedès, Ajuntament de Vilanova i la Geltrú, Ajuntament de Salt, Ajuntament de Lleida, Ajuntament de Mataró, Ajuntament de Reus.

- Desarrollar una cartera de servicios unificada en las líneas de actuación prioritarias.
- Potenciar el trabajo colaborativo y en red de todos los profesionales.
- Diseñar sistemas de información compartidos.
- Establecer objetivos comunes en los contratos programa con los proveedores de las redes social y sanitaria, con la finalidad de optimizar a largo plazo los recursos de las dos redes.

3.3. INTERACCIÓN ENTRE LOS ÁMBITOS SANITARIO Y SOCIAL DE LA RED DE SALUD MENTAL.

“El modelo asistencial se ha de adaptar a las nuevas necesidades de las personas”

La acción coordinada e integrada en la provisión de los servicios para personas con enfermedad mental es el procedimiento adecuado para responder a sus necesidades en el momento de acceder de manera efectiva y fluida a los diferentes niveles de atención de la red sanitaria y social.

Para disponer de un modelo conceptual, organizativo y de gestión integral de la atención a las personas con enfermedad mental que consolide la interrelación de estas redes de salud y servicios sociales, se ha realizado un trabajo conjunto entre el Departamento de Salud y el Departamento de Bienestar Social y Familia en base a la necesidad de una estrecha coordinación y complementariedad de las dos redes de atención, motivo por el que, aparte de contemplar la vertiente sanitaria de la enfermedad, también es necesario, paralelamente, cubrir las necesidades sociales del usuario que, desde una visión más amplia de carácter interdepartamental, también haría falta ampliar en los ámbitos educativo y laboral, entre otros.

Esta interacción es necesaria para:

1. Avanzar en una atención integral sanitaria y social a las personas con problemas de salud mental mediante un trabajo en red.
2. Promover protocolos de actuación conjunta de cara a la coordinación entre los diferentes servicios, para conseguir una atención centrada en las necesidades de la persona.
3. Garantizar la movilidad entre dispositivos (continuum asistencial), evitando caer en la institucionalización de las personas con enfermedad mental.
4. Analizar, a nivel territorial, los elementos que hay que promover para asegurar un acceso coordinado al sistema y, al mismo tiempo, facilitador de acciones preventivas, de recuperación y de reinserción comunitaria.

Este modelo integral ha de avanzar hacia completar las carteras de servicios de los dos departamentos, acabando de definir las intensidades de apoyo necesarias para asegurar la movilidad entre dispositivos antes mencionada.

3.4. ADECUACIÓN DE LA LARGA ESTANCIA SOCIO SANITARIA Y DE SALUD MENTAL.

De conformidad con lo que se establece en el acuerdo de gobierno, los principales motivos y factores que fundamentan la necesidad de llevar a cabo esta adecuación son la necesidad de hacer efectivo un enfoque comunitario en los servicios y en las prestaciones, con una visión global y de continuum asistencial, la necesidad de disponer de una organización basada en el sistema de atención integral e integrada de los servicios de base territorial, y la necesidad de adoptar los nuevos modelos de referencia en la atención y provisión de servicios socio sanitarios y de larga estancia de nuestro entorno.

El objetivo general de esta línea de trabajo es diseñar un nuevo escenario de los servicios socio sanitarios y de salud mental en Catalunya con la creación de un gran sector de atención a la larga duración, que incluya los servicios sociales actuales y la parte correspondiente de la larga estancia socio sanitaria y de salud mental.

Este hecho implica la elaboración de un plan estratégico de adecuación de la larga estancia socio sanitaria y de salud mental, que incorpore los objetivos, las acciones a desarrollar por parte de cada uno de los departamentos y un calendario de implantación.

3.5. MODELO DE GOBERNANZA Y GESTIÓN DEL PLAN.

El Plan se ha de desarrollar bajo criterios de participación, transparencia y evaluación de resultados.

Por este motivo se ha definido la estructura siguiente: un órgano de gobierno, así como un comité ejecutivo y uno operativo, los cuales permitirán velar por el logro de los objetivos establecidos en el Plan.

3.6. OTROS IMPACTOS.

Este nuevo abordaje derivado de la puesta en marcha del Plan Interdepartamental de Interacción de los Servicios Sanitarios y Sociales, a nivel del Departamento de Bienestar Social y Familia está impregnando otras iniciativas que se están llevando a cabo. Este es el caso de la futura Ley Catalana de Promoción de la Autonomía Personal, que integrará en su articulado este espíritu colaborativo entre los Departamentos de Bienestar Social y Familia y el de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ACORD GOV/120/2013, de 3 de setembre, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'interacció dels serveis sanitaris i socials. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 6.454.

Departament de Salut (2012). Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Departament de Salut (2012). Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC). Recuperat el 14 de febrer de 2014, des de <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.36e8d120a-1aac1ee5686da5bb0c0e1a0/?vgnnextoid=cf2a63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=cf2a63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD>

Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 1.324.

Organización Mundial de la Salud. (2010). Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS.

Proyecto “en mi casa” y centros multiservicios en Castilla y León.

CARLOS R. DE PABLOS PÉREZ. Director General de Familia y Políticas Sociales de la Junta de Castilla y León.

1. EL CONTEXTO Y LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN.
2. CENTROS MULTISERVICIOS.
3. PROYECTO “EN MI CASA”.

INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

1. EL CONTEXTO Y LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN.

Castilla y León es una de las Regiones más grandes y envejecidas de España y también de Europa. Actualmente, la población mayor de 65 años en Castilla y León significa el 23,01% del total de la población, frente al 17,40 % de España. Dentro del grupo de 65 y más años, el 36,03% entre los castellano-leoneses supera los 80 años, (6 puntos más que en el resto de la nación), lo que supone uno de los mayores índices de sobre-envejecimiento de España, unido a una esperanza de vida de las más altas del mundo.

La previsión es que en Castilla y León en el año 2020 una cuarta parte de sus ciudadanos será mayor de 65 años, más de cinco puntos porcentuales de la previsión para el conjunto de España.

Por otra parte, Castilla y León, además de envejecida, tiene una población dispersa en un vasto territorio. El 52% de las personas mayores de 65 años viven en el ámbito rural, en pequeños municipios (de menos de 1.000 habitantes), lo que necesariamente implica un mayor esfuerzo económico al sistema de Servicios Sociales de responsabilidad pública de Castilla y León para ofrecer los servicios y prestaciones a esta población en su propio ámbito.

De este somero análisis socio-demográfico de Castilla y León se infiere que la atención a las personas mayores es y será un gran reto, pero también un ámbito de enormes oportunidades.

En este contexto, se produce la aprobación de las medidas de racionalización del Sistema de Dependencia operadas por el Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Este conjunto de medidas inciden de forma significativa en la financiación y sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia de Castilla y León, al eliminar la financiación estatal por el nivel acordado que suponían 22,5 MM de euros anuales más la reducción en unos 13 MM de euros anuales por el nivel mínimo, entre otras medidas.

Esta modificación legislativa se produce en un momento en que la cobertura de plazas residenciales para personas mayores es del 7,49%, casi el doble que el estatal y el volumen de plazas vacantes se sitúa en el 22% del total. La significativa reducción de los importes de las prestaciones de dependencia, ya sea para financiar cuidados en el entorno familiar o para financiar la compra de servicios profesionales a través de la prestación económica vinculada a un servicio, incrementa el riesgo de pérdida de plazas residenciales y la consiguiente destrucción de empleo, fundamentalmente en el ámbito rural. Todo ello configura una situación compleja y preocupante, que pone en riesgo el sistema de atención a la dependencia implementado en Castilla y León y, en un sentido más amplio, de los propios Servicios Sociales en los que éste se integra.

Ante esta situación, la Junta de Castilla y León se encuentra en la disyuntiva de adoptar una medida más popular y económica, como es mantener el apoyo económico a los cuidados en el

entorno familiar, o bien, de forma más arriesgada y menos popular, priorizar la atención a las personas dependientes mediante servicios profesionales en detrimento de los cuidados informales para garantizar la viabilidad del sistema y la red de Servicios Sociales de Castilla y León, promoviendo la creación de empleo y la generación de actividad económica en la Comunidad Autónoma, con los consiguientes retornos, vía ingresos públicos, a las Administraciones Públicas (impuestos, cotizaciones, etc.).

En Castilla y León apostamos por potenciar los servicios profesionales frente a los cuidados informales, en los términos previstos en la legislación de dependencia, pese a tener éstos un coste mayor, para promover la generación de actividad de la economía y el empleo en este sector, en un contexto de grave crisis.

Para ello, se adoptaron, en el mismo mes de julio de 2012, dos grandes medidas encaminadas a hacer viable en el futuro la atención a las personas dependientes:

1. En primer lugar, para hacer “menos atractiva” la prestación de cuidados en el entorno familiar. Esta decisión no supone la descalificación de la labor, encomiable, de numerosos cuidadores familiares, sino que se opta por la atención profesional como garantía de una atención adecuada de las personas dependientes y compatible con el sostenimiento económico del sistema de servicios sociales. Para ello, la Comunidad Autónoma redujo un 15% adicional a la reducción acordada por el Real Decreto-Ley, del importe máximo de las prestaciones para cuidados en el entorno familiar.
2. Como contrapartida a la medida anterior, se potencia la atención profesional a las personas dependientes mediante la prestación económica vinculada, ya que aumenta la capacidad de elección de los usuarios, ajusta la oferta a la demanda, fomenta la competencia y la mejora de la calidad en la atención.

Esta apuesta por los servicios profesionales requiere de una triple garantía para lograr su plena efectividad:

1. Se ha de garantizar a las personas en situación de dependencia una capacidad de compra suficiente para poder adquirir servicios profesionales, para ello se incrementaron los importes máximos de las prestaciones económicas vinculadas en un 20%, para los grados III y I, y en un 74% para el grado II, para permitir el acceso a una atención básica y con un copago del usuario similar a la de las plazas concertadas.
2. Ha de existir una oferta de servicios profesionales suficientes y alternativos al cuidado familiar en el domicilio. En la mayoría de las ocasiones las personas mayores optan por permanecer en sus domicilios frente a una atención residencial convencional, por lo que hay que promover los apoyos profesionales precisos para garantizar la permanencia de las personas mayores en

su domicilio cuando así lo deseen. En este ámbito es fundamental la nueva figura denominada Centros Multiservicios.

3. Se ha de garantizar que la oferta y la demanda residencial para personas mayores se acerquen. La preferencia de las personas mayores por permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible y el elevado número de plazas residenciales vacantes denota un importante desajuste entre la oferta y la demanda residencial. Para acercar la demanda a la oferta es preciso abordar un nuevo modelo de atención residencial a las personas mayores que sea lo más parecido a su hogar y por lo tanto más atractivo para éstos. Este nuevo modelo de atención en Castilla y León se está pilotando, tanto en residencias públicas como privadas, bajo la denominación de Proyecto "en mi casa".

2. CENTROS MULTISERVICIOS.

Con esta figura, se trata de promover la existencia de servicios profesionales, fundamentalmente en el ámbito rural, para facilitar la permanencia en su domicilio de las personas mayores.

Bajo esta denominación se incluyen centros sociales autorizados por Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León e inscritos en el Registro de Entidades, Servicios y Centros (centros residenciales, centros de atención diurna, etc.) desde los que se presten servicios, además de los propios de atención residencial u otros servicios, para permitir a las personas mayores del entorno próximo al centro permanecer en su domicilio, prestándoles aquellos servicios y apoyos que precisen.

Se trata de crear "plataformas de servicios" capaces de proporcionar diferentes modalidades de atención y apoyo a las personas mayores de una manera flexible, ajustada a sus necesidades y en su propio entorno.

Desde estos centros se podrán proporcionar, en consecuencia, diversas prestaciones dirigidas a una población distinta de aquella que es usuaria estrictamente de la atención residencial o de las de centro de atención diurna, como son los servicios de promoción de la autonomía personal, ayuda a domicilio, servicios complementarios de apoyo a la permanencia en el domicilio (catering, lavandería, comedor...).

Con este tipo de centros, además de promover una oferta suficiente de servicios de atención a las personas en su domicilio, se aportan otras ventajas como:

- Mejora la atención a las personas del entorno en su domicilio.
- Ayuda a asentar población en los entornos rurales y favorece el empleo.
- Rentabiliza los servicios e instalaciones de los centros.
- Facilita la viabilidad económica de los centros.
- Facilita la transición de las personas de su hogar a la residencia.

En la actualidad, existen ya 209 servicios registrados en la modalidad de multiservicios para la permanencia en el domicilio de las personas mayores.

3. PROYECTO "EN MI CASA".

Cuando las personas mayores no pueden continuar en su domicilio u opten por acudir a un centro residencial, éste debe ser lo más parecido a una vivienda normal, un lugar grato y confortable, lo más parecido al propio hogar, por ello, la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León viene trabajando los últimos años en una apuesta decidida por la puesta en funcionamiento de un nuevo modelo de atención a las personas mayores en el ámbito residencial, que se está pilotando a través del denominado Proyecto "en mi casa".

Este nuevo modelo de atención a las personas mayores está basado en la atención centrada en la persona y sus principales características son:

1. Respeto por la identidad de la persona.
2. Respeto por sus decisiones, gustos y preferencias.
3. El centro no es un hospital, es una casa y por lo tanto la atención sanitaria debe situarse en "el exterior".
4. El centro no es un hotel, tiene las comodidades de un hogar, no las características de "lugar de paso" propias de la hostelería. El centro para cada residente pasa a ser su casa, donde vive, hasta que muere.
5. La vida en el centro tiene que responder a la cotidianeidad propia del hogar. Las actividades deben formar parte del quehacer diario.
6. La atención se plantea desde el conocimiento de la persona, de manera integral y centrada en ella.
7. Se identifican y potencian capacidades y se buscan apoyos para solventar limitaciones.
8. La familia pasa a ser una pieza clave: acompaña, ayuda, visita sin horarios establecidos, ayuda en algunas tareas.

Este nuevo modelo de atención se articula a través de las denominadas "unidades de convivencia" que agrupan de entre 12 y 15 personas mayores que comparten un espacio común de convivencia basado en parámetros similares a los de un hogar.

Para la implantación de este modelo, cuyo pilotaje se realizó inicialmente en la Residencia pública "Los Royales" de Soria y después se fue extendiendo a un conjunto de residencias privadas y públicas que voluntariamente quisieron incorporarse a los pilotajes (y que se extienden por las nueve provincias de Castilla y León), requiere una serie de cambios de tipo:

1. Arquitectónicos. Primando las habitaciones individuales y un diseño que facilite la organización en unidades de convivencia.

2. Organizativos. En primer lugar, para primar las preferencias y necesidades de las personas mayores frente a la organización. En segundo lugar, para habilitar espacios donde se realicen actividades propias del quehacer diario del hogar. En tercer lugar, de organización del personal, al que se adscribe con carácter permanente a una unidad de convivencia, lo que permite una mayor interrelación entre el personal y los usuarios de la unidad y viceversa y mediante la figura de un profesional de referencia para cada 3 ó 4 usuarios, y por último, para incorporar en su funcionamiento ordinario la participación activa de los familiares.

3. De cambio de imagen general de las instalaciones, para crear "ambiente de hogar", promoviendo que los usuarios se rodeen de los muebles, pertenencias y/o recuerdos que les han acompañado durante su vida como parte de su hogar.

El SAD, la teleasistencia y otros servicios de proximidad. Situación actual y perspectivas de futuro.

SABINA CAMACHO CALDERÓN. Directora General de ASISPA.

INTRODUCCIÓN.

1. EL SAD, CONCEPTUALIZACIÓN, OBJETIVOS, PRESTACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA.

- 1.1. ¿Qué es el Servicio de Ayuda a Domicilio?
- 1.2. Objetivos.
- 1.3. Prestaciones.
- 1.4. Profesionales del Servicio.
- 1.5. Formación y Cualificación del Personal.
- 1.6. Aplicaciones Informáticas.
- 1.7. Certificaciones en Calidad.
- 1.8. Principales Protocolos de Actuación.
- 1.9. Experiencia en la Gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio.
- 1.10. Perfil de Personas Atendidas.
- 1.11. Valoración del Servicio por parte de los usuarios.
- 1.12. Propuestas para mejorar la atención del SAD (calidad y calidez).

2. LA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA (TAD). CONCEPTUALIZACIÓN, PRESTACIONES, PROPUESTAS DE MEJORA.

- 2.1. ¿Qué es la teleasistencia y cómo funciona?
- 2.2. ¿Qué ofrece la teleasistencia?
- 2.3. Recursos del Servicios.
- 2.4. Valoración del Servicio.
- 2.5. Innovaciones en Teleasistencia.
- 2.6. Reflexiones y conclusiones.

INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

INTRODUCCIÓN.

Los Servicios de Proximidad (Teleasistencia, Servicio de Ayuda a Domicilio, comida a domicilio, lavandería a domicilio, etc.) nacen para dar apoyo a las personas que viven en sus domicilios cuando, por diversos factores, necesitan ayuda de un tercero por situaciones de salud, caídas, problemas de soledad, etc., contribuyendo a mejorar problemas de autonomía personal, y evitar situaciones de aislamiento y soledad.

Tienen funciones diversas y en muchas ocasiones complementarias, ofreciendo la atención necesaria para que las personas mayores y/o dependientes puedan continuar viviendo en su casa, que es lo que todos queremos y la mejor alternativa, siempre que no haya una dependencia tan severa que lo haga imposible.

Por su propia naturaleza, los servicios de proximidad mantienen un contacto continuado con las personas que lo necesitan y con su entorno, lo que por una parte les permite actuar ellos mismos como una herramienta de prevención y, por otra parte, les coloca en una posición privilegiada para poder detectar necesidades y situaciones de riesgo.

Es por todo ello que se hace necesario que los profesionales que prestan estos servicios han de contar con la formación requerida para cada categoría profesional, pero esto no es suficiente. La capacitación profesional tiene que ser continua y, además, el profesional ha de tener las competencias propias del puesto, estar inmerso en un equipo de trabajo y motivado para el desempeño de sus tareas.

Todos los servicios de proximidad tienen un coste, por supuesto distinto en función de la prestación, pero no han de verse sólo como un coste, sino como una inversión, con retornos: A) La asistencia a las personas mayores en su medio habitual, en su domicilio, en su barrio. B) Prevención de la dependencia que supone un menor gasto social y sanitario. C) El empleo que produce.

La administración pública, entidades y empresas, nos deberíamos sentar a valorar la situación actual de los distintos servicios, pensar en nuevas prestaciones que se podrían realizar en los domicilios de la persona dependiente para rentabilizar lo máximo posible, tanto económicamente, como socialmente las distintas prestaciones.

De entre todos ellos, en este capítulo nos vamos a centrar en los dos más importantes: el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y el de Teleasistencia, con la intención de tratar de poner de relieve las que son sus mayores potencialidades y las posibilidades que se abren o que deberían abrirse de cara al futuro.

1. EL SAD, CONCEPTUALIZACIÓN, OBJETIVOS, PRESTACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA.

1.1. ¿QUÉ ES EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO?

La norma de Calidad UNE 158301:2007, define el Servicio de Ayuda a Domicilio como *“un programa individualizado, de carácter preventivo, educativo, asistencial y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial, familiar, convivencial, de relaciones con el entorno y otros, prestados en el domicilio de aquellas personas cuya independencia funcional se encuentra limitada, o que atraviesan una situación que causa su dependencia en algún grado”*.

1.2. OBJETIVOS.

Objetivo General.

Incrementar la autonomía de la persona usuaria del Servicio y apoyar a su familia o unidad de convivencia, para que pueda permanecer en su domicilio y su entorno habitual, el mayor tiempo posible, manteniendo el control sobre su propia persona.

Objetivos Específicos.

El servicio se debe orientar hacia la consecución de los siguientes objetivos específicos:

Con las personas en situación de dependencia.

- *Promover cambios conductuales* en la persona tendentes a mejorar su calidad de vida.
- *Facilitar la realización de tareas* y actividades que no puede ejecutar por sí mismo.
- Fomentar el *desarrollo de hábitos saludables* (alimentación, higiene...).
- *Potenciar*, dentro de las posibilidades de la persona, el *desarrollo de actividades en su propio domicilio* y entorno comunitario.
- *Prestar los apoyos necesarios al usuario/a* para facilitar su autonomía, mantener su independencia y seguir viviendo en su domicilio.
- *Proporcionar seguridad* al usuario/a, atenuando sus temores de sentirse desasistido/a en caso de necesidad y aumentar su autoestima personal.
- *Favorecer su salud mental* y retrasar el deterioro, manteniendo su hábitat, su relación con las personas, lugares y objetos que han configurado su entorno existencial y paliar así posibles problemas de aislamiento social.
- *Adecuar la vivienda a las necesidades* de la persona atendida.

Y en definitiva respetar el sentir mayoritario de los/as usuarios/as, quienes expresan el deseo de *permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible*.

Con las Familias.

- *Mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia y de su entorno, potenciando los vínculos familiares, vecinales y de amistad.*
- *Ofrecer un apoyo social y asistencia a las familias y/o cuidadores que realizan el esfuerzo de mantener en su medio a las personas mayores y/o con discapacidad.*
- *Mantener informados a los familiares sobre la evolución de la persona atendida con discapacidad y/o dependencia.*
- *Favorecer el apoyo a las familias para que puedan continuar su actividad laboral garantizando que las personas que lo precisan estén atendidas.*

Con el Personal.

- Apoyar en la estabilidad y calidad del empleo.
- Trabajar en la formación continua de los profesionales.
- Promover el trabajo en equipo.
- Potenciar la promoción interna.

Con la Sociedad.

- *Promover la investigación en el campo geriátrico y en el de las personas con discapacidad, en sus vertientes clínica y biopsicosocial.*
- *Apoyar en la estabilidad y calidad del empleo con la contratación de trabajadores con discapacidad y de riesgo de exclusión social.*
- *Implantar un modelo de gestión con Responsabilidad Social Corporativa.*
- *Contribuir a la protección del Medio Ambiente y la adecuada recuperación de los recursos.*

1.3. PRESTACIONES.

Atención Doméstica.

- Limpieza de la vivienda.
- Lavado, planchado, repaso y organización de la ropa dentro del hogar.
- Realización de compra de alimentos y de otros productos de primera necesidad, a cargo del usuario.
- Elaboración de alimentos en el hogar.
- Tareas de mantenimiento básico de utensilios domésticos y de uso personal.

Atención Personal.

- Apoyo en la higiene personal.
- Apoyo en la movilización dentro del hogar.

- Adiestramiento en la realización de actividades de la vida cotidiana en el entorno doméstico.
- Ayuda para la ingestión de alimentos.
- Ayuda en la toma de medicamentos.
- Recogida y gestión de recetas y demás documentos.
- Acompañamiento al usuario para facilitar respiro familiar al cuidador principal.

Actividades Complementarias.

Además de la propia prestación del servicio, en el SAD desde ASISPA se realizan otras actividades que complementan el servicio y le dotan de mayor calidad.

- **Actividades Socioculturales:** Al menos una visita cultural al mes, aprovechando el patrimonio cultural de la Ciudad, en la que participan personas usuarias y familiares.
- **Talleres de Envejecimiento Activo:** El Taller incluye 4 sesiones formativas de 2 horas de duración (cada sesión), en las que se trabajan temas como: Prevención de caídas en los domicilios, ¿Depresión?, no gracias, Como activar la memoria, Técnicas de relajación, Inteligencia emocional, Risoterapia, etc., entre otros.
- **"Pintura a Domicilio":** En colaboración con la ONG Cooperación Internacional, formamos parte de un programa de Relaciones Intergeneracionales, en el que voluntarios, jóvenes, durante dos meses al año, se dedican a pintar los domicilios de aquellas personas mayores y/o con discapacidad, con pocos recursos.
- **Celebración de Centenarios:** Felicitación a todas aquellas personas atendidas que cumplen 100 o más años. Además se les hace un regalo y participan en la celebración.

1.4. PROFESIONALES DEL SERVICIO.

El servicio del SAD en ASISPA lo componen los siguientes profesionales:

- **Dirección del Servicio.** Es la persona que dirige, coordina, planifica y gestiona el servicio.
- **Coordinador/a (Diplomado/a en Trabajo Social).** Organiza y gestiona el trabajo de las auxiliares en base al Plan Individualizado de Atención del usuario. Supervisa y realiza seguimiento individualizado del personal auxiliar.
- **Ayudante de Coordinación.** Facilita apoyo al/la Coordinador/a, elaborando la planilla de las auxiliares y controlando la prestación de los servicios prestados.
- **Personal Auxiliar de SAD.** Son los profesionales, que bajo la supervisión de la Coordinadora, realiza las tareas asignadas de modo que se alcancen los objetivos que en cada momento estén planteados en el Plan Individual de Atención a la persona usuaria.

- Departamento de Administración y Selección. Elabora las facturas, Informes y Memorias del servicio. Se encarga de la selección y contratación del personal auxiliar.

El personal del SAD está organizado conforme al siguiente Organigrama:



1.5. FORMACIÓN Y CUALIFICACIÓN DEL PERSONAL.

Desde sus inicios, ASISPA ha tenido la inquietud por mejorar la calidad en la atención. Y fruto de esta preocupación ha sido la creación, en 1989, del Departamento de Formación con el objetivo de acrecentar su cualificación profesional y asegurar la mejora continua.

Cada año se desarrolla el Plan Anual de Formación que el Departamento gestiona respondiendo a las demandas, de los profesionales del servicio previo estudio de éstas a través del Cuestionario de Necesidades Formativas.

Formación Inicial:

Todos los trabajadores de nueva incorporación reciben una formación inicial de acogida de 15h de duración en la que se incluye una presentación de la Entidad, temas relativos al trato y cuidado de personas mayores y/o con discapacidad y la normativa legal en materia de Prevención de Riesgos Laborales.

Formación Continua:

Comprende la formación vinculada a la mejora de la calidad en el trabajo con personas en situación de dependencia que mejora su capacitación para el desempeño del puesto actual, sus actitudes, comunicación y comportamientos orientados a la atención de la persona usuaria y sus familias, así como para que les permita aumentar sus conocimientos y mejorar su cualificación.

Además de la formación impartida a los profesionales que trabajan en la entidad, también se imparte formación a personas desempleadas con el objetivo de capacitarles en diferentes perfiles profesionales de atención a personas en situación de dependencia.

El Departamento de Formación de ASISPA cuenta, desde julio de 2009, con la certificación según la Norma UNE-EN ISO 9001:2008.

1.6. APLICACIONES INFORMÁTICAS.

El departamento tecnológico de ASISPA ha venido desarrollado aplicaciones informáticas que facilitan la gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio. Estas herramientas agilizan la recogida de información y liberan a los profesionales de tareas administrativas para dedicar mayor tiempo al seguimiento de la atención a las personas usuarias.

La aplicación GestISAD, está diseñada para facilitar la gestión integral del Servicio, adaptándose a las necesidades específicas de los usuarios (datos personales, horas de atención, tipo de prestación, auxiliar que realiza el servicio, supervisiones de las auxiliares, visitas realizadas por la coordinadora, incidencias, etc.).

1.7. CERTIFICACIONES EN CALIDAD.

El Servicio de Ayuda a Domicilio de ASISPA tiene implantando, desde el año 2000, un sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma *UNE-EN-ISO 9001:2008* y está integrado junto con un Sistema de Prevención de Riesgos Laborales, según la especificación *OHSAS 18001:2007*, desde el año 2005.

Además dispone de la certificación de la Norma *UNE 158301:2007. Servicios para la Promoción de la Autonomía Personal. Gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio.*

Además, ASISPA dispone del *Certificado que acredita la Autoevaluación realizada según el modelo EFQM de excelencia empresarial.*

Certificación ISO 22320:2011, Sistema de gestión de Protección y Seguridad de los ciudadanos y gestión de emergencias. Esta norma establece los requisitos de respuesta ante emergencias con

el objetivo de minimizar el impacto de los incidentes.

1.8. PRINCIPALES PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN.

Los procesos claves del SAD se concretan:

- Inicio y Fin del Servicio.
- Prestación del Servicio.
- Seguimiento de Incidencias.
- Evaluación General.
- Satisfacción y Mejora.

Cada uno de estos procesos incluye una batería de Protocolos de Atención que concretan el modo de intervención, actuaciones, responsabilidades y registros de los profesionales que trabajan en el SAD.

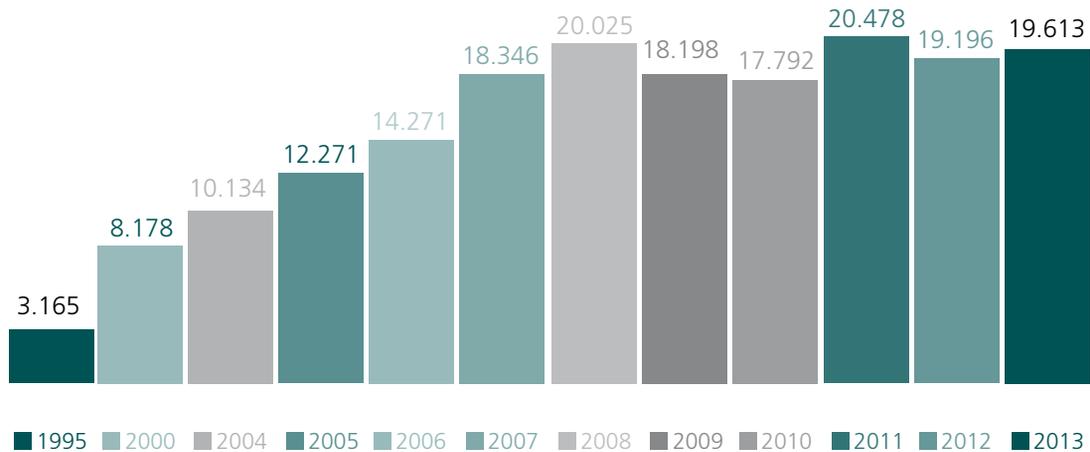
Destacar en este apartado:

- *Visitas de alta*: la importancia de visitar los casos antes de iniciar el servicio, para conocer la realidad del nuevo domicilio, explicar las características y funcionamiento del SAD y eliminar dudas y miedos que pueda tener la persona a atender.
- *Visitas de presentación*: en todos los casos nuevos se presenta la auxiliar que va a realizar el servicio y por tanto va a ser la titular del caso.
- *Visitas de seguimiento*: anualmente, se visitan todos los casos, con el objetivo de revisar los objetivos iniciales, detectar nuevas necesidades y conocer su grado de satisfacción con el servicio.
- *Supervisiones con el personal de atención directa*: Anualmente se realizan sesiones de seguimiento con el personal de atención directa, con el objetivo de lograr la mejora del rendimiento del personal, aumentar su competencia y asegurar la calidad de los servicios. Este espacio de supervisión lo entendemos como control y evaluación de la auxiliar pero orientado al apoyo en el desarrollo de sus tareas e integración en el equipo de trabajo.

1.9. EXPERIENCIA EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.

ASISPA inició la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio en 1981 y en la actualidad atiende a más de 19.000 usuarios/as distribuidos por distintos municipios.

En el gráfico que se presenta a continuación se observa la evolución que se ha experimentado en volumen de usuarios atendidos, desde el inicio de nuestra actividad en 1981, contribuyendo a consolidar nuestra experiencia en el desarrollo del servicio.



1.10. PERFIL DE PERSONAS ATENDIDAS.

Actualmente el perfil de los usuarios de SAD que se atienden es el siguiente:

- Mujer (77,8%), mayor de 80 años (80,2%) y vive sola (51,7%).
- En cuanto al tipo de atención, predomina la atención mixta (atención personal + atención doméstica) con un 51,6%.
- Intensidad horario: el 61,7% de los usuarios recibe más de 10 horas de atención al mes.

1.11. VALORACIÓN DEL SERVICIO POR PARTE DE LOS USUARIOS.

- Supone un beneficio y apoyo a los familiares.
- Se siente más seguro, y más acompañado.
- Contribuye a mejorar su estado de autonomía, independencia y estado de ánimo.

1.12. PROPUESTAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DEL SAD (CALIDAD Y CALIDEZ).

Como ha podido verse en el gráfico anterior, la evolución del SAD, que fue paulatinamente creciendo hasta el año 2008, ha roto esa tendencia a partir de entonces. Esta línea evolutiva observada en ASISPA coincide con las que se describen por otras entidades proveedoras, así como por parte de las Administraciones Públicas y de los Organismos Internacionales.

La explicación que se da a este cambio de tendencia es doble: por una parte, por la situación de crisis económica que ha reducido los presupuestos en servicios sociales; pero, por otra parte, por la entrada en vigor de la LAPAD que ofrece prestaciones económicas sobre todo para cuidados del entorno familiar.

Si a ello se le une la concepción generalizada de que hay que aplicar modelos que garanticen

tanto la atención integral (y coordinación de servicios) como la atención personalizada, se concluye que es preciso desarrollar líneas de mejora, entre las que se proponen:

- Mejorar la formación de los/as trabajadores del SAD en relación con el modelo de atención integral y centrada en la persona.
- Garantizar la elaboración de Planes personalizados y participativos y realizar un seguimiento muy personalizado.
- Intensificar los apoyos a las familias (formación, asesoramiento y respiro).
- Respuesta rápida ante incidencias/urgencias.
- Seguimiento y evaluación del trabajo prestado por el personal de atención directa: supervisiones, evaluaciones y reuniones.
- Participación en Grupos de Mejora.
- Incrementar el trabajo comunitario y buscar mayor coordinación con los recursos comunitarios.

2. LA TELEASISTENCIA DOMICILIARIA (TAD). CONCEPTUALIZACIÓN, PRESTACIONES, PROPUESTAS DE MEJORA.

2.1. ¿QUÉ ES LA TELEASISTENCIA Y CÓMO FUNCIONA?

Es un servicio asistencial y preventivo que favorece la permanencia de los usuarios en su medio habitual en contacto con su entorno socio-familiar. Les permite mantener su autonomía con la tranquilidad de contar de forma inmediata con ayuda, si la necesitaran.

El servicio ofrece apoyo y ayuda personalizada las 24 horas del día, a través de la línea telefónica fija y móvil y un equipamiento de comunicaciones e informático específico, permitiendo a las personas mayores y/o dependientes entrar en contacto verbal con un Centro de Atención especializado, con sólo presionar el pulsador que han de llevar siempre consigo, bien como colgante o como pulsera. En las situaciones que lo requiera se presta asistencia directa y personal al usuario.

En cuanto a su funcionamiento, es el siguiente:

- Se instala en el domicilio un equipo que va conectado a una Central de Atención de Llamadas (CA), a través de la línea telefónica.
- El equipo dispone de un pulsador en forma de colgante o pulsera, que permite activar el sistema desde cualquier parte del domicilio y establecer comunicación manos libres con el centro de atención.
- El operador recoge información, consulta el expediente socio-sanitario y moviliza los recursos necesarios para solucionar la contingencia. Si fuera preciso, se envía la Unidad Móvil al domicilio.

- Posteriormente se realiza seguimiento telefónico para confirmar la llegada de los recursos y la resolución de la crisis.

2.2. ¿QUÉ OFRECE LA TELEASISTENCIA?

Objetivos.

- Atiende de forma inmediata las necesidades y demandas de usuarios ante contingencias personales, sociales o médicas.
- Proporciona y transmite al usuario la sensación de apoyo que atenúe los temores de éste a sentirse desasistido en caso de necesidad.
- Recuerda la realización de actividades a través de una Agenda personalizada.
- Reduce los sentimientos de soledad y evita estados de angustia y ansiedad al ofrecer seguridad y un contacto permanente.
- Apoya o complementa a otros servicios (Servicio de Ayuda a Domicilio, Centro de Día, etc.).

Todo lo anterior está orientado a su objetivo general, que es favorecer la permanencia de la persona en situación de fragilidad o dependencia en su medio habitual de vida.

Son prestaciones de la TAD:

- Atención inmediata. El servicio de TAD ofrece atención inmediata las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Movilización de los recursos necesarios ante cualquier emergencia, desplazando al domicilio los recursos necesarios para solventar esa crisis.
- Seguimiento telefónico y presencial de las situaciones de emergencia. Siempre respetando la autonomía, intimidad y ayuda si lo necesitas (pero sólo si lo necesitas).
- Atención presencial en el domicilio a través de la Unidad Móvil. La Unidad Móvil agiliza la resolución de las situaciones de crisis desplazándose al domicilio para hacer una primera valoración del estado del usuario y en colaboración con el resto de recursos comunitarios (Servicios Sanitarios, Emergencias Sociales, Bomberos, Fuerzas de Seguridad, etc.) para dar una resolución ágil al problema planteado.
- Custodia de llaves. El rápido desplazamiento de las unidades móviles y la posesión de llaves de los usuarios, permite una atención eficaz de las situaciones de crisis y evitar consecuencias derivadas de un retraso en la atención (por ejemplo en caso de caída).

- Agenda Personal de seguimiento. Con propósito preventivo, se programan llamadas con diversas finalidades:

- Recordar la realización de actividades: toma de medicación, consultas médicas, cumpleaños,...
- Realizar seguimiento del estado personal (salud, relación con el entorno,...).
- Dar apoyo continuado mediante llamadas que realiza habitualmente la misma persona, que se convierte en el operador de referencia y con él que se acaba creando una relación de confianza.
- Estimular al mayor a una vida activa y saludable: hábitos alimenticios, ejercicio diario,...
- Coordinación con otros Servicios: Centros de Día, Teleasistencia, SAD, Centros Salud.

El hecho de llegar al domicilio de miles de usuarios, con los que se mantiene un contacto continuado y de contar con una base de datos permanentemente actualizada, de los aspectos socio-sanitarios más relevantes de los mismos, con este servicio se permite ejercer una labor de "vigía" excepcional sobre una población vulnerable.

Actualmente, es uno de los servicios de proximidad que mayor cobertura tiene.

Prestaciones complementarias.

La TAD es un servicio muy versátil, al que pueden añadirse prestaciones complementarias que añaden valor y dan calidad de vida a las personas.

Actualmente, nuestra entidad ya facilita prestaciones complementarias como las siguientes:

- Asesoramiento telefónico en aspectos jurídicos, psicológicos, médicos o económico-financieros.
- Campañas telefónicas informativas de carácter preventivo (alerta ante ola de frío o de calor, p. ej.).
- Actividades de dinamización realizadas por nuestra entidad, que propician la participación de las personas y fomentan lazos de amistad y solidaridad, como las fiestas realizadas en residencias.
- Jornadas Intercentros:
 - o Concursos de ASISPA (Poesía, Relato corto, Fotografía, Pintura).
 - o Jornadas envejecimiento activo.

- o Jornadas solidaridad Intergeneracional.
- o Jornadas voluntariado.
- o Tertulia "Palabras mayores".
- o Visita a museos, actividades culturales (visitas a museos, exposiciones, conciertos, cine...).

2.3. RECURSOS DEL SERVICIOS.

Recursos Humanos.

- Operador/a.
- Coordinador/a.
- Oficial de Unidad Móvil.
- Técnico instalador.
- Supervisor.
- Responsable centro de atención.
- Director de servicio.
- Responsable de llaves.

El trabajo en equipo y la formación son imprescindibles para dar un buen servicio de teleasistencia. En el personal de teleasistencia se valoran especialmente las habilidades de comunicación y la capacidad para trabajar en equipo, como en cualquier servicio de atención a mayores y dependientes, cuyo abordaje ha de tener siempre un enfoque interdisciplinar.

En Teleasistencia, al igual que en los demás servicios de ASISPA, se presta una atención especial a los profesionales del servicio. Los aspectos que consideramos fundamentales son:

- La **capacitación**: el personal recibe formación relacionada con su puesto de trabajo de manera continua.
- La **motivación**: se fomenta desde un modelo participativo, porque creemos que integrar las aportaciones de todo el personal es la mejor forma de garantizar un servicio atento a las nuevas necesidades y en continua mejora.
- La **continuidad** en la plantilla favorece la estabilidad en la organización, la calidad y el método de trabajo. El 92% del personal tiene contrato indefinido.

Como se ha dicho en el apartado relativo al SAD, la formación de los profesionales es esencial porque sus resultados revierten directamente en la calidad de la atención que se presta. Y para prestar todos estos servicios, los profesionales tienen que contar con la formación requerida en cada categoría profesional, no solo de manera inicial sino también renovada y continua.

Al prestar la ayuda en el domicilio, los servicios de proximidad se acercan al entorno más sensible de las personas. El personal del Servicio tiene por ello que cuidar los detalles y ser

respetuoso para no resultar invasivo. Por ello, resulta imprescindible que los profesionales tengan las competencias propias del puesto, pero también que estén integrados en un equipo de trabajo y motivados para el desempeño de su labor.

Y no sólo eso, es fundamental que su actuación se rija por principios éticos, que exista un código deontológico que guíe al profesional para que intente siempre comprender a cada persona usuaria individual y su entorno, que lo trate con respeto y buena disposición y, en general, utilice siempre las prácticas más adecuadas para mantener y mejorar su autonomía personal y sus relaciones con el entorno.

RECURSOS TÉCNICOS O MATERIALES.

Equipos Domiciliarios.

El equipo de *teleasistencia domiciliaria* va conectado a la línea telefónica y a la luz. Este terminal conecta todos los dispositivos adicionales que se instalen en el domicilio (pulsador/es, detector de gas, detector de humo, detector de caídas, etc.).



El *Pulsador Remoto* dispone de un botón cuya pulsación desencadena la activación del sistema, vía radio. Debe ser ligero y de fácil manejo.



Dispositivos Periféricos.

Los adelantos técnicos han propiciado la incorporación de estos dispositivos, que dotan de carácter preventivo al servicio detectando y alertando precozmente de situaciones de riesgo domésticas, aumentando así la protección de las personas usuarias más vulnerables frente a situaciones de peligro y evitando y/o reduciendo la gravedad de sus efectos.

Los más extendidos son los siguientes:

- *Detectores de Gas.*
- *Detector de Humo.*
- *Detector de Pasividad/Movilidad.*
- *Dispensador de Medicación.*
- *Detector de Caídas.*

Detectores de Gas	
Detectores de Humo	
Detector de Pasividad/Movilidad	
Dispensador de medicación	
Detector de caídas	

Teleasistencia Móvil.

Es un dispositivo que utiliza tecnología GPS, lo que permite a la persona usuaria contactar con el Centro de Atención desde cualquier sitio en el que se encuentre y a su vez hace posible que el Centro de Atención pueda localizar geográficamente de forma remota al usuario en situaciones potencialmente peligrosas (episodios de desorientación, pérdidas de conocimiento inesperadas, etc.). De esta forma, aumenta la autonomía de la persona sin renunciar a su seguridad.



2.4. VALORACIÓN DEL SERVICIO.

El servicio de TAD está muy bien valorado por las personas que lo reciben y por sus familiares, estando la puntuación de la encuesta anual que se realiza en torno al 90%.

Lo mismo cabe decir con respecto a la evaluación periódica de la prestación de este servicio por parte de las Administraciones Públicas en las que se mide, entre los aspectos relevantes, el grado de satisfacción expresada a los técnicos por las personas usuarias, el cumplimiento de plazos y compromisos, la calidad de la información y documentación requerida. En esta dimensión, la puntuación media obtenida por nuestra Entidad en la última evaluación efectuada, ha sido de 4,74 sobre 5.

2.5. INNOVACIONES EN TELEASISTENCIA.

El Servicio de Teleasistencia tiene un alto componente tecnológico y esto lo hace idóneo para incorporar nuevas prestaciones que ofrecen las nuevas tecnologías, como por ejemplo:

- Teleasistencia para personas con dificultades de comunicación.

SmartCom es un sistema pionero de comunicación ideado para personas usuarias con deficiencias auditivas o en el habla que les impidan la comunicación efectiva a través del dispositivo de teleasistencia (por déficits sensoriales, traqueotomía, afasia...) y no sufran deterioro cognitivo o de memoria, temblores esenciales o deficiencias visuales. Deberán tener conocimientos básicos de lectura y escritura, y buena movilidad de manos.

Este sistema ha supuesto un avance en accesibilidad, al hacer posible una atención plena a personas usuarias del servicio de teleasistencia con dificultades de comunicación verbal, ampliando las posibilidades de interacción que estas personas usuarias tenían anteriormente con el Centro de Atención, tanto en casos de emergencia como en el seguimiento periódico de su estado.



- **Telemedicina para Usuarios con Enfermedades Crónicas y Dificultades de Movilidad.** Aunque todavía incipiente, la **Telemedicina** es un medio eficaz para la atención de personas con enfermedades crónicas, residentes en sus domicilios (tele-monitorización) y dificultades para desplazarse a los centros de salud. Existen ya en el mercado herramientas (equipos y software) que permiten por ejemplo la monitorización de enfermos crónicos con un doble objetivo: un seguimiento más intensivo sin necesidad de desplazamientos (la persona puede tomarse las medidas en casa diariamente a través del sistema, que avisará si existen valores anormales) y una disminución de la frecuentación de los crónicos a los servicios de salud (atención primaria, especializada y urgencias).

- **Telerehabilitación** por medio de tecnologías de la información para la intervención y soporte a distancia de personas con discapacidad.

La telemonitorización de enfermos crónicos o la telerehabilitación son dos ejemplos claros de telemedicina que pueden implantarse en colaboración con el servicio de teleasistencia, de manera que se aprovechen sinergias, se optimicen recursos y se gane en eficiencia.

- **Domótica en Domicilios.** Son también diversos los sistemas de domótica que existen actualmente y que podrían integrarse con el equipamiento de teleasistencia para hacer más sencilla la vida de las personas dependientes (apertura de puertas, control de climatización, control de hábitos para detectar anomalías...).

Pero además de la tecnología propiamente dicha, la teleasistencia permitiría desarrollar una serie de programas preventivos aprovechando la infraestructura con la que ya hoy contamos:

- Campañas informativas sobre actividades preventivas (vacunación, riesgos domésticos...).
- Programas preventivos de aislamiento social.
- Programas de intervención en situaciones de abandono.
- Programas de detección de pobreza extrema.
- Programa de intervención para la supresión de barreras arquitectónicas.

2.6. REFLEXIONES Y CONCLUSIONES.

Respecto a la situación actual.

- El servicio que se presta en nuestro país no es homogéneo y tiene prestaciones diferentes según la modalidad que definan las distintas administraciones.
- Las distintas administraciones han de pensar en que la calidad tiene un precio, por lo que la oferta económica no tendría que tener tanta relevancia.
- Las personas que viven en extrema soledad, pobreza... a través de los servicios de proximidad son más fácilmente detectables.
- La coordinación socio-sanitaria es necesaria.

Respecto al servicio.

- El servicio de Teleasistencia es complementario del resto de Servicios de Proximidad y en combinación con otras actividades y prestaciones complementarias es una herramienta muy útil para evitar el aislamiento social.
- Las nuevas tecnologías aplicadas a la atención a personas abren un amplio abanico de posibilidades de intervención.
- Con la implantación de nuevas tecnologías no podemos perder de vista el factor humano.
- Tenemos que combinar las innovaciones tecnológicas con las necesidades de las personas y aceptación de ellas, teniendo mucho cuidado en no invadir su intimidad o coartar su libertad.
- La tecnología puede facilitar la vida de las personas, pero los profesionales son los que transmiten las emociones y los sentimientos.
- Prestar un servicio con calidad, calidez y cercanía es fundamental, y debe hacerse siempre desde el respeto y la profesionalidad.
- Los servicios a las personas no han de verse como un gasto si no como una inversión. Al igual que el resto de los servicios de la dependencia, el TAD tiene un triple retorno a la sociedad:
 - o Mejora el bienestar actual de las personas a las que atiende.
 - o Tiene un efecto preventivo, que evita mayores problemas futuros.
 - o Produce empleo, el cual genera ingresos y activa la economía a través del consumo.

Comida a domicilio como servicio de proximidad: el programa Xantar na Casa.

MILAGROS NIETO FERNÁNDEZ. Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar.

INTRODUCCIÓN.

1. EL PROGRAMA XANTAR NA CASA.

1.1. Objetivos.

1.2. Desarrollo y puesta en marcha del programa.

2. RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

**INNOVACIONES
PARA VIVIR BIEN
EN CASA**

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

INTRODUCCIÓN.

Situándonos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia nos encontramos con las siguientes características propias:

1) Un fenómeno masivo de envejecimiento, que se manifiesta fuertemente y que será más notable en los próximos años. En este sentido, tenemos que hablar de un incremento de edades dentro del colectivo de personas mayores. La esperanza de vida en la CA Gallega se sitúa en los 82 años de edad en el 2011 (mujeres: 85,8 de media y hombres: 79 de media). En general, se considera que España tiene una estructura poblacional envejecida, teniendo en la actualidad una tasa de envejecimiento por encima del 16%, en el caso de la CA Gallega el índice de envejecimiento crece hasta el 23% de la población, lo que supone 7 puntos por encima de la media nacional. Además en Galicia existen unas provincias más envejecidas que otras, con diferencia Lugo y Ourense cuentan con un índice de envejecimiento que se aproxima mucho al 30%. Tenemos que destacar, también, la especial relevancia que tiene esta tendencia al envejecimiento en zonas rurales aisladas.

Cada vez las personas viven más años, por lo que se prevé un aumento de las situaciones de dependencia, así como un debilitamiento de la capacidad de atención por parte de las redes familiares, debido al cambio de roles y modelos familiares.

2) Otro aspecto a tener en cuenta en nuestra Comunidad Autónoma es la elevada dispersión geográfica. Galicia tiene una extensión de unos 30.000 Km² aproximadamente, pero existe una desigualdad importante en la densidad de población (94,5 habitantes/km²). De esta forma, la población gallega se centra principalmente en la costa, a lo largo del eje atlántico: Ferrol, A Coruña, Santiago y Vigo. Existen en Galicia un elevado número de entidades singulares de población con más de 30.000 núcleos de población lo que supone casi un 50% del total de entidades singulares de toda España. Así la población gallega se encuentra dispersa en multitud de pequeños asentamientos que cubre todo el territorio, especialmente en zonas costeras.

3) A esta dispersión geográfica se une una orografía muy complicada lo que dificulta el acceso a determinados lugares y las vías de comunicación, por lo tanto inciden en la ordenación y planificación del sistema de servicios sociales de forma muy importante.

En un contexto con estas peculiaridades poblacionales se hace necesario la aplicación de políticas y servicios homogéneos que permitan el acceso de la población a los recursos sociales en las mismas condiciones independientemente del lugar donde se resida: área urbana, metropolitana, zona rural o de elevada dispersión.

Por otro lado, tenemos que señalar como principales problemáticas de las personas mayores de nuestro entorno las siguientes:

1) Bajos ingresos económicos, con normalidad en esta etapa de vida la principal fuente de ingresos son las pensiones, ya sean contributivas como no contributivas. En Galicia, concretamente, hablamos de pensiones procedentes del régimen especial agrario o de pensiones no contributivas que muchas veces no son suficientes para afrontar los gastos que tienen estas personas.

2) Problemáticas de salud: con el incremento de edad y el envejecimiento secundario, aumentan los problemas de salud. A estas edades aumentan, sobre todo, los procesos crónicos y degenerativos de salud, lo que conlleva un incremento de situaciones de dependencia, y por lo tanto, una mayor necesidad de atención y cuidados especializados. También en este sentido, se deben de tomar medidas para limitar el aumento de personas de edad dependientes, mediante la promoción de un envejecimiento activo y saludable.

3) Personas mayores que viven solas: suelen ser personas solteras o viudas que acaban viviendo solas en su domicilio habitual, lo que provoca en muchos casos problemas psicosociales de soledad y aislamiento. En este punto debemos de distinguir entre soledad, que es la palabra que hace referencia a pocos contactos y ausencia total o parcial de redes sociales; y aislamiento que se refiere a que, aunque existen relaciones sociales, la persona se siente sola.

Son principales intereses de las personas mayores:

- Mantenerse autónomos el máximo tiempo posible y retrasar al máximo el tiempo de depender de otros para poder realizar las actividades de la vida cotidiana. A mayor autonomía mayor capacidad para tomar sus propias decisiones vitales.

- Permanecer en el domicilio propio el mayor tiempo posible, no desean abandonar su domicilio hasta que el internamiento sea inevitable.

1. EL PROGRAMA XANTAR NA CASA.

En este escenario real nace en octubre de 2008 el Programa de atención alimentaria en el domicilio "Xantar na Casa" cuyo número progresivamente se fue ampliando en sucesivas fases de implantación.

Una vez puestas en marcha las dos primeras fases del programa, se estaba prestando el servicio en 121 Ayuntamientos, con un total de 1.000 comidas diarias.

Posteriormente, iniciamos la implantación de la tercera y última fase prevista para el año 2010 y adelantada a Junio de 2009, por cuestiones presupuestarias. En esta situación se les propuso adherirse al programa a los Ayuntamientos restantes de un total de 279 Ayuntamientos consorciados, de éstos entraron 22. Entraron además algunos Ayuntamientos de fases anteriores que decidieron retrasar su entrada hasta este momento por diferentes motivos.

Desde su última fase de implantación en el 2009 el número de Ayuntamientos adheridos al programa se fue ampliando progresivamente, e incluso en la actual situación de crisis existe un pequeño goteo de Ayuntamientos que deciden incorporarse al Programa.

En la actualidad el Programa "Xantar na Casa" está totalmente implantado en el territorio gallego con un total de 162 Ayuntamientos adheridos al Programa y una reserva de 1.500 plazas.

El "Xantar na Casa" surge como un servicio de proximidad de atención alimentaria en el domicilio para personas mayores y/o en situación de especial fragilidad, y está integrado en el sistema de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma Gallega. Puede ser complementario de otros recursos sociales como son el servicio de Ayuda a Domicilio o la Teleasistencia.

1.1. OBJETIVOS.

El objetivo general de este programa es mejorar la calidad de vida y de nutrición de las personas mayores y/o dependientes, así como la de sus familias, facilitando la posibilidad de mantenerlas en su entorno habitual y retrasando lo máximo posible la institucionalización.

Se trata de intervenir directamente en la nutrición de las personas mayores y/o en situación de dependencia, de forma que se mejoren sus hábitos alimenticios y, por lo tanto, de forma global mejorará su salud y su calidad de vida. El objetivo del programa no es dar de comer, sino alimentar correctamente a un segmento de la población con hábitos alimentarios poco saludables.

Los objetivos específicos que se pretenden conseguir son los siguientes:

- Proporcionar a los usuarios/as una alimentación de calidad y adecuada a sus necesidades, atendiendo los casos de forma individualizada.
- Evitar el deterioro de la calidad de vida de las personas mayores y/o en situación de dependencia o exclusión social, debido a una dieta inadecuada.
- Posibilitar la permanencia en el domicilio y retardar al máximo la institucionalización, como deseo y preferencia de las personas adscritas al programa.
- Prevenir situaciones de riesgo doméstico que se pueden producir en el proceso de preparación y elaboración de la comida.
- Facilitar el respiro a las familias y a los/as cuidadores/as, como medida de apoyo a la conciliación de la vida familiar y laboral, principalmente de las mujeres.

- Hacer un seguimiento y acompañamiento individualizado de cada usuario/a del servicio por parte de los/as profesionales que acuden a hacer el reparto en el domicilio.

1.2. DESARROLLO Y PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA.

El programa se gestiona a través del Consorcio Gallego de Servicios de Igualdade e Benestar, entidad pública que aglutina a la Consellería de Traballo e Benestar de la Xunta de Galicia y los Ayuntamientos gallegos que estén consorciados.

La instrucción de los expedientes de los solicitantes del servicio es llevada a cabo por el/la trabajador/a social de cada Ayuntamiento.

Las personas interesadas en entrar en el servicio deberán presentar una solicitud en modelo normalizado en los correspondientes servicios sociales comunitarios, serán estos servicios los que además requieran del solicitante la documentación que consideren pertinente para su correcta valoración. Estos expedientes serán evaluados conforme a los requisitos y baremos establecidos por cada Ayuntamiento. Así el Consorcio Galego será quien recepcionará las propuestas emitidas por los Servicios Sociales básicos comunitarios, una vez realizada la correspondiente valoración.

En estas propuestas se consignarán:

- Nombre y apellidos de la futura persona usuaria.
- Domicilio del usuario y domicilio alternativo.
- Teléfono de contacto.
- Tipo de dieta (según informe médico)
- La necesidad o no de microondas y nevera.

Los expedientes con las solicitudes y la documentación correspondiente quedará en posesión de los Servicios Sociales básicos comunitarios de los Ayuntamientos. Desde que el Ayuntamiento remite la correspondiente propuesta de alta de los/as usuarios/as en el servicio, el Consorcio tiene un plazo de 15 días para realizar la primera visita y el alta efectiva en el programa. El día del alta los agentes de intervención en el domicilio del Consorcio Galego acuden al domicilio de los usuarios para enseñarle el procedimiento correcto de conservación de la comida y preparación de los alimentos. Igualmente les informará y asesorará en todas aquellas cuestiones o dudas que les puedan surgir con respecto al servicio.

Son potenciales usuarios de este programa las personas que residan en alguno de los 162 Ayuntamientos de toda Galicia que tienen firmado el correspondiente convenio de colaboración entre Concello y Consorcio Galego, para la implantación del programa en su territorio; y que además cumplan con los siguientes requisitos:

- Personas mayores de 60 años, que tengan limitada su autonomía personal, y sin redes de apoyo que puedan suplir esta situación.
- Personas dependientes, que carezcan de apoyo familiar, y que requieran de ayuda para la preparación de los alimentos.
- Personas menores de 60 años, en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo.

El funcionamiento del programa consiste en el suministro de las comidas en el domicilio de las personas usuarias. Estos menús constan de un primer plato, un segundo, postre y pan; en una única entrega semanal. En esta entrega semanal reciben 7 bandejas distintas, cada una con comida para un día de la semana. La distribución de las comidas se organiza en bandejas individuales termoselladas de polipropileno aptas para su regeneración en microondas.

Las personas beneficiarias del programa podrán tener acceso a cualquier tipo de dieta, siempre y cuando esta venga pautada por su médico.

Las dietas básicas del programa son:

- Dieta saludable o normal.
- Dieta de régimen (baja en grasas).
- Dieta diabética.
- Dieta hiposódica.
- Dieta diabética de fácil masticación.
- Dieta de fácil masticación.

Estas dietas son genéricas, aunque en los casos de necesidades alimenticias más concretas podrán ser dietas personalizadas, pero siempre según pauta médica. Contamos además con dietas especiales como pueden ser para personas usuarias de sintrom y celíacos entre otras.

Las dietas adaptadas a las personas mayores deben basarse, principalmente, en productos naturales, variados, equilibrados y simples; evitando condimentos a base de especias, picantes, salados, etc. Además las comidas deben de hacerse con mayor frecuencia y menos copiosas que en otras etapas de la vida. Lo normal serán 5 comidas al día con gran cantidad de líquidos para evitar la deshidratación.

La comida fuerte del día no debe superar un aporte calórico de 1000-1100 kcal, lo que supone el 45% de las necesidades alimenticias diarias de una persona mayor.

En este sentido, tenemos que decir que en la dieta de las personas mayores tan importantes son los alimentos que se ingieren como la forma en que éstos son cocinados. Por lo que se deben de reducir los fritos y usar formas culinarias más simples como son los alimentos a la plancha o

cocidos. Muy importante, en la medida de lo posible, es respetar los gustos y costumbres de las personas mayores así como del entorno en el que residen.

Estos menús consisten en la elaboración de alimentos de V gama, es decir, platos preparados de forma totalmente tradicional y envasados incorporando las tecnologías más avanzadas que permiten la obtención de un producto apto para su consumo directo o después de un proceso de regeneración; lo que en cualquier caso permite mantener estables las características nutricionales y organolépticas. Relacionado con la entrega y conservación de estos menús indicar que la temperatura de almacenamiento, conservación, transporte y distribución de las comidas serán de entre 2º y 4º centígrados. La cadena de frío no se interrumpirá en ningún momento desde la elaboración de las correspondientes barquetas hasta la entrega y colocación por el personal de la empresa en los domicilios de las personas que tiene el programa.

El transporte de los menús hasta el domicilio de las personas usuarias del programa se realiza en vehículos adaptados manteniendo la temperatura imprescindible para la conservación de los alimentos.

Las personas destinatarias del servicio deben disponer de microondas, frigorífico y menaje necesarios para la preparación e ingesta de las comidas. En el supuesto de que los/as usuarios/as no dispongan de microondas y/o frigorífico que se adapte a las necesidades del servicio, el servicio cuenta con estos electrodomésticos para poner a disposición de los mismos en régimen de depósito.

Los agentes de intervención en los domicilios enseñarán a las personas que cuenten con este servicio en su domicilio el procedimiento correcto para preparar los alimentos. Asimismo retirarán las comidas atrasadas y revisarán la temperatura del frigorífico.

El Consorcio Gallego tiene a disposición de las personas usuarias del programa o sus familiares un teléfono habilitado para resolver dudas o incidencias que puedan surgir en la prestación del servicio. Este teléfono está operativo las 24 horas del día, todos los días de la semana.

Se trata de un programa social que hace mucho más que repartir comida adaptada a las necesidades de los/as usuarios/as del programa. Los profesionales encargados de la intervención en domicilios están específicamente formados para trabajar en el campo de atención a las personas mayores y/o en situación de dependencia. Cuentan con formación específica en el campo de los servicios sociales y atención a personas mayores o en situación de necesidad. A través de los repartidores del "Xantar na Casa" se detectan las distintas problemáticas sociales, si las hubiera, y son ellos los que nos informan de cualquiera incidencia que pudiese darse a nivel psicosocial o ambiental. Con cada entrega estos profesionales recogen la información que corresponda, atendiendo a las pautas del personal técnico y siguiendo sus indicaciones. Esta información llega diariamente a la responsable del "Xantar na Casa" en el Consorcio Gallego. Una vez

esta información es analizada por esta responsable en el Consorcio todos los días se informa a los responsables del programa en los Ayuntamientos para que puedan tener constancia de las incidencias o problemáticas que se detecten durante el servicio con el fin de que éstos puedan planificar las intervenciones necesarias.

En este trámite es de vital importancia que la información llegue a los Servicios Sociales Comunitarios de los Ayuntamientos a la mayor brevedad.

Así desde el Consorcio se hace un seguimiento en colaboración con los responsables en los Ayuntamientos para mejorar la situación, en la medida de lo posible, con especial interés en aquellos casos de usuarios que se encuentran en riesgo o en situación de exclusión/marginación social. En este sentido es muy importante una correcta coordinación entre los responsables del programa en los Servicios Centrales del Consorcio y los trabajadores/as sociales de los Ayuntamientos, para poder conseguir satisfactoriamente la finalidad del programa.

Como ya señalamos anteriormente, este programa supone un apoyo en la alimentación para los que lo reciben, pero también es un respiro para los familiares que debido a él pueden conciliar vida familiar y laboral. Los cuidadores tienen una mayor tranquilidad ya que saben que sus familiares reciben una correcta alimentación acorde con sus necesidades nutricionales y un seguimiento individualizado por parte de los profesionales del reparto. Todo esto repercute, mejorando de forma general, en la calidad de vida de las personas usuarias, familiares e incluso de sus vecinos.

En esta línea de atención a domicilio estamos hablando de un programa que puede ser complementario de otros como son el Servicio de Ayuda a Domicilio o Teleasistencia domiciliaria.

En el financiamiento del “Xantar na Casa” participan el Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar, el Ayuntamiento en el que se presta el servicio y la persona usuaria. Los/as usuarios/as del servicio colaboran con el 26,67% del coste de la comida, el Ayuntamiento colabora con otro 26,67% y el Consorcio Galego aporta el 46,66% restante. La parte correspondiente al Consorcio Galego está financiada con cargo a una transferencia para tal fin de la Xunta de Galicia.

El coste máximo de cada menú diario (para el año 2013) es de 7,13 euros por persona (IVA incluido), repartido del siguiente modo.

Coste Menú/Día	Aportación del Usuario/a	Aportación del Ayuntamiento	Aportación de la Xunta de Galicia
7,13 €	1,9 €	1,9 €	3,33 €

2. RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

Este programa, como ya se ha dicho, se inició en octubre de 2008 y desde entonces consideramos necesario realizar una evaluación de la calidad del mismo con carácter anual.

Para esta evaluación se han realizado diferentes encuestas para ser pasadas a los agentes que intervienen en el programa: usuarios/as, familiares y trabajadores sociales de los ayuntamientos.

Esta evaluación de calidad se hizo con un doble objetivo: por un lado comprobar que se estaban consiguiendo los objetivos perseguidos con la implantación del programa en el territorio gallego y por otro lado detectar posibles elementos que nos abran el campo de mejora continua del servicio.

Así los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Usuarios:

- En el modo de acceso al programa el 98% manifiesta que les fue fácil acceder como beneficiario/a del mismo.
- En contra de lo que se podía pensar, el manejo de los aparatos (nevera y microondas) necesarios para la preparación de la comida, no supone para los/as usuarios ningún obstáculo para su satisfacción.
- Valoran positivamente la necesidad del programa debido a que supone un respiro para ellos al no tener que preparar la comida, realizar la compra, etc. Además la presencia del agente de reparto en los domicilios les hace sentirse atendidos y supervisados por alguien.
- El 52% no encuentra ningún elemento que estime necesario mejorar, los que manifiestan posibles mejoras señalan menús más personalizados a sus gustos, más variedad o más cantidad, destacan entre otros aspectos.
- Hacen una valoración global del servicio de un 4,05 sobre 5.

Familiares:

- La principal razón por la que los familiares instan a estas personas a entrar en el programa es porque viven solos y otras motivaciones son que tienen una edad avanzada, problemas de salud o no saben/pueden cocinar entre otros.
- La mayoría de los familiares manifestaron que el servicio está totalmente adaptado a las necesidades y características particulares de los/as usuarios/as.
- Los familiares señalan como principales beneficios del programa mayor libertad para las familias, comodidad a la hora de preparar la comida, comida más variada y saludable. Además señalan, en menor medida, que su estado de ánimo también mejoró.
- Hacen una valoración global del servicio de un 4,29 sobre 5.

Indicar que esta encuesta de evaluación de la calidad del programa “Xantar na Casa” también se realizó a los/as trabajadores/as sociales de los Ayuntamientos que están adheridos al programa.

De ellos, prácticamente, la totalidad consideran necesario o muy necesario disponer de este servicio para sus vecinos, ya que el programa supone un respiro para las familias además de mejorar la calidad de vida de usuarios/as y familiares debido que a estos últimos les permite conciliar mejor vida personal y laboral.

En este momento señalan como principales retos a superar para la total implantación del programa ofrecer una mayor difusión del “Xantar na Casa” con el fin de que este servicio sea conocido por toda la población. Así como romper mitos acerca de la elaboración y conservación de la comida en las bandejas.

Manifiestan también que la cobertura existente es menor de la que necesitarían para su población. Otros elementos que consideran que podrían ser mejorados son: dietas más personalizadas, mayor frecuencia del reparto, cobro del servicio según ingresos de los usuarios, y promover una mayor concienciación de una dieta equilibrada.

Estos profesionales destacan como elementos positivos la mejora en la calidad de vida de usuarios/as y sus familias, la buena gestión de las incidencias y la calidad en los menús que se sirven.

A nivel general, tenemos que señalar que la implantación de este programa en la Comunidad Autónoma Gallega supuso una mejora muy importante en el campo de los Servicios Sociales de proximidad en Galicia. Este programa oferta un servicio homogéneo, seguro y sostenible para todos los usuarios, es decir, todas las personas que están incluidas.

En el programa reciben el mismo servicio con los mismos criterios de calidad y coste, independientemente del lugar donde residen.

Esta implantación, también, supuso para los usuarios del programa la concienciación de la necesidad de una dieta equilibrada y adaptada a las necesidades alimenticias de las personas mayores y/o en situación de dependencia, siempre respetando los gustos culinarios tradicionales gallegos.

Esta atención domiciliaria, facilita a las personas incluidas en el programa la permanencia en su propio domicilio el mayor tiempo posible; además supone un apoyo para los familiares y cuidadores que pueden conciliar más fácilmente vida familiar y laboral. A la par, que están tranquilos sabiendo que los usuarios reciben una correcta atención alimentaria así como una intervención individualizada en el domicilio por parte de los agentes de reparto.

En relación a los Servicios Sociales Municipales, destacamos como elemento más positivo del

programa la buena coordinación existente entre todos los agentes implicados en el servicio: trabajadores sociales de los respectivos Ayuntamientos, responsables en la empresa prestadora del servicio así como responsables del Programa en el Consorcio Gallego, lo que se refleja claramente en una mejora muy significativa de la red de Servicios Sociales Comunitarios de la Comunidad Autónoma Gallega.

El Servicio de Atención a Domicilio desde los Centros de Ámbito Rural para Personas Mayores. Un modelo de atención centrada en la persona.

ELISENDA SERRA. Consorci d'Acció Social de Catalunya (CASC).

1. LOS CENTROS DE ÁMBITO RURAL

- 1.1. Objetivos.
- 1.2. Servicio de ESTANCIA.
- 1.3. Servicio de TALLERES.
- 1.4. Servicios personalizados.

2. EL SERVICIO DE ATENCIÓN A DOMICILIO.

- 2.1. Aspectos positivos.
- 2.2. Perfiles y financiación.

3. CONCLUSIONES.

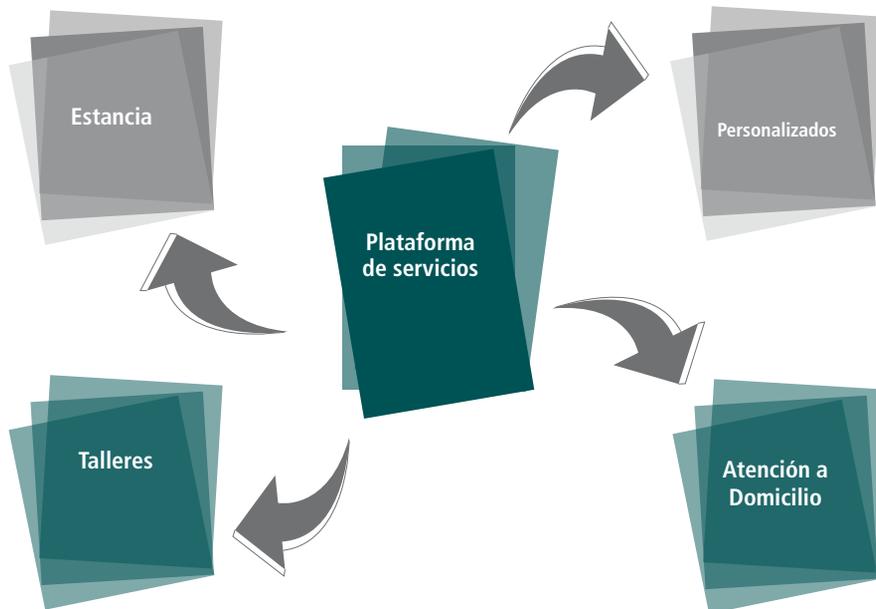
INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

1. LOS CENTROS DE ÁMBITO RURAL.

Los centros de Ámbito Rural se encuentran situados en zonas rurales y próximos a la vivienda habitual de las persona usuarias. En la mayoría de los casos, el equipamiento se encuentra ubicado en el centro de la población, gozando de un espacio público, jardines o plaza pública en su entorno, con ello se garantiza la continuidad con la vida anterior y el mantenimiento de las relaciones sociales.

El Servicio de Ámbito Rural para Personas Mayores consiste en una plataforma de Servicios que ofrece 4 grandes servicios:



1.1. OBJETIVOS.

- Ofrecer servicios adecuados a las necesidades e intereses de las personas mayores.
- Convertir el Centro en el referente de las personas mayores, familiares y cuidadores.

1.2. SERVICIO DE ESTANCIA.

El Servicio de Estancia es un servicio para las personas mayores de 65 años para dar soporte, organización, supervisión y asistencia en las actividades de la vida diaria.

Horarios.

Los Servicios de Ámbito Rural están abiertos 10 horas diarias, de lunes a viernes, excepto festivos.

Dentro de este horario se puede diferenciar los horarios de los servicios de estancia de 4h y de 8h.

El *Servicio de Estancia* de 4 horas se puede escoger entre:

- Entrar a las 9h de la mañana hasta la 1h del mediodía
- Entrar a las 3h de la tarde hasta las 7h.

El *Servicio de Estancia* de 8 horas, el usuario puede escoger entre:

- Entrar a las 9h de la mañana hasta las 5h de la tarde.
- Entrar a las 10h de la mañana hasta las 6h de la tarde.

Estos horarios permiten a los usuarios tener flexibilidad a la hora de entrada y salida del centro, y potencia que los usuarios permanezcan en él.

Actividades.

Durante el Servicio de Estancia el centro organiza y tiene planificado todo un conjunto de actividades para potenciar la autonomía de los usuarios y la relación con la sociedad.

Entre las actividades planificadas se puede distinguir:

- Acogida y convivencia.
- Actividades de ocio.
- Servicio de comedor.
- Dinamización sociocultural.
- Atención a las AVD.
- Actividades sociales.
- Estimulación cognitiva.
- Actividades lúdicas.
- Gimnasia o Actividad Física.
- Apoyo personal y familiar.



Cada usuario dispone de su propia **FICHA DE ACTIVIDADES**:

- Es un álbum propio de cada residente en el cual tiene sus actividades, y escoge en qué actividades quiere participar y cuáles no.
- Detrás de cada actividad, hay una breve explicación de la misma.

1.3. SERVICIO DE TALLERES.

El Servicio de Talleres es un servicio abierto a cualquier persona interesada.

Se puede diferenciar los Talleres según:

- *Talleres destinados a las personas mayores*: Talleres destinados a cualquier persona con ganas de participar en una actividad saludable, y que presenta cierta fragilidad.
 - o Taller de Estimulación Cognitiva.
 - o Taller de Gimnasia.



- *Taller de apoyo a las familias*: Talleres de formación y apoyo para los allegados y familiares que cuidan a una persona mayor en su domicilio:
 - o Información.
 - o Formación.
 - o Habilidades prácticas.
 - o Grupos de apoyo.

1.4. SERVICIOS PERSONALIZADOS.

Los servicios personalizados son servicios a disposición de los usuarios del centro y/o personas de la población o alrededores que, en el caso que haya suficiente demanda por parte de éstos, el centro los proporciona, permitiendo el uso de las instalaciones a profesionales externos.

Dentro de estos servicios abiertos a la comunidad podemos citar:

- Servicio de Comedor.
- Servicio de Fisioterapia.
- Servicio de Podología.
- Servicio de Transporte Adaptado.
- Servicio de Peluquería.
- Servicio de Adaptaciones y Ayudas Técnicas.

2. EL SERVICIO DE ATENCIÓN A DOMICILIO.

El Servicio de ATENCIÓN AL DOMICILIO es un servicio que se ofrece dentro de la plataforma de servicios del Centro de Ámbito Rural.

El Servicio de Atención a Domicilio es un servicio de atención personalizado en el domicilio del usuario y que ofrece atención en las actividades de la vida diaria a personas que necesitan una ayuda para realizar según qué actividades.

Entre los servicios que se ofrecen, los más solicitados son:

- Higiene.
- Cuidado personal.
- Organización de la medicación.

Este servicio se ofrece de 8h a 20h.

2.1. ASPECTOS POSITIVOS.

- El Servicio de Atención a Domicilio es un servicio de proximidad, lo que permite que las personas usuarias conozcan al profesional que va a su domicilio.
- Permite que la persona mayor pueda seguir viviendo en su domicilio.
- Consigue evitar o retardar el ingreso en un centro residencial.
- Incrementa la productividad de los centros al dar servicio también a domicilio.

2.2. PERFILES Y FINANCIACIÓN.

Perfiles de los profesionales.

En los Centros de Ámbito Rural todos los profesionales se han formado y tiene una visión centrada en la persona.

Desde los Recursos Humanos de la empresa, los profesionales que están trabajando en estos centros se han seleccionado mediante **COMPETENCIAS**, es decir, se han escogido los que tienen las actitudes y aptitudes más sociales que sanitarias.

Todos los profesionales se enriquecen de los conocimientos de los técnicos de los centros de servicios.

Financiación: Servicio SAD.

Existen dos tipos de financiación:

- Copago: El copago se realiza a través de la Ley de Dependencia.
- Privado.

En ambos casos el coste total del servicio es de 18 Euros/hora.

3. CONCLUSIONES.

ENTORNO PEQUEÑO.

El servicio de atención a domicilio en los Centros de Servicios de ámbito rural, permite un trabajo de proximidad, ya que se trabaja en entornos pequeños.

TRABAJAMOS EN EL MODELO CENTRADO EN LA PERSONA.

Los profesionales trabajan a partir del Modelo Centrado en la Persona, priorizado los deseos individuales ante los colectivos.

ITINERARIOS PERSONALIZADOS.

Cada usuario del centro/servicio dispone de un itinerario personalizado que le permite realizar las actividades que quiere. También se ajustan las actividades a las necesidades o perfil de cada usuario, permitiendo realizar la misma actividad pero con diferentes grados de complejidad.

EL COSTE ECONÓMICO.

El coste económico del servicio, puede ser asumido públicamente debido que se puede copagar mediante la Ley de Servicios Sociales.

Rehabilitación/accesibilidad en el parque de viviendas: la adaptación funcional de la vivienda.

XAVIER GARCÍA-MILÁ. Arquitecto especialista en accesibilidad.

INTRODUCCIÓN.

1. LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA. DIFICULTADES QUE GENERAN.

2. EN QUÉ SE CONCRETAN LAS DIFICULTADES.

- 2.1. En el interior de la vivienda.
- 2.2. En los elementos comunes de la edificación.
- 2.3. En el entorno urbano próximo.
 - 2.3.1. Dificultades de desplazamiento.
 - 2.3.2. Dificultades de uso.

3. CÓMO SE RESUELVEN EN LOS ELEMENTOS COMUNES DE LA EDIFICACIÓN Y EN EL ENTORNO URBANO PRÓXIMO.

- 3.1. En los elementos comunes de la edificación.
- 3.2. En el entorno urbano próximo.

4. CÓMO SE RESUELVEN EN EL INTERIOR DE LA VIVIENDA.

- 4.1. Especificidades de las personas mayores.
- 4.2. La adaptación funcional basada en la atención centrada en la persona. El CVI como ejemplo.
- 4.3. Las intervenciones con obras.
 - 4.3.1. Características diferenciales.
 - 4.3.2. Necesidad de conceptualización, sistematización y optimización.
 - 4.3.3. Confección del presupuesto y ejecución de la obra.
 - 4.3.4. Desarrollo de una aplicación informática específica.
 - 4.3.5. Resultados.
 - 4.3.6. Ejemplos.
 - 4.3.7. Adecuación normativa.

5. CONCLUSIONES.

INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

INTRODUCCIÓN.

La vida cotidiana de las personas mayores y las personas con discapacidad no se desarrolla exclusivamente dentro del hogar sino en un ámbito físico más amplio que incluye el interior de la vivienda, los elementos comunes de la edificación y “el barrio”.

Poder vivir en casa bien, requiere una reflexión que sobrepasa los estrictos límites de la vivienda y que debe extenderse también al entorno próximo. Poder ir a comprar la comida al mercado para cocinarla en casa y bajar a buscar el periódico al kiosco más cercano, son actividades que dan autonomía y facilitan la socialización y la autoestima.

La accesibilidad es una cadena que, para que sea útil, no puede romperse; para ir a comprar hay que salir de casa, bajar a la calle, caminar por la acera y acceder al mercado o a la tienda vecina. Si no puedo realizar alguna de estas actividades, no puedo ir a comprar; es como una cadena de bicicleta: si se rompe un eslabón no sirve. Por tanto, la adaptación funcional de la vivienda, la de los elementos comunes de la edificación y la del entorno urbano son piezas de un mismo puzle que están vinculadas y que deberían estar más coordinadas.

1. LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA. DIFICULTADES QUE GENERAN.

Podríamos decir que toda actividad de la vida cotidiana tiene dos componentes:

- El **desplazamiento**, es decir, el traslado hasta el lugar adecuado para llevar a cabo la acción: poderse mover libremente por el entorno sin limitaciones ni obstáculos.
- El **uso**, es decir, el desarrollo de la acción propiamente dicha: poder utilizar, disfrutar, sacar provecho de lo que nos rodea.

En definitiva, “voy a un determinado lugar para hacer algo”.

El desplazamiento (largo o corto, dentro de la vivienda o fuera de ella) puede ser:

- **Horizontal**, moviéndose por pasillos, dependencias, calles, plazas, etc.
- **Vertical**, subiendo o bajando peldaños, escaleras, rampas, etc.

Mientras que el uso tiene dos estadios:

- **Preparación**, acercarse, situarse, poder entrar en contacto con el objeto a utilizar.
- **Ejecución**, llevar a cabo la actividad deseada (cortar el pan, peinarse, bañarse, comprar el periódico o charlar con el vecino), que es el objetivo final de todo el proceso.

Pero, ¿qué dificultades puede presentar para una persona mayor o con discapacidad cualquiera de estas actividades? Si se han definido cuatro componentes de toda actividad es porque cada uno de ellos genera un tipo de dificultad característica.

El desplazamiento por nuestro entorno cercano genera dificultades de:

- **Maniobra**, que limitan la capacidad de acceder a los lugares y moverse dentro de ellos.
- **Cambio de nivel**, que se presentan cuando hay que salvar desniveles.

Mientras que cuando se usan espacios, objetos, instalaciones o servicios aparecen las dificultades de:

- **Alcance**, que se originan por la limitación de llegar a objetos y captar sensaciones.
- **Control**, que aparecen como consecuencia de la pérdida de capacidad para realizar acciones o movimientos precisos con las extremidades.

Lo anterior se traduce en:

- En el **desplazamiento horizontal**: problemas para **maniobrar** en línea recta, cambiar de dirección, franquear una puerta, transferirse al inodoro, etc.
- En el **desplazamiento vertical**: problemas para **superar desniveles**, sean continuos, bruscos o grandes desniveles.
- En la **preparación** de la actuación: problemas de **alcance** manual, visual o auditivo.
- En la **ejecución** de la actuación: problemas de **control** del equilibrio o de la manipulación.

Esta secuencia de análisis de la actividad es independiente del espacio físico donde se produce (interior de la vivienda, elementos comunes del edificio, calle, tienda, etc.) y nos permite analizar las dificultades que se presentan de una forma continua, ordenada y sistemática. En el cuadro que sigue se esquematiza en su parte izquierda (en azul) este planteamiento, mientras que en la parte derecha (en gris) se apunta la alternativa con los principales puntos a tener en cuenta para hacer accesibles los itinerarios, por donde uno se desplaza, y los detalles de uso, que forman parte del entorno construido.

PLANTEAMIENTO		ALTERNATIVA			
Actividad	Dificultad	Se concreta	qué será	incide en	
DESPLAZAMIENTO	➤ Horizontal	➤ Maniobra	➤ Itinerario ➔	1.Llano o pendiente suave. 2.Lo más corto posible. 3.Ámbito de paso libre de obstáculos. 4.Elementos de soporte y guía seguros	1.Concepción. o en la 2. elección del sitio.
	➤ Vertical	➤ Cambio Nivel			
USO	➤ Preparación	➤ Alcance	➤ Detalles ➔	1.La acción también posible sentado. 2.Sin moverse de sitio mientras dura. 3.Prescindiendo de articulaciones finas. 4.Prescindiendo de un sentido básico:vista/oído.	1.Elección de materiales. o en la 2. ubicación de ellos.
	➤ Ejecución	➤ Control			

2. EN QUÉ SE CONCRETAN LAS DIFICULTADES.

Si bien los tipos de dificultades son los mismos en los diferentes espacios, se manifiestan con necesidades específicas en cada lugar y requieren una resolución diferenciada, pero ajustada a los puntos básicos recogidos en el cuadro anterior. Por lo tanto, resulta interesante identificar cuáles son los principales problemas de movilidad y de uso que se presentan en el interior de la vivienda, en los elementos comunes de la edificación y en el entorno urbano próximo.

2.1. EN EL INTERIOR DE LA VIVIENDA.

Dificultades de desplazamiento.

Para poder moverse:

- Estrechez de pasillos y pasos. Los pasillos angostos dificultan el desplazamiento de las personas usuarias de silla de ruedas o andador y la maniobra de giro necesaria para utilizar las diferentes estancias de la casa.

- Puertas estrechas o inadecuadas. La insuficiente anchura de las puertas, sobre todo la de los baños que muy a menudo son las más estrechas de la vivienda, genera dificultades e incluso imposibilita utilizar el espacio al que dan paso. La apertura en el sentido inadecuado puede generar un peligro para el usuario en caso de caída, imposibilitando su apertura.
- Iluminación inadecuada. Reflejos, deslumbramientos y falta de luz pueden ser causa de accidentes domésticos o dificultar ciertos movimientos o actividades que requieran precisión.
- Pequeños desniveles. Escalones para salir a la terraza, travesaños inferiores de la carpintería y juntas de pavimento no niveladas pueden ser obstáculos difíciles de atravesar.
- Grandes desniveles. En muchas viviendas de dos pisos con la escalera como único elemento de comunicación vertical, hay usuarios que no pueden acceder al nivel superior, y no en todos los casos el nivel inferior dispone de dormitorio y baño.
- Falta de espacio entre los elementos fijos de la cocina o del baño. A menudo los sanitarios del baño están colocados de forma que no dejan espacio de maniobra entre los diferentes elementos.
- Exceso de mobiliario y/o elementos que dificultan el paso. Más allá de los elementos fijos de la vivienda, a menudo muchos espacios quedan obstruidos por mobiliario y objetos acumulados a lo largo del tiempo que dificultan la movilidad y la aproximación al objetivo. Resultan ser obstáculos, a veces móviles y no estables, que pueden suponer un peligro para el usuario y un impedimento para la movilidad.

Dificultades de uso.

Para poder usar los equipamientos de la vivienda:

- Mecanismos de puertas y ventanas. Cerrar con llave la puerta de entrada, abrir una ventana o una puerta puede llegar a ser complicado. Pomos redondos, mecanismos que requieren mucha fuerza, etc. resultan inadecuados para personas con poca habilidad y/o fuerza en las manos.
- Altura de las ventanas. Cuando el antepecho se sitúa a una altura mayor de 90cm. impide la visibilidad si uno está sentado.
- Sentido de apertura de las ventanas. Las hojas que abren hacia afuera son incómodas y peligrosas a la hora de abrirlas y cerrarlas.
- Pavimento del baño y de la cocina. Un pavimento deslizante, en seco o mojado, puede suponer un peligro de resbalones.

- Sanitarios. El acceso a la bañera puede ser difícil según el usuario y sus dificultades. El inodoro acostumbra a ser excesivamente bajo, lo que dificulta poder levantarse. El lavabo con pie o mueble inferior resulta un obstáculo para el usuario de silla de ruedas.
- Utensilios del baño. El peine, la esponja y otros elementos de uso personal pueden dejar de ser útiles según el estado de la persona, dando lugar a veces a una despreocupación por la estética y la higiene.
- Mobiliario de la cocina. Muebles demasiado altos y rinconeras inaccesibles, con tiradores de puerta difíciles de manipular; electrodomésticos de uso poco intuitivo, con números demasiado pequeños que resultan ilegibles y con mecanismos difíciles de manipular con comodidad y seguridad.
- Objetos de uso de la cocina. Abrir una botella de plástico, una lata o un tarro de vidrio, puede resultar imposible para determinadas personas, limitando así la elección del objeto más adecuado.
- Grifos. Los grifos de "rosca" pueden llegar a ser muy complicados de manipular para regular el caudal y la temperatura del agua.
- Mobiliario cotidiano. A menudo la persona mayor tiene dificultades para levantarse del sofá o de la cama, que acostumbran a ser excesivamente bajos.
- Almacenamiento muy alto. La persona mayor que ya no puede subirse al taburete o el usuario de silla de ruedas, tienen un alcance limitado y no alcanzan los compartimentos superiores de los armarios.
- Volumen del sonido del timbre y/o del teléfono. Muchas personas, especialmente cuando tienen una capacidad auditiva menguante, no alcanzan a oír el timbre o el teléfono, lo que les dificulta la comunicación con el mundo exterior.



Carencia de espacio entre elementos.



Almacenaje demasiado alto.

2.2. EN LOS ELEMENTOS COMUNES DE LA EDIFICACIÓN.

Dificultades de desplazamiento.

Para poder entrar y salir de casa:

- Existencia de escaleras y peldaños.
- Falta de pasamanos al lado de escaleras y peldaños.
- Falta de ascensor.
- Rampa inadecuada. Deslizante, con exceso de pendiente y sin pasamanos.
- Salvaescaleras poco funcionales. Muchos son lentos, poco fiables o caros de mantener.
- Falta de iluminación. Luz insuficiente, reflejos y deslumbramiento debido al contraste de luz exterior-interior, pueden ser causa de caídas al entrar en el edificio.

Dificultades de uso.

Para poder utilizar los elementos de uso:

- Identificación insuficiente del portal. Numeración del edificio imperceptible, muy pequeña, con poco contraste de color respecto a la pared o mal ubicada, dificultan el acceso a los visitantes.
- Puerta de entrada al edificio inadecuada. Carencia de espacio libre a ambos lados de la puerta, anchura insuficiente, peso excesivo o diseño inadecuado del tirador, condicionan el acceso al edificio.
- Diseño y ubicación de los interfonos. Son, a veces, codificados y poco intuitivos, con los números muy pequeños y poco legibles. Muchos están situados a una altura excesiva; en el caso de un usuario en silla de ruedas quedan totalmente fuera de su alcance.
- Diseño y ubicación de los buzones. A menudo los buzones tienen un diseño poco funcional, están colocadas excesivamente altos o en lugares inaccesibles.



Escalones y falta de pasamanos.



Buzones mal ubicados.

2.3. EN EL ENTORNO URBANO PRÓXIMO.

2.3.1. Dificultades de desplazamiento.

El camino para desplazarse por la vía pública es el itinerario de peatones, que puede presentar dificultades por:

- Diseño inadecuado. Trazado sinuoso o poco claro, anchura insuficiente, desnivel excesivo, relación poco funcional con el mobiliario urbano, etc.
- Elementos de urbanización que lo componen poco funcionales. Pavimento blando, deslizante, o con resaltes, vados demasiado pendientes o sin enrasar, alcorques sin cubrir o mal cubiertos, tapas y registros mal enrasados, etc.
- Longitud excesiva, como distancia desde la vivienda a los servicios y comercios que proveen al usuario.
- Interferencias con otros itinerarios de vehículos a motor, bicicletas, etc. que pueden representar un peligro para el peatón.

2.3.2. Dificultades de uso.

Los elementos de uso en la vía pública son las piezas de mobiliario urbano, que deben tener:

- **Diseño adecuado:** características de los objetos que los hacen fáciles, cómodos y seguros de utilizar, detectables por personas con dificultades de visión, que no presenten aristas o elementos peligrosos, etc.
- **Ubicación correcta:** accesibles desde el itinerario de peatones, fácilmente localizables, disposición ordenada sin interferir el itinerario de peatones, etc.
- **Dotación suficiente:** cantidad de elementos necesarios de bancos para sentarse, papeleras y contenedores para depositar residuos, mojonos que protejan, árboles que den sombra, etc.



Acera demasiado estrecha.



Alcorque no protegido.

3. CÓMO SE RESUELVEN EN LOS ELEMENTOS COMUNES DE LA EDIFICACIÓN Y EN EL ENTORNO URBANO PRÓXIMO.

Si bien el objeto de este capítulo se centra en la adaptación funcional del interior de la vivienda, perdería su coherencia si no se hiciera un breve inciso en los demás eslabones de la cadena de la accesibilidad cotidiana.

3.1. EN LOS ELEMENTOS COMUNES DE LA EDIFICACIÓN.

La solución de los problemas de accesibilidad en los elementos comunes de la edificación pasa por actuaciones planificadas e integradas en el proceso de mantenimiento y rehabilitación del edificio, más allá de las actuaciones puntuales cuando se presenta una necesidad: la accesibilidad es un valor añadido para el edificio y sus habitantes. Así lo recogen las muy recientes normativas sobre rehabilitación edificatoria, regeneración y renovación urbanas:

- Real Decreto 233/2013, de 5 de abril, por el que se regula el Plan Estatal de fomento del alquiler de viviendas, la rehabilitación edificatoria, y la regeneración y renovación urbanas, 2013-2016.
- Ley 8/2013, de 26 de junio, de rehabilitación, regeneración y renovación urbanas.

Que entienden la accesibilidad de los elementos comunes de la edificación como uno de los objetivos principales a conseguir en la rehabilitación edificatoria y que, consecuentemente, dedican un capítulo específico a la accesibilidad en el "Informe de evaluación del edificio", generan un importante paquete de ayudas económicas para la supresión de barreras y eliminan trabas legales y administrativas para facilitar que las comunidades de vecinos afronten dichas obras.

3.2. EN EL ENTORNO URBANO PRÓXIMO.

La introducción de la accesibilidad en la vía pública se tiene que producir de forma continuada en las operaciones cotidianas de reposición o mantenimiento y en los proyectos de reforma, considerando la accesibilidad como una calidad más y entendiendo que el diseño para todo el mundo es un diseño amable, cercano, útil y seguro.

Dos son las herramientas más relevantes para que la transformación de la ciudad sea integral e integrada:

- Disponer de un plan de accesibilidad urbana como instrumento de reflexión y planificación. En diversas Comunidades es obligatoria su redacción y actualmente son muchos los municipios que lo tienen aglutinando a más de un 50% de la población.
- Disponer de una ordenanza de diseño y ubicación de los elementos de urbanización y del mobiliario urbano que incorpore criterios de accesibilidad, como la que promulgó la ciudad de Barcelona antes de los Juegos Olímpicos de 1992.

4. CÓMO SE RESUELVEN EN EL INTERIOR DE LA VIVIENDA.

La normativa de accesibilidad y los planes de ayudas económicas, en nuestro país, están dirigidos principalmente a las personas con discapacidad sin tener en cuenta los aspectos diferenciales de las personas mayores. El alargamiento de la esperanza de vida (82 años para las mujeres y 79 para los hombres) ha generado que el fenómeno del sobrevejecimiento (más de 80 años) adquiera una dimensión considerable y requiera una atención específica. La discapacidad en personas adultas y la dependencia en personas mayores son realidades diferentes que requieren políticas específicas.

4.1. ESPECIFICIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES.

Sin ánimo exhaustivo, se apuntan algunas características diferenciales de la discapacidad o dependencia en personas mayores respecto a la que se presenta en adultos, como pueden ser:

- Incidencia de la afectación: con tendencia a la multidiscapacidad o al desgaste generalizado.
- Evolución rápida de la discapacidad: que hace necesaria una prospección de la evolución previsible para que las soluciones que se adopten mantengan su vigencia a lo largo del tiempo.
- La diferente escala del tiempo: las soluciones no pueden esperar.
- Posibilidades de autonomía limitadas: por la generalización de la discapacidad que hace más difícil poder compensar y genera dependencia.
- Reacción frente a los cambios: dificultad para asumirlos, dificultad para incorporar nuevos hábitos y para mantener los interiorizados a lo largo de la vida.
- Seguridad: escasa capacidad preventiva por menos reflejos, menos memoria, menos habilidad, menos visión, etc.
- Aparición de la demencia como factor de riesgo.

Aunque no todos estos factores se pueden tener plenamente en cuenta a la hora de hacer accesible la vía pública o los elementos comunes de un edificio, sí que adquieren pleno sentido al hablar de la adaptación funcional (personalización) de la vivienda.

También hay que tener en cuenta aquellos problemas que se acostumbran a agravar cuando la persona envejece, como por ejemplo:

- Escasos recursos económicos.
- Dificultad para pedir presupuestos y tramitar la licencia de obras.
- Inseguridad al solicitar la autorización de la propiedad (en caso de vivienda de alquiler).

Los programas para la adaptación de viviendas de personas mayores de la Diputación de Barcelona (1.650 en 2009-2010 y 1.150 en 2012-2013 y del Ayuntamiento de Barcelona (900 en 2011, 600 en 2012 y 500 en 2013) han iniciado una línea de actuación que pretende dar respuesta a esta problemática específica.

4.2 LA ADAPTACIÓN FUNCIONAL BASADA EN LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA. EL CVI COMO EJEMPLO.

En esta línea se insertan propuestas como la del Centro de Vida Independiente (CVI) y de Arquitectura i Accessibilitat (AIA), que procura una atención integral y personalizada a personas mayores o con discapacidad para mejorar su vida cotidiana.

a) Qué es el Centro de Vida Independiente (CVI).

Es un espacio real de valoración, configurado como un hogar digital accesible, donde un equipo humano interdisciplinar ofrece asistencia personalizada a personas dependientes o con discapacidad y donde se llevan a cabo actividades de investigación para encontrar nuevas soluciones que permitan mejorar la autonomía de estas personas.

Tiene como objetivo principal fomentar y favorecer la mejora de la autonomía de las personas dependientes o con discapacidad, a través de la utilización de las ayudas técnicas (productos de apoyo) y las nuevas tecnologías y con la adaptación de la vivienda propia.

El CVI se materializa en un espacio real diseñado como una vivienda sin barreras arquitectónicas y totalmente accesible. Este espacio, domotizado y equipado con los últimos avances tecnológicos y productos de apoyo, facilita la prescripción de la solución técnica más adecuada, favoreciendo la seguridad y la autonomía personal.

b) El equipo del CVI.

Un equipo interdisciplinar de profesionales (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, logopeda, trabajador social, ingeniero informático y arquitecto) garantiza a lo largo de todo el proceso la valoración y prescripción más precisa de los productos de apoyo y de las adaptaciones de la vivienda.

c) Asistencia personalizada.

Se inicia con una visita del usuario al CVI para valorar sus necesidades y su grado de dependencia, lo que permite que en la visita domiciliar se puedan prescribir las adaptaciones precisas basadas en la valoración previa.

La actuación en el domicilio se lleva a cabo por personal con experiencia y aplicando soluciones constructivas contrastadas. Se asesora al usuario sobre posibles soluciones de financiación (ayudas públicas, microcréditos, etc.) y se resuelven los trámites necesarios (licencia de obras, autorización del propietario o de la comunidad, etc.).

Finalmente se lleva a cabo un proceso de aprendizaje para usuario, familiares y cuidadores y un trabajo de seguimiento de cada caso, que permite prever alteraciones del grado de dependencia a lo largo del tiempo que pudieran afectar al entorno del usuario y al producto de apoyo suministrado.

4.3. LAS INTERVENCIONES CON OBRAS.

4.3.1. *Características diferenciales.*

La adecuación del hogar que implica la ejecución de obras tiene unas características diferenciales, respecto a la que se lleva a cabo exclusivamente mediante el suministro de productos de apoyo, lo que hace mucho más compleja la realización de obras. Podríamos decir que:

- Generalmente es más costosa.
- Tiene una tramitación administrativa. Hay que informar al Ayuntamiento mediante el "Ente-rado de obras menores" o gestionar una "licencia de obras menores", lo que puede devengar gastos.
- Puede requerir un técnico (arquitecto) que redacte un proyecto, si se modifica la distribución interior de la vivienda o se afecta algún elemento estructural.
- Puede requerir autorizaciones: del propietario (si es un piso en alquiler), de la comunidad de vecinos (si afecta algún elemento común), etc.
- Precisa un tiempo de ejecución más largo.
- Necesita la intervención de un contratista de obras con mano de obra adecuada.
- Las responsabilidades y garantías se regulan según la Ley de Ordenación de la Edificación (LOE).
- Genera residuos que hay que gestionar correctamente y puede producir molestias al usuario y a los vecinos.
- Es una actuación irreversible o de reversibilidad muy costosa.
- Tiene un proceso de ejecución no industrializado, lo que dificulta el control de calidad e in-troduce más riesgo de errores.
- Precisa de la intervención de dos profesionales complementarios, el sociosanitario (fisiotera-peuta, terapeuta ocupacional, etc.) y el técnico en construcción (arquitecto o arquitecto técni-co) para garantizar la doble vertiente, funcional y constructiva, de la actuación.

Conviene apuntar que prácticamente todas las actuaciones con obras se complementan con el suministro de productos de apoyo.

4.3.2. Necesidad de conceptualización, sistematización y optimización.

No resulta sencillo casar:

- Las necesidades y características específicas del colectivo de las personas mayores, indicadas en el punto 4.1.
- La voluntad de prestar una atención de calidad centrada en la persona, que se explica en el punto 4.2.
- La complejidad que entraña una obra, aunque sea sencilla, como se indica en el apartado 4.3.1.
- La implementación de programas desde las administraciones públicas, con un número considerable de actuaciones y una complejidad administrativa notable, relacionados al final del punto 4.1.

Por tanto, la sistematización y optimización de las diferentes partes del proceso resultan esenciales para lograrlo. Dejando aparte los aspectos formales (administrativos, procedimentales, legales, operativos, etc.), parece de mayor interés abordar los puntos conceptuales que definen las intervenciones.

A) Esquema general.

La participación de dos profesionales complementarios, el sociosanitario (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc.) y el técnico en construcción (arquitecto o arquitecto técnico), necesarios para garantizar la doble vertiente (funcional y constructiva) de la actuación, requiere un marco de conceptualización y actuación común comprensible y utilizable por ambos.

Ocurre que el profesional sociosanitario no ha recibido formación en temas constructivos y el técnico en construcción tampoco en materia sociosanitaria, por lo que les resultan ajenos los aspectos propios de cada especialidad (léxico, procedimientos, objetivos, técnicas, etc.).

En los apartados siguientes se detalla el proceso de conceptualización común que se considera pertinente para:

- determinar el/los lugar/es de la vivienda que presentan dificultades,
- identificar la /las actividad/es susceptibles de mejora funcional en cada lugar,
- definir el/los tipo/s de actuación constructiva para mejorar cada actividad.

Y da lugar a unas partidas de obra específicas del programa que se agrupan en cinco capítulos:

- obra propiamente dicha,
- instalaciones y griferías,
- complementos de uso,
- eliminación de obstáculos,
- colocación de productos de apoyo,

Lo que permite disponer de una herramienta que:

- relaciona las actividades de la vida diaria con las actuaciones constructivas,
- estructura los capítulos de la obra atendiendo, a la vez, a criterios constructivos y funcionales,
- incorpora necesidades funcionales específicas de las personas en la definición de las partidas de obra.

Todo ello se esquematiza en el cuadro que sigue y se desarrolla a continuación:

PROGRAMA DE ADAPTACIÓN FUNCIONAL DE LA VIVIENDA DE LAS PERSONAS MAYORES

Lugar	Código	Tipo de actuación	Partidas de obra																
			Grifería e instalaciones		Complementos de uso		Eliminación obstáculos		Colocación P.A.										
1. BAÑO para facilitar:																			
1.1 Higiene corporal																			
1.1.1 Sustitución de bañera por ducha	A1	A2	A3	A4															
1.1.2 Sustitución de plato de ducha por ducha	A5	A6	A7	A8															
1.1.3 Adaptación de la bañera	A9	A10																	
1.1.4 Adaptación de la ducha	A9	A10																	
1.2 Uso del inodoro	A11	A12	A13	A14	A15														
1.2.1 Sustitución del inodoro																			
1.2.2 Adaptación del inodoro	A16																		
1.3 Uso del lavabo	A17	A18	A19	A9	A10														
1.3.1 Sustitución del lavabo						B7	B8												
1.3.2 Adaptación del lavabo	A20	A9	A10			B7	B8												
2. COCINA, para facilitar:																			
2.1 Cocinar																			
2.1.1 Sustitución de elemento de cocción	A21	A22	A23	A9															
2.1.2 Suministro de elemento de cocción																			
2.2 Uso de fregadero																			
2.2.1 Sustitución de fregadero	A24	A9				B9													
2.2.2 Adaptación de fregadero	A9					B9													
2.3 Uso general	A25	A26	A27	A9	A10														
2.3.1 Mejora del uso de la cocina						B10													
3. GENERALES, para facilitar:																			
3.1 La movilidad																			
3.1.1 Ampliación de puerta	A28	A29																	
3.1.2 Cambio de giro de puerta	A30																		
3.1.3 Modificación de la config. de un espacio																			
3.1.4 Eliminación de escalón	A31	A32	A33	A34	A9	A10													
3.2 El uso																			
3.2.1 Cambio de tiradores y manetas																			
3.2.2 Colocación de productos de apoyo																			

B) Lugar de la vivienda donde se presentan las dificultades.

Desde el punto de vista constructivo, el baño y la cocina son los espacios más conflictivos de cara al uso, ya que tienen elementos utilizables fijos (bañera, inodoro, lavabo, fregadero, aparato de cocción, etc.). En el resto de dependencias (acceso, pasillos, comedor, dormitorios, etc.) priman los problemas de movilidad, pues sus elementos de uso son muebles.

a) Actividad susceptible de mejora funcional.

- En el baño: higiene corporal (que se lleva a cabo en la bañera o en la ducha), uso del inodoro y uso del lavabo. El uso del bidet se entiende como complementario y que puede incorporarse al inodoro, de manera que la eliminación del bidet es una actuación recurrente para mejorar la movilidad dentro del baño.
- En la cocina: cocinar, uso del fregadero y uso general.
- Generales: básicamente para facilitar la movilidad aunque sin olvidar los elementos fijos de uso.

b) Tipo de actuación constructiva.

Cada actividad es susceptible de mejora funcional mediante determinados tipos de actuaciones constructivas.

En el baño:

- La higiene corporal se asocia a cuatro actuaciones principales: sustitución de la bañera o el plato de ducha por una ducha accesible, lo que requiere una obra considerable; adaptación de la bañera o la ducha existentes (colocación de barras y otros productos de apoyo, tratamiento de pavimento deslizante, eliminación de mampara u otro obstáculo, etc.).
- El uso del inodoro se puede mejorar mediante la sustitución (por uno adecuado a las necesidades del usuario o por deterioro) o la adaptación del actual (colocar barras y alzas, cambio de ubicación, etc.).
- El uso del lavabo admite también la sustitución (por uno adecuado a las necesidades del usuario o por deterioro) o la adaptación del actual (eliminar el pie o el mobiliario inferior, inclinar el espejo, cambiar la grifería, etc.).

En la cocina:

- La función de cocinar puede requerir la sustitución del elemento de cocción (por razones de seguridad, operatividad o por deterioro) o el suministro de un elemento nuevo (por ejemplo un microondas que sustituya o complemente el aparato de cocción).
- El uso del fregadero admite, de forma similar al lavabo, la sustitución (por uno adecuado a las necesidades del usuario o por deterioro) o la adaptación del actual (eliminación del mobiliario inferior, cambio de grifería, etc.).
- El uso general sugiere multitud de actuaciones de mejora, (eliminar o modificar mobiliario, cambiar tiradores de puertas y cajones, reubicar elementos, mejorar iluminación, tratamiento antideslizante del suelo, etc.) que hay que complementar con el suministro de productos de apoyo (desde un asiento alto para cocinar a cualquier instrumento para abrir, cortar, pelar, etc.).

Y en el resto de dependencias (acceso, pasillos, comedor, dormitorios, etc.):

- La mejora de la movilidad se procura mediante cuatro actuaciones principales: ampliación de puerta (sea corredera o batiente), cambio de giro de puerta (abrir hacia afuera en lugar de hacia adentro, cambiar de mano -derecha, izquierda- o convertir en corredera), modificación de la configuración de un espacio (cambiar la ubicación de una puerta, redistribuir interiormente el baño, ampliar puntualmente el pasillo o el baño, etc.) y eliminación de escalones (de acceso a la vivienda, de salida a la terraza, interiores, etc.).
- La mejora del uso se concreta en el cambio de tiradores (de puertas, armarios, muebles, etc.) y en la colocación de productos de apoyo (pasamanos, agarraderos, protectores de pared, etc.).

c) Partidas de obra.

La escasa entidad de las intervenciones, su corto tiempo de ejecución (uno o dos días, generalmente), el hecho de actuar en lugares reducidos como el baño donde no pueden trabajar dos operarios a la vez y la limitada y reiterativa tipología de actuaciones permite:

- Plantear las partidas de obra de forma alternativa a la habitual. En lugar de generar precios unitarios para cada elemento o actuación constructiva simple y componer el presupuesto por adición de gran cantidad de partidas, se crean partidas compuestas que incorporan criterios constructivos y funcionales a la vez, y que permiten componer el presupuesto con una reducida cantidad de ellas (no más de 64).
- Por ejemplo, la actuación más recurrente, que consiste en cambiar la bañera por una ducha a ras de suelo, es una única partida que incluye derribo de la bañera, formación del sistema

de recogida de aguas, preparación de suelo y paredes, formación o colocación de ducha y alicatado de paredes hasta el nivel de la antigua bañera, con dos únicas variables para determinar su precio, la dimensión (1 m², 1,20 m², 1,40 m², etc.) y la tipología de la ducha (hecha in situ o prefabricada). La experiencia ha demostrado que esas dos variables son suficientes para definir el coste de la partida y sólo en actuaciones esporádicas habrá que añadir trabajos “especiales” (actuaciones en el piso inferior, trabajos verticales, etc.).



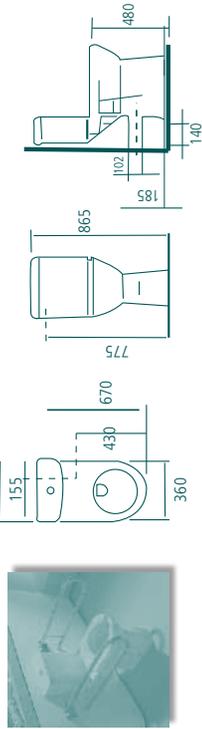
Cambio de bañera por ducha a ras de suelo como partida única.

- Ajustar las soluciones constructivas o la prescripción de productos de apoyo a aquellos que han demostrado su eficiencia y eficacia (adaptación funcional, fácil colocación, durabilidad, garantía de repuestos, economía, etc.). Así, para cada función se han definido un máximo de tres opciones (de griferías, asientos de ducha, etc.), que se han demostrado suficientes.
- Ofrecer alternativas funcionales adecuadas a cada persona. Por ejemplo, no existe el inodoro accesible universal; la altura del asiento debe ajustarse en función de la altura de la persona y la dimensión de la pieza a su envergadura y al espacio disponible. El análisis de los inodoros que ofrece el mercado ha permitido identificar alturas desde 38 a 48 cm y diferentes longitudes y formas, que se han concretado en 6 modelos opcionales.

PROPUESTA DE MODELOS OPCIONALES DE INODORO SEGÚN ALTURA Y DIMENSIÓN.

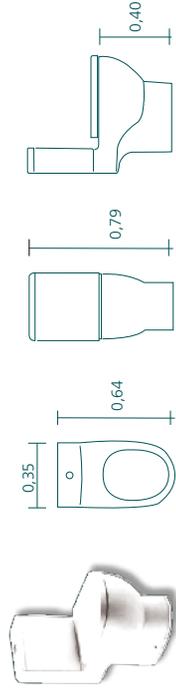
INODORO ACCES (salida horizontal)

Longitud: 670mm
Altura especial: 480mm (sin asiento) + 28mm (tapa) = 508mm



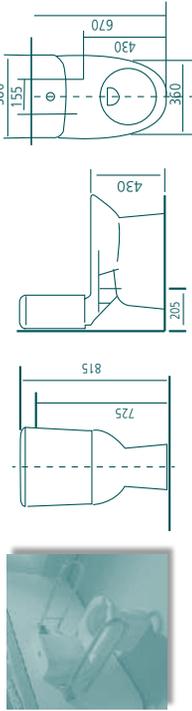
INODORO MERIDIAN

Longitud: 645mm
Altura: 400mm (sin asiento) + 28mm = 428mm



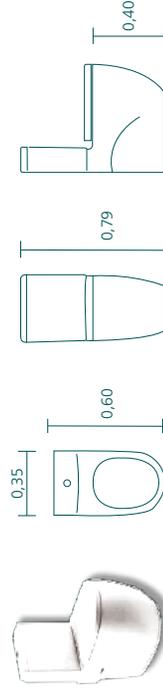
INODORO ACCES (salida vertical)

Longitud: 670mm
Altura especial: 430mm (sin asiento) + 28mm (tapa) = 458mm



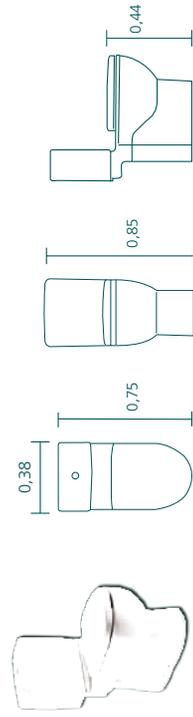
INODORO MERIDIAN COMPACTE

Longitud: 600mm
Altura: 400mm (sin asiento) + 28mm = 428mm



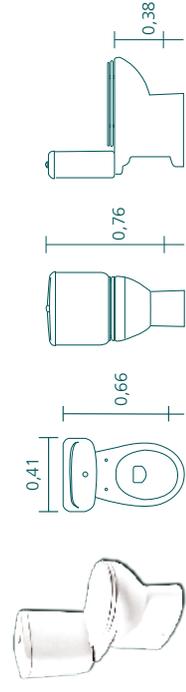
INODORO MERIDIAN HANDICAP

Longitud: 750mm
Altura especial: 440mm (sin asiento) + 28mm (tapa) = 468mm



INODORO VICTORIA

Longitud: 665mm
Altura: 385mm (sin asiento) + 28mm = 413mm



Las partidas se han agrupado en cinco capítulos. No se ciñen a los habituales en construcción que se estructuran básicamente por oficios (albañilería, yesería, fontanería, instalación eléctrica, carpintería, vidriería, etc.), sino que tienen en cuenta criterios funcionales además de constructivos.

Como ya se ha apuntado, los capítulos son:

- Obra propiamente dicha. Las partidas se refieren a sustitución de bañera por ducha, sustitución de lavabo, inodoro, placa de cocción, fregadero o mueble de cocina, ampliación o cambio de giro de puertas y modificación de tabique, con un total de 34 partidas de obra.

- Instalaciones y griferías. Partidas para cambio de grifería de ducha, lavabo o fregadero (con o sin desplazamiento del sitio) y modificación (por un modelo accesible) o cambio de sitio (para que sea accesible) de elementos puntuales (radiadores, interruptores, enchufes, etc.), con un total de 11 partidas de obra.

- Complementos de uso. Con partidas para colocación de cortina de ducha, cambio o inclinación de espejo de lavabo, suministro o cambio de algún electrodoméstico (cocina, microondas, campana extractora, nevera, etc.) y sustitución de pomos, manetas o tiradores inaccesibles, con un total de 13 partidas de obra.

- Eliminación de obstáculos. Como el bidet, la mampara de la bañera o ducha o un mueble bajo, con un total de 4 partidas de obra.

- Colocación de productos de apoyo. Aquellos prescritos por el profesional sociosanitario, con un total de 2 partidas de obra correspondientes a los dos supuestos que se presentan: cuando sólo se suministran productos de apoyo o cuando éstos complementan las obras realizadas.

4.3.3. Confección del presupuesto y ejecución de la obra.

a) Confección del presupuesto.

Gracias a este proceso de conceptualización y sistematización la confección del presupuesto es muy sencilla y generalmente no alcanza las diez partidas de obra, resultando de fácil comprensión para todos los intervinientes en el proceso.

b) Ejecución de la obra.

La ejecución de la obra acostumbra a ser rápida y sencilla. Su mayor complejidad es logística (en programas con muchas actuaciones), pues se trata de hacer una gran cantidad de actuaciones de escasa entidad, en un corto espacio de tiempo, en domicilios particulares a veces muy distantes entre sí.

Las dificultades se centran principalmente en:

- Coordinar las visitas domiciliarias (de prescripción, ejecución de obra y validación de lo realizado) con los usuarios y los profesionales intervinientes.
- Suministrar todo el material necesario para cada actuación (nunca es exactamente el mismo) a los operarios de forma exacta y puntual, de manera que la obra pueda llevarse a cabo sin interrupciones.

4.3.4. Desarrollo de una aplicación informática específica.

Este proceso de conceptualización y sistematización de las actuaciones y un proceso similar de análisis del complejo procedimiento administrativo que conlleva gestionar un programa amplio, especialmente si interviene la administración pública, ha permitido elaborar una aplicación informática específica, absolutamente necesaria para garantizar una gestión eficaz.

4.3.5. Resultados.

En definitiva, los logros principales de la aplicación de esta metodología se centran en que:

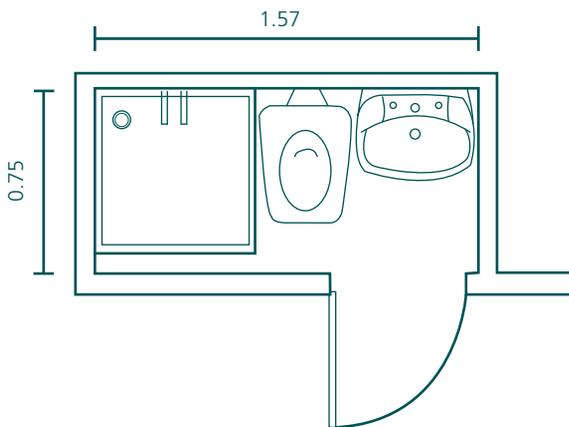
- Facilita la prescripción (agilizándola y evitando errores).
- Permite abaratar costes (economía de escala y definición exacta del alcance de cada actuación).
- Reduce el tiempo de la intervención (la mayoría de las actuaciones se hacen en un solo día).
- Garantiza la solución constructiva (evitando humedades y molestias a los vecinos).

4.3.6. Ejemplos.

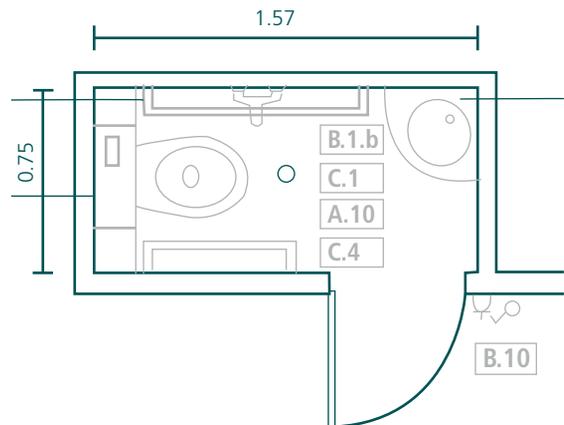
Se incluyen, a continuación tres ejemplos significativos del tipo de actuaciones llevadas a cabo.

a) Baño de dimensiones muy reducidas, para usuario ambulante.

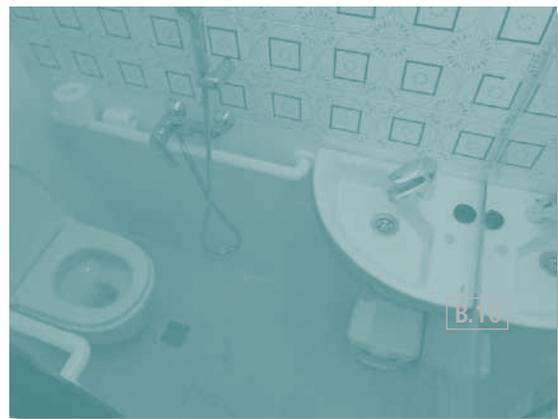
Se trata de un baño de muy reducidas dimensiones donde se elimina la bañera y se sustituyen el inodoro y el lavabo. Todo el recinto se impermeabiliza y se convierte en ducha mientras que el inodoro, de tipo mural, permite ajustar la altura a las necesidades del usuario, evitar el anclaje sobre el suelo impermeabilizado y sirve como asiento de ducha. El lavabo en esquina facilita la circulación hacia el inodoro. Las barras sirven de apoyo para sentarse, levantarse y moverse dentro del aseo. El usuario de este baño puede andar con dificultad y precisa de otra persona que le ayude en su higiene.



Situación inicial

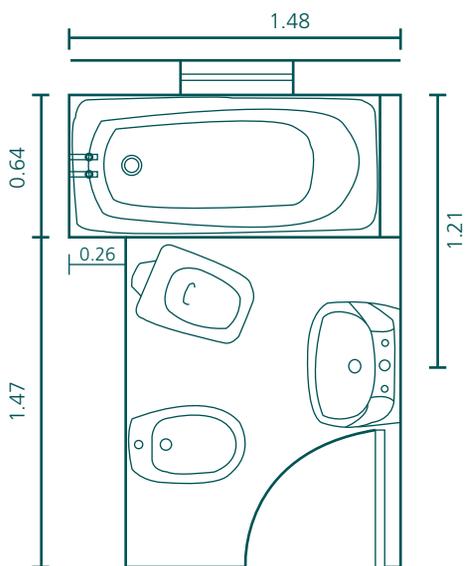


Resultado final

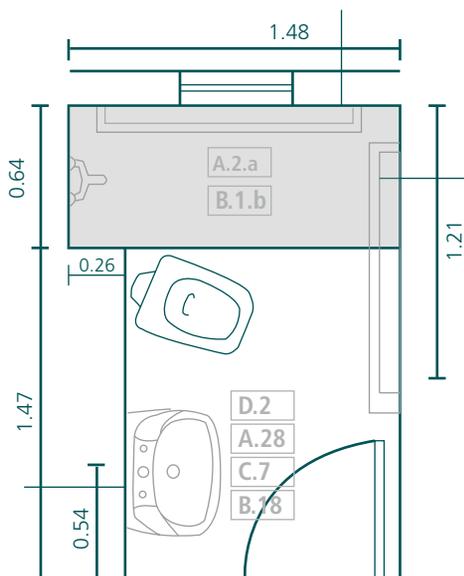


b) Baño lineal eliminando bidet, para usuario de silla de ducha.

La distribución interior del baño con la bañera al fondo, el lavabo a un lado y el inodoro y el bidet al otro es muy habitual pero poco accesible. Una disposición lineal eliminando el bidet, reubicando el lavabo y sustituyendo la bañera por una ducha a nivel del suelo es muy útil para personas mayores que se desplazan con dificultad, si se complementa con un pasamanos que conduce desde la puerta hasta el interior del recinto de ducha. Cuando el usuario pierde autonomía y ha de utilizar una silla de ducha o una grúa para acceder frontalmente al inodoro y el baño es estrecho, resulta útil girar levemente la pieza hacia la puerta para facilitar esa maniobra de aproximación frontal.



Situación inicial

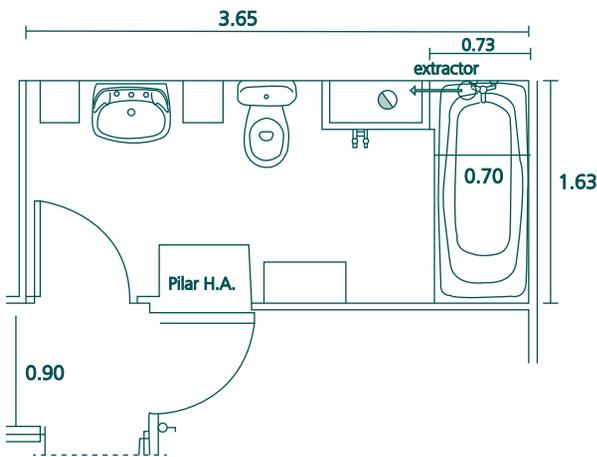


Resultado final

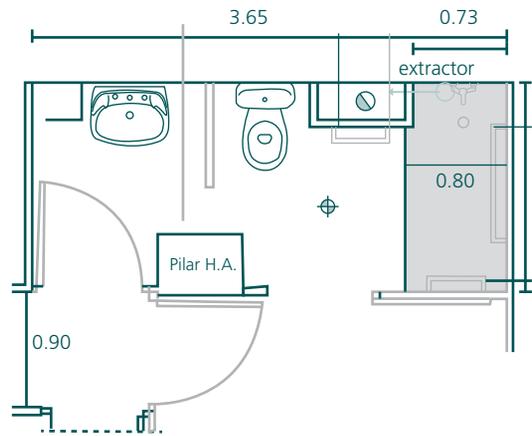


c) Baño con movilidad compleja, para usuario de silla de ruedas.

El ejemplo ilustra un baño de dimensiones considerables pero con dos elementos no desplazables (un pilar de la estructura y un cajón que oculta instalaciones) que dificultan la movilidad interior. Ante la imposibilidad de eliminarlos se ha optado por generar dos accesos independientes, uno para el lavabo (desde el pasillo) y otro para la zona de ducha e inodoro (desde el interior de la habitación). La puerta corredera desde el dormitorio garantiza una comunicación fluida para la higiene, mientras que la ampliación de la puerta batiente de acceso al lavabo desde el pasillo permite un ancho suficiente para la silla de ruedas, aunque la imposibilidad de convertirla en corredera y los inconvenientes de una apertura hacia el exterior no permiten el uso con privacidad del lavabo.



Situación inicial



Resultado final



4.3.7. Adecuación normativa.

Quizás el aspecto más relevante es constatar que un 90% de las adaptaciones funcionales en los programas ya implementados no se ajusta completamente a la normativa de accesibilidad, de manera que los baños no se pueden considerar "accesibles". Por tanto, cabe preguntarse:

- ¿Son los programas que deberían adecuarse a la normativa o es la legislación que debería ajustarse a una realidad más compleja?
- ¿Son equivalentes las condiciones de accesibilidad que se requieren en un servicio higiénico de uso público y las que precisa la adaptación funcional personalizada del baño de una vivienda?

El Código Técnico de la Edificación en su documento sobre Seguridad de Uso y Accesibilidad (CTE, DB-SUA), determina las condiciones de accesibilidad del baño de una vivienda accesible para usuarios de silla de ruedas, que se pueden resumir de la siguiente manera:

- Espacio de giro libre de obstáculos de 1,50 m de diámetro.
- Puerta ≥ 80 cm abatible hacia el exterior o corredera.
- Lavabo: espacio libre inferior min: 70 cm (altura) x 50 cm (profundidad). Altura de la cara superior ≤ 85 cm.
- Inodoro: espacio lateral de anchura ≥ 80 cm a un lado. Altura del asiento 45-50 cm.
- Ducha: espacio lateral de anchura ≥ 80 cm a un lado. Suelo enrasado con pendiente de evacuación $\leq 2\%$.
- Grifería: automática con detección de presencia o manual con monomando con palanca alargada de tipo gerontológico. Alcance horizontal desde asiento ≤ 60 cm.

A su vez, el Decreto de la Generalitat de Cataluña sobre condiciones mínimas de habitabilidad de las viviendas (Decreto 141/2012) establece unos requisitos mínimos de accesibilidad (practicabilidad) que debe reunir el baño principal de todas las viviendas de nueva construcción en Cataluña, que pueden sintetizarse en:

- Puerta de entrada ≥ 80 cm.
- Pasillo de acceso:
 - Ancho $\geq 1,00$ m.
 - Espacio de giro libre de obstáculos de 1,20 m de diámetro delante de la puerta admitiéndose la inscripción con las puertas abiertas.

- Interior:

- Círculo de 1,20 m de diámetro libre del giro de las puertas entre 0 y 0,70 m de altura (puede ser por debajo del lavabo salvando el pie y por encima de la ducha si es a nivel del suelo).
- Recorrido interior anchura \geq 80 cm.

Muy pocas de las intervenciones llevadas a cabo en baños cumple con las condiciones del servicio higiénico accesible definido por el CTE, DB-SUA y un porcentaje muy amplio no llega a adecuarse a las condiciones de practicabilidad exigidas por el Decreto 141/2012. Y aunque ambas normas se refieren a viviendas de nueva construcción, el CTE plantea la posibilidad de introducir “ajustes razonables” en caso de actuaciones en entornos preexistentes que, hipotéticamente, deberían tenerse en cuenta en estos programas.

Preocupa que programas promovidos y financiados desde administraciones públicas no se ajusten a la normativa vigente en materia de accesibilidad e, incluso, lleguen a contradecirla. Así, las necesidades de utilización de un inodoro por parte de un usuario de silla de ruedas (espacio libre de transferencia lateral, mayor longitud y altura de la pieza, barras de apoyo para transferirse y mantener la posición erguida, etc.), no son coincidentes con las de una persona mayor (acceso frontal con grúa o silla de ducha, altura de la pieza adecuada a la altura de la persona, barras para levantarse, sentarse y deambular en lugar de para transferirse, etc.). En resumen, las necesidades de una persona adulta en silla de ruedas que goza de una determinada autonomía no coinciden con las de una persona mayor con más o menos dependencia y pueden llegar a ser incompatibles o contradictorias.

Existe, al menos, un vacío legal al respecto. Sabemos cómo debe ser el baño de una vivienda accesible, las condiciones de practicabilidad (accesibilidad para el uso vivienda) del baño principal de toda vivienda de nueva creación y que son aceptables los “ajustes razonables” necesarios en entornos preexistentes, pero ¿qué ocurre cuando estos “ajustes razonables” no cumplen o contradicen la normativa vigente?

Esta situación se plantea en los programas de adaptación funcional que promueven y financian diversas administraciones públicas. La conveniencia y efectividad de dichos programas ofrece pocas dudas pues las mejoras que perciben usuarios, familiares, cuidadores, servicios personales del municipio, etc. y los beneficios sociales y económicos objetivables son elevados y difícilmente cuestionables.

Sería necesaria una revisión normativa que contemplara una estrategia y estableciera el marco adecuado para dar cabida a las actuaciones de adaptación funcional de la vivienda. Además, no tendría que ceñirse estrictamente al interior de la vivienda sino que debería contemplar, también, los elementos comunes de la edificación completando, en este caso, el concepto y la estrategia de los “ajustes razonables”.

5. CONCLUSIONES.

Las actividades de la vida cotidiana de las personas con movilidad reducida se desarrollan principalmente dentro de la propia vivienda, los elementos comunes del edificio y el entorno urbano próximo en una secuencia continua que, si se rompe en un determinado punto por los problemas de desplazamiento o de uso que se puedan presentar, genera graves problemas de autonomía personal e independencia.

El análisis metodológico de estas dificultades ha de ser común y sin discontinuidades (para que sea eficiente) y hay que coordinar las políticas de adaptación de viviendas, rehabilitación de edificios y mejora del espacio urbano (para que sean eficaces), con el objetivo de conseguir una vida autónoma e independiente para todos.

Las actuaciones para conseguir el máximo de autonomía en la vivienda han de ser personalizadas (específicas para cada individuo y su contexto), integradas (a través de un equipo interdisciplinar que aglutine las diferentes necesidades en una propuesta conjunta) e integrales (que incluyan exploración, valoración, provisión de productos, adaptación del domicilio, financiación, aprendizaje y seguimiento).

Las políticas públicas y las iniciativas privadas deberían tener en cuenta estos tres aspectos enunciados: el alcance y la continuidad del entorno vivencial de las personas, la conveniencia de coordinar las actuaciones dentro de este entorno y la necesidad de un trabajo personalizado, integral e integrado para conseguir el máximo posible de autonomía personal y vida independiente en cada momento.

El papel de las TIC en la promoción de la vida independiente.

SATUR TORRE Y ESTÍBALIZ OCHOA (Fundación Vodafone España),
BEGOÑA DORADO (Cruz Roja Española), JULIÁN ANDÚJAR Y ANA ARROYO
(Fundación TECSOS), MERCÉ TOLEDANO (Departamento de Bienestar y Familia
Generalitat de Cataluña), JOSEP BENAVENT (Fundación I2Cat).

INTRODUCCIÓN.

1. PROYECTO ENRED@TE: PUNTO DE ENCUENTRO DIGITAL PARA LAS PERSONAS MAYORES.

- 1.1. El contexto.
- 1.2. Descripción del Proyecto.
- 1.3. Los resultados.
- 1.4. Conclusiones.

2. PROYECTO "CASALS EN XARXA".

- 2.1. El contexto.
- 2.2. Descripción del Proyecto.
- 2.3. Los Resultados.
- 2.4. Conclusiones.

INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS
TIENEN UNA SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

INTRODUCCIÓN.

Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, conocidas como TIC, han estado y están facilitando una revolución en la forma de hacer las cosas e importantes avances en los últimos tiempos. Estas tecnologías forman parte de nuestra vida diaria, y es posible que no seamos conscientes de hasta qué punto se introducen en nuestras vidas de forma progresiva.

De hecho, la tecnología en sí misma y desde siempre, consiste en un conjunto de herramientas que facilitan a las personas tareas que no pueden realizar con sus propios medios. Pero, a pesar de esta "invasión", son muchos los ámbitos en los que nos encontramos que estas tecnologías no están implantadas para ciertos colectivos, provocando una exclusión derivada, entre otras razones, por la dificultad de uso, la ausencia de criterio en el diseño y la falta de interoperabilidad entre dispositivos.

Uno de los conceptos más analizados en los diferentes informes que estudian el estado de implantación de la llamada Sociedad de la Información, es el de la exclusión digital, más comúnmente denominado "brecha digital". Este fenómeno tiende a separar a las personas que tienen un nivel suficiente de destreza en el conocimiento y uso de las TIC de aquellas otras que, por diferentes circunstancias, carecen de estos conocimientos. La valoración de esta brecha tiene como objetivo primordial su progresiva eliminación, tratando de integrar a toda la población en la mencionada Sociedad de la Información.

Muchas son las causas que pueden generar un menor conocimiento y utilización de las TIC: diferencias en la disponibilidad de infraestructuras, menores niveles formativos, motivos económicos o, simplemente, factores culturales. De hecho, con frecuencia, estos aspectos aparecen de forma conjunta, lo que dificulta aún más la lucha contra esta gran división de la población en dos grupos, uno tecnológicamente avanzado y otro al margen de las posibilidades que ofrecen las tecnologías.

En este segundo grupo queda incluida una gran proporción de las personas mayores y de las personas con discapacidad que viven en Europa y, en mayor medida relativa, en nuestro país. Gran parte de este segmento poblacional tiene un nivel de uso, e incluso de acceso, bastante limitado a las TIC. En cambio estas tecnologías pueden jugar un papel de gran importancia en su vida, pueden incrementar su contribución a la calidad de vida y la autonomía personal de las mismas.

Ese es el objetivo fundamental de la Fundación Vodafone España, usar las TIC para mejorar la calidad de vida de colectivos vulnerables, especialmente las personas mayores y personas con discapacidad.

Desde la Fundación Vodafone España trabajamos considerando este reto desde dos premisas principales:

- Que sean “tecnologías accesibles”, es decir, que las nuevas tecnologías no aumenten la brecha digital, que desde su inicio sean concebidas teniendo en cuenta los Principios de Diseño para Todos y Accesibilidad Universal.

- Que sean “tecnologías para la accesibilidad”, y en ese sentido, destaquen como una herramienta útil a la hora de eliminar las barreras y resolver algunos problemas que encuentran en su entorno los colectivos más vulnerables, como las personas mayores y las personas con discapacidad. De esta manera poder contribuir a que se integren de una forma más normalizada y participen activamente en la Sociedad.

En el caso de las personas mayores, principalmente se busca facilitar su acceso a las TIC, y que dichas tecnologías sirvan para promocionar la vida independiente, el envejecimiento activo, así como incrementar su participación social.

Dos ejemplos de TIC para la accesibilidad en el ámbito de mejorar la participación social son los proyectos Enred@te y Casals en Xarxa, que se presentan a continuación.

1. PROYECTO ENRED@TE: PUNTO DE ENCUENTRO DIGITAL PARA LAS PERSONAS MAYORES.

1.1. EL CONTEXTO.

En España, se estima que un 28% de las personas mayores se sienten solas con frecuencia, aumentando este porcentaje al 38% si, además, viven solas. Si se tiene en cuenta que la proporción de mayores que viven solos está aumentando, nos encontramos con un importante problema social.

En el contexto actual de España, descrito en el apartado anterior, las redes sociales digitales pueden contribuir positivamente a este objetivo: potenciar la participación social de las personas mayores, involucrándolas con grupos sociales que se identifican con las mismas necesidades y problemáticas y que se organizan para potenciar sus recursos. Hoy en día estas redes se han convertido en herramientas accesibles, rápidas y económicas, que ayudan a romper el aislamiento, posibilitando espacios de igualdad y permitiendo el establecimiento de lazos relacionales con personas que comparten los mismos intereses, preocupaciones y necesidades.

Las redes sociales y nuevas tecnologías han aparecido en nuestra sociedad en un momento de difícil acceso para las personas mayores, por ser herramientas nuevas y “lejanas” para ellos. Por tanto, aunque la población mayor se va abriendo camino en este ámbito, aún existe un sector de potenciales usuarios que se instala en la otra orilla de la brecha digital.

Esta tendencia se puede invertir de dos maneras: construyendo interfaces sencillas y adecuadas a las preferencias y habilidades de este colectivo y realizando una adecuada dinamización y promoción de los beneficios de las redes sociales.

En este marco surge el proyecto “enred@te”, en Junio de 2012, llevando a cabo las acciones durante ese periodo del año pasado y los primeros meses de 2013 para poner en marcha la FASE 1 del desarrollo de “enred@te”, con objeto de realizar un grupo de contraste con un grupo de personas mayores y voluntarios de Cruz Roja Española para analizar las verdaderas necesidades de los mayores, así como la efectividad del uso de la red social a través de Tablets digitales. De esta forma se realizaron los ajustes necesarios que permitieron desarrollar en 2013 la FASE 2 de “enred@te” adecuándolo a las características de las personas mayores.

El antecedente de “enred@te” fue el proyecto “SocialTV para 3G”, un proyecto de innovación tecnológica en el que se puso en marcha un Punto de Encuentro virtual para personas mayores. Las entidades participantes en SocialTV, fueron, al igual que en “enred@te”, Cruz Roja Española, Fundación TECSOS y Fundación Vodafone España.

Este proyecto permitía la videocomunicación entre los mayores y el acceso a contenidos multimedia, a través de un sistema de fácil acceso integrado en su televisor. “SocialTV” contempló además del desarrollo de un dispositivo a medida, basado en comunicaciones de banda ancha (sistema de comunicaciones 3G), el desarrollo de una plataforma de comunicaciones, ambos realizados en base a los principios de “Accesibilidad universal” y “Diseño para todos”. El dispositivo de “SocialTV” se conectaba directamente al propio televisor y permitía con el mando a distancia de la televisión participar en la red social. El diseño de las pantallas del servicio, así como del propio funcionamiento se definió según las preferencias, gustos y necesidades de las personas mayores.

Los resultados que se obtuvieron del proyecto “SocialTV”, en concreto de su fase de pilotaje real con personas usuarias, fueron muy positivos considerándolo como un proyecto acertado y eficaz en la medida en que cubre una necesidad fundamental de las personas mayores: potenciar y promover la comunicación entre personas disminuyendo la percepción de soledad y aislamiento. Otro de los resultados que se pudieron recoger del proyecto, fue la propuesta de poner en marcha las redes sociales de personas mayores a través de los dispositivos Tablet o tipo tableta más extendidas en el mercado. Se valoró que a través de las Tablet se abrirían posibilidades de comunicación ubicua para las personas usuarias, sin embargo, se apuntaba que su uso debería ser nuevamente testado y evaluado, y por ello la propuesta de poner en marcha “enred@te” surge alineado con esta necesidad.

Otro de los factores relevantes que modelan el proyecto “enred@te” es el requisito de incluir en esta red social y de apoyo a familiares y cuidadores de personas mayores para mejorar la comunicación entre estos grupos y evitar la desconfianza. La inclusión de familiares más jóvenes en estos proyectos contribuirá, asimismo, a disminuir la brecha digital intergeneracional que presentan las personas mayores en relación a las TIC.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.

“Enred@te” es un proyecto que tiene el objetivo de impulsar la utilización de los servicios digitales, concretamente de las redes sociales, entre las personas mayores que viven solas, de forma que mejoren su comunicación y socialización a través de nuevas formas de interacción y de la creación de espacios virtuales de convivencia, tanto con su grupo de iguales como con sus familiares y/o cuidadores. Por otra parte, desarrollará mecanismos y estrategias de dinamización a través de la participación del voluntariado, que impulsará la utilización de la red de manera inclusiva y participativa, potenciando la usabilidad de la red, la comunicación, y dando respuesta a las demandas y necesidades propias de los mayores en situación de soledad.

Debido a las características de las redes sociales como forma de interacción social, espacios de convivencia y conectividad, no existe un rango de edad limitado para su participación. El sistema de red social potencial para personas mayores, se establece como un sistema abierto y accesible que permite el intercambio de experiencias, problemáticas y necesidades, implementado gracias a los avances en las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

El proyecto “enred@te” define una red social digital en la que personas mayores y voluntarios de Cruz Roja interactuarán con objeto de reforzar sus relaciones habituales en el contexto del cuidado y apoyo a las personas mayores. Las personas cuidadoras o familiares de los mayores podrán también contactar con ellos sobre esta plataforma.

La red establecida permite incidir y abordar temas de interés concretos del área del envejecimiento saludable y activo. Para poder desarrollar esta red, es necesario tener presentes las siguientes especificaciones:

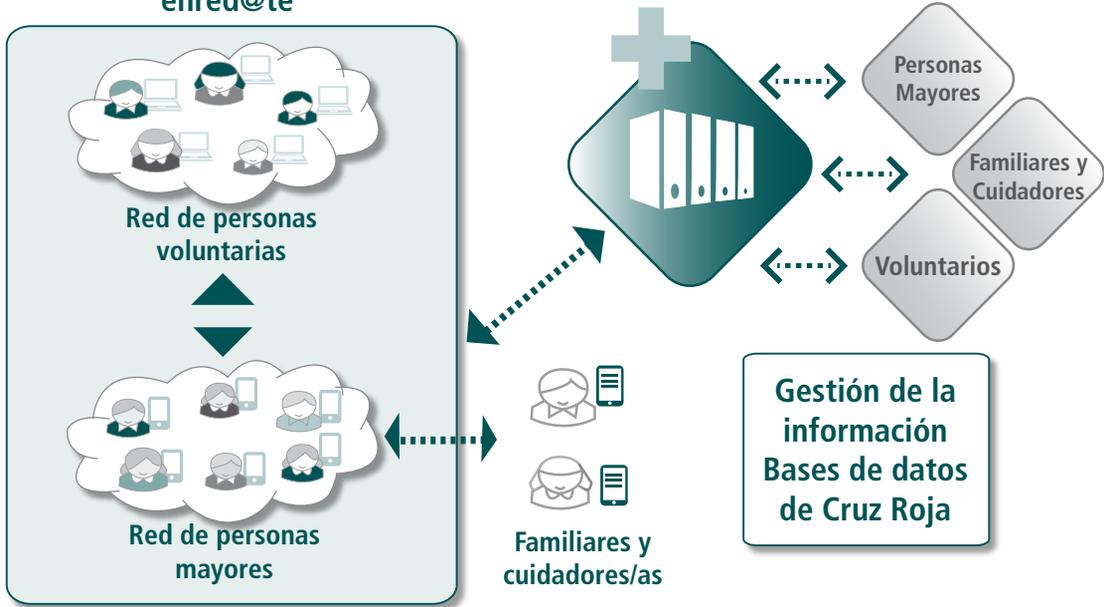
- Acceso multiplataforma a la red a través de Internet, según las necesidades del/la usuario/a haciendo uso de sistemas web utilizando PC y a través de las Tablet, como dispositivos que ofrecen una alta accesibilidad para las personas mayores.
- Módulo de videocomunicaciones entre personas mayores-personas mayores y voluntarios-personas mayores, basadas en tecnología cotidiana y adaptada a sus requisitos de interacción.
- Dinamización de la red establecida entre personas mayores y personas cuidadoras a través de la acción voluntaria mediante la web: colgando contenidos de interés, fotos mensajes textuales, etc.

Toda esta red establecida tendrá el apoyo, gestión, supervisión y soporte de personal cualificado en el área de personas mayores y voluntariado.

El funcionamiento del sistema completo se puede visualizar en la figura siguiente, en la que se representa la plataforma e interacciones de personas usuarias “enred@te”:

DIAGRAMA DE INTERACCIONES EN "ENRED@TE"

Red digital de comunicaciones
enred@te



La red digital contempla las interacciones entre perfiles mostradas en el diagrama, así como un conjunto de funcionalidades asociadas a las posibilidades de comunicación entre ellas. Así mismo, se realizó un diseño accesible y orientado a las personas mayores:



Pantalla de acceso de "enred@te"



"Pantalla de contenidos" y "Punto de encuentro"

1.3. LOS RESULTADOS.

La solución desarrollada para “SocialTV”, proyecto antecesor de “enred@te” fue testeada y validada durante una fase piloto durante el año 2011 por un conjunto de 100 usuarios distribuidos en 15 Comunidades Autónomas españolas y 41 provincias, tanto desde sus propios domicilios como desde Centros de Día de la red de Cruz Roja Española.

Tras los resultados de ese piloto se decidió abordar el proyecto “enred@te” durante el año 2012 con el objetivo de ampliar esta red de personas mayores a personas voluntarias de la red Cruz Roja Española, así como de sus familiares y al mismo tiempo incorporar nuevos dispositivos digitales en esta red, como las Tablet o PC. Actualmente, la solución desarrollada para “enred@te” sobre Tablets está siendo también testeada en un piloto en el que participan 4 provincias españolas (Madrid, Burgos, Valladolid y Barcelona), 19 personas usuarias y 7 voluntarios de Cruz Roja Española.

El diseño de una red social digital para personas mayores, a través de dispositivos tecnológicos y con grandes posibilidades de accesibilidad como son las Tablets, supone un proyecto innovador y que además incluye el rol del voluntario digital en esta red. El perfil que cubre el voluntariado virtual se ha incluido en este mapa de comunicaciones con el objeto de dinamizar las actividades de este punto de encuentro, y ofreciendo un nuevo espacio de intercambio de experiencias de las propias personas voluntarias.

En “enred@te” la figura del voluntariado virtual o voluntariado en línea se define como aquellas personas voluntarias que colaboran en el proyecto desde ubicaciones geográficas diversas, desde su casa, su trabajo, la playa, etc... siendo su herramienta principal de trabajo cualquier dispositivo conectado a Internet (PC, Tablet, teléfono inteligente, etc...). La actividad es de las mismas características, relevancia y calidad que la que ofrece el voluntariado presencial, pero sin embargo se abre a personas que hasta ahora no podían participar como voluntarias, como por ejemplo, el caso de personas con alguna discapacidad física o sensorial, personas con poco tiempo libre o bien con disponibilidad fuera de horarios convencionales, personas que viven en localidades en las que no existen actividades de voluntariado que les interesa, etc.

Durante el año 2012 se comienza la FASE 1 del proyecto “enred@te” que continúa durante los primeros meses de 2013 y aborda las tareas de desarrollo de los aspectos técnicos relacionados con la plataforma de videoconferencias a través del dispositivo Tablet y PC. Los desarrollos técnicos y el Punto de Encuentro se definen a partir de sesiones de trabajo con profesionales expertos del sector del envejecimiento y con las propias personas mayores. Tras estas jornadas de análisis de requisitos y validación funcional se desarrolla una fase piloto de validación de estos primeros desarrollos y modelos de comunicación: mayores conectados entre sí a través de una Tablet. En la siguiente fase del proyecto, FASE 2, finalizada el 31 de marzo de 2014, se ha perseguido potenciar aún más el rol del voluntariado digital para fomentar y facilitar el uso de esta red entre las personas mayores, perdiendo el miedo en acceder a estos dispositivos.

Actualmente se está trabajando en el análisis de los resultados del piloto, pero las primeras conclusiones obtenidas de los "focusgroup" y las encuestas indican que existe una mejora de calidad de vida de las personas mayores, en la ampliación y el fortalecimiento de su red social a través del desarrollo de esta red social virtual. El espacio digital de intercambio ha permitido que más de 20 personas mayores sean capaces de establecer redes de socialización, utilizando adecuadamente todas las herramientas proporcionadas y gracias a la figura de los voluntarios dinamizadores. Otro de los resultados principales es el fortalecimiento de una red de voluntariado virtual a través del manejo de la plataforma digital.

Más información en el siguiente vídeo: www.youtube.com/watch?v=rBZSs04weo0

1.4. CONCLUSIONES.

La característica de desarrollar una red digital que facilita el intercambio y comunicación virtual entre personas mayores y sus familiares/cuidadores y una red de voluntarios permite responder de una nueva manera virtual a sus necesidades socio-afectivas, de apoyo y soporte individual, grupal y comunitario, a través de interacciones distribuidas y coordinadas. Este aspecto del proyecto se presenta como una clara ventaja respecto a las maneras de intervención no sólo presencial, sino virtualmente.

Otro de los aspectos destacables respecto al enfoque del proyecto es el haber involucrado el rol del voluntariado digital como promotor de la conectividad entre las personas mayores y su entorno, dinamizando esta red social digital a través de dispositivos tecnológicos. Este aspecto innovador permite facilitar la actividad voluntaria que fomenta y potencia el proyecto, abriendo el modelo de participación con el uso de los nuevos servicios digitales. Por tanto, las principales ventajas del proyecto son las que vendrán directamente derivadas de las propias funcionalidades que proporcionará el sistema.

2. PROYECTO "CASALS EN XARXA".

"Casals en Xarxa", es un proyecto promovido por la Fundación Vodafone España y la Fundación I2Cat con el apoyo del departamento de Bienestar y Familia de la Generalitat de Cataluña. Una prueba piloto desarrollada en distintas fases durante los años 2011 a 2013, en la que han participado varias centenas de personas con el apoyo de los profesionales de los centros cívicos de Cataluña.

2.1. EL CONTEXTO.

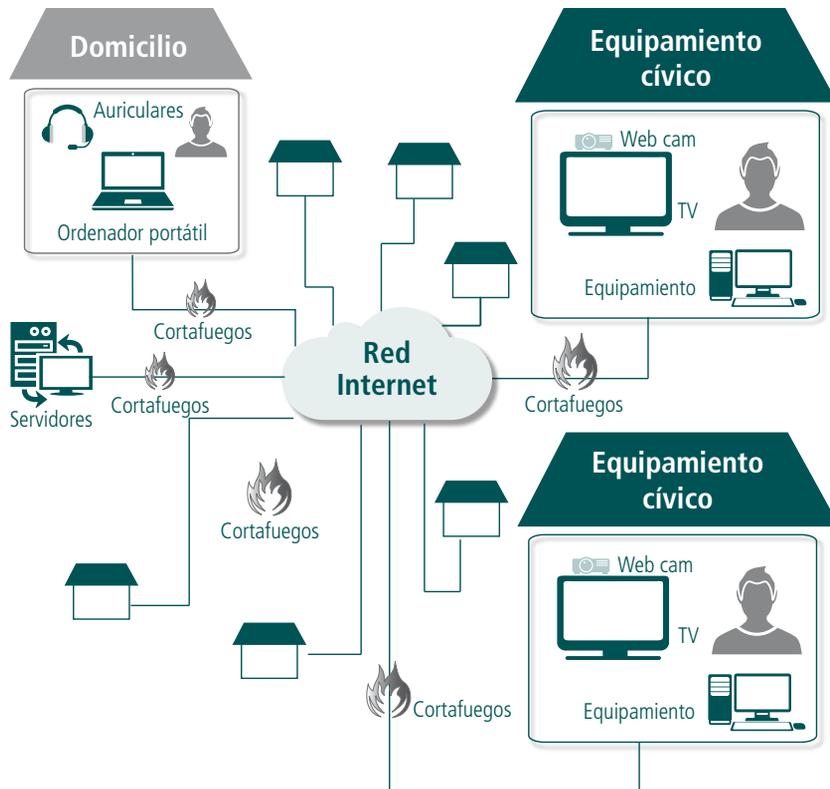
En la sociedad actual, cada vez más personas de edad avanzada pasan la mayor parte de su tiempo en los "casals", residencias de personas mayores, centros de día o entidades similares.

2.2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.

El propósito del proyecto “Casals en Xarxa” es facilitar a las personas mayores una herramienta para que su estancia en estos centros sea más participativa y no se limite al espacio del casal, sino que, gracias al uso de las nuevas tecnologías, estas personas puedan estar conectadas con otros mayores de otros casals.

Con esta iniciativa se interconectan diferentes equipamientos cívicos, tales como: centros de la tercera edad, centros cívicos o ludotecas a través de videoconferencias. Mediante estas conexiones se permite reproducir en directo sesiones de grupo u otras actividades, y potenciar el intercambio y la relación entre personas de diferentes lugares de residencia y de diversas edades.

Se basa tecnológicamente en la nueva versión del software ViewCat, desarrollado íntegramente por 12CAT, que ofrece la posibilidad de realizar videoconferencias múltiples con contenidos documentales a través de las conexiones de internet de banda ancha y en movilidad 3G.



El software que se utiliza está adaptado a las necesidades de los usuarios mayores y se basa en la plataforma desarrollada por la Fundación I2Cat. Se han seguido las técnicas de "Diseño centrado en el usuario", por lo que se han realizado actividades de co-creación, siempre pensando en el mayor, que nos guía en cómo hacer la solución como ellos esperan que sea.

Se pueden crear varios grupos de conversación y, además, se puede consultar la agenda de actividades disponibles donde el usuario puede participar de forma online. Los centros sólo necesitan un ordenador, un micrófono y una webcam. La conectividad se realiza a través de una red exclusiva de Vodafone mediante banda ancha. Los participantes en el piloto han destacado que "estas videoconferencias se realizan a través de una interfaz de usuario sencilla y muy intuitiva".

Durante el año 2013 se completó el desarrollo que permite la conexión desde una tableta facilitando una conexión ubicua y personalizada.

2.3. LOS RESULTADOS.

"Casals en Xarxa" arrancó en 2011 y, desde entonces, personas ubicadas en diferentes puntos de la geografía catalana han podido compartir distintos talleres, como por ejemplo, un taller virtual de estampación de pañuelos, clases de francés para personas mayores, conferencias, charlas y talleres de diferentes expertos en varias materias: arte, medicina, talleres de memoria.

En la primera fase se conectaron 4 centros de tres provincias catalanas manteniendo un contacto directo e interactuando a través de la videoconferencia y la compartición remota de contenidos, aportando su experiencia y validando la plataforma para este tipo de usos.

La valoración fue muy positiva y en 2012-2013 se extendió a otros centros y se incorporó la posibilidad de conectarse desde las tabletas a través de un app. Las tabletas permitían a parte de los usuarios conectarse desde sus domicilios.

Los centros de Blanes, Terrassa, Sort, Igualada, Lleida y Tortosa han participado en el proyecto.

Más información en el siguiente vídeo: www.youtube.com/watch?v=ncDy9_Cc7Go

2.4. CONCLUSIONES.

Además de fomentar la socialización y el intercambio de información entre los diversos equipamientos y sus usuarios y la optimización de los recursos y el personal, también se amplía el abanico de posibilidades de ocio de las personas que hacen uso del servicio. Así se combaten situaciones de aislamiento y se fomenta que los mayores tengan cuidado de su imagen a pesar de no salir a la calle.

VISTA DE LA PÁGINA DE ENTRADA A LA PLATAFORMA DE CASALS EN XARXA.

