

CAPITULO V

RECURSOS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

INDICE

1.	Evolución de las políticas de atención a las personas mayores en España	5
1.1.	La década de los 80. La consolidación de los sistemas públicos	7
1.2.	La década de los noventa. El auge de la planificación gerontológica	9
2.	El desarrollo de recursos para las personas mayores dependientes en el contexto europeo.....	12
3.	Los servicios sociales para personas mayores en situación de dependencia en España. Estructura y marco conceptual.....	14
4.	Los Servicios Domiciliarios	20
4.1.	Conceptualización y Objetivos de los SAD.....	20
4.1.1.	Definición de los SAD	21
4.1.2.	Objetivos generales de los SAD	24
4.1.3.	El rol de los/as auxiliares del SAD o trabajadores/as de atención domiciliaria y el trabajo en equipo.....	27
4.2.	Evolución de los SAD en el contexto de la UE	29
4.2.1.	Características actuales del servicio de ayuda a domicilio.....	33
5.	La Teleasistencia Domiciliaria	41
5.1.	Conceptualización.....	41
5.2.	Evolución y cobertura actual.....	42
6.	Las Ayudas Técnicas para la mejora de la autonomía y la reducción de la dependencia.....	49
6.1.	Conceptualización y tipología.....	49
6.2.	Adaptaciones en las viviendas	57
6.3.	Marcos de actuación.....	59
7.	Los Programas de Intervención con Familias	61
7.1.	Necesidades de las familias cuidadoras y objetivos de la intervención	61
7.2.	Programas de información, orientación y asesoramiento.....	63
7.3.	Los grupos psicoeducativos	64
7.4.	Los grupos de autoayuda o de ayuda mutua.....	64
7.5.	Las Asociaciones de Familiares de Personas en situación de dependencia.....	64
7.6.	Las ayudas económicas a las familias cuidadoras	65

8.	Análisis y evaluación de los Servicios Intermedios y de respiro familiar: (Estancias temporales y Centros de Día).....	68
8.1.	Las estancias de día en centros gerontológicos	69
8.2.	Las estancias temporales en residencias u otros alojamientos	75
8.3.	Los Centros de Día para Personas Mayores Dependientes	77
8.3.1.	Objetivos	79
8.3.2.	Usuarios/as	80
8.3.3.	Modalidades asistenciales	81
8.3.4.	Servicios del centro.....	83
8.3.5.	Programas de intervención	84
8.3.6.	Recursos del centro de día.....	85
8.3.7.	Cobertura y características de los Centros de día. Análisis comparativo por CCAA	86
9.	Análisis y evaluación de los recursos y programas de vivienda.....	92
9.1.	Características y equipamientos de las viviendas	93
10.	Sistemas alternativos de alojamiento	96
10.1.	Los alojamientos heterofamiliares o servicios de acogimiento familiar	96
10.2.	Modelos de alojamientos alternativos a las residencias.	98
10.2.1.	Los Apartamentos/viviendas individuales o bipersonales con servicios de apoyo y las Viviendas tuteladas.	98
11.	Las Residencias	105
11.1.	Conceptualización.....	105
11.2.	Los objetivos de la atención	107
11.3.	Usuarios/as.....	109
11.4.	Modalidades asistenciales.....	110
11.5.	El Plan General de Intervención (PGI): Servicios y programas.	110
11.5.1.	Servicios de las residencias y otros alojamientos.	111
11.5.2.	Programas de intervención.....	111
11.6.	Recursos	113
11.6.1.	Recursos humanos	113
11.6.2.	Recursos materiales	114
11.7.	Cobertura y características de las residencias en España.....	115
11.8.	La atención a las situaciones de dependencia en las residencias españolas.....	124
11.9.	Precios de las plazas residenciales	125
12.	Sistema de Acceso a los Servicios Públicos	128
12.1.	Centros Residenciales y Centros de Día:	128
12.2.	Servicio de Ayuda a Domicilio:.....	132
13.	Discapacidad y envejecimiento. Las necesidades de las personas con discapacidad que envejecen.....	133
13.1.	Una emergencia silenciosa. Algunas investigaciones realizadas y muchas lagunas de conocimiento.	133
13.2.	Los Congresos de Oviedo.	136
13.3.	A modo de conclusión.....	137
14.	Conclusiones.....	138
14.1.	Conclusiones generales del sistema de servicios sociales	138
14.2.	Conclusiones relativas a los Servicios Domiciliarios:	141
14.3.	Conclusiones relativas al Servicio de Teleasistencia:	144
14.4.	Conclusiones relativas a la Accesibilidad y las Ayudas Técnicas:	145
14.5.	Conclusiones relativas a los Servicios Intermedios:.....	145

14.6. Conclusiones relativas a las condiciones de la vivienda y a las prestaciones relacionadas con su adecuación:.....	147
14.7. Conclusiones relativas a los Sistemas Alternativos de Alojamiento y a las Residencias.....	148
15. Consideraciones finales.....	151
15.1. Consideraciones de carácter general	151
15.2. Consideraciones para los Servicios Domiciliarios.....	156
15.3. Consideraciones en materia de Accesibilidad y Ayudas Técnicas	158
15.4. Consideraciones relacionadas con los Servicios Intermedios	159
15.5. Consideraciones relativas a los Alojamientos Alternativos y a las Residencias..	161
16. Referencias Bibliográficas	163

1. Evolución de las políticas de atención a las personas mayores en España

El contenido del presente capítulo se circunscribe al análisis y descripción del sistema de atención a las personas mayores en situación de dependencia, tomando como punto de partida los comienzos de la instauración de un sistema público de servicios sociales, es decir la segunda década de los años 70, coincidente con el proceso de elaboración de la Constitución Española, marco referencial en el que el Estado asume el papel de garante del bienestar de los ciudadanos mayores.

La historia y evolución de los servicios sociales, así como el análisis de nuestro sistema jurídico competencial, son tratados exhaustivamente en otros capítulos de este documento. En lo que se refiere a la atención especializada a las personas mayores, de los años anteriores a los analizados aquí, tenemos pocas noticias, en parte porque el desarrollo de los servicios era escaso y en parte por la inexistencia de práctica investigadora.

Veníamos de una situación muy difícil. Eso era especialmente cierto para las personas mayores, cuya vida había estado presidida por el sufrimiento de una sangrienta guerra civil, por la tristeza y escasez de la posguerra y por muchos años de represión.

En cuanto a las condiciones de vida de esta generación de mayores, siete años antes de la celebración de la I Asamblea Mundial del Envejecimiento (1982), se publicaba el primer estudio sociológico español sobre la vejez, el informe GAUR (1975) en el que se realiza un detallado análisis sobre las condiciones de vida de los jubilados españoles: "La pobreza está presente en los ancianos en proporciones escandalosas..... un 12% no tienen ningún ingreso estable, uno de cada tres percibe

menos de 1000 Pts. mensuales y los ingresos del 50% no llegan a las 2000 Pts.. En conjunto, cada anciano cuenta con unas 85 Pts. diarias para atender sus necesidades (.....) El 75% de sus viviendas carecían de uno o varios equipamientos básicos, el 45% del total de los ancianos no podía realizar su deseo de utilizar la radio, TV, periódico o cine por falta de dinero...”

En este estudio también se realiza un interesante análisis de los recursos destinados a las personas mayores que, en la práctica, se reducían a uno: las residencias, herederas en su mayoría de los antiguos asilos, cuya descripción recuerda en ocasiones relatos tétricos del siglo XIX: “Unos 40.000 de un total de cerca de tres millones y medio de ancianos españoles viven actualmente en asilos y residencias. De ellos, seis de cada diez son viejos de más de 75 años que han ingresado allí por indigencia, carentes de familia o alejados totalmente de ella..... Uno de cada ocho asilados está insuficiente y deficientemente alimentados, según los propios directores / as. Seis de cada diez viejos viven y duermen en salas de más de siete camas cada una, alineadas unas junto a otras, sin espacio entre ellas. Obligando a una vida forzada y forzadamente pública de exhibición permanente y total ante los demás.....”

Descripciones de este tipo abundan en el informe y hablan por sí mismas. Quizás, el único comentario que parece obligado realizar es que esta situación se producía en los comienzos de la apertura democrática española, pocos años antes de que se aprobara nuestra Constitución.

Sin embargo, en los comienzos de los años setenta, paralelamente a situaciones como las que acabamos de reflejar, se produce ya un primer intento de planificación a través de la aprobación del Plan Nacional de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos, por Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de febrero de 1971. Dirigido casi en exclusiva a los pensionistas de la Seguridad Social, este plan preveía el desarrollo de recursos a través de dos modalidades:

- La Acción directa de la Seguridad Social, para la puesta en funcionamiento de “ayuda a domicilio”, clubs, residencias, sanatorios geriátricos de rehabilitación y residencias asistidas.
- La Acción concertada para promover la creación de unidades geriátricas por entidades públicas o privadas con el fin de extender por todo el territorio nacional una red de asistencia gerontológica.

El impulsor de este Plan, D. Juan Vidal, director del servicio de Asistencia al Pensionista de la Seguridad Social, evaluaba a los pocos años su grado de ejecución: “En febrero de 1974 se encuentran en funcionamiento 120 hogares y 16 residencias. A través de aquellos se realiza una importante labor de ayuda a domicilio. Existe alrededor de 2.500 plazas de residencias y 250.000 socios en los hogares”

Pero habrían de transcurrir muchos años para que las previsiones de aquel Plan se cumplieran. Algunas de ellas, como las unidades geriátricas, todavía están en proceso de implantación, a pesar de haber demostrado sobradamente su eficacia. Sin embargo, es necesario destacar el carácter socio sanitario de este plan, en un momento histórico en que todavía no se podía prever el incremento que se iba a producir en la población con dependencias y la enorme demanda de servicios sociales y sanitarios que estas situaciones acarrearán.

1.1. La década de los 80. La consolidación de los sistemas públicos

La década de los ochenta supuso cambios importantes para las personas mayores españolas: generalización en el sistema de pensiones y en el acceso al sistema sanitario y un proceso relativamente rápido de implantación de un sistema público de servicios sociales, al menos en lo que se refiere a su conceptualización (Sancho T, Rodríguez P,1999). Sin embargo, todavía hoy arrastramos esa distancia de 20 años que en ese momento nos separaba de nuestros vecinos del norte de Europa en cuanto a desarrollo de un sistema sólido de servicios sociales. Mientras en los países

Europeos más avanzados llevaban años librando con dureza la batalla de la desinstitucionalización (Townsend, 1962; Tibbitts, 1960) y se aireaban evaluaciones demoledoras sobre las instituciones psiquiátricas y las de ancianos, en España, fruto del Plan citado anteriormente, vivíamos la época dorada de construcción de residencias de gran capacidad, destinadas a personas que se valían por sí mismas y que sufrían múltiples carencias socioeconómicas. Se trataba de instalaciones hoteleras de calidad dependientes del sistema público y presididas por el objetivo de "dar a *nuestros mayores* lo que nunca tuvieron en su época de duro trabajo". El principio conceptual de partida podría resumirse así: "ellos ya trabajaron suficientemente, ahora les toca descansar: nosotros se lo daremos todo hecho".

La historia demuestra en ocasiones la teoría de los ciclos. Entre estos planteamientos y la efervescencia de los actuales basados en el envejecimiento activo-productivo (OMS, 2002) han pasado más de veinte años. En este momento parece imposible pensar que los postulados que presidían el desarrollo de la política social de los primeros años 80 en España se vayan a repetir en el futuro. La transformación de las características sociológicas de las actuales generaciones de mayores y, aún más, las que vendrán en el futuro hacen impensable una vuelta a aquellos principios basados en la teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961)

Desde finales de los ochenta, empiezan a tomar fuerza, también en España, los planteamientos que defienden las ventajas de ofrecer atención a las personas en su medio habitual. Se iban asumiendo los enfoques comunitaristas que ya estaban ampliamente teorizados y conceptualizados en otros países de Europa. Asistíamos a un cambio radical del discurso de la política dirigida a las personas mayores en el que se desplazaba el centro de la atención desde las residencias a los servicios comunitarios, muy incipientes todavía. Un efecto paralelo a este enfoque se percibió en la creciente visibilidad y devolución a las familias del protagonismo y el lugar que nunca habían abandonado: el de la responsabilidad principal en los cuidados y atenciones que precisan los mayores o cualquier otra persona que en algún momento de su vida necesita ayuda.

A partir de este cambio conceptual, la intervención social se organiza en torno a la noción de "ayuda", con el objeto de mantener y respetar todas las potencialidades de los individuos, es decir, su autonomía, apoyando así sus esfuerzos por permanecer en su medio habitual de vida (Lesseman y Martin 1993). La promoción de las políticas comunitarias fue consagrada por un organismo internacional de la importancia de la OMS, que aseguraba así su generalización. El primer Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento (Naciones Unidas, 1982) dedicaba sus primeras recomendaciones a concretar estos planteamientos en el ámbito de la salud. Pero, a pesar del acuerdo unánime y compartido desde los ámbitos gerontológicos y de los responsables políticos, la observación del desarrollo y la aplicación de los postulados comunitaristas sigue siendo todavía hoy francamente escasa y deficiente, como se analizará más adelante.

1.2. La década de los noventa. El auge de la planificación gerontológica

El periodo de "crecimiento sin política" (Jamieson, 1991) correspondiente a la década de los ochenta (años 60 y 70 en Europa) conduce a la constatación de que es necesario abordar un diagnóstico más preciso de las necesidades que en este sector se producirán en años venideros y planificar en base a estudios rigurosos de necesidades las políticas de atención para un amplio período. De estas inquietudes y proyectos surge el Plan Gerontológico (INSERSO, 1993), que había venido elaborándose desde el año 1988. Su difusión supuso un cambio cualitativo para el área del conocimiento relacionada con la vejez, constituyéndose rápidamente en un decisivo referente no tanto por su contribución al crecimiento y desarrollo de los servicios, que también lo hizo, como por su clarificación conceptual en la organización y formulación de respuestas a sus necesidades .

Como es bien conocido, este plan se estructuró en cinco áreas de actuación (pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio y participación) sistematizadas en líneas de actuación, objetivos, medidas para su desarrollo y entidades responsables de su aplicación. Quizá sea su carácter de

integralidad una de sus más importantes fortalezas, que ha condicionado el diseño de posteriores planificaciones en materia de vejez. Pero también su carácter innovador emerge a lo largo de esta planificación en bastantes momentos:

- Por primera vez en España se establecen índices de cobertura de servicios sociales a lograr en una década, posibilitando así la comparabilidad con otros países y modelos de atención. Se planifica también el desarrollo de servicios inexistentes en nuestro país hasta ese momento: centros de día, estancias temporales en residencias, sistemas alternativos de alojamiento.
- Se explicitan actuaciones de coordinación sociosanitaria, prácticamente desconocidas en el sector si exceptuamos el programa Vida als Anys (1986) y la iniciativa del Servicio de geriatría de Cruz Roja en Madrid a través de SAGECO (1984), ambas lideradas desde el sector sanitario. La importancia de este tema es hoy indiscutible.
- Se aborda esta planificación desde la perspectiva de género y teniendo en cuenta las necesidades de los cuidadores familiares. Es paradójico, pero en el “paraíso del cuidado familiar” que es nuestro país, no se había producido una sola iniciativa ni de intervención ni siquiera de investigación sobre el sistema de apoyo informal.
- Se dedican dos áreas de esta planificación a facilitar el acceso de las personas mayores a los bienes culturales, a la educación, al aprendizaje y a la participación social. Todo ello en un momento histórico en el que la vejez empezaba a salir de su triste luto riguroso y a disfrutar con ilusión de la reincorporación a la colorista vida ciudadana que la consolidación de la democracia nos ofrecía.
- Pero sobre todo, este plan sistematizaba las bases de un modelo público de servicios sociales de inspiración comunitaria. El lema “envejecer en casa”, difundido ampliamente por organismos internacionales como la OCDE (1996), por primera vez protagonizaba el diseño de nuestra política social. En definitiva, se

consiguió, en un corto espacio de tiempo, homogeneizar nuestro discurso sobre la vejez y sus necesidades con el de los países mas avanzados en políticas sociales. Parecería que, a la hora de planificar, de elaborar programas, de conceptualizar, veinte años de distancia no son casi nada. Sin embargo, la puesta en práctica de las planificaciones y la posterior evaluación de lo realizado, arroja muchas sombras y retos por alcanzar.

Mas allá de su papel de referente teórico de las diferentes políticas que se han desarrollado en nuestro país, el específico grado de ejecución del Plan Gerontológico ha de valorarse como bastante escaso (IMSERSO, 1998). Su reducida dotación presupuestaria, el escaso crecimiento del gasto en servicios sociales del Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, así como las dificultades del proceso de descentralización territorial de las competencias y de la gestión de los servicios sociales, coincidentes en el tiempo con la plena vigencia de este plan, se configuran como causas esenciales de esta situación. A ello habría que añadir otra valoración más cualitativa. La sociedad española en ese momento, y también ahora, sigue percibiendo los problemas de atención a las personas mayores como un asunto que se mueve en el ámbito de la privacidad, de lo íntimo, y no tanto como una responsabilidad de los poderes públicos y de la sociedad en general. En definitiva, su grado de presión para que nuestro sistema de protección social disponga de respuestas adecuadas a las necesidades de las personas mayores todavía era y sigue siendo escaso.

2. El desarrollo de recursos para las personas mayores dependientes en el contexto europeo

Este somero repaso histórico que acabamos de realizar ofrece una primera visión sobre la evolución que nuestro país ha experimentado en tan corto período de tiempo. Es indudable que se ha realizado un importante esfuerzo que se traduce en un considerable desarrollo de servicios sociales destinados a la atención de las personas mayores en situaciones carenciales y de dependencia. Las administraciones públicas han sido protagonistas de este proceso. Pero también la iniciativa privada con y sin fin de lucro están desempeñando un papel clave en la mejora cuantitativa y cualitativa de la oferta de servicios. Sin embargo, es obligado reconocer su insuficiencia, si ese crecimiento lo ponemos en relación con el que ha experimentado el número de personas mayores que tienen problemas de dependencia y, también, con la evolución ocurrida en los modelos familiares, en el rol de las mujeres y en las preferencias de las propias personas mayores en cuanto se refiere a los modelos de atención que desean.

Esta insuficiencia es obvia y preocupante cuando analizamos la situación europea y el desarrollo experimentado en la última década en el ámbito de la protección a las personas mayores dependientes. Los organismos internacionales han liderado estudios comparativos tanto desde el ámbito sanitario como desde los servicios sociales, que han dado lugar a la difusión de documentos y recomendaciones que recogemos en la documentación complementaria y relacionamos en el **Anexo nº 1**.

Sin entrar en análisis sobre la evolución de unos y otros servicios y, lo que es más importante, sobre los modelos de protección a la dependencia vigentes en diferentes países que se analizan en otra parte de este libro, ofrecemos a continuación algunos datos de cobertura de los recursos más significativos y que, a primera vista, nos permiten observar la situación de unos y otros.

TABLA nº 1: Comparación de las ratios de cobertura en residencias y servicios domiciliarios en algunos países de Europa

PAISES	PLAZAS EN RESIDENCIAS	SERVICIOS DOMICILIARIOS
FRANCIA (*)	6.7	12.5
HOLANDA (*)	9	20
ALEMANIA (*)	4.1	8.6
DINAMARCA (**)	13	31
ESPAÑA (***)	3,77	3,12

*Fuente: * Elaboración propia según datos recogidos en los países mencionados. 2004*

*** Pacolet, 1999.*

**** Observatorio de Mayores, IMSERSO. 2004.*

Obviamente las diferencias en el grado de implantación de los servicios básicos para personas dependientes, son todavía muy grandes.

Sin embargo, si analizamos las propuestas realizadas en algunos documentos de referencia para nuestro país, podemos observar bastante aproximación en algunas previsiones, con la excepción del servicio de ayuda a domicilio, que continua siendo la gran asignatura pendiente de nuestro sistema. **(Tabla nº 2)**. No obstante el análisis detallado de cada uno de estos recursos que abordamos a continuación, matizará este aparente acercamiento entre previsiones y realidades.

Tabla nº. 2. Recursos Sociosanitarios. Balance de una década

	SAD	Teleasistencia	C. De Día	Residencias y Otros alojamientos
Plan Gerontológico Escenario 2.000	8%	12% de los que viven solos	—	4.5%
Informe para el Defensor del Pueblo Escenario 2.006	5% Intensidad 28 h./mes	10,7% de los que viven solos	2% > 80 años	4%
Situación Actual 2.004	3,14% Intensidad 16 h./mes	10,8% de los que viven solos	1,9% > 80 años	3,77%

Fuente: Elaboración propia.

3. Los servicios sociales para personas mayores en situación de dependencia en España. Estructura y marco conceptual

La descripción y análisis de cada uno de los servicios sociales de atención a las personas mayores dependientes se presenta siguiendo la siguiente estructura:

- Definición y conceptualización del servicio. Se ofrece una propuesta conceptual ("el deber ser") que creemos ha de ser asumida como referente para el desarrollo y aplicación del Sistema Nacional de Dependencia. Por tanto, su adecuación a la actual realidad de estos recursos en algunos de ellos se sitúa todavía a gran distancia de la propuesta que se realiza.

- Se analiza la evolución y situación de cada uno de los servicios: características e índices de cobertura desagregados por CCAA.
- Conclusiones sobre cada uno de los grandes recursos.
- Propuestas generales y para cada uno de ellos.

Se abordan en primer lugar aquellos servicios y programas que favorecen la permanencia en el domicilio, en coherencia con el principio "envejecer en casa" y, sobre todo, con los deseos expresados por los ciudadanos/as españoles al respecto.

A continuación se analizan los llamados servicios intermedios (centros de día y estancias temporales), para finalizar con una descripción del "estado de la cuestión" en el ámbito de los modelos alternativos a las residencias y del sistema institucional propiamente dicho.

A pesar de que este análisis se ajuste a la estructuración tradicional de nuestro sistema de atención, que ha respondido siempre a las dicotomías establecidas entre lo institucional y lo comunitario, o lo social y lo sanitario, ya desde este momento queremos realizar una puntualización que, en nuestra opinión, debería presidir el futuro modelo de atención: el desarrollo de los diferentes recursos, el mejor conocimiento de las necesidades y deseos expresados por las personas mayores y sus redes sociales, junto con las nuevas prioridades de las políticas sociales, han ido evidenciando la necesidad de superar los antiguos planteamientos dicotómicos para ofrecer un modelo de atención que integre los servicios en el entorno comunitario más cercano, de tal forma que pueda responder con agilidad a las necesidades de las personas mayores y de sus familias. En consecuencia, la atención institucional no debe quedar fuera del ámbito comunitario, como un mundo aparte, cerrado e infranqueable. Es indispensable que los postulados de integralidad, consustanciales a los principios gerontológicos, asuman estos planteamientos desde el comienzo del diseño del futuro modelo de protección a las dependencia.

En otro orden de reflexiones, y antes de entrar en el análisis de cada uno de los recursos mencionados, se realizan algunos comentarios que pueden ayudar a obtener una visión de conjunto del estado de la cuestión y del consiguiente debate subyacente en esta materia:

- La desigualdad interautonómica parece una característica común a todos los servicios en la mayoría de sus diferentes aspectos: grado de implantación y desarrollo, costes, soporte normativo y otras características específicas.
- Los sistemas de información todavía tienen un desarrollo incipiente, en algunas CCAA. Se detectan carencias importantes referentes a la tipología de los servicios, contenidos, perfil de sus usuarios, programas, índices de cobertura, etc. Sin embargo en los últimos años se observa una clara tendencia a la organización sistemática de los datos. De hecho, los correspondientes a 2004 ofrecen una información mucho más completa cuantitativa y cualitativamente que en años anteriores.
- Existen serios problemas en lo que se refiere a la conceptualización de los servicios. Bajo la misma denominación, nos encontramos con una oferta muy diferente. Este no es un problema exclusivamente español. Cuando la UE publicó el informe "La protección social de las personas mayores dependientes en 15 países de la UE. y Noruega" (Pacolet, 1999) reseñaba, como ejemplo de diversidad, que habían identificado ocho sistemas de servicios residenciales y 22 modalidades de servicios de proximidad.

Sin duda alguna esta diversidad es un indicador de innovación y desarrollo en el ámbito de la atención a las personas mayores dependientes. Pero también denota, al menos en nuestro país, una carencia de debate en profundidad sobre la conceptualización de cada uno de los grandes servicios que dé lugar a definiciones de consenso y a la elaboración de un glosario terminológico que facilite la comprensión de este complejo sistema de atención.

Es una tarea pendiente que habrá que afrontar de inmediato si queremos presentar un catálogo de prestaciones sociales que organice la oferta de servicios y prestaciones del Sistema Nacional de Dependencia.

Desde 1999, el Observatorio de personas mayores viene recopilando datos sobre servicios sociales con el objetivo de elaborar, de forma sistemática, un conjunto de indicadores sobre la red de servicios dirigidos a personas mayores en España. Los **gráficos nº 1 y 2** y sus correspondientes **tablas** explicativas, **nº 3 y 4** nos ofrecen un primer acercamiento a la realidad de nuestros recursos que se analizarán con más detalle a continuación. A estos datos, añadimos todos los existentes procedentes de otras fuentes, que, a pesar de presentar algunas dificultades de comparabilidad, consideramos que ofrecen una valiosa información para poder construir una perspectiva histórica más completa que nos retrotrae a los años 70 en algunos casos.

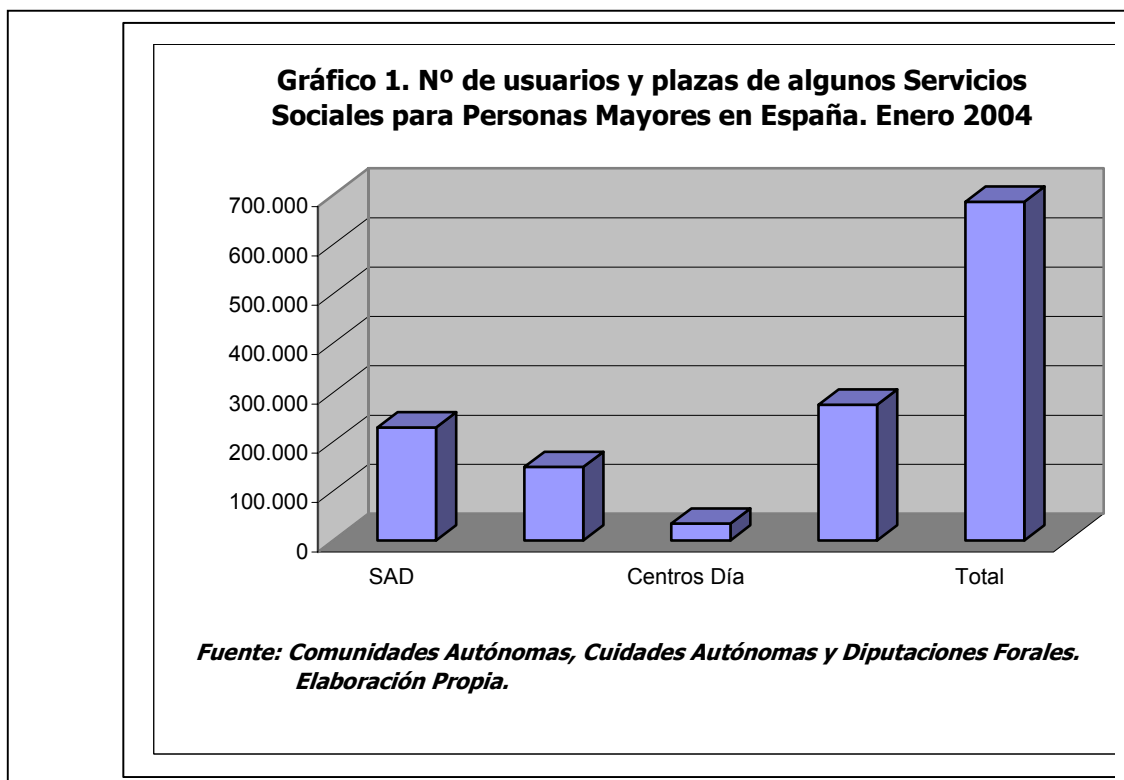


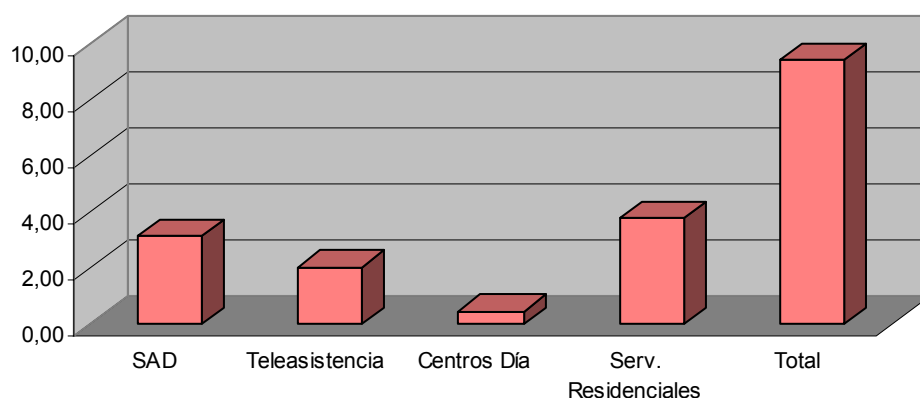
Tabla nº 3. Número de usuarios Sº Sociales, por CC.AA. (2004)

	SAD	Teleasistencia	Centros Día	Serv. Residenciales	Total
Andalucía	39.266	20.242	3.721	32.094	95.323
Aragón	8.064	6.989	905	11.695	27.653
Asturias	7.750	4.188	884	9.664	22.486
Baleares*	2.784	2.527	322	3.789	9.422
Canarias	6.135	1.422	514	6.599	14.670
Cantabria	2.025	500	372	4.223	7.120
Castilla-León	17.805	14.468	1.978	34.883	69.134
Castilla-La Mancha	17.460	14.078	849	18.135	50.522
Cataluña	44.472	9.105	10.929	50.190	114.696
C. Valenciana	12.363	13.837	1.868	18.646	46.714
Extremadura	15.415	2.789	910	7.646	26.760
Galicia	11.220	3.944	1.036	12.171	28.371
Madrid	28.024	37.931	5.842	37.886	109.683
Murcia	3.153	2.425	755	4.023	10.356
Navarra	3.675	4.833	392	5.492	14.392
País Vasco	6.793	8.677	2.113	14.957	32.540
La Rioja	1.894	697	269	2.620	5.480
Ceuta	283	35	25	137	480
Melilla	231	218	25	199	673
España	228.812	148.905	33.709	275.049	686.475

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.

Elaboración Propia.

Gráfico 2. Índice de Cobertura de algunos Servicios Sociales para Personas Mayores en España. Enero 2004



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.

INE (2004) Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2003.

Elaboración Propia.

Tabla nº 4. Índice de Cobertura de algunos Servicios Sociales para Personas Mayores en España. Enero 2004.

Ámbito Territorial	SAD	Teleasistencia	Centros Día	Serv. Residenciales	Total
Andalucía	3,48	1,79	0,33	2,84	8,45
Aragón	3,07	2,66	0,34	4,46	10,54
Asturias	3,26	1,76	0,37	4,06	9,44
Baleares*	2,09	1,89	0,24	2,84	7,06
Canarias	2,69	0,62	0,23	2,89	6,43
Cantabria	1,92	0,48	0,35	4,01	6,77
Castilla-León	3,12	2,54	0,35	6,12	12,13
Castilla-La Mancha	4,87	3,93	0,24	5,06	14,09
Cataluña	3,87	0,79	0,95	4,37	9,98
C. Valenciana	1,67	1,87	0,25	2,52	6,31
Extremadura	7,41	1,34	0,44	3,68	12,87
Galicia	1,91	0,67	0,18	2,08	4,84
Madrid	3,37	4,57	0,70	4,56	13,20
Murcia	1,76	1,35	0,42	2,25	5,79
Navarra	3,56	4,68	0,38	5,32	13,95
País Vasco	1,77	2,26	0,55	3,90	8,48
La Rioja	3,41	1,25	0,48	4,71	9,86
Ceuta	3,44	0,43	0,30	1,67	5,84
Melilla	3,15	2,97	0,34	2,72	9,18
España	3,14	2,05	0,46	3,78	9,43

**Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.
INE (2004) Datos de Población . Padrón Municipal 01/01/2003.
Elaboración Propia.**

Por último, es necesario puntualizar que, a pesar de que en los datos presentados se ofrecen sumas totales de los potenciales usuarios de estos servicios, llegando a contabilizarse 680.000 personas atendidas a enero de 2004, en ningún caso esta cifra puede hacer presuponer que un 9% de nuestra población de 65 y más años tiene sus necesidades cubiertas ante situaciones de dependencia, ya que la mayor parte de ellos (salvo las residencias) son servicios de intensidad insuficiente y, además, algunos son de carácter complementario, que se deberán ofertar conjuntamente para poder garantizar la permanencia en el domicilio.

4. Los Servicios Domiciliarios

4.1. Conceptualización y Objetivos de los SAD

Sin entrar a analizar la atención domiciliaria de índole sanitaria, que se presta fundamentalmente por los equipos de atención primaria y también, por equipos especializados de soporte (PADES, ESAD, equipos domiciliarios de los servicios de Geriátrica hospitalaria), vamos a circunscribir nuestra atención a los servicios de ayuda a domicilio (SAD) prestado por los servicios sociales, sin olvidar la necesaria coordinación que debe existir con la atención domiciliaria dependiente de los centros de salud o de los servicios hospitalarios y que será analizada en otro apartado de este documento.

En lo esencial, los SAD consisten en ofrecer una ayuda personal y/o determinados servicios en el domicilio de ciertos individuos (personas mayores, discapacitadas, enfermas, familias desestructuradas, etc.) cuya independencia funcional se encuentra limitada o que atraviesan una situación de crisis personal o familiar.

El contenido de los SAD debe comprender, además del cuidado y atención personales a quienes son sus usuarios/as, la prestación de otros servicios considerados clave de cara a favorecer un aceptable grado de independencia en el funcionamiento de la vida diaria, tales como la limpieza del hogar, preparación de comidas, realizar determinadas gestiones, etc.

También deben incluirse como prestaciones complementarias las reparaciones o adaptaciones de las viviendas, la instalación de aparatos o ayudas técnicas, el servicio de teleasistencia domiciliaria, el servicio de comidas o de lavandería a domicilio, etc.

Aunque los SAD son prestaciones de los servicios sociales dirigidas a toda persona en situación de riesgo de pérdida de niveles de independencia, vamos a referirnos a la ayuda domiciliaria prestada y dirigida a las personas mayores, que constituyen, por otra parte, la gran mayoría de todos los destinatarios de los SAD (alrededor de un 90% de los usuarios del mismo son personas mayores).

4.1.1. Definición de los SAD

Definimos los servicios de ayuda a domicilio a las personas mayores como:

"Un Programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado" (Rodríguez. P, 2003).

De la definición que se ofrece, pueden destacarse las notas siguientes, que la clarifican:

- a) Los SAD constituyen un programa individualizado. Por ello es preciso planificar de manera individualizada cada caso, para adaptar con flexibilidad los apoyos necesarios a las peculiaridades concretas del ámbito en el que se interviene y de las circunstancias que rodean a cada persona en su contexto familiar.
- b) Los SAD tienen un carácter preventivo y rehabilitador. Por un lado, intentan prevenir situaciones carenciales que incrementen el riesgo de pérdida de independencia: crear hábitos y estilos de vida saludables con respecto a la higiene, al ejercicio físico, a la alimentación; prevenir caídas o accidentes en el hogar mediante acondicionamientos de la vivienda y utilización de enseres y aparatos (ayudas técnicas); reforzar los vínculos familiares y sociales...

Por otra parte, se pretenden recuperar capacidades funcionales perdidas, mediante entrenamiento de habilidades para actividades de la vida diaria, tales como vestirse, andar, asearse, hacer las tareas domésticas, preparación de alimentos, comer, acudir al servicio con regularidad; también se orienta al refuerzo de la capacidad de la persona mayor para su comunicación con el exterior, para la realización de actividades lúdicas y recreativas, etc.

c) En el programa de atención domiciliaria se conjugan tanto servicios como técnicas de intervención. Como en el resto de los servicios sociales, no se trata sólo de proveer determinadas prestaciones o servicios que vienen a aliviar insuficiencias o carencias, sino que también es necesario utilizar técnicas de intervención adecuadas para lograr reinstaurar o, al menos, mitigar la dependencia que se haya detectado.

d) Se trata de servicios y técnicas profesionales. Ello quiere decir que es necesario, en primer lugar, que cada intervención que se realice ha de ser programada, supervisada y evaluada periódicamente por profesionales adecuados (enfermeros/as, trabajadores/as sociales).

En segundo lugar, que los/as auxiliares o trabajadores/as que realizan las tareas planificadas deben haber tenido una fase de formación para desempeñar este trabajo.

e) Los servicios y técnicas básicos de intervención consisten en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno.

- ✓ **La atención personal** se desarrolla en actividades de: compañía, conversación y escucha activa, paseos y, sobre todo, asistencia en las principales actividades de la vida diaria, como levantarse/acostarse, bañarse, vestirse, comer, higiene íntima, etc. Cuando se cuida a una persona que sufre una situación de dependencia importante, hay que llevar a cabo cuidados especiales,

como cambios posturales, movilizaciones, orientación tempore espacial, etc., que siempre deben ser pautados y supervisados por profesionales de la enfermería.

- ✓ La atención **doméstica** consiste en tareas como: limpieza de la casa, compra de alimentos, cocinar, lavar, planchar, etc. Una parte de la atención doméstica puede ser realizada mediante servicios de comidas o lavandería a domicilio, a través de contratos o acuerdos con alguna entidad de la zona.

El peso que hasta ahora han tenido en los SAD las tareas domésticas debe ir cediendo el paso al protagonismo del resto de las actividades, puesto que aquéllas pueden ser encomendadas a personal no tan cualificado.

- ✓ Las actividades de **apoyo psicosocial** consisten en practicar la escucha activa con la persona mayor, estimularla para que practique el auto cuidado, para que permanezca activa, que se relacione, que salga; en definitiva, todo aquello que fomente su autoestima y la prevención y reducción de la dependencia.
- ✓ En cuanto se refiere al **apoyo familiar**, las actitudes de los/as trabajadores/as, mientras realizan la prestación de un SAD, tenderán siempre a reforzar la cohesión familiar, en un espíritu de colaboración y nunca de sustitución del papel de la familia.
- ✓ Las relaciones de las personas con su **entorno** es una dimensión que no debe olvidarse en los SAD. Deben estimularse los contactos externos, tanto con las propias redes sociales del usuario/a, como con el conjunto de recursos sociales existentes en la zona del domicilio en el que se está interviniendo.

- f) Los servicios se prestan fundamentalmente **en el domicilio** de la persona mayor. En ello se diferencia de los ofrecidos en residencias, o en centros de día. Los SAD tienen como uno de sus objetivos fundamentales facilitar que la persona, si éste es su deseo, continúe viviendo en su casa el mayor tiempo posible en condiciones aceptables de dignidad personal.
- g) Los SAD, cuando se dirigen a personas mayores, se trata de aquéllas **que presentan algún grado de dependencia**.

Las personas mayores en general, según los estudios sociológicos realizados últimamente, temen, más que ninguna otra cosa, perder la independencia funcional, no poder "valerse" por sí mismas para las actividades de la vida diaria, pasar a "depender" de otros.

Es cuando comienzan a aparecer síntomas de que esto puede pasar cuando debe intervenir mediante la prestación de los SAD. Porque también la investigación ha revelado que las personas mayores mayoritariamente prefieren vivir en su casa mientras les sea posible.

- h) El objetivo básico de los SAD es incrementar la **autonomía personal** en el medio habitual de vida. Relacionada con la nota anterior, este objetivo, primero de la atención domiciliaria, pretende desarrollar al máximo las posibilidades de la persona mayor de continuar controlando su propia vida, aunque se trate de alguien que es dependiente para determinadas actividades de la vida diaria.

4.1.2. Objetivos generales de los SAD

Sin ánimo de exhaustividad, y aunque pueden deducirse de lo indicado con anterioridad, se destacan; como objetivos fundamentales de los SAD, los que aparecen indicados en el cuadro siguiente:

OBJETIVOS DE LOS SAD

- ❖ Incrementar la autonomía de la persona atendida, y la de su familia, para que aquélla pueda permanecer viviendo en su casa el mayor tiempo posible manteniendo control sobre su propia vida.
- ❖ Conseguir cambios conductuales en la persona tendentes a mejorar su calidad de vida.
- ❖ Facilitarle la realización de tareas y actividades que no puede realizar por sí sola, sin interferir en su capacidad de decisión.
- ❖ Fomentar el desarrollo de hábitos saludables (alimentación, higiene, ejercicio físico...).
- ❖ Adecuar la vivienda a las necesidades de la persona atendida, mediante reparaciones, adaptaciones y/o instalación de ayudas técnicas.
- ❖ Potenciar el desarrollo de actividades en la propia casa y en el entorno comunitario, dentro de las posibilidades reales de la persona.
- ❖ Aumentar la seguridad y la autoestima personal.
- ❖ Potenciar las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior, y paliar así posibles problemas de aislamiento y soledad.
- ❖ Mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia, y de su entorno mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.
- ❖ Favorecer la prevalencia de sentimientos positivos ante la vida, desterrando actitudes nihilistas y autocompasivas.

La prestación y desarrollo de unos servicios de ayuda a domicilio de calidad, debe tener en cuenta un conjunto de dimensiones a la hora de planificarlos y diseñar los aspectos organizativos. Fundamentalmente, hay que tener en cuenta aspectos

como la extensión de los SAD y su intensidad horaria, elementos que determinan la eficacia y calidad de estos servicios.

Además de estos aspectos básicos de la organización de los SAD, también es importante atender otros, relacionados con ellos, como son las técnicas de valoración a utilizar, la formación de los/as trabajadores/as, el seguimiento del servicio, el contacto permanente con usuarios/as y familiares, etc.

Normalmente, la institución responsable de la prestación de los SAD es el municipio o, en su defecto, otra corporación local de mayor ámbito territorial, como son las diputaciones provinciales, los cabildos insulares, etc.

En algunos lugares, la prestación se realiza con gestión directa de la corporación local, pero, en la mayoría de los casos, la gestión se concierta con alguna entidad prestataria, como puede ser una cooperativa, una institución sin ánimo de lucro o una empresa.

En cualquier caso, cuando se trata de un servicio público, la responsabilidad de su calidad corresponde siempre a la institución de la Administración de quien depende, ya sea la local, la provincial o la autonómica. Lógicamente, si se trata de servicios prestados por una empresa directamente, las leyes que rigen son las del mercado y serán los clientes quienes, en función de la oferta, decidan libremente sobre la que les resulta más conveniente.

Una cuestión añadida a la complejidad que en sí ya tiene una correcta organización de la atención domiciliaria es su falta de homogeneidad conforme mas adelante comprobaremos al analizar los datos disponibles. No es lo mismo desarrollar los SAD en unos lugares que en otros. Las grandes ciudades, las zonas rurales con población dispersa, la idiosincrasia peculiar de cada ámbito territorial determinan una organización diferente. Tampoco es lo mismo organizar los SAD en un ámbito donde la existencia de recursos de atención es amplia que en lugares donde la nota fundamental es la escasez o precariedad de ellos.

Otra cuestión de interés a la hora de realizar el diseño de la intervención en la atención domiciliaria es la determinación de tareas que asumen los allegados y las complementarias del voluntariado porque los SAD nunca deben debilitar y, mucho menos, destruir las redes naturales de atención a las personas a las que se atiende, ya provengan éstas de relaciones amistosas, de buena vecindad, de la familia o de las organizaciones de voluntariado.

Por ello, siempre ha de tenerse en cuenta qué parte del cuidado y atención que requiere una persona con problemas de dependencia puede y va a ser asumido por las mencionadas redes. Las personas allegadas, lógicamente, pueden asumir todo tipo de tareas. Sólo hay que conocer cuáles de ellas pueden y quieren ser realizadas por las mismas, con el fin de poder planificar el resto de la ayuda para que la lleven a cabo los/as auxiliares de ayuda a domicilio y los servicios sanitarios en la parte que les compete.

4.1.3. El rol de los/as auxiliares del SAD o trabajadores/as de atención domiciliaria y el trabajo en equipo

Los/as trabajadores/as de atención domiciliaria no deben trabajar de manera aislada, sino que deben configurarse siempre como integrantes de un equipo de trabajo. El papel polivalente que cumplen, su estrecha relación con la persona, con la familia de ésta y otros allegados, así como con otros profesionales, fundamentalmente de los servicios sociales, pero también la potencialidad de hacerlo con los sanitarios, confieren a esta profesión un marcado carácter dinámico.

Como ya se ha señalado, el responsable del servicio es casi siempre el/la trabajador/a social de los servicios sociales, y es quien marca en España (al contrario de lo que ocurre en otros países, que son los profesionales de enfermería) las pautas de actuación inicial: tareas a desarrollar en el domicilio, tiempo de dedicación a las mismas, etc. También este profesional es el responsable del seguimiento de cada

caso y debe resolver todas las cuestiones, dudas y consultas que les sean planteadas por los/as auxiliares.

Por su parte, éstos/as, además de cumplir escrupulosamente con la realización de sus tareas, deben mantener contacto permanente con el profesional responsable de los SAD para informarle del desarrollo de su trabajo y de los cambios que hayan podido detectarse, con el fin de que pueda reorientarse el plan de trabajo previamente determinado.

Pero, además del necesario y permanente contacto con el/la profesional encargado de la organización del servicio, los/as trabajadores de atención domiciliaria, en ocasiones, sobre todo en los casos de graves dependencias que requieren cuidados especiales, deben establecer también contacto con los/as profesionales sanitarios (médicos/as, enfermeros/as), a quienes deben trasladar los cambios detectados, y de quienes recibirán las indicaciones y orientaciones precisas para realizar mejor su trabajo. En estas situaciones el profesional sanitario, especialmente la/el enfermera/o, debiera convertirse en tutor y en gestor del caso.

Esta intermediación entre los servicios sanitarios y los/as auxiliares de ayuda a domicilio es especialmente necesaria cuando no existen familiares u otras personas allegadas que se ocupen de la persona a la que se atiende. Porque ésta puede ser que no comprenda bien lo que el médico le ha dicho sobre su cuidado o sobre cómo tomar la medicación, y también puede tener dificultades para trasladar los síntomas experimentados o los cambios en su estado de salud.

Los partícipes y protagonistas de esta acción, en la que todos y cada uno de ellos tienen un papel preponderante son:

- ❖ la persona mayor
- ❖ la familia u otros allegados cuidadores: amistades, vecindad, personas voluntarias
- ❖ los profesionales: trabajador/a o auxiliar de atención domiciliaria, trabajador/a social, enfermero/a, otros profesionales (coordinación).

4.2. Evolución de los SAD en el contexto de la UE

Los servicios domiciliarios comienzan a implantarse en los países escandinavos, Gran Bretaña y Holanda con posterioridad al fin de la II Guerra Mundial, como correlato del triunfo de las ideas acerca del Estado del Bienestar propugnadas por Beveridge y Keynes y dentro de un contexto amplio de prestaciones universales de seguridad social, que incluye las pensiones, la asistencia sanitaria y los servicios sociales, uno de cuyos pilares lo constituye el SAD.

A los pioneros se les van uniendo la mayoría del resto de los países desarrollados durante las décadas de los 60 y 70, años en los que fueron apareciendo normas sobre su implantación, para después realizarse un desarrollo y extensión generalizada del SAD.

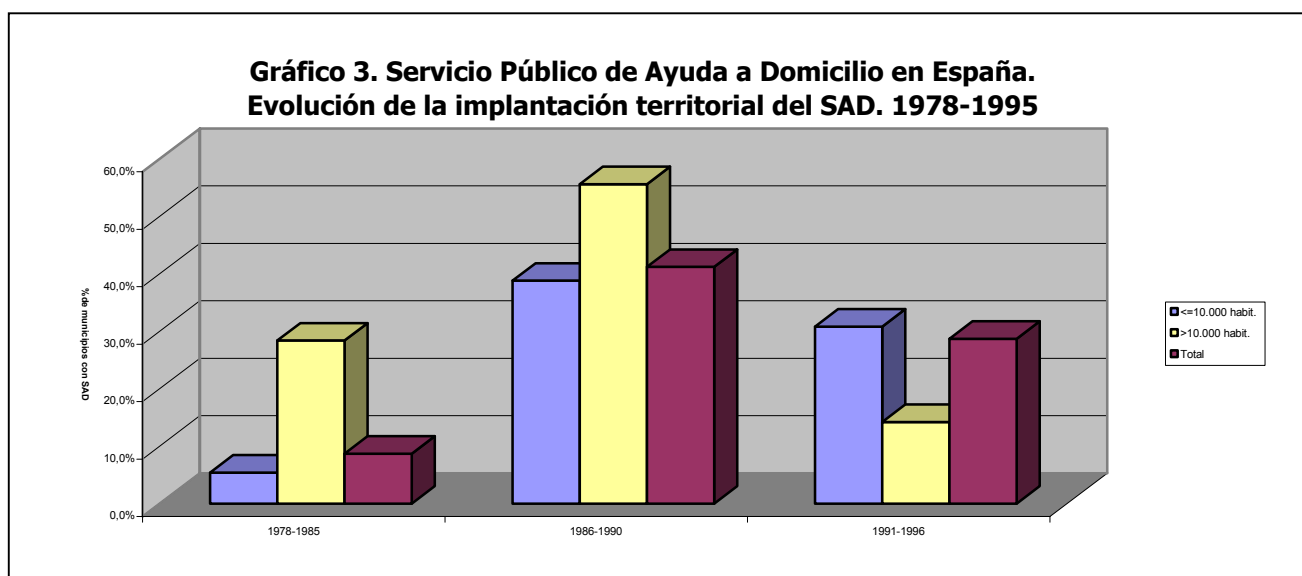
A lo largo de los años 80 comenzaron a realizarse evaluaciones sobre el conjunto de servicios que ofrecía la prestación de atención domiciliaria consolidándose como vía óptima de atención a personas o grupos familiares vulnerables. Se generaliza así la tendencia a considerar estos apoyos como los más idóneos para permitir a las personas con discapacidades o dependencias vivir el máximo tiempo posible en su casa, retrasando o evitando institucionalizaciones innecesarias.

El grupo de países que más ha avanzado en la extensión de la protección social en general y de los SAD en particular, es el constituido por los países nórdicos. En Dinamarca, más del 30% de personas mayores de 65 años reciben este servicio.

Actualmente la mayoría de los países europeos están en proceso de reformulación de los modelos de gestión de los servicios domiciliarios, buscando fórmulas, inspiradas en los postulados de la gestión de casos, que garanticen la provisión conjunta e integral de los servicios sanitarios y sociales que las personas en situación de dependencia necesitan, así como la complementariedad con los cuidados y

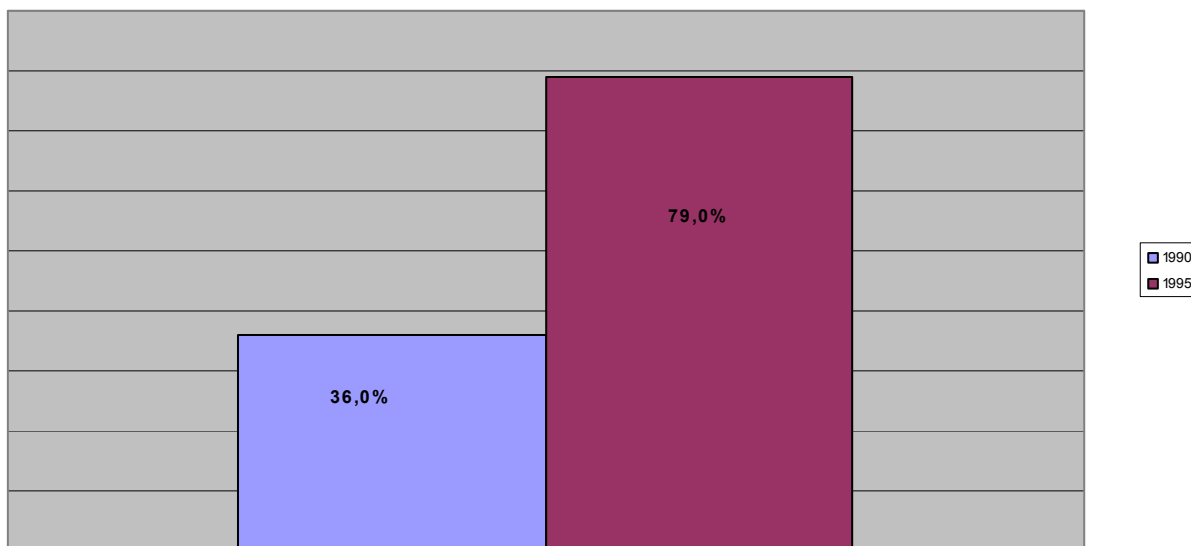
atenciones procedentes del entorno familiar, y de las organizaciones de voluntariado. Estos modelos de gestión se analizarán con más detalle en el capítulo dedicado a los modelos europeos de protección a la dependencia.

En cuanto a la implantación en España de los SAD y, en concreto del servicio de ayuda a domicilio, los primeros datos que poseemos se remontan al año 1990 en el que se realiza el primer estudio sobre el SAD, en colaboración con la FEMP, con motivo de la elaboración del Plan Gerontológico. Desde aquellos 34.181 usuarios de los que daba cuenta esta investigación (Porto. F y Rodríguez, P,1998) a los 228.812 registrados a Enero de 2004 se ha producido una auténtica transformación no sólo en su faceta cuantitativa sino en la concepción y fórmulas de prestación de este servicio. Los **gráficos nº 3 y 4** muestran con claridad el rápido proceso de implantación municipal que se produce en la primera década de los 90, gracias al impulso que significó la puesta en marcha en 1988 del Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Sociales en las Corporaciones Locales. De 9.997 usuarios contabilizados en 1989 pasamos a 63.712 en 1995 lo que, en todo caso, suponía un escaso índice de cobertura, que no superaba el 1.05%. Los servicios que se prestaban eran casi exclusivamente domésticos.



Fuente: Elaboración propia, a partir de Porto, F. Y Rodríguez, P. (1998)

**Gráfico 4. Servicio Público de Ayuda a Domicilio en España.
Implantación del SAD (% de municipios con SAD).
1990 y 1995**

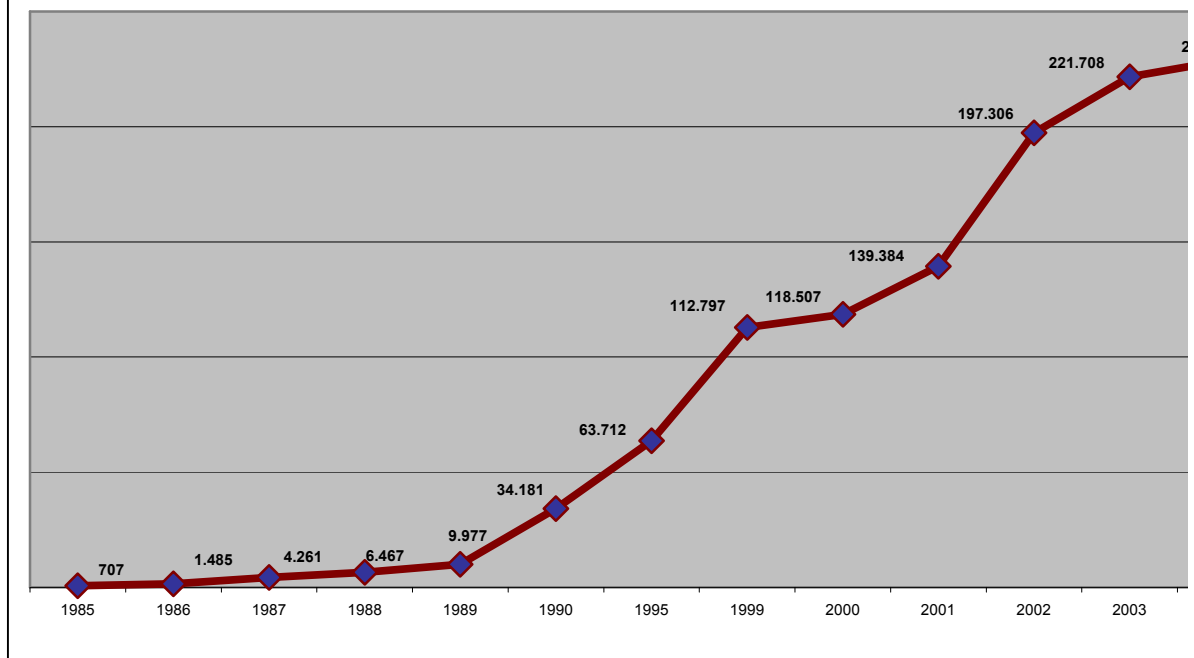


Fuente: Elaboración propia, a partir de Porto, F. Y Rodríguez, P. (1998)

Pero el perfil de necesidades de las personas que hoy acceden al SAD es muy diferente: Niveles moderados y a veces altos de dependencia, mayor edad, viviendas en mejores condiciones, en muchos casos menores redes sociales y soledad en el modelo de convivencia..... En definitiva, hemos pasado de cubrir necesidades básicas centradas fundamentalmente en las tareas domésticas de personas mayores que se valían por si mismas, a afrontar las necesidades de cuidado para la realización de las actividades de la vida diaria de personas muy mayores, en situación de dependencia, solas y que no desean pasar los últimos años de su vida en una residencia.

Véase en el **gráfico nº 5** la evolución que en España ha tenido la extensión de la cobertura de los SAD a lo largo de toda su historia, como servicio público de atención.

**Gráfico 5. Servicio Público de Ayuda a Domicilio en España
Evolución del Número de Usuarios. 1985-2004**



Fuente: OPM-IMSERSO: Informe 2004. "Las personas mayores en España"

Aunque es innegable el importante incremento de este servicio a lo largo de este periodo, hay que insistir en su insuficiencia para responder a las necesidades que están suficientemente detectadas. Es claro (y paradójico) que existe una clara incoherencia entre el discurso oficial que ha sido ampliamente difundido basado en el lema "envejecer en casa" como fórmula idónea del bienestar de las personas mayores y el esfuerzo real que se está realizando desde las diferentes administraciones públicas para adaptarse a las nuevas demandas de las personas dependientes y de sus cuidadores familiares. Esta incoherencia es todavía más flagrante cuando observamos las preferencias de los ciudadanos españoles, cuando se les pregunta dónde les gustaría vivir cuando lleguen a la vejez, como veremos más adelante.

4.2.1. Características actuales del servicio de ayuda a domicilio

Analizamos someramente a continuación algunos indicadores que se consideran esenciales a la hora de evaluar la eficacia y calidad del SAD. Todos ellos se ofrecen desagregados por CCAA, ya que resulta imprescindible conocer las importantes diferencias que presentan en la mayor parte de los aspectos que se estudian: cobertura, intensidad horaria, precios públicos, distribución de tareas, etc.

Como hemos dicho anteriormente el número total de usuarios del SAD a enero de 2004 asciende a 228.812, lo que significa que de cada 100 personas de 65 y más años, algo más de 3 utilizan este recurso. Como se puede observar en el **gráficos nº 6 y 7**, este índice de cobertura prácticamente se ha doblado en los últimos 5 años, aunque el incremento en valores absolutos sea algo mayor, ascendiendo a 116.015 usuarios nuevos (23.203 nuevos usuarios como media anual). Sin embargo, el incremento de la población mayor de 65 años, que ha supuesto 537.062 personas en el periodo 1999-2004, hace que el aumento del índice de cobertura sea escaso a pesar de los esfuerzos que desde las administraciones públicas se están realizando para generalizar este servicio.

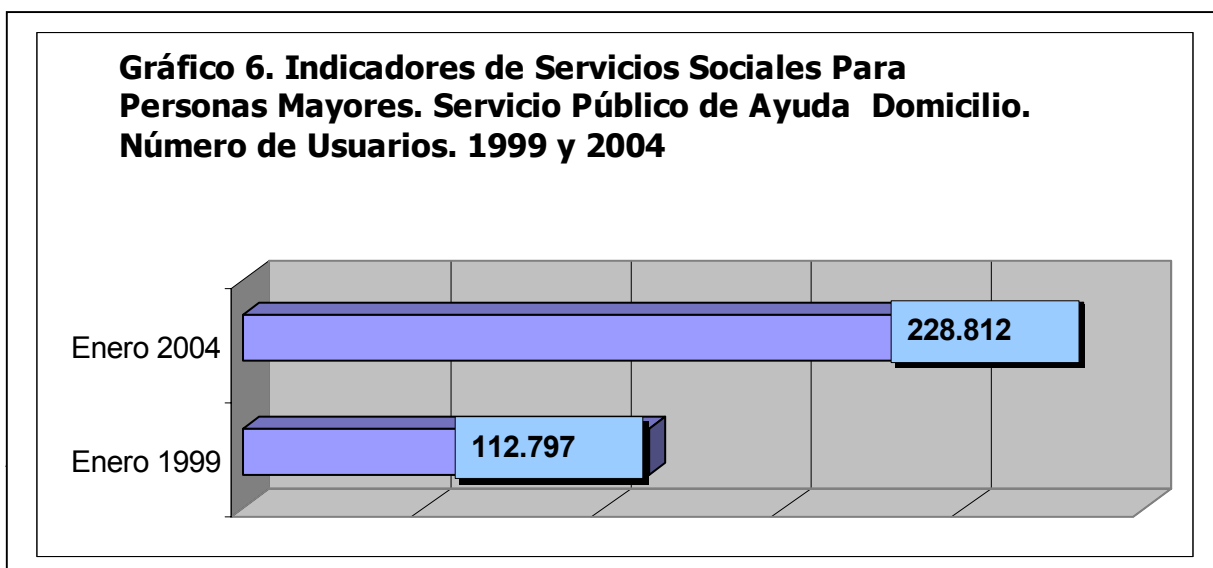
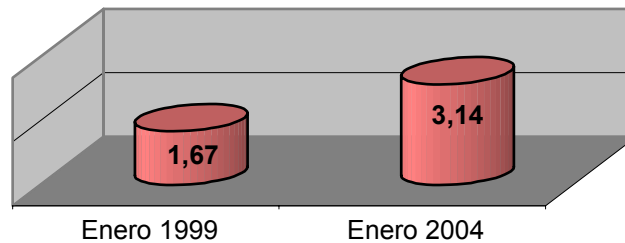


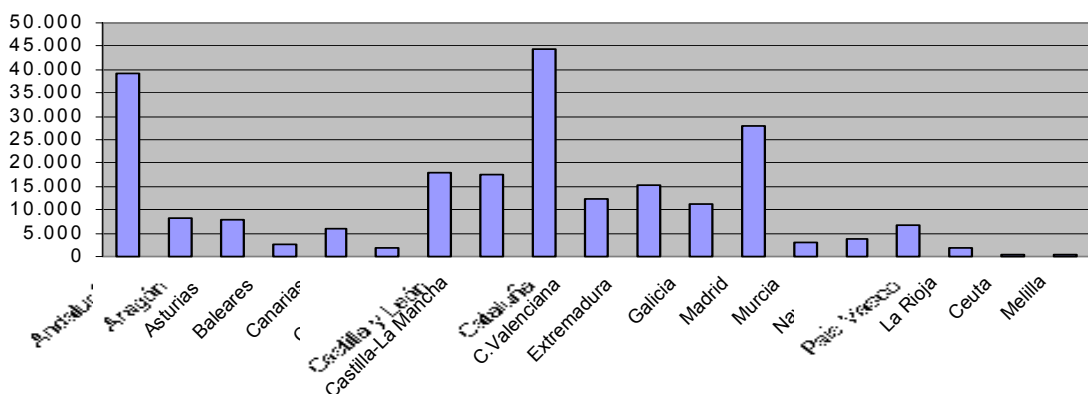
Gráfico 7. Indicadores de Servicios Sociales Para Personas Mayores. Servicio Público de Ayuda Domicilio. Índice de Cobertura. 1999 y 2004



Fuente: OPM-IMSERSO: Informe 2004. "Las personas mayores en España"

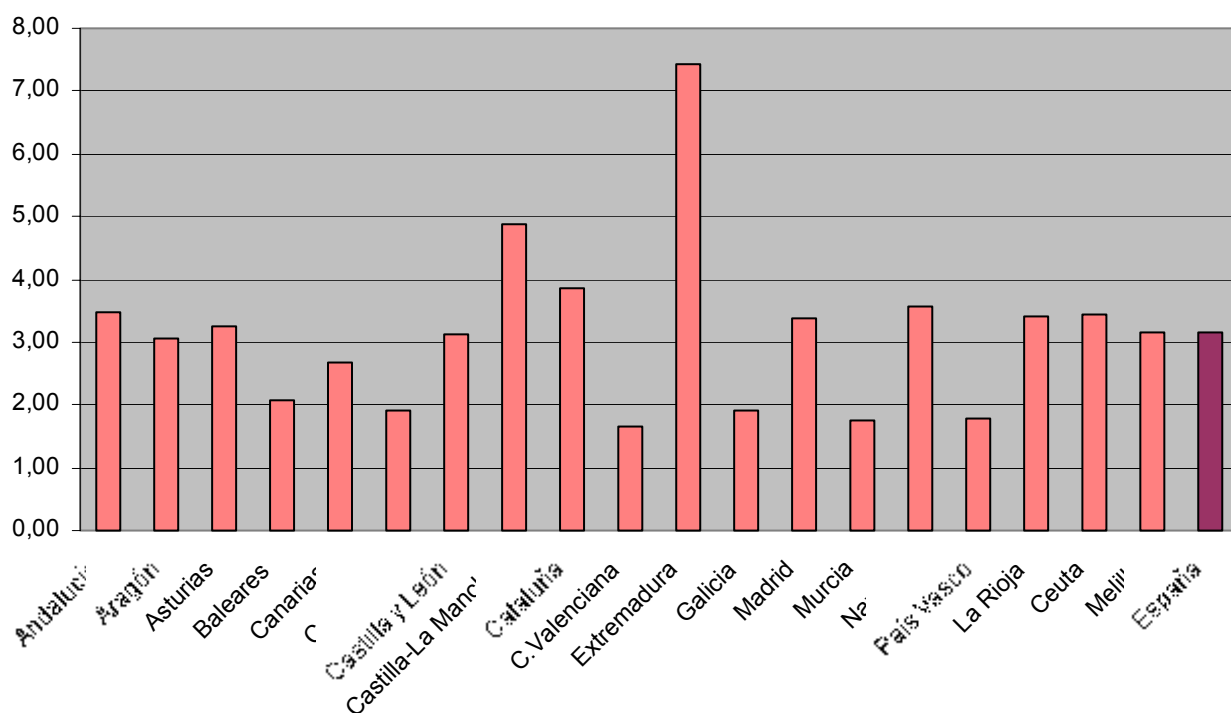
Del total de usuarios existentes en España más de la mitad (111.762) corresponden a las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña y Madrid. **(Gráfico nº 8)**. Sin embargo parece más riguroso analizar el índice de cobertura de este servicio en el que las Comunidades de Castilla La Mancha y Extremadura se sitúan a la cabeza. Esta última Comunidad Autónoma, con un porcentaje de 7,41 usuarios por cada 100 mayores de 65 años, supera en más del doble el índice medio nacional que alcanza con 3,14%. Por otra parte existen Comunidades Autónomas, como Comunidad Valenciana, Cantabria, Murcia, Galicia o País Vasco que se sitúan por debajo del 2% de cobertura **(Gráfico nº 9; Tabla nº 5)**.

Gráfico 8. Servicio Público de Ayuda a Domicilio. Número de Usuarios. Enero 2004



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.
Elaboración Propia.

**Gráfico 9. Servicio Público de Ayuda a Domicilio
Índice de Cobertura. Enero 2004**



**Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.
INE (2004) Datos de Población . Padrón Municipal 01/01/2003.
Elaboración Propia.
*Enero 2003**

Tabla nº 5. Servicio público de ayuda a domicilio en España. Número de usuarios atendidos e índice de cobertura (1). Enero 2004.

Ámbito Territorial	Población>65 01/01/03	Nº usuarios atendidos	Índice de cobertura (1)
Andalucía	1.128.535	39.266	3,48
Aragón	262.460	8.064	3,07
Asturias	238.075	7.750	3,26
Baleares	133.383	2.784	2,09
Canarias	228.142	6.135	2,69
Cantabria	105.213	2.025	1,92
Castilla y León	569.834	17.805	3,12
Castilla-La Mancha	358.564	17.460	4,87
Cataluña	1.149.771	44.472	3,87
C. Valenciana	740.781	12.363	1,67
Extremadura	207.973	15.415	7,41
Galicia	585.977	11.220	1,91
Madrid	830.839	28.024	3,37
Murcia	178.983	3.153	1,76
Navarra	103.200	3.675	3,56
País Vasco	383.761	6.793	1,77
La Rioja	55.578	1.894	3,41
Ceuta	8.222	283	3,44
Melilla	7.329	231	3,15
España	7.276.620	228.812	3,14

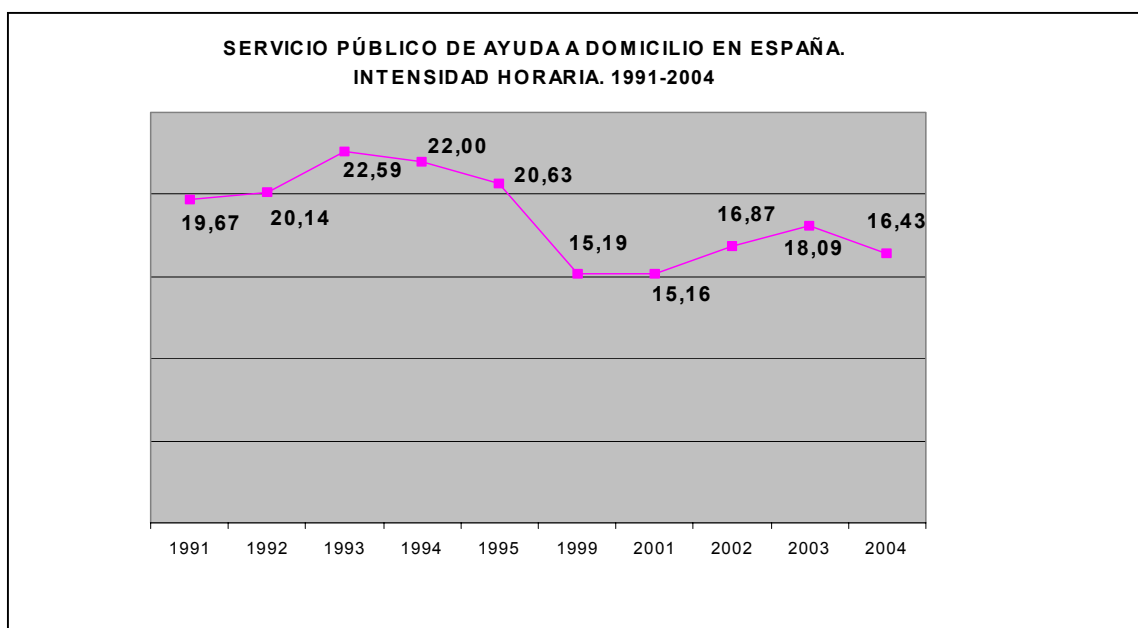
**Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales
INE (2004) Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2003
Elaboración propia**

(1) Índice de cobertura: (usuarios/población>65)x100

4.2.1.1. Intensidad horaria

A pesar de que el índice de cobertura y el número de usuarios de un servicio sean los indicadores más frecuentemente utilizados, en el caso del SAD la intensidad horaria es un aspecto que matiza, cuando no determina, la esencia de este recurso. Así, nos encontramos con Comunidades Autónomas como Galicia y País Vasco con 29 y 25 horas mensuales de atención por usuario respectivamente, mientras que Andalucía, Aragón, Canarias y Navarra están en torno a 10 horas de intensidad horaria (**ver Tabla nº 6**). La media española para este año 2004 se sitúa en 16,43 horas al mes, lo cual supone algo más de 4 horas a la semana.

Gráfico 10.



Fuente:

Año 1995: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *IMSERSO (1998). Evolución y Extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España.*

Años 1999-2004: Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. *Observatorio de Personas Mayores IMSERSO (2002-2003-2004) .Las Personas Mayores en España. Informe 2000, 2002, 2004. Vol. I*
Elaboración Propia

(1) Años 1995: los datos se facilitan en horas/semanales. Se ha procedido a multiplicar el dato por cuatro para obtener el dato en horas mensuales

No es necesario extenderse en comentar la flagrante insuficiencia de este servicio si queremos hacer frente a la amplia gama de necesidades que presentan las personas dependientes. Además, resulta preocupante que observemos un descenso de este

indicador a lo largo del período considerado, de tal forma que de las 22 horas de intensidad que existían en 1994 se ha pasado a 16 en la actualidad (**Gráfico nº 10**).

Tabla nº 6. Servicio público de Ayuda a Domicilio en España. Número de horas dispensadas e intensidad horaria. Enero 2004.

Ámbito Territorial	Nº de horas dispensadas	Intensidad horaria(1)
Andalucía	3.500.000	8,00
Aragón	942.672	10,00
Asturias	9.464	13,00
Baleares*	-----	12,80
Canarias	749.160	10,00
Cantabria	499.031	20,53
Castilla y León	3.332.656	19,00
Castilla-La Mancha	2.777.430	19,24
Cataluña	4.218.681	14,00
C. Valenciana	-----	10,82
Extremadura	3.325.751	22,00
Galicia	3.880.166	29,00
Madrid	4.182.248	16,85
Murcia	681.705	17,00
Navarra	-----	8,76
País Vasco	1.469.061	25,00
La Rioja	304.652	13,00
Ceuta	103.123	22,00
Melilla	64.145	21,20
España		16,43

Elaboración propia

(1) Intensidad horaria: número de horas de atención al mes por usuario

** Enero 2003*

4.2.1.2. Distribución por género, tareas y costes

Respecto a otras características de este servicio, destacamos en primer lugar el perfil medio de las personas mayores que reciben el SAD: elevado porcentaje de mujeres (71%), así como una mayoría de usuarios/usuarios mayores de 80 años (52%).

Otro indicador de gran importancia es la distribución de las horas de atención domiciliaria entre tareas domésticas y cuidados personales. Todavía existe una mayor dedicación a las tareas domésticas en la mayoría de las Comunidades

Autónomas, excepto en Cataluña, Navarra, País Vasco y Rioja que dedican la mayor parte de este servicio a los cuidados personales (**Tabla nº 7**).

La necesidad de implantar cambios en estos aspectos es incuestionable, si queremos que el servicio de ayuda a domicilio de respuestas ajustadas a las necesidades de las personas con dependencias. Ello no supone la eliminación de las tareas domésticas, imprescindibles para el mantenimiento en el domicilio, sino un incremento claro en la calidad y cantidad de la prestación de cuidados personales, que constituyen la esencia de las atenciones a la dependencia. Todo ello sin olvidar en ningún momento las consecuencias que el cambio de concepción de este servicio acarrearán en el ámbito de la formación y cualificación profesional de sus trabajadores, aspectos de los que hasta el momento, disponemos de escasa información.

Tabla nº 7: Servicio público de Ayuda a Domicilio en España. Otras características. Enero 2004.

Ambito Territorial	% mujeres	%>80 años	% mujeres>80 años	% Tareas domésticas	% Cuidados
Andalucía	-----	-----	-----	-----	-----
Aragón	60%	25%	23%	80%	30%
Asturias	73%	56%	-----	70%	59%
Baleares*	-----	-----	-----	-----	-----
Canarias	-----	-----	48%	80%	20%
Cantabria	76%	63%	-----	-----	-----
Castilla y León	78%	59%	45%	-----	-----
Castilla-La Mancha	-----	-----	39%	-----	-----
Cataluña	73%	70%	50%	24%	76%
C. Valenciana	-----	80%	40%	-----	-----
Extremadura	44%	24%	-----	80%	20%
Galicia	71%	62%	42%	60%	40%
Madrid	82%	62%	47%	66%	34%
Murcia	80%	-----	17%	75%	25%
Navarra	-----	-----	45%	20%	80%
País Vasco**	74%	62%	26%	31%	69%
La Rioja	69%	-----	50%	46%	54%
Ceuta	64%	28%	17%	67%	33%
Melilla	85%	39%	28%	40%	25%

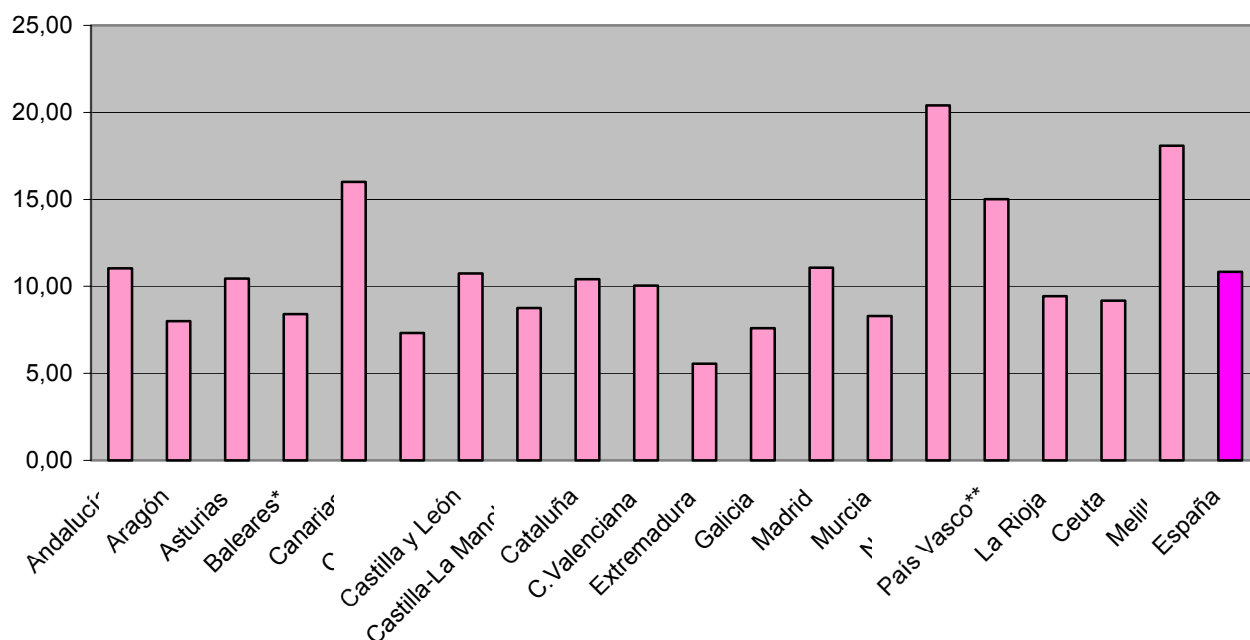
Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales
Elaboración propia

***Enero 2003**

****País vasco: datos sobre Alava y Guipúzcoa**

Por último, y aunque los datos sobre gasto en servicios van a ser tratados en otros apartado de este Libro Blanco, en el **gráfico nº 11 y la tabla nº 8** se puede observar la variabilidad en el precio público por hora de servicio, que oscila entre los 7.60 euros de Galicia y los 20.40 de Navarra. Parece claro que estas diferencias no sólo se deben al grado de desarrollo socioeconómico y al esfuerzo en esta materia de unas y otras CCAA sino a que realmente estamos ofreciendo bajo la misma denominación, SAD, servicios muy distintos. La evolución de precios/medios/hora en los últimos cinco años (**Grafico nº 12**) supone un incremento de un 20.73%, que consideramos bastante moderado si observamos el proceso de profesionalización de este servicio que algunas CCAA están asumiendo así como la evolución de los precios en este periodo.

**Gráfico 11. Servicio Público de Ayuda a Domicilio.
Precio Público (Euros/hora). Enero 2004**



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.

Elaboración Propia.

*Enero 2003

** País Vasco: datos relativos a Alava y Guipúzcoa

Por otra parte, los escasos datos disponibles en relación al porcentaje de copago que aportan los usuarios, no permiten analizar este aspecto en profundidad, lo que sin duda es muy relevante a la hora de planificar un SAD para el sistema de protección a la dependencia, que debe ser de mayor calidad e intensidad horaria, y por lo tanto, exigirá un esfuerzo económico por parte de todos los implicado, mucho mayor.

Tabla nº 8. Servicio público de Ayuda a Domicilio en España. Precio y Financiación. Enero 2004.

Ámbito Territorial	Precio Publico(1) hora/usuario Euros	Precio Publico mensual/usuario Euros	% Copago
Andalucía	11,03 €	88,24 €	-----
Aragón	8,00 €	80,00 €	15,00%
Asturias	10,44 €	135,72 €	8,00%
Baleares*	8,40 €	107,52 €	-----
Canarias	16,00 €	160,00 €	-----
Cantabria	7,32 €	150,28 €	-----
Castilla y León	10,74 €	204,06 €	11,07%
Castilla-La Mancha	8,75 €	168,35 €	-----
Cataluña	10,42 €	145,88 €	-----
C. Valenciana	10,05 €	108,74 €	-----
Extremadura	5,56 €	122,32 €	-----
Galicia	7,60 €	220,40 €	21,00%
Madrid	11,07 €	186,53 €	8,94%
Murcia	8,29 €	140,93 €	-----
Navarra	20,40 €	178,70 €	5,50%
País Vasco**	15,01 €	375,25 €	12,86%
La Rioja	9,44 €	122,72 €	18,42%
Ceuta	9,18 €	201,96 €	0,00%
Melilla	18,08 €	383,30 €	0,00%
España	10,83 €	172,68 €	

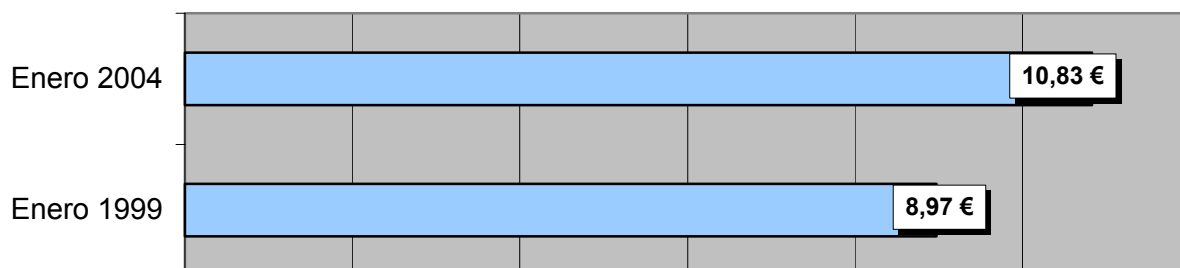
*Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales
Elaboración propia*

(1) Precio que se publica en las convocatorias públicas de Ayuda a Domicilio.

** Enero 2003*

***País Vasco: datos relativos a Álava y Guipúzcoa*

**Gráfico 12. Indicadores de Servicios Sociales Para Personas Mayores.
Servicio Público de Ayuda Domicilio. Precio Público.
1999 y 2004**



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000) Las Personas Mayores en España Informe 2000; Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales INE. Inebase (Padrón 1999 y 2003); Elaboración propia.

5. La Teleasistencia Domiciliaria

5.1. Conceptualización

Se trata de un servicio complementario de la ayuda a domicilio y aunque existen personas mayores que sólo tienen teleasistencia y no ayuda a domicilio de atención personal, lo más común es que ambas prestaciones se den juntas, sobre todo entre las personas mayores que viven solas.

Existen diversos sistemas de teleasistencia, cada vez más perfeccionados a causa de los avances de la tecnología. La base de todos ellos consiste en un entorno informático con un terminal que se encuentra en el domicilio de la persona usuaria del servicio. La persona lleva un dispositivo sobre sí que, al pulsarlo, desencadena una señal de alarma identificable en la central de escucha, donde, de manera automática, se muestra en el ordenador del operador/a los datos identificativos y relevantes del usuario o usuaria. Inmediatamente, se produce el contacto telefónico

(sin manos) para detectar la causa de la llamada y buscar la solución más pertinente, incluyendo, si el caso lo requiere, el envío de ayuda urgente al domicilio de donde proviene la señal de alarma.

La teleasistencia constituye un importante elemento de seguridad y tranquilidad, sobre todo para las personas mayores que viven solas o pasan gran parte del día sin ninguna compañía y que son susceptibles de encontrarse en situación de riesgo por fragilidad o dependencia. Paralelamente, se pretende evitar o, al menos retrasar una institucionalización que puede no ser necesaria.

Los desarrollos que en la actualidad se están realizando tecnológicamente, incluyen extenderlo fuera del domicilio, aportar sistemas de seguridad en la vivienda (detección de incendios, intrusión...) y controlar determinadas constantes médicas (telemedicina).

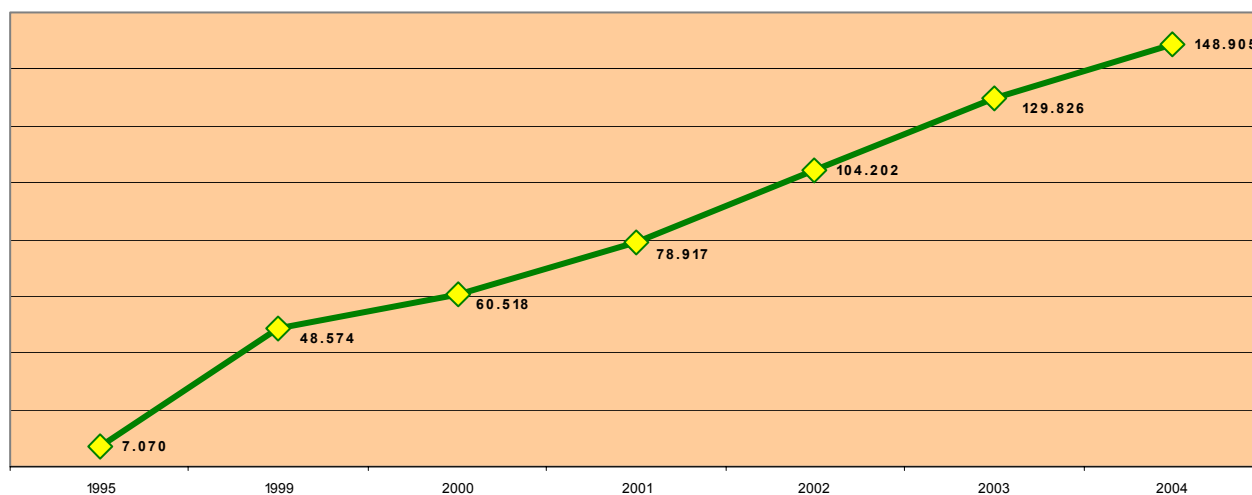
5.2. Evolución y cobertura actual

Los primeros datos de cobertura sobre este servicio se remontan a hace una década (Rodríguez, P. Y Ferreiro, E., 1995), contabilizándose en la investigación realizada 7.070 usuarios. Desde 1999 año en que el Observatorio de personas mayores comienza a recoger datos de servicios sociales de forma sistemática, el crecimiento de la teleasistencia ha sido exponencial, contabilizando a Enero de 2004, 148.905 usuarios, lo que supone un índice de cobertura de 2.05 sobre > de 65 años y de 11% sobre el total de personas mayores que viven solas, población sobre la que había que establecer la prioridad siguiendo la propuesta formulada en el Plan gerontológico (ver **Gráficos nº 13 y 14**).

En coherencia con la información ofrecida por las Comunidades Autónomas sobre todos los servicios sociales que analizamos en este informe, ofrecemos a continuación el análisis de sus datos. Sin embargo, una vez contrastados con la información disponible en el IMSERSO sobre cobertura de teleasistencia, financiada

desde este Instituto, observamos preocupantes incoherencias. De hecho el número total de usuarios financiados desde el IMSERSO asciende a 130.919, sin contabilizar País Vasco y Navarra, lo cual supondría que la práctica totalidad de este servicio es financiado desde el IMSERSO. Es urgente la realización de una comprobación en cada una de las Comunidades Autónomas sobre la fiabilidad de los datos que analizamos.

**Gráfico 13. Servicio Público de Teleasistencia en España
Evolución del Número de Usuarios. 1995-2004**



Fuente: Población:

Año 1995: IneBase (2004) *Proyecciones de Población calculadas a partir del censo 1991. Evaluación y Revisión. Datos Históricos.*

Años 1999-2004: IneBase (2004) *Padrón Municipal. Explotación Estadística. Datos a nivel nacional, por comunidades autónomas y provincias*

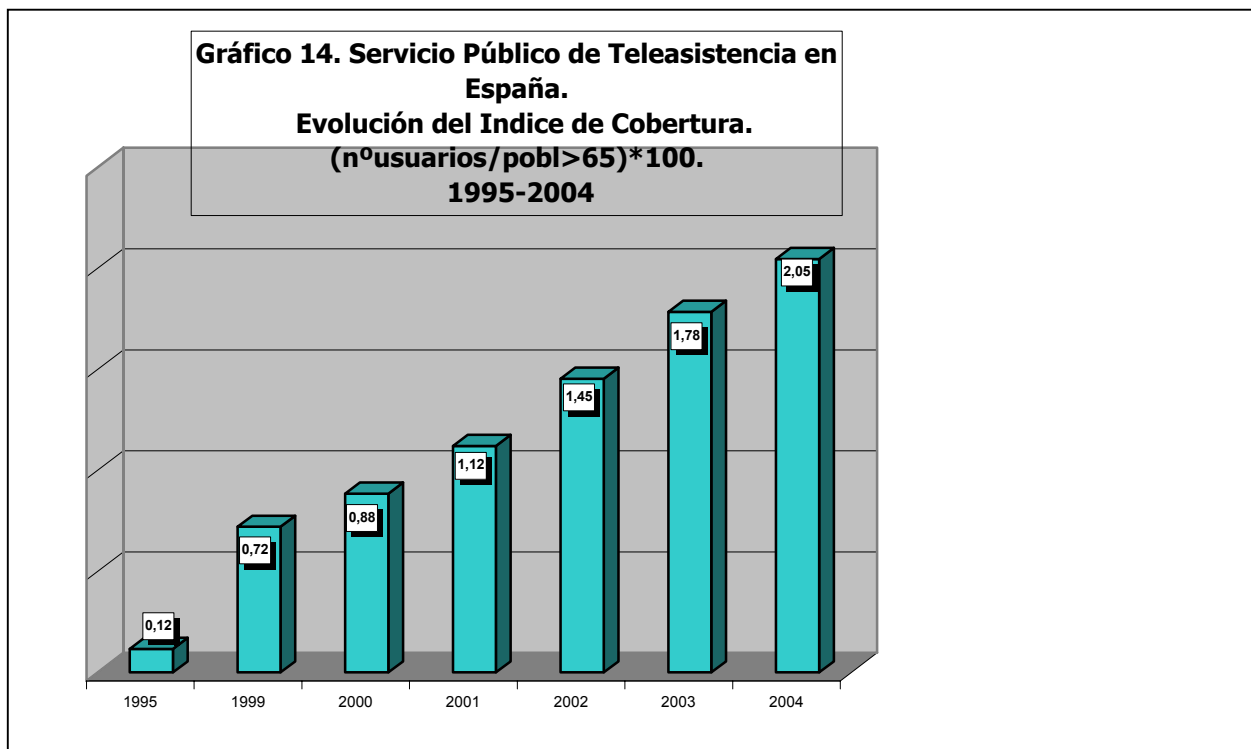
Usuarios:

Año 1995: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO (1996). *Documentos Técnicos nº85. Teleasistencia Domiciliaria. Evaluación del Programa INSERSO/FEMP*

Años 1999-2003: Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. *Observatorio de Personas Mayores IMSERSO (2002) Las Personas Mayores en España. Informe 2002. Vol.I*

Año 2004: Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. *Observatorio de Personas Mayores IMSERSO (2004) Servicios Sociales para Mayores en España. Enero 2004*

Elaboración Propia



Fuente:

Población:

Año 1995: IneBase(2004)Proyecciones de Población calculadas a partir del censo 1991. Evaluación y Revisión. Datos Históricos.

Años 1999-2004: IneBase(2004) Padrón Municipal.Explotación Estadística. Datos a nivel nacional, por comunidades autónomas y provincias

Usuarios:

Año 1995: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO (1996).Documentos Técnicos nº85. Teleasistencia Domiciliaria. Evaluación del Programa IMSERSO/FEMP

Años 1999-2003: Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de Personas Mayores IMSERSO (2002) Las Personas Mayores en España. Informe 2002. Vol.I

Año 2004: Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de Personas Mayores IMSERSO (2004) Servicios Sociales para Mayores en España. Enero 2004

Elaboración Propia

Las Comunidades Autónomas en las que existe un mayor número de usuarios son Andalucía y Madrid, seguidas de Castilla-La Mancha y Castilla-León. Casi el 60% del total de usuarios se concentran en estas Comunidades Autónomas. A su vez Madrid y Navarra alcanzan la mayor cobertura del Estado, algo más del 4% lo que supone el doble del índice medio alcanzado a primeros del año 2004 (**Tabla nº 9**)

Tabla nº 9. Servicio público de Teleasistencia en España. Número de usuarios atendidos y solicitantes e índice de cobertura (1). Enero 2004.

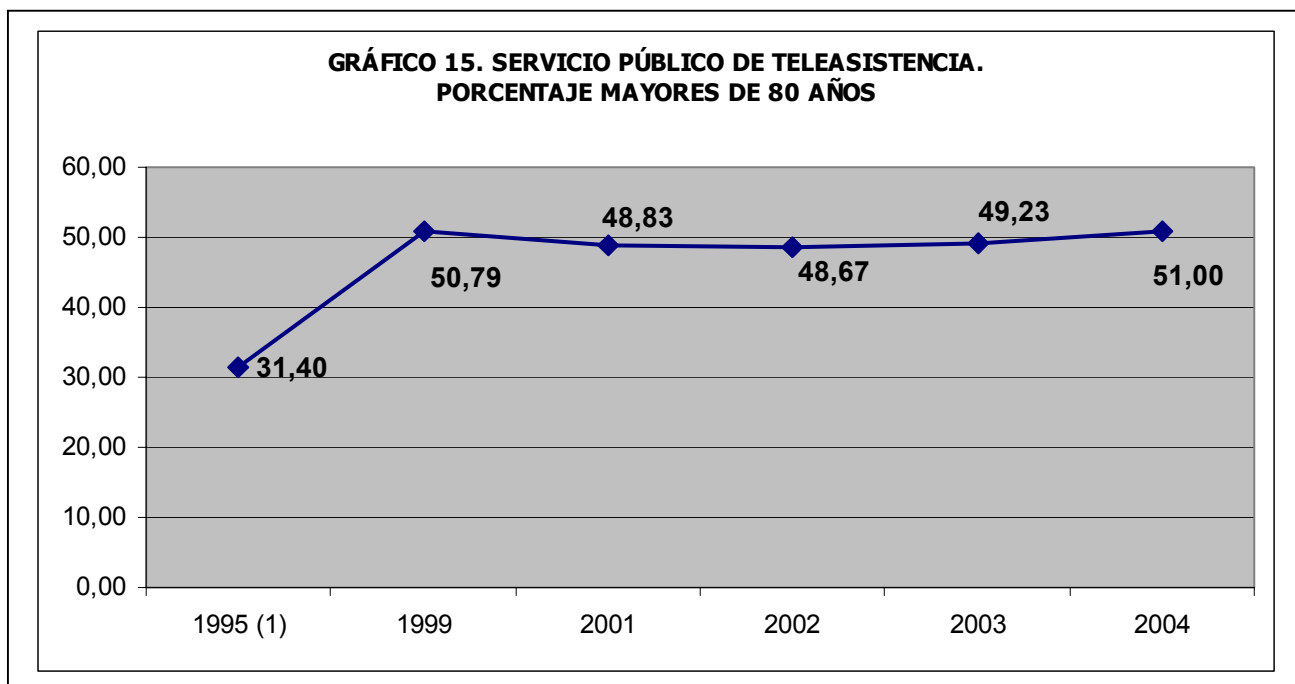
Ámbito Territorial	Población>65 01/01/03	Nº usuarios atendidos	Índice de cobertura (1)
Andalucía	1.128.535	20.242	1,79
Aragón	262.460	6.989	2,66
Asturias	238.075	4.188	1,76
Baleares	133.383	2.527	1,89
Canarias	228.142	1.422	0,62
Cantabria*	105.213	500	0,48
Castilla y León	569.834	14.468	2,54
Castilla-La Mancha	358.564	14.078	3,93
Cataluña	1.149.771	9.105	0,79
C. Valenciana	740.781	13.837	1,87
Extremadura	207.973	2.789	1,34
Galicia	585.977	3.944	0,67
Madrid	830.839	37.931	4,57
Murcia	178.983	2.425	1,35
Navarra	103.200	4.833	4,68
País Vasco	383.761	8.677	2,26
La Rioja	55.578	697	1,25
Ceuta	8.222	35	0,43
Melilla	7.329	218	2,97
España	7.276.620	148.905	2,05

**Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales
INE (2004) Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2003
Elaboración propia**

**(1) Índice de cobertura: (usuarios/población>65)x100
*Enero 2003**

De manera similar al SAD la mayoría de los usuarios/as que utilizan el Servicio de Teleasistencia son mayores de 80 años (51%), porcentaje que ha evolucionado significativamente desde el año 95 en que sólo el 31,4% superaba esta edad (**Gráfico nº 15**). Las Comunidades Autónomas que superan ampliamente este porcentaje son Madrid, La Rioja y el País Vasco, donde el porcentaje de usuarios mayores de 80 años supera el 70% del total de usuarios. En el extremo opuesto encontramos a Aragón, Cataluña, Murcia, Ceuta y Melilla donde la utilización de este servicio por parte de los mayores de 80 años se reduce hasta el 20% en algunos casos. Existe también una amplia utilización de la teleasistencia por parte de las mujeres cuyo porcentaje se sitúa en el 71% del total usuarios, algo más que en el

SAD, con una evolución fluctuante en este período (**Gráfico nº 16**). Aragón y Murcia son las Comunidades que más se alejan de este porcentaje medio con una utilización del servicio de Teleasistencia por parte de mujeres del 65% y 33% respectivamente



Fuente:

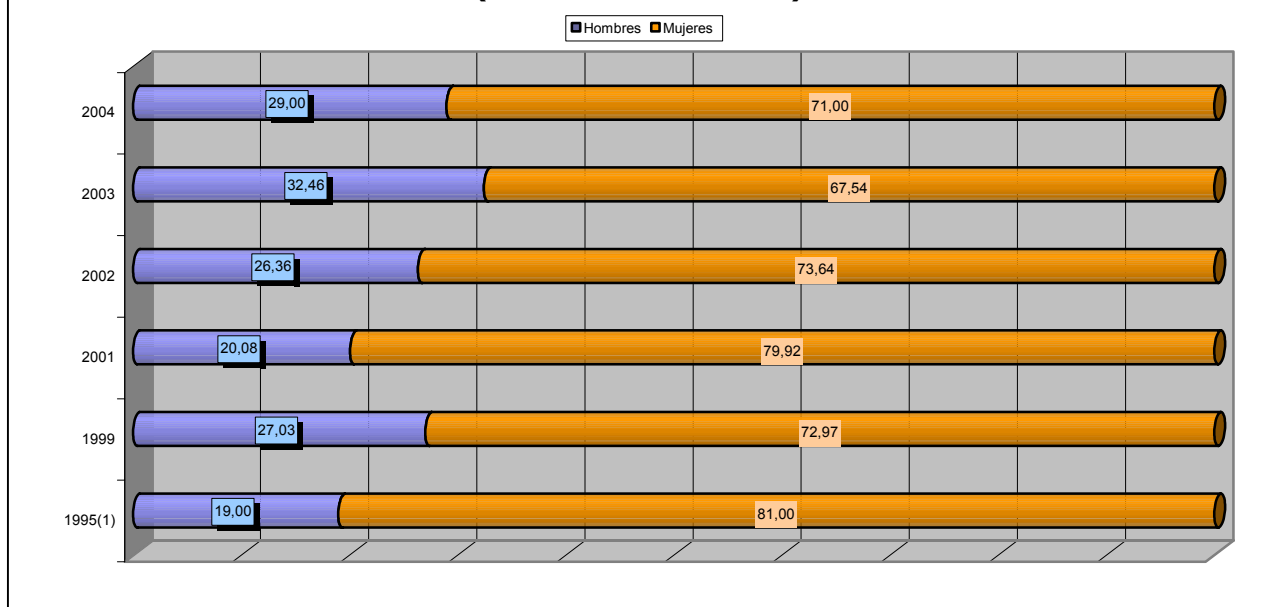
Año 1995: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *IMSERSO (1998). Evolución y Extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España.*

Años 1999-2004: Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. *Observatorio de Personas Mayores IMSERSO (2002-2003-2004). Las Personas Mayores en España. Informe 2000, 2002, 2004. Vol. I Evaluación del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria. IMSERSO.1995*

Elaboración Propia

(1) Años 1995: los datos se facilitan en horas/semanales. Se ha procedido a multiplicar el dato por cuatro para obtener el dato en horas mensuales

**Gráfico 16. Servicio Público de Teleasistencia en España.
Distribución por género de los usuarios. 1995-2004
(% sobre total usuarios)**



Fuente:

Año1995: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO (1998). Evolución y Extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España.

Años 1999-2004: Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de Personas Mayores IMSERSO (2002-2003-2004) .Las Personas Mayores en España. Informe 2000, 2002, 2004. Vol. I

Evaluación del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria. INSERSO.1995

Elaboración Propia

(1) Años1995: los datos se facilitan en horas/semanales. Se ha procedido a multiplicar el dato por cuatro para obtener el dato en horas mensuales

La evolución y perfeccionamiento tecnológico de este programa ha abaratado considerablemente sus costes, lo que facilita la accesibilidad al mismo desde el sector público o privado. De hecho varios municipios han generalizado su instalación a los mayores de 80 años que viven solos. **(Gráfico nº 16)**. El precio a enero de 2004 era, como media, de 253,65 euros anuales, que traducido a euros/mes sería 21,13 euros. Aunque existe bastante uniformidad en el precio público de este recurso, las Comunidades Autónomas donde el precio es menor, en términos relativos, son Aragón, Navarra (una de las Comunidades con mayor cobertura), País Vasco y Ceuta. Por el contrario, Andalucía, Baleares, la Comunidad Valenciana y Murcia superan el precio medio por encima de 100 euros de diferencia **(Gráfico nº 17 y Tabla nº**

10). La mayoría de las comunidades autónomas no contemplan el copago en este servicio.

Tabla nº 10. Servicio público de Teleasistencia en España. Otras características. Enero 2004.

Ámbito Territorial	% mujeres	%>80 años	Precio público por usuario Euros/año	Coste de instalación Euros/año	Coste de mantenimie. Euros/año	Número de Aparatos
Andalucía	-----	43%	397,40 €	37,50 €	7,68 €	26.123
Aragón	65%	35%	180,00 €	-----	-----	-----
Asturias	86%	61%	274,08 €	265,00 €	36,00 €	4.025
Baleares*	-----	-----	353,40 €	-----	-----	-----
Canarias**	85%	53%	216,00 €	-----	-----	-----
Cantabria*	81%	68%	-----	-----	-----	-----
Castilla y León	70%	62%	227,98 €	-----	-----	-----
Castilla-La Mancha	73%	53%	258,37 €	-----	-----	35
Cataluña	77%	31%	206,41 €	-----	-----	8.304
C. Valenciana	86%	52%	327,00 €	-----	-----	-----
Extremadura	-----	-----	-----	-----	20,13 €	2.789
Galicia	76%	61%	266,76 €	-----	266,76 €	3.118
Madrid	78%	74%	214,66 €	-----	-----	37.361
Murcia	33%	20%	353,40 €	24,04 €	108,24 €	925
Navarra	80%	55%	72,12 €	-----	-----	-----
País Vasco***	79%	73%	87,69 €	62,55 €	55,11 €	4.956
La Rioja	73%	71%	429,91 €	-----	-----	591
Ceuta	71%	29%	167,67 €	225,00 €	250,00 €	25
Melilla	89%	32%	279,12 €	-----	-----	200
España			253,65 €			

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales. *Elaboración propia*

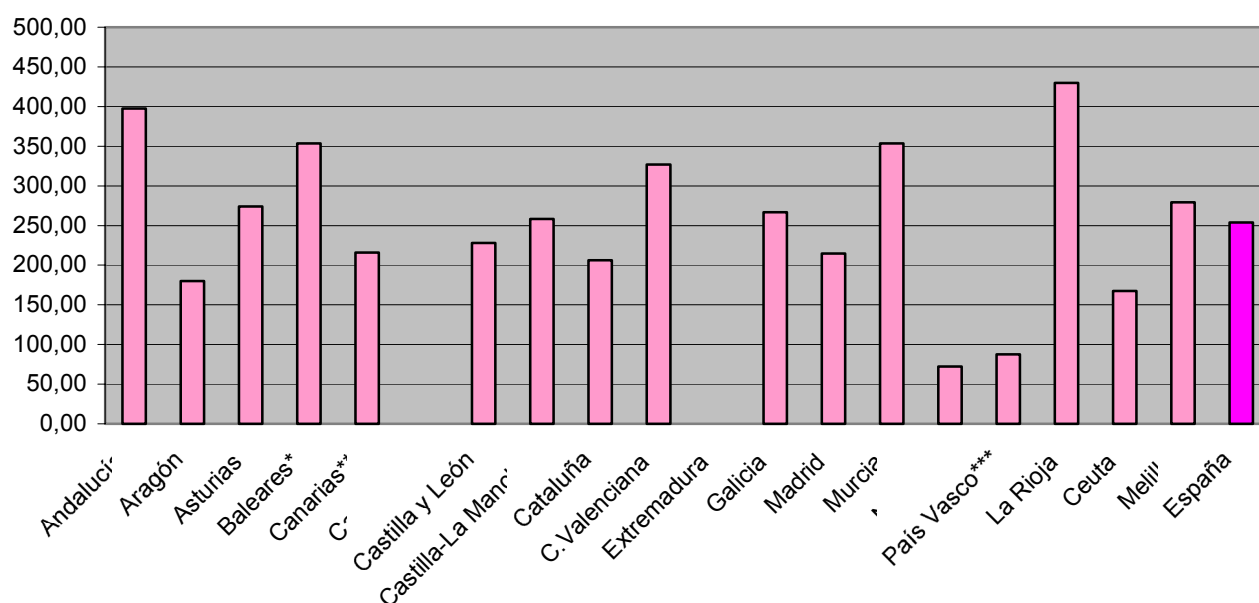
***Enero 2003**

****Canarias:** Existen cuatro modelos diferentes cuyo coste varía entre 180€ y 252 €. Se ha considerado el coste promedio.

*****País Vasco:** %mujeres (Álava, Guipúzcoa); %>80 (Álava);

Costes: Precio Público (Álava, Vizcaya); coste de instalación y mantenimiento (Álava, Guipúzcoa)
Nº aparatos (telealarma)(Álava, Vizcaya)

**Gráfico 17. Servicio Público de Teleasistencia
Precio Público (Euros/mes). Enero 2004**



Fuente: Comunidades Autónomas, Cidades Autónomas y Diputaciones Forales.

Elaboración Propia.

***Enero 2003 ; **Canarias: existen 4 modelos diferentes cuyo coste oscila entre 180€ y 252€. Se considera el coste promedio.**

*****País Vasco: datos relativos a Alava y Vizcaya**

Para finalizar este apartado, hay que destacar que en la expansión de este servicio el IMSERSO, en colaboración con la FEMP y los diferentes Ayuntamientos de España, han desempeñado un papel primordial.

6. Las Ayudas Técnicas para la mejora de la autonomía y la reducción de la dependencia

6.1. Conceptualización y tipología

La demanda y utilización de tecnología en relación con personas con las necesidades especiales y, entre ellas, quienes presentan diversos grados de dependencia crece a un ritmo importante en consonancia con una sociedad tecnificada y global

(Rodríguez Porrero, C, 1999). A este respecto, podemos distinguir tres aspectos en la tecnología:

- 1º. Tecnología del mercado general con diseño para todos.
- 2º. Entornos adaptables.
- 3º. Tecnología específica de apoyo (tecnología de la rehabilitación)

1º. Tecnología del mercado general con diseño para todos.

El Diseño Universal o Diseño para todos implica el proceso de crear servicios, productos y sistemas que puedan ser utilizados en el mercado general por el mayor número de personas, incluyendo personas con limitaciones. Supone ampliar el concepto de "consumidor estándar" y pensar en una diversidad de potenciales usuarios con situaciones cambiantes a lo largo de la vida. Un diseño pensado para las personas que tienen mayores dificultades lleva generalmente a un diseño que es bueno y adecuado para todos. Pensemos, por ejemplo, en las ventajas de movilidad que ofrecen los autobuses de piso bajo, en cómo se nos facilita la orientación y la señalización por colores, en la comodidad al manipular un pulsador de la luz adecuadamente diseñado, en la prevención de caídas cuando existen pavimentos no deslizantes, o en un mobiliario ergonómico que facilita la posición correcta y los cambios posturales.

Un buen diseño y una accesibilidad integral son, en definitiva, elementos clave para favorecer el bienestar de todas las personas, incluyendo a quienes presentan limitaciones o situación de dependencia. Se ha definido el diseño universal como: "El diseño de productos y entornos aptos para el uso del mayor número de personas sin necesidad de adaptaciones ni de un diseño especializado" (Universidad de Carolina del Norte. EE.UU.)

2º. Entornos adaptables.

La adaptabilidad implica que, desde los procesos de fabricación o construcción, se considere la posibilidad de requerir futuras adaptaciones, y que éstas se puedan hacer con poco esfuerzo y coste reducido.

3º. Tecnología de apoyo o tecnología de la rehabilitación.

La tecnología específica para mejorar la calidad de vida de personas con limitaciones se denomina tecnología de la rehabilitación o de apoyo.

Existen en el mercado nacional diversidad de productos, sistemas o servicios para dar respuesta específica a personas con limitaciones sensoriales, motóricas, cognitivas, o de orientación. Estos productos se conocen como ayudas técnicas y conforman la tecnología de la rehabilitación. Incluyen productos tan diversos como sillas de ruedas, grúas, adaptaciones para el baño, comunicadores, cubiertos adaptados, pastilleros, mobiliario geriátrico, etc.

La relación entre diseño para todos, adaptabilidad y ayudas técnicas es muy estrecha. Unos mercados influyen en otros, y junto con una accesibilidad integral permiten rentabilizar recursos y ofrecer mejoras en la calidad de la atención. Toda la tecnología, general, adaptable o específica, junto con el apoyo humano, puede posibilitar o al menos facilitar las tareas diarias, buscando la mejor solución posible.

Una ayuda técnica se define como "cualquier producto, instrumento, servicio o sistema técnico, utilizado por personas con discapacidad, fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia, discapacidad o minusvalía". UNE-EN ISO 9999.

Esta Norma Técnica clasifica las ayudas técnicas en:

- Ayudas para la terapia y el entrenamiento
- Órtesis y prótesis
- Ayudas para el cuidado y la protección personal
- Ayudas para la movilidad personal
- Ayudas para las actividades domésticas
- Mobiliario y adaptaciones para las viviendas otros inmuebles
- Ayudas para la comunicación, la información y la señalización
- Ayudas para el manejo de bienes y productos
- Ayudas y equipos para mejorar el ambiente, maquinarias y herramientas
- Ayudas para el ocio y tiempo libre

Esta clasificación analítica por niveles es aceptada a escala mundial y sirve para realizar catálogos, bases de datos, investigaciones, etc.

Las ayudas técnicas se introdujeron inicialmente de la mano del personal sanitario en el campo de la rehabilitación médica. Con el desarrollo del concepto de autonomía, las ayudas técnicas se fueron adecuando a otros ambientes más cotidianos y generales: transporte, ocio, auto cuidado, etc. En este sentido podemos decir que las ayudas técnicas han evolucionado en cuanto a su conceptualización:

- de equipos relacionados con la salud a herramientas para la vida
- de productos médicos a bienes de consumo general
- de elecciones por el profesional a elecciones por el usuario
- del estatus de pacientes al estatus de consumidor
- de prescripciones a recomendaciones

Los agentes del mercado de la tecnología de la rehabilitación conforman un grupo muy heterogéneo de profesionales de distintos campos. De entre ellos podemos citar:

- médicos: rehabilitadores, geriatras
- terapeutas ocupacionales
- fisioterapeutas
- logopedas
- ergónomos
- arquitectos
- ingenieros
- informáticos
- trabajadores sociales
- profesionales de ayuda a domicilio
- personal de enfermería

Los usuarios finales de las ayudas técnicas son personas con limitaciones físicas, sensoriales, en el conocimiento, orientación o memoria, y con diversos grados de dependencia. Las ayudas técnicas también sirven para "ayudar a ayudar" y pueden ser utilizadas por familiares, cuidadores y personal de apoyo.

Las diferencias de actitud y de circunstancias influyen en el impacto que las ayudas técnicas tienen en la autoestima, maneras de manejar situaciones, actividades y relaciones familiares y sociales.

Las ayudas técnicas deben ser:

- accesibles
- asequibles
- adecuadas
- aceptadas
- amigables
- atractivas en su diseño

También juegan un papel importante las nuevas tecnologías que favorecen el mantenimiento de las capacidades cognitivas, ayudan en la evitación de accidentes y facilitan la localización. A este respecto es muy relevante el gran papel que puede ocupar Internet para profesionales y cuidadores, ya que el intercambio de información y las buenas prácticas en el conocimiento de tecnología útil, así como de programas de atención a personas dependientes resulta de gran utilidad. Fuera de duda están, por otra parte, las ventajas de participar en redes de información y consulta.

Como se ha mencionado, la tecnología de la rehabilitación incluye gran variedad de productos de diversas características. No es fácil conocerlos todos y, por ello, resultan muy útiles los elementos de información que facilitan el conocimiento de los productos existentes. En el ámbito nacional están disponibles:

Catálogos

- Catálogo general de ayudas técnicas elaborado por el CEAPAT, con información de más de 5000 productos disponibles en el mercado nacional, sus características técnicas, distribuidores y fabricantes. El catálogo se puede consultar en CD ROM y en Internet.
- Catálogos específicos de las distintas casas comerciales. Cada casa comercial elabora sus catálogos informativos y muchas casas comerciales tienen sus paginas en Internet. Desde el catálogo general del CEAPAT se pueden realizar enlaces con las distintas páginas de las casas comerciales.

Centros de Información de Ayudas Técnicas

En la mayoría de los países europeos existen centros de recursos. En el ámbito nacional el Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT) del IMSERSO, es un centro tecnológico de ámbito estatal que ofrece información, asesoramiento y evaluación de ayudas técnicas y accesibilidad de forma gratuita,

dispone de una exposición permanente de ayudas técnicas y de un servicio de documentación.

El CEAPAT, ubicado en Madrid, tiene delegaciones en:

- Andalucía
- Albacete
- Salamanca
- La Rioja
- En las Comunidades Autónomas existen centros autonómicos que, en estrecha coordinación con el CEAPAT, ofrecen información y asesoramiento en ayudas técnicas. Ej.: SIRUS en Barcelona.

- Existe una red nacional de 64 centros de asesoramiento e información (CAI) coordinada por el CEAPAT, que cuentan con herramientas y apoyos para poder informar de los productos existentes. Estos centros son de características heterogéneas: centros de rehabilitación, asociaciones, centros de investigación, colegios profesionales, etc.

Centros de Investigación

- Existen en España dos Centros de Investigación sobre Ayudas Técnicas:

El IBV (Instituto de Biomecánica de Valencia) es un centro de I+D cuyo objetivo es el fomento y práctica de la investigación científica, el desarrollo tecnológico, el asesoramiento técnico y la formación de personal cualificado en biomecánica. En el campo de la discapacidad, desarrolla conocimientos y recursos relacionados con las ayudas técnicas, la valoración funcional, el diseño de productos adaptados y la adaptación ergonómica del puesto de trabajo.

El Departamento de I+D de la Asociación ESCLAT, en Barcelona, que se dedica a la investigación y al desarrollo de nuevas propuestas dentro del campo de las ayudas técnicas con tecnología propia y diseño propios, ha llevado a cabo, entre otras realizaciones, el prototipo de silla ESCLAT ESPAI.

- Los centros de venta, ortopedias y comercios de ayudas técnicas, ofrecen información sobre los productos que comercializan.
- Las asociaciones ofrecen en muchos casos información sobre las ayudas técnicas y servicios relacionados con los grupos de población que representan.

Las cuestiones más relevantes a la hora de adquirir una ayuda técnica son:

- tipo de adaptación personalizada
- calidad
- precio
- subvenciones
- dónde encontrar la ayuda técnica que se necesita

En un estudio sobre el consumo de ayudas técnicas en España, realizado en el CEAPAT-IMSERSO en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid en 1998, el 58% de los profesionales consultados, pertenecientes a distintas ramas de actividad, considera que las personas a las que atienden no disponen de ayudas técnicas suficientes. Señalan como razones por las que los usuarios no disponen de ayudas técnicas las tres siguientes: la falta de medios económicos (46,5%), la falta de información sobre ayudas técnicas (38,4%) y la dificultad para encontrarlas (18,2%). También se comprueba en este estudio que el porcentaje de utilización de ayudas técnicas entre personas mayores es menor que el reflejado para la población de personas con discapacidad.

En España las subvenciones para la adquisición de ayudas técnicas parten fundamentalmente de:

- Las Administraciones Sanitarias, a través de las prestaciones ortoprotésicas de las diferentes CC.AA. como prestaciones de pleno derecho.

Las ayudas técnicas subvencionadas por las administraciones sanitarias están relacionadas principalmente con la movilidad, órtesis, prótesis, incontinencia, ...

- Las Administraciones de Servicios Sociales a través de las convocatorias de subvenciones de las distintas CC.AA. con carácter graciable.

Las ayudas técnicas subvencionadas a través de Servicios Sociales están más ligadas a las adaptaciones de vivienda y ayudas técnicas para la vida diaria.

El Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad esta llevando a cabo una política de coordinación, homologación de la información y guías de recomendaciones junto con revisiones en las subvenciones de ayudas técnicas. Asimismo, desde el IMSERSO se coordina un grupo de trabajo para intercambiar información y buenas prácticas en las diferentes convocatorias de las Comunidades Autónomas para la subvención a ayudas individuales.

6.2.-Adaptaciones en las viviendas

En las adaptaciones para el hogar hay que combinar las facilidades para personas dependientes con el hecho de hacer la vida más agradable al resto de las personas que conviven con ellas. Para ello lo ideal es partir de la idea de que necesitamos viviendas accesibles y adaptables que estén bien diseñadas para todas las edades y circunstancias y se vayan acomodando a las cambiantes necesidades que a lo largo de la vida van surgiendo.

Estas características se deben tener en cuenta desde el proceso de diseño de la vivienda y no a posteriori, cuando cualquier cambio es difícil y costoso. En Europa existen experiencias interesantes sobre viviendas adaptables, sobre todo en los Países Nórdicos y Holanda.

En un reciente estudio elaborado por el Instituto de Estudios Europeos en convenio con el IMSERSO se concluyó que existe una fuerte demanda de viviendas que sean accesibles. También se constató la accesibilidad como un valor por el que existe disponibilidad a aceptar un aumento de un 12% en el precio de la vivienda con tal de que ésta “no presente barreras y sea accesible, permitiendo con seguridad, normalidad y eficacia el entrar y salir, moverse y actuar dentro de ella”.

Sin embargo, aún siendo la accesibilidad en viviendas muy valorada, la mayoría de las viviendas actuales presentan innumerables dificultades para personas con dependencia y movilidad reducida. Como tampoco se han diseñado adaptables, las obras de adecuación suelen ser costosas. Como ejemplos de adaptaciones de vivienda, pueden citarse los costes aproximados de:

- Espacios higiénico-sanitarios (cuartos de aseo y baño): de 7.000 a 15.000 €
- Adecuación de las zonas de circulación y maniobra interiores: a partir de 3.000 €
- Reforma Integral (una nueva distribución): desde 28.000 €
- Rampa de acceso (pequeñas alturas y dependiendo del desarrollo y las calidades de los materiales a utilizar): 16.000 €
- Control domótico en una habitación:

Sencillo:	1.500 €
Con puerta automática:	+ 2.200 €
Con reconocimiento de voz	+ 3.000 €

Al igual que se ha comprobado en otras áreas de accesibilidad, se considera el bajo o nulo incremento económico cuando desde el inicio se diseña de forma accesible, frente al elevado coste de la adaptación posterior. Por ello, deberían generalizarse las viviendas para todas las edades y situaciones.

6.3. Marcos de actuación

En relación con la adaptación de viviendas debemos señalar la Ley de Propiedad Horizontal, Ley 8/1995 de 6 de Abril, que establece en su última modificación los requerimientos para la toma de acuerdos de los propietarios para la realización de obras y adecuaciones en portales y elementos comunes de las viviendas. Asimismo, la Ley 15/1995 de 30 de Mayo sobre límites de dominio sobre inmuebles para eliminar barreras para personas con discapacidad. En el ámbito de las Comunidades Autónomas, existen normas legales relacionadas con la accesibilidad y la supresión de barreras.

Por otra parte, también debemos hacer referencia a la nueva Ley de IRPF en relación con la deducción por adecuación de la vivienda habitual a personas con minusvalía. Las deducciones se refieren a obras e instalaciones:

- en vivienda habitual
- elementos comunes del edificio (escaleras, portales, ascensores)
- para la aplicación de dispositivos electrónicos que sirvan para superar barreras de comunicación sensorial y promoción de su seguridad

Asimismo, existen subvenciones para la adaptación de viviendas en las Administraciones Autonómicas, a través de créditos para la rehabilitación o subvenciones para la adecuación funcional del hogar o la eliminación de barreras en las viviendas.

El Plan de Accesibilidad "ACCEPLAN 2003-2010" contempla una serie de propuestas y actuaciones, cuyo enfoque sectorial contempla la edificación, urbanismo, transporte y comunicación e información.

Se ha diseñado un proceso con sucesivos Planes para el apoyo a las previsiones contenidas en la Ley de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad

universal de las personas con discapacidad. En cada uno de ellos se contemplan diferentes fases de implementación de los objetivos, a través de distintas estrategias.

La aportación del MTAS, a través del IMSERSO y otras Administraciones Públicas, en virtud de convenios suscritos, para el I Plan de Accesibilidad en su I Fase (2004-2006) es de 120.314.448€. Por líneas de actuación:

Líneas de actuación	Año 2004	Año 2005	Año 2006	Total 04-06
	€	€	€	€
Sensibilización Concienciación	1.515.707	1.561.178	1.608.014	4.684.899
Innovación y calidad	5.828.326	6.003.176	6.183.271	18.014.773
Planes y programas de accesibilidad	31.581.344	32.528.784	33.504.648	97.614.776
Total	38.925.377	40.093.138	41.295.932	120.314.448

En la línea de actuación destinada a los Planes y programas de accesibilidad se destinarán, en este mismo período, las siguientes cantidades expresadas en millones de euros a:

- Servicios y tecnologías para la accesibilidad sensorial: 0,95
- Mejora de los planes territoriales de accesibilidad: 39,86
- Adaptación de edificios de uso residencial: 6,72
- Adaptación de edificios públicos: 14
- Adaptación de edificios de uso público y titularidad privada: 14,12

- Accesibilidad en transporte público; autobuses suburbanos, ferrocarril interurbano, autobuses interurbanos, ferrocarril metropolitano, ferrocarril de cercanías, transporte aéreo, taxi y transporte marítimo: 19,86

7. Los Programas de Intervención con Familias

7.1. Necesidades de las familias cuidadoras y objetivos de la intervención

Como se ha evidenciado en el capítulo anterior, la inmensa mayoría de los cuidados que precisan las personas en situación de dependencia que los necesitan son prestados por su familia y, dentro de ella, fundamentalmente por las mujeres. Pero no basta con hacer un justo reconocimiento de esta labor. También es necesario incorporar a la familia en el plan de cuidados, así como desarrollar programas específicos dirigidos directamente a la familia, tal como ya se ha comenzado a realizar en algunos contextos.

Reiteramos aquí lo formulado en el capítulo anterior: que la mejor garantía para conservar los cuidados familiares y evitar su claudicación, es ofrecer apoyos desde los servicios sociales que vengán a complementar el trabajo altruista que desarrollan los cuidadores/as familiares. Es lo que se conoce con la expresión “cuidar a los que cuidan”.

Muchas son las áreas posibles de intervención con las familias, porque muchas son las dificultades con las que puede enfrentarse, según el conjunto de circunstancias que rodean a cada caso y que deberán ser evaluadas de manera individualizada. En el cuadro siguiente se ofrecen algunas de las áreas y acciones consideradas más importantes:

ÁREAS Y ACCIONES PARA INTERVENIR CON FAMILIAS

Áreas	Acciones
Cognitiva \implies	<ul style="list-style-type: none">- Modificar ideas, creencias y atribuciones sobre el cuidado o la enfermedad.- Informar, formar y capacitar en habilidades de comunicación y resolución de problemas.
Psicoafectiva \implies	<ul style="list-style-type: none">- Entrenar en habilidades de manejo y reducción de estrés.- Interpretación y expresión de emociones- Entrenamiento para manejo de problemas- Aumento de la autoestima y sentimientos de control.- Tratamientos en depresión y ansiedad.
Relacional \implies	<ul style="list-style-type: none">- Potenciar las redes y el apoyo social- Programas de estancias temporales (respiro)- Favorecer la calidad y la cantidad de las relaciones.
Apoyo instrumental \implies	<p>Apoyo en las actividades y tareas relacionadas con el cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none">- Programas de atención domiciliaria, centros de día para complementar los cuidados.
Tiempo libre \implies	<ul style="list-style-type: none">- Realización de actividades que aporten sensaciones positivas y gratificantes.- Favorecer climas lúdicos.
Organizacional \implies	<ul style="list-style-type: none">- Entrenamiento en planificación de actividades y realización de tareas cotidianas.

Fuente: Yanguas, J. et al. (1998): Intervención Psicosocial en Gerontología. Cáritas Española.

En cuanto se refiere a los objetivos cuyo logro debe pretenderse en los programas que se realicen con las familias, deben plantearse los siguientes:

- ◆ **Objetivo general:** Reducir o modular la “carga” del cuidador/a detectada en la evaluación mediante el ofrecimiento de los apoyos adecuados y evitando, así, la claudicación.

- ◆ **Objetivos específicos:**
 - Ofrecer información, orientación y asesoramiento relevante sobre cada caso individualizado, especialmente sobre recursos formales de apoyo para compartir los cuidados.
 - Proporcionar conocimientos y habilidades para afrontar el cuidado en las mejores condiciones posibles.
 - Dotar de estrategias para el auto cuidado, en especial para reducir el estrés (técnicas de relajación, organización del tiempo, relaciones sociales, aficiones...).
 - Proporcionar estrategias para compartir el cuidado con otros miembros de la familia.

7.2. Programas de información, orientación y asesoramiento

Estos programas, que suelen ser realizados por el/la trabajador/a social o profesional de la enfermería, según el recurso desde donde se actúe (unidades de trabajo social, centros de salud, ayuda a domicilio, centro de día, residencia, Asociaciones de afectados...), se dirigen a informar, orientar y asesorar a las familias sobre cuestiones generales relacionadas con los cuidados que precisan las personas mayores, según tipo de afecciones y grados de dependencia.

En algunos lugares funcionan los servicios de asesoramiento, que puede desarrollarse por un profesional en concreto o por el equipo de manera interdisciplinar, según el asunto de la consulta. Este servicio de asesoramiento es

muy útil para las familias que, en muchas ocasiones, "se pierden" a la hora de buscar los apoyos (desconocen muchos de ellos, no saben cómo solicitarlo..) y organizar el plan de cuidados.

7.3. Los grupos psicoeducativos

Los grupos psicoeducativos se dirigen a grupos de familiares o de cuidadores/as principales de personas mayores dependientes. Su objetivo general es dotarles de los conocimientos necesarios para cuidar mejor y también para saber auto cuidarse.

Entre los contenidos que se programen no deben faltar los dirigidos a favorecer el auto cuidado del familiar responsable de la atención a la persona mayor: Compartir los cuidados, buscar recursos de apoyo, reservarse un tiempo diario para salir, ver a las amistades, estrategias de afrontamiento de estrés, etc.

7.4. Los grupos de autoayuda o de ayuda mutua.

Consisten en reuniones de un grupo de familiares con el objetivo de ofrecer apoyo social de tipo emocional e informativo mediante la habilitación de un espacio para compartir experiencias y problemas derivados del cuidado e intercambiar las estrategias de afrontamiento que utiliza cada uno de sus miembros. Estos grupos actúan de proveedores y receptores de apoyo emocional, al permitir expresar sentimientos y opiniones y reconocerse en el grupo de iguales.

7.5. Las Asociaciones de Familiares de Personas en situación de dependencia

En el desarrollo de Programas de Intervención con Familias juegan un papel de gran relevancia las Asociaciones de Familiares. Entre ellas, las que más desarrollo y relieve han adquirido son las que agrupan a familiares de personas que sufren la Enfermedad de Alzheimer.

Muchas veces estas organizaciones han suplido las carencias de las Administraciones Públicas en la realización de este tipo de programas. Han sido pioneras en su implantación y, por otra parte, desarrollan una encomiable labor por el apoyo que brindan a sus asociados, así como por su labor reivindicativa con respecto a la ampliación de derechos sociales y consiguiente incremento de recursos y programas para la atención de las personas afectadas y de sus familias.

7.6. Las ayudas económicas a las familias cuidadoras

Cuando en el año 1996 la Diputación Foral de Guipúzcoa comienza el programa de apoyo a familias con personas mayores dependientes SENDIAN, eran muy pocas las posibilidades de que un persona recibiera algún tipo de apoyo económico por estar cuidando a un mayor en su hogar. Sin embargo el panorama actual es distinto: en algunos municipios, diputaciones y en muchas de las Comunidades Autónomas se pueden encontrar programas que apoyan económicamente al que cuida de mayores en su hogar.

Punto importante en la proliferación de este tipo de ayudas fue la introducción de una línea presupuestaria derivada de los Convenios del Plan Gerontológico y Programas de Alzheimer (actualmente Plan de Acción para las Personas Mayores). Y sobre todo a partir de 2003, al iniciar el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en el marco dicho Plan de Acción, un nuevo programa destinado a financiar el Apoyo Económico al Cuidado de Personas Mayores Dependientes en su Hogar. Dicho Ministerio decidió una cofinanciación por parte de las Comunidades de al menos el 40%, incorporándose la mayoría de las Comunidades en el año 2004.

En la resolución que fija los criterios de actuación y distribución del crédito presupuestario destinado a financiar el Apoyo Económico mencionado, se define como objeto del programa establecer una ayuda económica de apoyo al cuidado de la persona mayor dependiente, con la finalidad de propiciar su permanencia en el

hogar. Pueden ser perceptores las familias, los cuidadores o la propia persona dependiente, triple posibilidad que anticipa las múltiples opciones y los distintos modelos que adopta cada Comunidad Autónoma a la hora de la materialización y distribución de las ayudas en sus respectivos territorios.

Asimismo, se fijan unos requisitos mínimos que son exigibles a los beneficiarios con carácter general. En el caso de que las ayudas se destine a las familias o los cuidadores, se exige:

- Tener nacionalidad española o residencia legal en España
- Ser mayor de edad
- Cuidar adecuadamente a la persona mayor
- Carecer de rentas o ingresos suficientes

En el caso de que el beneficiario sea la propia persona mayor, los requisitos exigidos son:

- Tener nacionalidad española o residencia legal en España
- Ser mayor de 65 años
- Tener dependencia, preferentemente grave dependencia
- Carecer de rentas o ingresos suficientes

Dichas exigencias tienen un carácter de requisitos mínimos, y por tanto cada una de las Comunidades Autónomas pueden añadir o concretar otras exigencias a la hora del desarrollo de dicho programa en su territorio. De hecho, la práctica totalidad de las Comunidades en que funciona esta prestación han regulado, para adquirir la condición de beneficiario, mayores exigencias de las mencionadas, habitualmente muy dispares si comparamos unas con otras. Así, a modo de ejemplo, mientras Murcia exige haber residido legalmente diez años en España (los cinco últimos en el territorio de la Comunidad), en Baleares se exige residencia de dos años en su territorio, requisito que es de un año en la Comunidad Autónoma de Madrid (donde, además, debe ser de convivencia de la persona mayor con sus cuidadores).

No deja de ser significativo que, a pesar de ser unas ayudas esbozadas de manera uniforme en una única resolución, sus desarrollos autonómicos sean tan dispares que resulte complejísimo establecer siquiera cualquier tipo de comparación. Si analizamos algo tan importante como son las cuantías de la ayuda, encontraremos casos en los que se trata de una cantidad mensual anual, pero que se percibe únicamente durante un semestre o incluso una cantidad concedida anualmente. Los importes se establece según los ingresos económicos de la unidad familiar, pero con baremos muy distintos, que pueden fijar cantidades que van de 90.15€ a 420€ mensuales. Dichas diferencias también se dan en los otros aspectos normativos de las ayudas: exigencias de edades determinadas o mínimas en los cuidadores, grados de dependencia, modo de acreditar la dependencia, dedicación del cuidador, grado de vinculación del cuidador con la persona dependiente, condiciones de la vivienda, etc.

A lo mencionado anteriormente debemos sumar aquellas iniciativas que provienen de otras administraciones públicas (Diputaciones y Ayuntamientos fundamentalmente), donde de nuevo podemos encontrar diferencias tan notables como es la existencia de programas que pueden proporcionar un sustancial apoyo económico mensual (más de 600 euros en el programa Sendian de la Diputación de Guipúzcoa), mientras que en una provincia limítrofe apenas existe programa de ayuda alguno o éste no supera los 100 euros mensuales.

Hay que destacar que el programa de apoyo económico implantado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en 2003 originó, desde su concepción inicial, un intenso debate de signo claramente político-ideológico a lo largo del cual fue transformándose su contenido. Si en su origen, se inspiraba en el programa de "ayuda a las amas de casa cuidadoras" promovido por la Generalitat Valenciana en el que la prestación se dirigía a las mujeres cuidadoras, previa renuncia a cualquier otro tipo de servicio o ayuda, posteriormente esta prestación fue evolucionando en su concepción, flexibilizando las posibilidades de percepción. En cualquier caso, las divergencias no están resueltas, ya que algunas CCAA finalmente han tomado la decisión de no aceptar este programa y no lo están desarrollando en sus territorios

8. Análisis y evaluación de los Servicios Intermedios y de respiro familiar: (Estancias temporales y Centros de Día)

Los llamados servicios intermedios tienen esa denominación por tratarse de un nivel que se sitúa, dentro de la cadena asistencial, entre el domicilio y la residencia o alojamientos para estancias prolongadas. Algunos de ellos, como los que van a describirse a continuación, también se conocen como programas de respiro familiar.

Se trata de diversos recursos o servicios formales de atención cuyo objetivo fundamental es influir positivamente sobre algunas de las dimensiones que originan el estrés del cuidador/a con el fin de modular o eliminar los efectos negativos del cuidado. Pero el hecho de que éste sea su fin esencial no debe hacer olvidar la necesidad de intervenir también adecuadamente con la persona mayor que utiliza el servicio.

Existe gran variedad de recursos de este tipo (estancias temporales en residencias, centros de día, estancias de día o de noche en centros gerontológico, vacaciones para personas dependientes, períodos de atención y evaluación sociosanitaria, etc.), aunque su extensión es todavía escasa en muchos lugares.

Por otra parte, también los servicios sociales clásicos (Servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, residencias), si se orientan hacia la complementariedad con el apoyo informal y no hacia su sustitución, cumplen perfectamente esta función de respiro y apoyo a las personas que cuidan a personas mayores con problemas de dependencia, como se ha mencionado anteriormente.

Tanto las Organizaciones Internacionales como los expertos en Gerontología han destacado con profusión la importancia de proveer recursos de respiro destinados a los cuidadores/as informales, puesto que existe evidencia de que los familiares

toleran mejor el estrés derivado de los cuidados de larga duración a personas mayores dependientes si tienen la posibilidad de beneficiarse de servicios de respiro.

8.1. Las estancias de día en centros gerontológicos

Este servicio intermedio consiste en ofrecer la oportunidad de que las personas mayores en situación de fragilidad o de dependencia que viven en su casa puedan acudir durante el día a centros sociales, alojamientos o residencias y beneficiarse de los servicios que ofrezca el centro (cafetería, peluquería, gimnasio, baño, actividades ocupacionales, socioculturales, etc.)

Tienen, como todo servicio de este tipo, un doble objetivo: atender a la persona mayor y ofrecer descanso a la familia cuidadora.

Es importante diferenciar este tipo de recurso (las estancias de día) del centro de día. Porque el centro de día se concibe, como se verá mas adelante, como servicio terapéutico especializado, mientras que las estancias de día no hacen este tipo de intervenciones.

Por tanto, el servicio de estancias de día no exige contar con un equipo de profesionales específico, sino que se aprovechan los del centro que acoge a este tipo de personas. Existen dos tipos de destinatarios para este servicio:

- a) **Personas sin deterioro cognitivo**, aunque tengan disminuida su capacidad funcional, por problemas de movilidad reducida, fundamentalmente.
- b) **Personas con deterioro cognitivo y disminución de su capacidad funcional**, que restrinja sus posibilidades de participación y de desarrollar interacciones sociales.

El Equipo técnico multiprofesional responsable de los programas de intervención de cada centro atenderá las necesidades de atención de las personas usuarios del servicio de estancias de día y elaborará los planes de intervención individualizados de cada caso.

La periodicidad de este servicio, en cuanto a días y horarios de atención, debe establecerse con flexibilidad y atendiendo a las necesidades específicas de cada caso, según las valoraciones previas efectuadas, sobre todo, en cuanto atañe a las necesidades de los/as cuidadores/as. En cuanto a su duración, pueden establecerse períodos determinados, según intereses de la persona mayor y de su familia, o ser indefinidos.

El objetivo fundamental de los programas de estancias de día se dirige al apoyo de las familias cuidadora de personas mayores, ofreciéndoles tiempo libre para hacer posible la conciliación entre la vida familiar y profesional. Pero no menos importante es conseguir que las personas en situación de fragilidad o leve dependencia, además de beneficiarse de programas rehabilitadores, puedan mantener una red de relaciones personales que le ayuden a mantener su autonomía personal y en definitiva a envejecer más satisfactoriamente.

A raíz de la difusión del programa de estancias diurnas que se recomendaba en el Plan Gerontológico, en muchas residencias se puso en marcha este servicio con características muy desiguales. En algunas se continúan ofreciendo como tal (estancias diurnas), mientras que en otras se ha evolucionado hacia un recurso más especializado: los centros de día.

Actualmente no podemos ofrecer datos de cobertura del servicio de estancias de día, tal y como se ha conceptualizado aquí, que sólo está funcionando en Álava, Asturias y en algunos centros de Madrid.

En cuanto a los centros sociales de personas mayores, en muchos de ellos se presta este servicio de una manera informal, quizá no suficientemente conceptualizado y estructurado, pero cumpliendo un importante papel de apoyo a las personas frágiles y a sus cuidadores.

La **tabla nº 11** y el **gráfico nº 18** ilustran con claridad la potencialidad de implantar un servicio de este tipo en los centros sociales de mayores de los que actualmente son socios más de la mitad de los mayores de 65 años con un incremento muy importante en el periodo 1999-2004 (**ver Gráficos nº 19, 20 y 21**). No obstante, pensamos que estas iniciativas multiplicarían su eficacia si desarrollasen algunos servicios complementarios como por ejemplo:

- La implantación de un servicio de transporte en la zona de influencia del centro correspondiente que recogiese a personas mayores frágiles, que pudiéndose beneficiar de los programas del centro, tienen serias dificultades para desplazarse.
- El refuerzo de la colaboración de organizaciones de voluntariado, colaborando en múltiples tareas de apoyo a estas personas frágiles o en situación de dependencia.
- La organización de actividades rehabilitadoras dirigidas a estas personas, que favorezcan su recuperación o el mantenimiento de su grado de independencia funcional. El Ayuntamiento de Madrid es un buen ejemplo de estas prácticas.

Tabla nº 11 Hogares y Clubes para Personas Mayores en España. Número de asociados y número de centros. Enero 2004.

Ámbito Territorial	Población>65 01/01/03	Nº de Asociados	Índice de cobertura (1)	Nº de Centros
Andalucía	1.128.535	596.039	52,82	1.013
Aragón	262.460	114.840	43,76	25
Asturias*	238.075	120.476	50,60	101
Baleares**	133.383	32.625	24,46	177
Canarias***	228.142	23.920	10,48	314
Cantabria	105.213	82.632	78,54	50
Castilla y León	569.834	415.270	72,88	177
Castilla-La Mancha	358.564	222.287	61,99	82
Cataluña****	1.149.771	275.921	24,00	208
C. Valenciana	740.781	375.000	50,62	217
Extremadura	207.973	150.000	72,12	35
Galicia	585.977	227.500	38,82	72
Madrid	830.839	473.669	57,01	159
Murcia	178.983	135.000	75,43	200
Navarra	103.200	90.000	87,21	239
País Vasco	383.761	133.155	34,70	398
La Rioja	55.578	48.672	87,57	117
Ceuta	8.222	9.300	100,00	1
Melilla	7.329	2.070	28,24	3
España	7.276.620	3.528.376	48,49	3.588

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales

INE (2004) Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2003 Elaboración propia

(1) Índice de cobertura: asociados/población>65)x100

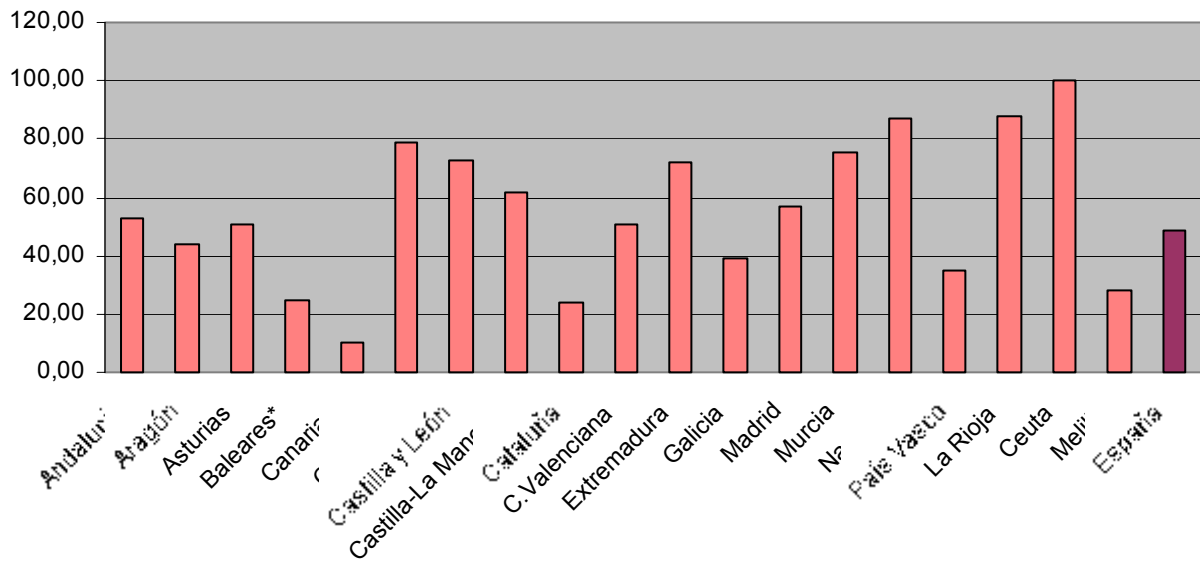
***Denominación en Asturias: Centros Sociales para personas mayores. Titularidad Pública.**

****Enero 2003**

*****Canarias: estimación calculada sobre un incremento del 4% sobre año anterior (23.000) en función de la evolución demográfica y a partir de registros administrativos.**

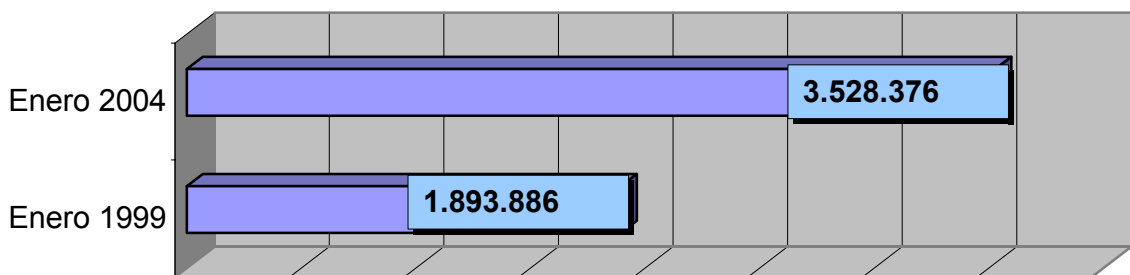
******Cataluña: dato correspondiente a la Generalitat. No se incluyen asociados correspondientes a Corporaciones Locales ni a entidades privadas.**

**Gráfico 18. Hogares y Clubes Para Personas Mayores
Índice de Cobertura. Enero 2004**



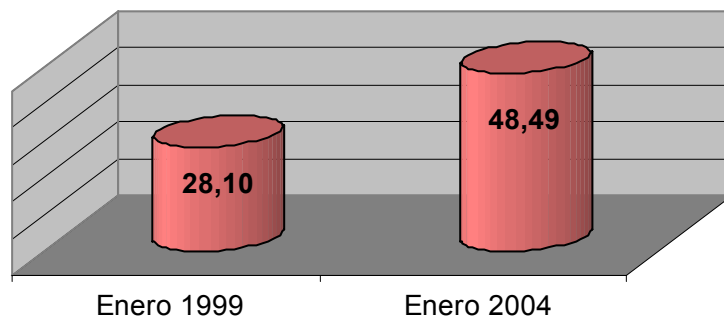
**Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.
INE (2004) Datos de Población . Padrón Municipal 01/01/2003.
Elaboración Propia.
*Enero 2003**

**Gráfico 19. Indicadores de Servicios Sociales para personas Mayores.
Hogares y Clubes. Número de Asociados.1999 y 2004**



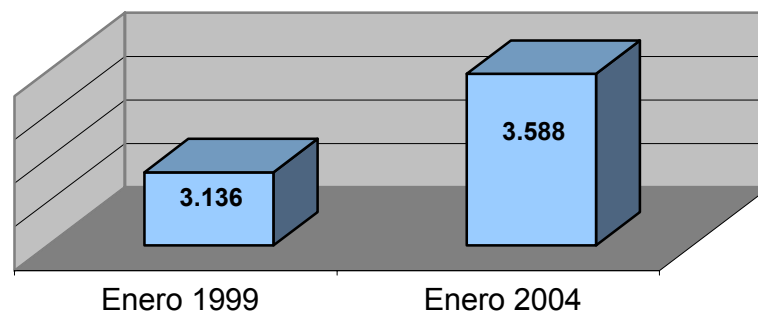
**Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000) Las Personas Mayores en España
Informe 2000; Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales
INE. Inebase (Padrón 1999 y 2003); Elaboración propia.**

Gráfico 20. Indicadores de Servicios Sociales Para Personas Mayores. Hogares y Clubes. Índice de Cobertura. 1999 y 2004



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000) Las Personas Mayores en España Informe 2000; Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales INE. Inebase (Padrón 1999 y 2003); Elaboración propia.

Gráfico 21. Indicadores de Servicios Sociales para personas Mayores. Hogares y Clubes. Número de Centros.1999 y 2004



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000) Las Personas Mayores en España Informe 2000; Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales INE. Inebase (Padrón 1999 y 2003); Elaboración propia.

8.2. Las estancias temporales en residencias u otros alojamientos

Puede ser definido este recurso como un servicio intermedio, para atender en períodos de corta estancia a una persona mayor en situación de dependencia que vive normalmente en su domicilio.

Con la introducción de este servicio en dispositivos de alojamiento, además de atender necesidades de las personas mayores y de sus familias, también se rompe el estereotipo que existe sobre las residencias, que muchas personas perciben como lugares de estancia definitiva, de donde ya no se sale más.

En cuanto a los objetivos de este servicio son varios y, a su vez, se subdividen en los que se dirigen a las personas mayores y los que se dirigen a sus familias cuidadoras.

a) Objetivos dirigidos a las personas mayores.

- Ofrecer a las personas mayores dependientes o en situación de fragilidad que vivan solas un servicio para períodos de enfermedad (gripes, cólicos...) o en situaciones de crisis (riesgo de aislamiento por nevadas, por ejemplo).
- Pasar períodos de convalecencia o recuperación de enfermedades o accidentes (altas hospitalarias).
- Aprovechar durante una temporada tratamientos y servicios que pueden prestarse en estos centros.

b) Objetivos dirigidos a las familias cuidadoras.

- Descansar temporalmente de los cuidados prestados a una persona mayor y poder organizar vacaciones o períodos de descanso.

- Contar con apoyos suficientes durante períodos de enfermedad o de incidencias imprevistas del cuidador/a principal.
- Tener un lugar adecuado para la atención cuando se realizan obras en la vivienda o hay un traslado de domicilio.

Durante la estancia se ofrecen a la persona mayor aquellos programas que se dispensen en el centro y que puedan ser adecuados a las necesidades evaluadas.

Pero, además de intervenir con las personas mayores, hay que hacerlo con las familias, que pueden vivir la separación temporal con sentimientos de culpa o, al menos, con incertidumbre, sobre todo si se trata de la primera vez que lo utilizan.

Al finalizar el programa de estancias temporales, la persona mayor y su cuidador/a familiar deben recibir asesoramiento personal, orientación y pautas para continuar los cuidados en el domicilio de la manera más adecuada, corrigiendo, en su caso, algunos errores de atención que hayan podido ser detectados durante la estancia temporal.

Los datos disponibles sobre el desarrollo de este programa son escasos, como se puede observar en la **tabla nº 12**, posiblemente porque sólo se reflejan las plazas dedicadas exclusivamente a estancias temporales. Esta es una fórmula que utilizan solamente algunas CCAA. Otras, hacen uso temporal de sus plazas residenciales en determinadas épocas del año, por lo que no se contabilizan aquí, al hacerlo ya en el concepto "Plazas residenciales".

Tabla nº 12: Servicio público de Estancia Temporal en España. Número de Centros y Plazas. Enero 2004.

Ámbito Territorial	Nº de Centros	Nº de Plazas
Andalucía	163	480
Aragón	11	39
Asturias	3	35
Baleares*	5	35
Canarias	-----	-----
Cantabria	1	4
Castilla y León	12	60
Castilla-La Mancha	78	697
Cataluña	-----	-----
C. Valenciana	142	187
Extremadura	13	44
Galicia	15	44
Madrid	43	400
Murcia	-----	-----
Navarra**	16	190
País Vasco***	31	607
La Rioja	4	18
Ceuta	-----	-----
España		

Elaboración propia

**Enero 2003*

****País Vasco: datos relativos a Álava y Guipúzcoa*

8.3. Los Centros de Día para Personas Mayores Dependientes

El Centro de Día para personas mayores dependientes es un recurso intermedio de la red de servicios sociales que tiene diferentes definiciones, según la institución o expertos que la realizan (Sancho T, 1997; Martínez T, 2002) pero en las que, básicamente se produce coincidencia. Se define aquí de la siguiente manera:

"Centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia" (Rodríguez P, 2004).

De esta definición, pueden extraerse las siguientes Notas, que aclaran los términos que conforman aquélla:

- a) **Centro gerontológico terapéutico.-** Se trata de un recurso dirigido a la atención especializada de las personas mayores. Por tanto, la intervención debe estar a cargo de profesionales con formación acorde a las terapias que se apliquen, que conforman un equipo multidisciplinar, que actúa de manera interdisciplinar.

- b) **De apoyo a la familia.-** Los Centros de Día, como ya se ha dicho, cumplen una función esencial de apoyo a las familias, pues, mientras la persona mayor se encuentra en este recurso, la familia puede descansar de su atención y cuidados. Pero, para reforzar este apoyo a las familias, desde el centro de día debe ofrecerse un conjunto de programas dirigidos directamente a ellas, como los que se han mencionado anteriormente.

- c) **Atención ambulatoria.-** Es decir, las personas que son atendidas en este recurso viven en su casa y van cada día que esté indicado al centro, para después regresar a su domicilio. En eso consiste su especificidad y por eso se conoce como "recurso intermedio".

- d) **La atención que se presta a las personas en situación de dependencia es integral.-** El equipo de profesionales elabora y dirige un plan integral individualizado para cada persona mayor, deducido de la valoración realizada.

Funciones parecidas, especialmente de apoyo familiar, cumplen los **centros de noche**, prácticamente inexistentes en nuestro país. Constituye éste un recurso que resulta indicado para dos tipos de función:

- Para personas con demencia o enfermedades mentales que en el curso de su enfermedad padecen procesos de agitación y otros trastornos de conducta durante la noche. El centro de atención nocturna, además de regular la intervención farmacológica y terapéutica con las personas enfermas, facilita el descanso de sus cuidadores (Sancho T,).
- Personas que viven solas en núcleos aislados o que sus domicilios no reúnen condiciones idóneas para pernoctar. El centro nocturno les ofrece más seguridad y confortabilidad que permanecer en su casa.

8.3.1. Objetivos

El objetivo general del centro de día es mejorar la calidad de vida tanto de la familia cuidadora como de la persona mayor, a través de una intervención dirigida, por una parte a proporcionar una atención integral a la persona mayor dependiente y, por otra, a ofrecer el necesario apoyo a la familia para posibilitar una permanencia adecuada de la persona mayor en su entorno habitual.

Los objetivos específicos sobre los que debe girar la intervención a realizar en un centro de día pueden ser agrupados en torno a los dos protagonistas básicos de la intervención: la persona mayor dependiente y la familia cuidadora.

Objetivos dirigidos a la persona mayor en situación de dependencia:

- ➔ Recuperar y/o mantener el mayor grado de independencia funcional y de autonomía personal.
- ➔ Mejorar o mantener el estado de salud y prevenir la aparición de enfermedades o agravamientos de las mismas, mediante el desarrollo de programas sanitarios.

- Frenar o prevenir el incremento de la dependencia a través de la potenciación y rehabilitación de sus capacidades cognitivas, funcionales y sociales.
- Desarrollar la autoestima y favorecer un estado psicoafectivo adecuado.
- Incrementar el número y la calidad de las interacciones sociales, mediante el ofrecimiento de un entorno que favorezca las relaciones y facilite la participación en actividades sociales gratificantes.
- Evitar o retrasar institucionalizaciones no deseadas o desaconsejables.

Objetivos dirigidos a la familia cuidadora:

- Proporcionar tiempo libre y descanso.
- Ofrecer orientación y asesoramiento.
- Dotar de conocimientos, habilidades y estrategias de afrontamiento que contribuyan a una mejora de la calidad de los cuidados que dispensa a la persona mayor.
- Desarrollar habilidades que permitan reducir el estrés así como mejorar el estado psicofísico de los cuidadores.
- Prevenir los conflictos familiares relacionados con el rol de cuidadores.
- Reducir el riesgo de claudicación en los cuidados.
- Favorecer la colaboración de la familia con el centro.

8.3.2. Usuarios/as

Los Centros de Día, tal como han sido definidos, están dirigidos a personas mayores en situaciones de dependencia - física y/o psíquica - que cuenten con un apoyo social suficiente para permitir su permanencia en el medio habitual, sin que sea excluyente el hecho de vivir solo/a.

Los Centros de Día para personas mayores dependientes deben ser capaces de acoger a usuarios de diferente tipo de dependencia y grado de severidad del deterioro. Han de evitarse, por tanto, prácticas que se realizan a veces de una selección negativa hacia quienes tienen niveles importantes de dependencia, pues estas personas, aunque no puedan aprovechar algunos de los programas terapéuticos del centro de día, pueden beneficiarse de otros.

Por otra parte, hay que pensar en la importante vertiente de apoyo familiar que tiene el centro de día, y las personas con grados importantes de dependencia pueden ser las que más carga de trabajo y fuente de estrés signifique para las personas cuidadoras.

8.3.3. Modalidades asistenciales

Existen varias modalidades posibles de asistencia, las cuales deben establecerse en cada lugar teniendo en cuenta tanto los motivos fundamentales como los objetivos prioritarios que persiga el uso del recurso -el del apoyo familiar o la intervención terapéutica al usuario-, así como las propias posibilidades organizativas del centro.

Los usuario/as acceden al Centro, según valoración del caso y consenso con el usuario/a y familia, bien durante un periodo de tiempo establecido previamente al ingreso o bien sin determinación del mismo. Las modalidades asistenciales habituales son las dos siguientes:

- a) **Asistencia continua.** Los usuario/as acuden al centro diariamente y durante la totalidad del horario de atención. Esta modalidad asistencial se reserva a los usuario/as cuyo motivo de ingreso es prioritariamente el del apoyo a los cuidadore/as, cuando la valoración social haya detectado una situación de sobrecarga familiar muy importante.

- b) **Asistencia parcial.** En esta modalidad asistencial los usuario/as acudirán al centro existiendo flexibilidad tanto en la frecuencia de la asistencia como en el horario. Dicha asistencia se establecerá en el centro, consensuándose con el usuario/a y las familias, en función de la valoración efectuada por el Equipo Interdisciplinar encargado de la misma –valorando tanto la situación familiar como las necesidades terapéuticas del usuario/a y las posibilidades organizativas de cada centro.

Es importante que en la indicación de este recurso se tengan en cuenta cuestiones relacionadas con la eficacia y la eficiencia de los diferentes recursos de la red de servicios sociales.

Debe, a este respecto, verificarse si, cuando el apoyo a los cuidadores/as informales es el elemento fundamental en la valoración, es el centro de día el recurso adecuado. Porque, como se ha indicado, este servicio, en sentido estricto, es altamente especializado y debiera reservarse para quienes, además de ofrecer apoyos a la familia, van a beneficiarse de los programas terapéuticos que se prestan en él.

Existen, por otra parte, como se ha visto, otros programas de “respiro” o apoyo familiar, que pueden ser más indicados que el centro de día si la necesidad fundamental valorada es la de sobrecarga de los cuidadores/as.

En cuanto a la asistencia temporal y en horario restringido, es una posibilidad que se aprovecha para realizar, por ejemplo, programas específicos para:

- ❖ Personas con deterioros cognitivos leves.
- ❖ Programas de entrenamiento de la memoria.
- ❖ Sesiones rehabilitadoras.
- ❖ Entrenamiento y recuperación funcional para las AVDs.
- ❖ Servicios de baño, podología, **etc.**

Los centros deben contar con un Plan General de Intervención (PGI) en el que deben enmarcarse tanto los diferentes servicios como los programas específicos de

intervención. El PGI, en este tipo de recurso, debe contemplar tres áreas básicas: la persona mayor dependiente, la familia cuidadora y el propio centro.

Antes de cerrar este apartado de modalidades asistenciales, es importante señalar que, siempre que sea posible, se diseñarán **centros de día específicos para personas con demencias**. Sobre todo en los contextos urbanos, donde haya varios centros de día, es muy conveniente hacer esta separación.

8.3.4. Servicios del centro

Desde el enfoque de atención integral que se ha insistido deben mantener los Centros de Día para personas mayores dependientes, los servicios que se ofrecen en él han de ir dirigidos a cubrir sus necesidades personales básicas, terapéuticas y sociales.

Se consideran **servicios básicos** los siguientes:

- ❖ Transporte accesible
- ❖ Manutención
- ❖ Asistencia en las actividades básicas de la vida diaria (AVD)

Se consideran **servicios terapéuticos** los siguientes:

- ❖ Atención social
- ❖ Atención psicológica
- ❖ Terapia Ocupacional
- ❖ Cuidados de salud

Además, algunos centros, en función de sus características de ubicación y organizativas disponen de otros **servicios complementarios**:

- ❖ Peluquería
- ❖ Podología
- ❖ Cafetería
- ❖ Servicio de atención de fin de semana o de ampliación de horarios
- ❖ Otros

8.3.5. Programas de intervención

En los Centros de Día se desarrollan programas de intervención -fundamentalmente de carácter psicosocial- mediante los que se garantiza una atención especializada que dé respuesta a las necesidades de los usuarios/as –mayores y familias cuidadoras- sin descuidar otros aspectos de gran relevancia en la intervención, como es sus características ambientales, tanto en su dimensión física como social.

En estos centros se suelen desarrollar los siguientes programas de intervención:

- **Programa de intervención terapéutica**
 - Terapias funcionales (gerontogimnasia, rehabilitación funcional, entrenamiento de las AVDs, psicomotricidad)
 - Terapias cognitivas (orientación a la realidad, psicoestimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva específica).
 - Terapias psicoafectivas (grupos terapéuticos, terapias de reminiscencia)
 - Terapias socializadoras (ergoterapia, musicoterapia, ludoterapia, grupos de habilidades sociales y de comunicación, grupos de conversación o tertulias)
 -
- **Programas sanitarios.**
 - Alimentación y nutrición.
 - Aseo e higiene
 - Control de esfínteres
 - Prevención de caídas
 - Atención básica de enfermería
 -
- **Programas de intervención con familias** (Información, formación, asesoramiento, grupos psicoeducativos, grupos de autoayuda...)

- **Programa de intervención ambiental**
- **Programa de colaboradores**
- **Programa de formación continua de cuidadores profesionales**

8.3.6. Recursos del centro de día

El Equipo Multidisciplinar de un centro del tipo que se ha descrito suele estar compuesto de los siguientes profesionales: Auxiliares de enfermería o gerocultores, Enfermero/a, Médico/a, Psicólogo/a, Fisioterapeuta (si se incluye la rehabilitación física entre los programas de intervención), Terapeuta Ocupacional y Trabajador/a social.

La exigencia de contar con este conjunto tan amplio de profesionales se deriva de la especialización que hemos incorporado en la conceptualización de este recurso, así como del requisito de calidad en las intervenciones.

Pero en muchas ocasiones estos profesionales no están adscritos únicamente al centro de día, sino que valoran casos, orientan, forman, planifican, realizan el seguimiento, evalúan los programas y participan en las reuniones del Equipo, desde cualquier otro recurso asistencial del que dependan (centro de salud, centro de servicios sociales, residencia de personas mayores...).

De manera especial afecta esto a los profesionales sanitarios -médico/a, enfermero/a y, si procede, fisioterapeuta-, que pueden estar adscritos a un centro de salud de primaria o a otro recurso especializado. Por lo que se refiere al resto del equipo (psicólogo/a, terapeuta ocupacional, trabajador/a social), pueden atender al centro de día durante una parte de su jornada y a otro recurso asistencial (residencia, por Ej.) el resto del tiempo.

Con independencia de las funciones asignadas a cada miembro del Equipo, desde el Centro de Día, lo mismo que desde las residencias, se posibilitará, a través del desarrollo del programa de colaboradores sociales, contar con recursos humanos complementarios para apoyar labores relacionadas con el apoyo psicosocial. Entre estos colaboradores pueden existir: familiares, voluntariado, y alumno/as en prácticas.

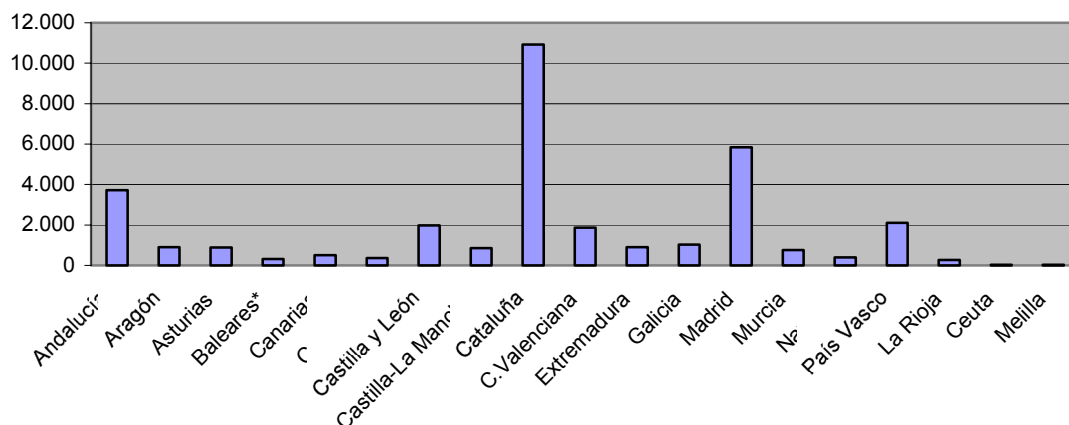
En cuanto a los recursos materiales, la dotación se realiza en cada centro en función de la adecuación necesaria y los recursos ya disponibles. No obstante hay que tener en cuenta tres tipos de dotación material: la adecuación o adaptación arquitectónica y física del centro, el equipamiento y el material terapéutico.

8.3.7. Cobertura y características de los Centros de día. Análisis comparativo por CCAA

Los primeros datos disponibles sobre la extensión de este servicio, desagregados por CCAA, se remontan a 1999, en que se nos informaba de la existencia de 11.540 plazas

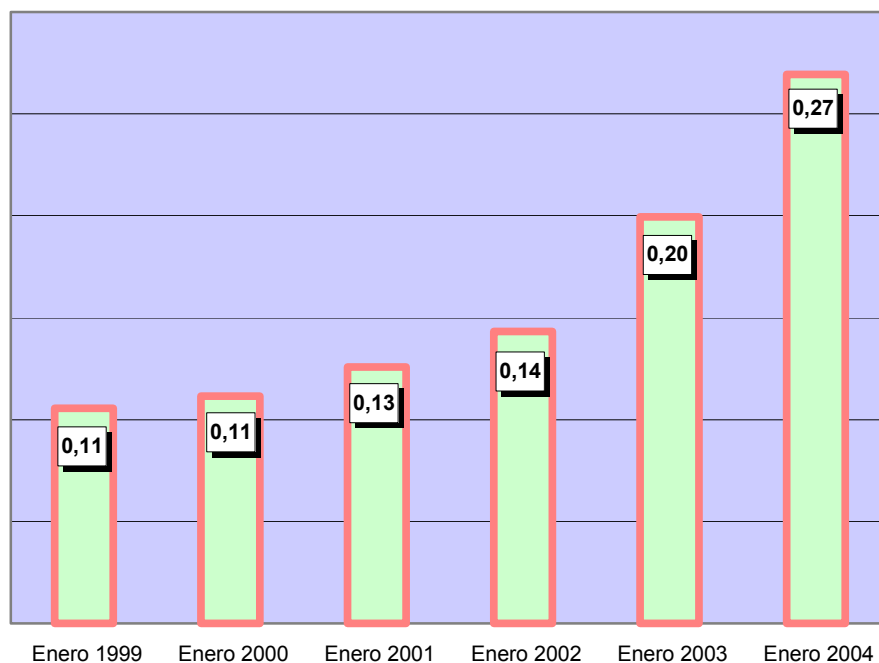
A enero 2004 las CC.AA. daban cuenta de la existencia en España de 1.756 centros de Día, públicos y privados, con una oferta de 33.709 plazas para personas mayores dependientes (**Gráfico nº 22**). Como se puede observar en el (**Gráfico nº 23**) se ha producido un importante incremento de este recurso, muy especialmente en los dos últimos años, alcanzando un índice de cobertura del 0.46 sobre > de 65 años, lo que supone un 1.9 sobre mayores de 80 años que son sus usuarios mayoritarios. En cuanto a su distribución, una vez mas las diferencias interautonómicas son muy importantes. Madrid y Cataluña disponen del mayor nº de plazas tanto en términos absolutos como en su índice de cobertura, mientras que Galicia, Castilla La Mancha, Baleares y Canarias se sitúan en los índices mas bajos (**Tabla nº 13**)

**Gráfico 22. Centros de Día Para Personas Mayores Dependientes
Número de Plazas. Enero 2004**



**Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.
Elaboración Propia.
*Enero 2003**

**Gráfico 23. Centros de Día Para Personas Mayores Dependientes.
Evolución del Índice de Cobertura*. 1999-2004**



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000,2002). Las Personas Mayores en España. Informe 2000 y 2002.

**Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.
INE Inebase. Revisión Padrón Municipal 1/01/1999 a 01/01/2003
Elaboración Propia.**

***Índice de Cobertura: (NºPlazas públicas+concertadas/Pob>65)*100**

Número total de centros y plazas. Enero 2004

Ámbito Territorial	Población>65 01/01/2003	Nº de centros Total	Nº plazas Total	Índice de Cobertura (1)
Andalucía	1.128.535	149	3.721	0,33
Aragón	262.460	37	905	0,34
Asturias	238.075	35	884	0,37
Baleares*	133.383	22	322	0,24
Canarias	228.142	28	514	0,23
Cantabria	105.213	21	372	0,35
Castilla y León	569.834	284	1.978	0,35
Castilla-La Mancha	358.564	76	849	0,24
Cataluña	1.149.771	642	10.929	0,95
C. Valenciana	740.781	71	1.868	0,25
Extremadura	207.973	48	910	0,44
Galicia	585.977	29	1.036	0,18
Madrid	830.839	160	5.842	0,70
Murcia	178.983	31	755	0,42
Navarra	103.200	18	392	0,38
País Vasco	383.761	91	2.113	0,55
La Rioja	55.578	12	269	0,48
Ceuta	8.222	1	25	0,30
Melilla	7.329	1	25	0,34
España	7.276.620	1.756	33.709	0,46

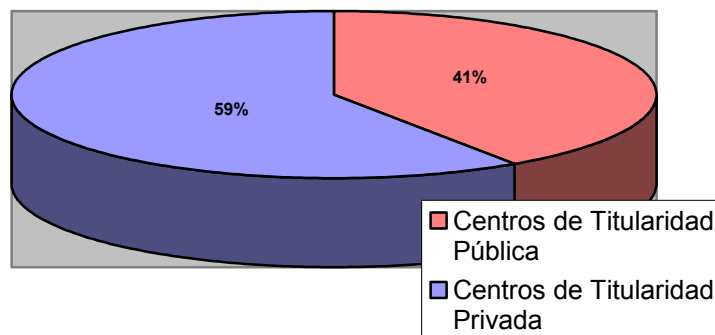
*Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales
INE (2004) Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2003
Elaboración propia*

Actualmente la oferta de plazas en centros de día se caracteriza por un predominio de la titularidad privada: de cada 100 Centros , 59 son de titularidad privada y 41 de titularidad pública (**Gráfico nº 24**).

Respecto a las plazas, en su mayoría son gestionadas por el sector privado (63 de cada 100 plazas) si bien predomina la financiación con aportación del sector público: del número total de plazas, el 56% son financiadas total o parcialmente con fondos públicos y el 44% restante son financiadas en su totalidad por el usuario. Los **gráficos nº 25 y 26** muestran la importancia del esfuerzo público en el período analizado. No podemos olvidar que este recurso, como otros, ha sido promovido por el sistema público, muy especialmente a partir de la difusión del Plan gerontológico.

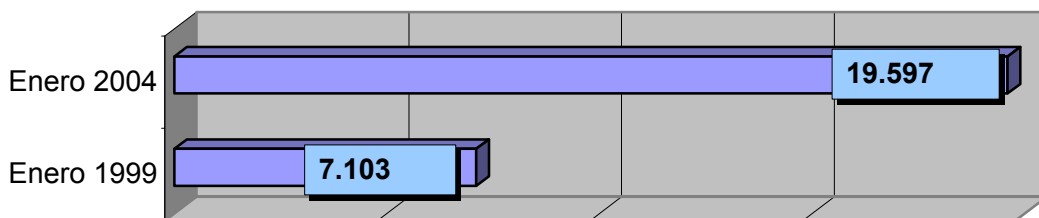
Los primeros documentos en los que se definía y conceptualizaba este servicio con carácter nacional, pertenecen a la mitad de los años noventa (Gil M, 1996).

**Gráfico 24. Centros de Día Para Personas Mayores Dependientes
Distribución de Centros según Titularidad. Enero 2004**



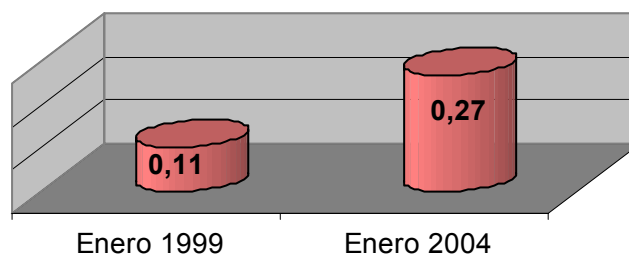
*Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y
Diputaciones Forales
Elaboración propia*

**Gráfico 25. Indicadores de Servicios Sociales para personas
Mayores. Centros de Día para Personas Dependientes.
Nº Plazas Financiación Pública.1999 y 2004**



*Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000) Las Personas Mayores en España
Informe 2000; Consejerías S. Sociales de C. Autónomas. Diputaciones Forales
INE. Inebase (Padrón 1999 y 2003); Elaboración propia.*

**Gráfico 26. Indicadores de Servicios Sociales para personas Mayores.
Centros de Día para Personas Dependientes.
Índice de Cobertura de Plazas de financiación Pública.
1999 y 2004**



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000) Las Personas Mayores en España Informe 2000; Consejerías S. Sociales de C. Autónomas. Diputaciones Forales INE. Inebase (Padrón 1999 y 2003); Elaboración propia.

Desafortunadamente no disponemos de información suficiente sobre las características esenciales de nuestros centros de día: programas que realizan, profesionales y disciplinas que prestan sus servicios en ellos, grado de dedicación, horarios y días de apertura, funcionamiento del transporte, etc.

Sin embargo los datos disponibles sobre precios públicos de este servicio, constituyen un claro indicador de la disparidad existente entre unos y otros, que nos hace pensar en recursos diferentes que se ofertan bajo el mismo nombre.

El precio público medio de una plaza en Centro de Día está en torno a los 6.400 euros anuales , si bien, como acabamos de señalar, las diferencias entre Comunidades Autónomas son significativas oscilando entre 900 euros / año en el caso de Melilla y entre 11.000 y 12.000 euros / año en el caso de Canarias o País Vasco. Lo mismo sucede con los precios de plaza concertada, oscilando entre los 3.963 euros de Andalucía y los 11.134 del País Vasco. No obstante hay que señalar que la variabilidad entre precio público y concertado, es mínima. **(Tabla nº 14).**

Tabla nº 14: Centros de Día para Personas Dependientes en España. Coste y financiación de plazas. Enero 2004

Ámbito Territorial	Precio público Plaza Dependiente Euros/año	%Copago	Precio concertado Plaza dependiente Euros/año	Precio concertado Plaza Psicog. Euros/año
Andalucía **	3.643,20 €	30,00%	3.962,90 €	5.329,10
Aragón	7.738,00 €	-----	7.738,00 €	11.731,00
Asturias	4.637,28 €	20,00%	-----	-----
Baleares*	5.870,00 €	25,00%	-----	-----
Canarias	11.135,19 €	20,00%	-----	-----
Cantabria	7.032,00 €	-----	-----	-----
Castilla y León	6.300,00 €	25,00%	6.300,00 €	7.392,00
Castilla-La Mancha	4.847,50 €	30,00%	-----	5.895,00
Cataluña	5.359,41 €	-----	-----	8.835,34
C. Valenciana*	5.928,00 €	33,57%	5.983,42 €	-----
Extremadura	-----	-----	-----	-----
Galicia	5.400,00 €	40,00%	5.050,00 €	5.050,00
Madrid	8.337,00 €	12,00%	7.957,20 €	9.498,00
Murcia	-----	-----	-----	-----
Navarra	4.304,52 €	-----	4.304,52 €	4.304,52
País Vasco***	12.456,48 €	24,87%	11.134,73 €	11.505,98
La Rioja	7.459,00 €	17,00%	-----	-----
Ceuta	7.488,12 €	-----	-----	-----
Melilla	900,00 €	-----	216,00 €	-----
España	6.402,10 €			

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales
Elaboración propia

En cuanto a la participación del usuario en la financiación de este servicio, varía considerablemente de unas regiones a otras. Así en Galicia existe un copago del 40%, frente al 12% de la Comunidad de Madrid. En la mayoría de las Comunidades el copago se sitúa entre el 20% y el 30%. La aportación del usuario se calcula sobre la base de su pensión, en unos casos, o sobre el total de los ingresos en otros.

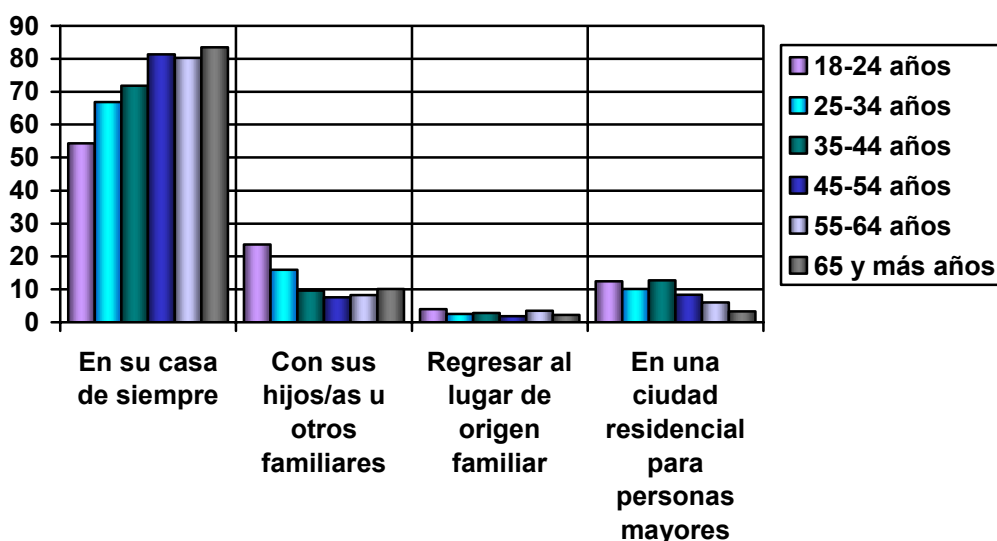
Por último, respecto al número de plazas psicogeríatras que se ofrecen en los Centros de Día y precio de concertación de las mismas, la información disponible es muy escasa. En torno al 15% de las plazas en Centros de Día son psicogeríatras y su precio concertado oscila entre 4.300 y 11.600 euros / año. Sin embargo,

sabemos que el nº de usuarios de Centros de día que padecen trastornos cognitivos es mucho mayor, a pesar de que las plazas no estén catalogadas ni especializadas en esta tipología de enfermedades.

9. Análisis y evaluación de los recursos y programas de vivienda.

La inmensa mayoría de las personas mayores informa en las numerosas investigaciones realizadas, que vivir en su casa es su opción preferida a enorme distancia de cualquier otra propuesta, incluida la de vivir con los hijos. La fórmula "intimidad a distancia", en lo que se refiere al tipo de relaciones y modelos de convivencia que prefieren, se impone en todos los sondeos realizados. No es baladí, que conforme aumenta la edad estas preferencias se hagan más sólidas, como podemos observar en el gráfico nº 23. No obstante, en otras investigaciones también se han detectado dudas e inquietudes entre las personas mayores sobre el cumplimiento de esta expectativa, que se relacionan con la eventualidad de llegar a padecer situaciones de dependencia importante.

Gráfico 27.
Expectativas sobre la forma de residencia deseada en la vejez, según la edad del entrevistado, 2001.



Fuente: CIS, Estudio 2.439, noviembre 2001.

9.1. Características y equipamientos de las viviendas

Valorar las características de la vivienda y su entorno cercano, e intervenir en su caso, resulta necesario a la hora de diseñar políticas de atención a las personas que tienen problemas de dependencia, debido a que las condiciones de la casa se configuran como requisito previo para poder permanecer en ella, así como para la prestación de los servicios domiciliarios y de soporte que sean indicados.

La última encuesta sobre condiciones de vida de las personas mayores, elaborada por el IMSERSO en 2004, nos ofrece información actualizada sobre este aspecto. Sabemos que los equipamientos de las viviendas de las personas mayores han mejorado sensiblemente, como se puede observar en la **tabla nº 15**. Sin embargo, resulta preocupante que todavía un 13.5% no tengan teléfono, equipamiento imprescindible a la hora de garantizar contactos sociales básicos así como unas mínimas condiciones de seguridad, entre las que se encuentra la instalación del servicio de teleasistencia.

Tabla nº 15: Equipamiento e instalaciones de la vivienda

(% tiene)	%
Calefacción	44,8
Coche	34,1
Conexión a Internet	7,7
Congelador (independiente o no)	69,6
Cuarto de baño / aseo	99,3
Ducha	91,6
Estufas, placas eléctricas y braseros	62,9
Frigorífico	98,8
Lavadora	97,8
Lavavajillas	20,6
Microondas	59,5
Ordenador	12,6
Teléfono fijo	86,5
Teléfono móvil (para Vd.)	27,4
Televisor	99,1
(N)	(1.898)

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida de las personas mayores. IMSERSO, 2004.

Otra información a tener en cuenta es la referente a la disponibilidad de algún tipo de calefacción. Un 44% declara no disponer de ningún tipo de calefacción, individual o colectiva. Cuando analizamos estos datos con más detalle, desagregados por CCAA, observamos que el 15.6% no dispone de ningún medio de producción de calor

en su domicilio. Extremadura, Galicia y Castilla la Mancha presentan porcentajes preocupantes en lo que se refiere a la ausencia de esta instalación teniendo en cuenta el clima de estas CCAA (**tabla nº 16**).

Tabla nº 16: Mayores según el tipo de calefacción en la vivienda y Comunidad Autónoma de residencia, 2001.

CC.AA. de residencia	Tipo de calefacción		
	Con calefacción individual o colectiva	Sin instalación pero con aparatos que permiten calentar alguna habitación	Sin ningún medio
TOTAL personas	2.940.251	2.799.445	1.057.240
TOTAL	43,3	41,2	15,6
Andalucía	10,7	65,6	23,7
Aragón	68,1	27,1	4,8
Asturias (Principado de)	59,7	27,3	13,0
Balears (Illes)	20,1	65,3	14,5
Canarias	1,6	6,9	91,5
Cantabria	49,7	38,9	11,4
Castilla y León	67,6	21,0	11,5
Castilla-La Mancha	52,0	32,9	15,1
Cataluña	51,9	39,6	8,5
Comunidad Valenciana	19,0	70,3	10,7
Extremadura	13,0	61,5	25,4
Galicia	42,2	31,6	26,2
Madrid (Comunidad de)	76,8	20,6	2,6
Murcia (Región de)	16,2	65,2	18,6
Navarra (C. Foral de)	83,1	12,6	4,3
País Vasco	59,8	36,4	3,9
Rioja (La)	77,6	17,8	4,6
Ceuta	3,9	34,9	61,2
Melilla	6,0	24,2	69,8

Fuente: INE. INEBASE. Censos de Población y Viviendas 2001. INE 2004.

Otro equipamiento que merece especial atención es la disponibilidad de ascensor entre la población mayor, elemento que por si mismo puede constituir un factor que potencia la dependencia, aísla a las personas y, en definitiva, genera un aumento de las solicitudes de ingreso en residencias.

Los datos que reflejan la **tabla nº 17**, hablan por sí mismos. Un 70.5% de las personas con 65 y más años no dispone de ascensor. Pero lo realmente alarmante es que un 26% de ellos necesite subir tres alturas para llegar a su domicilio, porcentajes que permanecen prácticamente estables en los grupos de mas edad. Si analizamos los datos estrictamente numéricos, las cifras llegan a hacerse difícilmente comprensibles y nos hacen sospechar que una buena parte de nuestra población más anciana está prácticamente confinada en sus domicilios.

Tabla nº 17: Mayores en viviendas sin ascensor según la altura de la vivienda, 2001.

Edad	Total mayores	Mayores en viviendas sin ascensor		Mayores en viviendas sin ascensor según la altura de la vivienda		
		Personas	%	1ª	2ª	3ª o más
TOTAL	6.796.936	4.790.118	70,5	19,8	24,1	26,5
65-69	2.071.821	1.440.064	69,5	19,1	23,7	26,8
70-74	1.823.131	1.289.083	70,7	19,6	24,1	26,9
75-79	1.410.131	1.002.826	71,1	20,1	24,2	26,7
80-84	841.808	597.507	71,0	20,5	24,5	26,0
85-89	446.662	315.784	70,7	21,1	24,8	24,8
90 ó más	203.383	144.854	71,2	22,0	25,8	23,4

Fuente: INE. INEBASE. Censos de Población y Viviendas 2001. INE 2004.

Si a estas informaciones, les sumamos la valoración que realiza este grupo de población sobre los problemas que padecen en su entorno cercano: ruidos (25%), suciedad (28.4%), y diversos problemas de accesibilidad, podemos afirmar que un importante nº de viviendas necesitan determinadas modificaciones cuando aparecen las situaciones de dependencia.

Como se ha señalado anteriormente, actualmente existe legislación que protege la adecuación de las viviendas, así como deducciones fiscales a través del IRPF. La mayoría de las CCAA disponen de programas específicos para estas adecuaciones, que suelen depender, en unos casos, de los servicios sociales y, en otros, como por otra parte resulta adecuado, de las instituciones que tienen competencia en materia de vivienda. Suelen llevarse a cabo a través de ayudas económicas para la

rehabilitación y adaptación funcional de las viviendas que lo precisan, si se cumplen lo requisitos establecidos. Existen convocatorias tales como:

- Subvenciones a fondo perdido para adquisición de mobiliario, reparaciones y adaptaciones de cuantía limitada.
- Préstamos sin interés hasta determinada cantidad económica.
- Otros préstamos de superior cuantía con muy bajos intereses.

Los datos que tenemos son francamente escasos. En la Encuesta de condiciones de vida citada, sólo un 1.2% informa que en algún momento ha recibido algún tipo de ayuda para la adaptación de su vivienda, cuando esta prestación es reclamada por las personas mayores como segunda medida de importancia entre las que prestan las Administraciones Públicas, solo por detrás de la ayuda a domicilio. Nueve de cada diez mayores considera estas ayudas muy o bastante adecuadas.

10. Sistemas alternativos de alojamiento

Antes de analizar la oferta que existe entre los alojamientos alternativos que se ofrecen por los proveedores que actúan en el ámbito de los servicios sociales (sector público o iniciativa privada), incluida la residencia como fórmula predominante, es de interés describir algunas iniciativas innovadoras que funcionan y que pueden convertirse en soluciones adecuadas para algunos grupos de personas mayores.

10.1. Los alojamientos heterofamiliares o servicios de acogimiento familiar

Esta experiencia, que funciona en algunos lugares de Europa, consiste en que las personas mayores se integran en una familia diferente de la propia, y los acogedores reciben una prestación económica a cambio de alojamiento, manutención, atención y compañía.

Según la experiencia con la que ya contamos, es en los contextos rurales donde mejor funciona este programa, que viene a consolidar lazos de amistad y relación preexistentes. Habitualmente se trata de convecinos que tienen establecido un sistema informal de apoyos recíprocos, lo cual facilita que la integración familiar se produzca de forma cuasi natural porque media una relación de afecto previa que facilita la adaptación.

Suelen ser los poderes públicos responsables de los servicios sociales los que ponen en marcha este tipo de iniciativas, mediante convocatorias públicas de ayudas económicas a las que pueden concurrir personas mayores dispuestas a alojarse con una familia y familias que desean acogerse a este programa.

La prestación económica la recibe la persona mayor, según un baremo en el que se tiene en cuenta su nivel de renta, para que abone mensualmente a la familia de acogida la cantidad estipulada.

Normalmente, los servicios sociales municipales son los encargados de valorar la adecuación del acogimiento, verificar que ambas partes (persona mayor y familias acogedora) reúnen los requisitos establecidos y también realizan el seguimiento posterior de los casos.

En España, la iniciativa comenzó de manera pionera en la Diputación Foral de Guipúzcoa, que actualmente cuenta con 67 plazas. Después se ha desarrollado en otros lugares (Galicia, Madrid, Cataluña, Asturias...), aunque no ha llegado a consolidarse de forma generalizada.

Estas experiencias se realizan en algunas CCAA con personas en situación de dependencia. Además de Guipúzcoa, que cuenta con 28 plazas para personas con dependencias, actualmente Galicia es pionera en esta iniciativa, con resultados francamente positivos, disponiendo de 467 plazas destinadas a este recurso, de las

cuales 281 son para personas en situación de dependencia. Así mismo Madrid informa de la existencia de 106 plazas de acogimiento familiar.

10.2. Modelos de alojamientos alternativos a las residencias.

Las residencias no agotan el modelo de atención a personas mayores cuando éstas no pueden continuar viviendo en su casa. Existen otras alternativas, que en ocasiones se configuran como más idóneas para realizar una atención en la que se combina la calidad asistencial con un modo de vida más normalizado del que pueden ofrecer las residencias.

10.2.1. Los Apartamentos/viviendas individuales o bipersonales con servicios de apoyo y las Viviendas tuteladas.

Algunas de las características más importantes de estos equipamientos, que es probable tengan un importante desarrollo en el futuro, son las siguientes.

Pueden ubicarse en el entorno habitual.

Convivencia en grupos pequeños.

Organizados en torno a algún sistema de tutela.

Diseño hogareño, no institucional.

Integrados en la red local de servicios sociales.

Las primeras experiencias que se desarrollaron a partir de los años ochenta del siglo XX lo hicieron como respuesta a la crítica que del modelo institucional de las residencias de gran tamaño se había realizado.

El problema fundamental que subyace en el tipo de oferta predominante es que a veces el acceso a estos alojamientos se restringe a personas sin problemas de dependencia. Naturalmente, y como resulta congruente con esta conceptualización, el diseño arquitectónico, los recursos humanos, los programas de intervención, etc., no son los adecuados para atender a personas en situación de dependencia.

Es previsible que la experiencia y las evaluaciones que vayan ampliando las que existen, vayan orientando la evolución de este recurso hacia situaciones de necesidad de ayuda en las AVDs de muchos de sus ocupantes, por lo que sería conveniente una reformulación de los objetivos y filosofía de estos sistemas de alojamiento. De hecho ésta es una fórmula que en Europa está adquiriendo cada día más importancia.

Resulta altamente recomendable que en las planificaciones que se realicen para el futuro, se regulen las condiciones de accesibilidad en cuanto a su diseño arquitectónico, la dotación de recursos humanos, así como la programación de la intervención profesional, con el fin de poder extender el acceso de las personas dependientes a estas casas.

En cuanto se refiere a las características y tipología de estas dos modalidades de alojamientos, podrían agruparse en torno a dos grupos: el formado por alternativas convivenciales (las viviendas tuteladas), y el que opta por alternativas individuales (los apartamentos o viviendas con servicios).

Cada uno ofrece, ventajas e inconvenientes, como se sintetiza en el cuadro siguiente:

VENTAJAS Y DESVENTAJAS ENTRE LOS APARTAMENTOS / VIVIENDAS CON SERVICIOS Y LAS VIVIENDAS TUTELADAS

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
VIVIENDAS TUTELADAS	sentimientos de utilidad fomentan la autoayuda mejoran la autoestima permanencia en el entorno habitual	Intimidad no garan problemas de convi
APARTAMENTOS O VIVIENDAS UNIFAMILIARES CON SERVICIOS	intimidad / privacidad ajuste servicio / necesidad autonomía / independencia fácil mantenimiento	soledad/aislamient segregación coste elevado aumenta la depend

10.2.1.1. Los Apartamentos / viviendas individuales o bipersonales con servicios de apoyo

Los ejemplos de apartamentos configuran una oferta que suele realizarse en el medio urbano. Cuentan con una gama más o menos amplia de servicios que se ofrecen en el mismo edificio o en algún centro gerontológico cercano: lavandería, restaurante, comidas a domicilio, asistencia doméstica, servicios médicos y de enfermería, actividades de ocio y animación, etc.

Las viviendas o bungaloes se ubican preferentemente en entornos próximos a las ciudades o en el medio rural. Suelen incluir, dentro del complejo urbanístico que conforman, un centro de servicios con restaurante, peluquería, lavandería, gimnasio..., que se ofrecen a los inquilinos para quien, voluntariamente, desee hacer uso de ellos. También se ofrece atención a domicilio, servicios médicos y de enfermería y actividades de ocio para quien desee solicitarlos.

La intensidad y modalidades de los servicios complementarios varían en función del grado de dependencia de sus ocupantes, procurando adaptarse a sus diferentes estados de necesidad. Estos apartamentos y viviendas, que oscilan entre los 30 y 50 m²., suelen disponer de teleasistencia o, en su defecto, de un dispositivo de alarma conectado a la conserjería del edificio o al centro de servicios, lo que proporciona seguridad a sus inquilinos, ya que funciona las veinticuatro horas del día.

10.2.1.2. Las Viviendas tuteladas.

Suelen estar ocupadas por grupos que oscilan entre las 4 y 10 personas, y en ocasiones están ubicadas junto a un centro gerontológico (centro social, centro de día, residencia...), desde el que se ejerce la "tutela" de las viviendas. Las personas mayores que viven en esta modalidad de alojamiento lo hacen practicando la ayuda mutua y en ellas la convivencia es cuasi familiar. Se fomenta la autoorganización y la autonomía en el desarrollo de la vida diaria.

En los últimos años se ha producido un incremento moderado de este tipo de servicio, como se puede observar en la tabla nº 18. En enero de 2004 existían 7.070 plazas en las 861 viviendas tuteladas disponibles. Este nº se incrementaría sensiblemente si se suman las de Extremadura, que por alguna razón que desconocemos, no han sido contabilizadas en este concepto y que ascienden a varios cientos de plazas. Respecto al precio anual de un plaza, hay mucha diferencia entre las pocas Comunidades Autónomas que facilitan esta información, oscilando entre 3.200 euros / año en la Comunidad de Madrid; entre 6.000-7000 euros / año en Comunidades como Asturias, Baleares, Canarias o Castilla-La Mancha y 13.000 euros/año en el País Vasco. Una vez mas, estas diferencias hacen suponer, y de hecho nos consta, que estamos describiendo bajo la misma denominación recursos distintos, que atienden a perfiles de usuarios que van desde personas completamente independientes, a otras que padecen demencias en grados moderados de evolución, como es el caso del País Vasco, con una concepción de este recurso mas cercana a la de unidad de convivencia que a la de piso tutelado.

Tabla nº 18: Sistemas alternativos de alojamiento en España. Viviendas Tuteladas. Número de Viviendas y Plazas. Enero 2004.

Ámbito Territorial	Población>65 01/01/2003	Nº de Viviendas	Nº de Plazas	Índice de cobertura(1)	Nº de Plazas Dependientes	Precio Plaza Euros/año
Andalucía	1.128.535	169	672	0,06	-----	-----
Aragón	262.460	-----	-----	-----	-----	-----
Asturias	238.075	10	145	0,06	-----	7.124,88 €
Baleares*	133.383	3	15	0,01	-----	6.010,00 €
Canarias	228.142	1	8	0,00	-----	7.200,00 €
Cantabria	105.213	-----	-----	-----	-----	-----
Castilla y León	569.834	260	2.620	0,46	390	-----
Castilla-La Mancha	358.564	100	950	0,26	-----	6.136,00 €
Cataluña	1.149.771	30	834	0,07	-----	2.747,40 €
C. Valenciana	740.781	4	80	0,01	-----	-----
Extremadura	207.973	3	12	-----	-----	-----
Galicia	585.977	67	725	0,12	-----	8.050,00 €
Madrid	830.839	153	297	0,04	-----	3.246,00 €
Murcia	178.983	3	24	0,01	8	-----
Navarra	103.200	4	31	0,03	-----	-----
País Vasco**	383.761	53	647	0,38	56	13.182,00 €
La Rioja	55.578	1	10	0,02	-----	10.980,00 €
España(2)	7.261.069	861	7.070	0,10		

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales

INE (2004) Datos de Población. Padrón Municipal 01/01/2003

Elaboración propia

10.2.1.3. Las Unidades de Convivencia.

Constituyen una experiencia extendida por diferentes países de Europa (Bélgica, Países Bajos, Alemania, Francia, Reino Unido y España) y de Norteamérica que surgió como crítica al tipo de residencia tradicional y al modelo médico de intervención. Este movimiento fue liderado por diferentes gerontólogos que se organizaron en torno a la red europea "Saumon" cuya denominación quiere evocar el modo en que los salmones remontan los ríos: ir en contra de la corriente.

Los estudios que se llevaron a cabo por diferentes miembros de este grupo (Gisset M, 1998) pusieron en evidencia una serie de aspectos en los que se fundamentaba el descontento de las personas mayores hacia las residencias tradicionales.

Las experiencias que se han desarrollado, en forma de pequeñas viviendas para un grupo reducido de personas, tanto en hábitats urbanos como rurales, intentan dar respuesta y resolver los aspectos negativos detectados en las investigaciones realizadas.

En Europa existen más de cuatrocientas unidades de convivencia, en las que prevalece una orientación comunitaria y familiar. Estas viviendas, cuyo tamaño y consiguiente número de plazas oscila de 4 a 24 personas, reúnen las características comunes que se ofrecen en el cuadro siguiente:

CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE CONVIVENCIA

- ❖ El modo de vida es parecido al de un hogar, y el abordaje terapéutico se desarrolla en torno a las actividades de la vida diaria.
- ❖ La atención se sustenta sobre el respeto a los derechos y deseos de las personas mayores, aunque ello suponga asumir ciertos riesgos.
- ❖ Se trabaja intensamente el proceso de adaptación e integración de cada persona que se incorpora.
- ❖ Las viviendas se integran en la red local de servicios sociales y sanitarios, de los que reciben atención.
- ❖ Están atendidas por profesionales con diferentes grados de cualificación, pero con alto grado de implicación en este tipo de proyectos.
- ❖ La atención es de 24 horas al día, todos los días del año.
- ❖ Las viviendas se configuran como lugares para vivir hasta el momento de morir.
- ❖ El papel de la familia de las personas mayores en la vida cotidiana se considera central.

Este tipo de viviendas, incluye entre sus destinatarios a las personas que tienen deterioros cognitivos y demencias. Para ellas, la solución de las pequeñas unidades de convivencia se sustenta en el reforzamiento del modo de vida familiar, siendo la comunicación y el contacto emocional el elemento esencial a trabajar, teniendo en cuenta los gustos y las preferencias de las personas atendidas. Actualmente es un modelo bastante extendido en Dinamarca y Holanda, con experiencias muy interesantes en Francia, país que ha realizado una evaluación en profundidad de este tipo de iniciativas.

Mientras que los sistemas alternativos de alojamientos dirigidos a personas que se valen por si mismas suelen tener un coste moderado, a veces inferior al de las grandes residencias, en el caso de las unidades de convivencia para personas que padecen situaciones de dependencia, especialmente deterioro cognitivo, esta es una alternativa cuyos costes se asemejan a los de las residencias asistidas y en algunos casos los superan . Sin embargo no hay duda que la calidad de vida de las personas que viven en ellas, es muy superior a la de las grandes instituciones.

11. Las Residencias

11.1. Conceptualización

La residencia ha sido definida, y puede ser una conceptualización válida para cualquier otro tipo de alojamiento a los que se ha hecho referencia, salvo las experiencias de viviendas compartidas, como:

"Centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia"(Rodríguez, P, 1999).

Las notas fundamentales de esta definición son:

Centro gerontológico abierto. Se trata de huir del término institución, lo quiere decir que los diferentes sistemas de alojamiento para personas mayores con dependencias han de considerarse incluidos entre los servicios sociales comunitarios. De ello se sigue que lo deseable es que los establecimientos se encuentren ubicados en el entorno urbano, así como que exista una permanente interrelación con todos los recursos de la zona y entre los diferentes colectivos de la comunidad.

La noción de apertura debe funcionar hacia afuera (la organización de los alojamientos favorece que las personas mayores residentes salgan en el mayor número de ocasiones posible) y hacia dentro (esa misma organización estimula la incorporación a la vida del recurso de agentes externos, ya sean éstos familiares o allegados de los/as residentes u organizaciones de la iniciativa social y ciudadana).

Lugar de desarrollo personal y de vida. Esto implica la exigencia de que exista un "proyecto vital", que presida la filosofía de atención.

- a) Atención sociosanitaria.- No se contemplan en esta concepción los alojamientos como lugar de acogimiento y custodia, ni tampoco como centros clínicos en los que la única atención profesional especializada que se ofrece es la sanitaria.

Los cuidados que precisan la mayoría de las personas mayores dependientes no son sólo sociales; tampoco exclusivamente sanitarios. Por eso, la atención que ha de ofrecerse debe ser de carácter integral y, por consiguiente, ser social y sanitaria, y ello con independencia de que, como sería deseable, funcionen en el área en que se encuentre el establecimiento mecanismos de coordinación sociosanitaria formalmente establecidos.

- b) Atención multiprofesional completa e integrada en un plan general de intervención. Se cuenta ya con suficiente evidencia científica para conocer que las necesidades de las personas mayores con dependencia son determinadas por un conjunto de causas que son de carácter complejo y multidimensional.

Esta complejidad se acentúa cuando las personas mayores viven en una residencia u otro sistema de alojamiento, porque a los elementos intrínsecos que aporta cada persona hay que sumar los que le son extrínsecos e inherentes a la propia organización del centro, a sus características ambientales, a la vida de relación con los otros, ya sean éstos residentes o profesionales, etc.

Todo ello hace que sea exigible para una buena atención gerontológica que profesionales adecuados, con formación gerontológica específica y trabajando en equipo, intervengan desde cada una de las disciplinas de manera integrada e interdisciplinar en torno a un plan general trazado conjuntamente.

- c) Estancias temporales o permanentes.- Cada vez más, los alojamientos que se desarrollan para las personas mayores en situación de dependencia se conciben como un lugar en el que pasar temporadas (descanso familiar, revisiones terapéuticas, rehabilitación, fases críticas, atención sociosanitaria derivada del hospital, vacaciones, etc.), conforme se ha mencionado ya.
- d) Destinada a personas mayores con algún grado de dependencia. Porque las personas a las que se atiende tienen esta situación debe desarrollarse el plan de cuidados que corresponda a cada caso, pero sin interferir en su capacidad de decisión. Por tanto, es necesario distinguir entre dependencia (necesidad de ayuda para la realización de AVDs) y falta de autonomía (incapacidad para tomar decisiones y para elegir). Esta diferenciación es esencial en las intervenciones a desarrollar en los alojamientos.

11.2. Los objetivos de la atención

Se define, como objetivo general de la atención, el "**facilitar y potenciar el mantenimiento de la autonomía de la persona mayor**". Si el deterioro de sus capacidades es tan grave que se produce, junto a la pérdida de independencia, la pérdida de la autonomía, el objetivo será atender a la persona mayor con las máximas garantías de respeto y dignidad debidos a cada individuo de la especie humana.

Se describen a continuación una serie de objetivos específicos, diferenciando, por una parte, los que se dirigen a los profesionales y, por otra, los dirigidos a la atención de las personas mayores. El cumplimiento de los que constituyen el primer grupo es previo y condicionante del cumplimiento de los integrados en el segundo.

A. Objetivos a conseguir con los profesionales.

- ◆ Mantener la motivación del personal mediante estímulos permanentes relacionados con la incidencia de una buena práctica profesional en el incremento de la calidad de vida de las personas mayores.
- ◆ Favorecer la formación permanente de los profesionales y estimular su participación en cursos y congresos.
- ◆ Impulsar el intercambio de experiencias y conocimientos con otros profesionales externos para enriquecer y contrastar los propios criterios.
- ◆ Favorecer los contactos con los recursos de la zona como forma de impulsar la coordinación sociosanitaria y la participación comunitaria.
- ◆ Fomentar el desarrollo de investigaciones relacionadas con los programas realizados en el centro.
- ◆ Desarrollar en todo el personal el sentido de pertenencia y de responsabilidad en el buen hacer profesional, mediante las técnicas del trabajo en equipo y la metodología de la interdisciplinariedad.
- ◆ Cuidar de manera especial los estímulos dirigidos al personal cuidador, que deberá estar integrado en el equipo de profesionales.

B. Objetivos de atención a las personas mayores.

- ◆ Controlar y seguir terapéuticamente las enfermedades y trastornos detectados.
- ◆ Mejorar o mantener, hasta donde sea posible, la capacidad funcional y mental, mediante técnicas rehabilitadoras.
- ◆ Prevenir el incremento de la dependencia mediante terapias y programas adecuados.
- ◆ Incorporar en la intervención las técnicas relacionadas con el *empowerment* (empoderamiento) para incrementar la autoestima y la percepción de autocontrol de las personas mayores.
- ◆ Ofrecer un régimen de alimentación sana, equilibrada y variada, con respecto a las dietas especiales. Si es posible, se darán varias opciones para fomentar la capacidad de elección. La presentación será esmerada.

- ◆ Mantener todas las estancias del centro, tanto las zonas comunes como las habitaciones, perfectamente limpias, bien ventiladas y ordenadas. Se cuidará especialmente de que no existan malos olores.
- ◆ Desarrollar programas de animación social y cultural dirigidos y supervisados por profesionales especializados, aunque puedan realizarse, cotidianamente, por cuidadores/as o voluntariado.
- ◆ Favorecer las buenas relaciones entre los residentes, familiares y personal, interviniendo profesionalmente cuando se detecten conflictos.
- ◆ Impulsar los contactos relacionales de las personas mayores con el exterior del centro.
- ◆ Mantener la buena imagen en la apariencia física de las personas mayores, además de su perfecta higiene.
- ◆ Fomentar los contactos y las relaciones con la familia y allegados de cada persona.
- ◆ Estimular, mediante refuerzos positivos, el ejercicio de los conocimientos y experiencias de las personas mayores.
- ◆ Favorecer la creatividad y la expresión corporal, mediante actividades adecuadas.
- ◆ Implantar mecanismos que garanticen la participación de las personas mayores en su plan de cuidados y en la vida de las residencias y otros alojamientos.

11.3. Usuarios/as

Dentro de la tipología de los/as destinatarios/as de las residencias y otros alojamientos todavía se incluye, además de las personas en situación de dependencia, a personas mayores que tienen preservada su capacidad funcional. En una terminología ya casi en desuso, se denominan personas válidas. Pero, por las razones ya apuntadas a lo largo del capítulo (priorización de las políticas que favorecen envejecer en casa), en la actualidad la oferta predominante, sobre todo

la que se refiere a la que realizan las Administraciones Públicas, se dirige a las personas mayores que tienen problemas de dependencia.

La edad media de las personas que viven en residencias suele estar por encima de los 80 años y el porcentaje de quienes sufren enfermedades relacionadas con deterioros cognitivos es cada vez más importante (más del 50%). Ello exige que se refuerce la necesidad de ofrecer cuidados y atenciones cada vez más especializadas y de gran calidad.

11.4. Modalidades asistenciales

Tal como se puede deducir de la información ya ofrecida sobre el desarrollo de programas y servicios intermedios y, en especial, de las estancias diurnas, centros de día y estancias temporales, se ha configurado el correspondiente cambio en las modalidades asistenciales de los centros residenciales y el resto de alojamientos.

En consecuencia, en la actualidad existen las siguientes modalidades:

- Alojamientos continuos o permanentes.
- Alojamientos temporales.
- Estancias de día, con diferente duración horaria

11.5. El Plan General de Intervención (PGI): Servicios y programas.

Todas las residencias y alojamientos de calidad han de contar con el correspondiente PGI, en el que deben quedar enmarcados los servicios que existen, así como los diferentes programas de intervención que se ofrecen.

11.5.1. Servicios de las residencias y otros alojamientos.

Existe una gran variedad de servicios que están en función, sobre todo, del tamaño de los centros. No obstante, hay un conjunto de servicios que no han de faltar en ninguno. Se agrupan, como en los centros de día, en servicios básicos, terapéuticos y complementarios.

Entre los servicios básicos, se ofrecen los siguientes:

- Manutención.
- Alojamiento.
- Asistencia en las AVDs.
- Transporte accesible.
- Gimnasio

En cuanto a los servicios terapéuticos, deben existir:

- Atención social
- Atención psicológica
- Atención sanitaria
- Terapia ocupacional
- Cuidados de salud.

Los servicios complementarios son los que más variabilidad presentan, en función del tamaño, ubicación, dependencia del centro, etc. Son servicios complementarios algunos como los siguientes:

- Podología.
- Cafetería
- Peluquería

11.5.2. Programas de intervención.

Las residencias y alojamientos que atiendan a personas en situación de fragilidad o dependencia deben contar con los programas de intervención que aparecen en el cuadro siguiente:

SANITARIOS

Alimentación y nutrición.

Aseo e Higiene.

Prevención y tratamiento de Incontinencias.

Prevención de caídas.

Control y seguimiento médico de enfermedades y trastornos.

Atención de enfermería

DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Terapias funcionales (rehabilitación funcional, entrenamiento en AVDs, psicomotricidad, gerontogimnasia).

Terapias cognitivas (orientación a la realidad, psicoestimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva)

Terapias psicoafectivas (grupos terapéuticos, reminiscencia)

Terapias socializadoras (ergoterapia, musicoterapia, ludoterapia, grupos de habilidades sociales y de comunicación, tertulias)

Intervención con familias.

Animación socio-cultural.

DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS

Información.

Grupos de autoayuda y psicoeducativos.

Participación

CUIDADOS PALIATIVOS

Además de los programas de intervención mencionados, dirigidos a las personas mayores, deben realizarse otros para garantizar la calidad de la atención: Intervenciones ambientales, Formación permanente de los profesionales y cuidadores/as del centro, Programa de colaboradores externos (voluntariado, alumnos en prácticas).

11.6. Recursos

11.6.1. Recursos humanos

El equipo multidisciplinar de los alojamientos debe estar compuesto de los siguientes profesionales: Auxiliares de enfermería o gerocultores, Profesionales de la enfermería, Médico/a, Psicólogo/a, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y Trabajador/a social.

En ocasiones, algunos de estos profesionales no están adscritos al alojamiento de que se trate, sino que desarrollan sus funciones (valorar casos, orientar, formar, planificar, realizar el seguimiento y evaluar los programas, participar en las reuniones del Equipo) desde cualquier otro recurso asistencial del que dependan (centro de salud, centro de servicios sociales, hospital...).

Naturalmente, el tamaño de los centros y la tipología de usuarios que se atiendan, determina la dedicación y el número de profesionales, así como su dependencia o adscripción a la residencia o al alojamiento.

Las plantillas mínimas de profesionales de atención en los centros están reguladas por las correspondientes Administraciones Públicas, tanto para los de titularidad propia como para los que dependen de la iniciativa privada.

Las funciones de los diferentes componentes del Equipo son las propias de la categoría profesional. No obstante, sí es importante delimitar las competencias profesionales, distribución de tareas y responsabilidades relacionadas con aspectos más específicos derivados del Plan General de Intervención. La especificación concreta de la distribución de responsabilidades se realiza en cada uno de los centros, atendiendo a sus especificidades.

El personal de atención directa (auxiliares de clínica o gerocultores/as), así como los profesionales de la enfermería de los que aquéllos/as dependen son elementos clave en la calidad de la atención percibida por las personas mayores, puesto que son quienes están permanentemente cerca de ellas. Es muy importante, por eso, atender a la formación permanente de estos trabajadores/as y a su motivación.

Además, debe disponerse siempre de protocolos de intervención para que todos los miembros del equipo y, de manera especial, los/as cuidadores/as, cuenten con este apoyo para facilitar su trabajo y garantizar la calidad asistencial.

11.6.2. Recursos materiales

La dotación específica se realiza en cada centro en función de la adecuación necesaria y los recursos disponibles, pero siempre cumpliendo las exigencias que normativamente están reguladas también para cada ámbito territorial. En ella se contemplan aspectos relativos a la accesibilidad arquitectónica y física, así como dos tipos de dotación material: el equipamiento y el material terapéutico.

El diseño ambiental de los alojamientos debe cumplir los objetivos siguientes:

- ◆ Potenciar la autonomía y prevenir el incremento de la dependencia de las personas mayores (evitando caídas, paliando discapacidades y actuando sobre la reducción de las capacidades sensoriales).

Conseguir un ambiente que refuerce la seguridad psíquica (espacios definidos e identificables que compensen la desorientación espacial, fomentando el contacto con el exterior y la naturaleza).

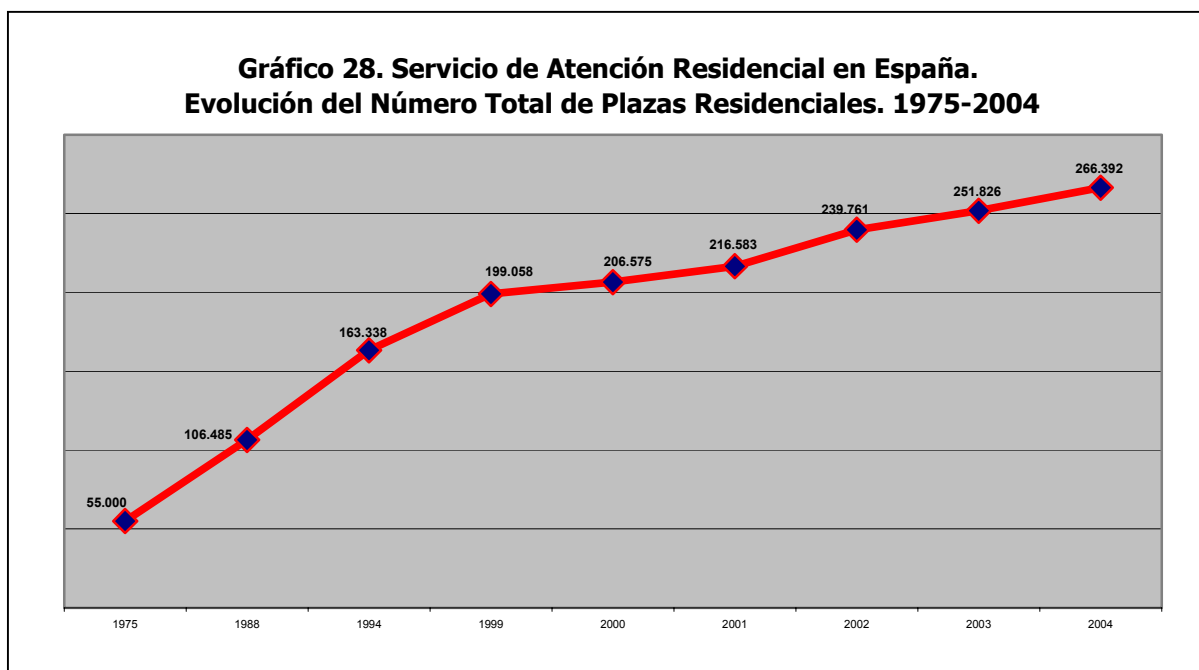
Respetar la intimidad individual.

Promover las relaciones sociales.

Facilitar la labor del personal para el desarrollo de sus funciones.

11.7. Cobertura y características de las residencias en España

En la introducción de este capítulo, recogíamos una breve descripción que el Informe Gaur realizaba sobre las condiciones de vida en las residencias en los años 70. Es obvio que esta situación ha experimentado un auténtico vuelco en las últimas décadas, no-solo en su vertiente cuantitativa, como se puede observar en el gráfico nº 28 sino en todos los aspectos que configuran la calidad de una residencia: diseño, accesibilidad, profesionalidad, protocolización de las actividades, formación de profesionales, estándares de calidad, etc..



Fuente:

Población:

Años 1975-1988: Sancho Castiello, M. Y Rodríguez Rodríguez, P. (2002) *Envejecimiento y Protección Social de la Dependencia en España, Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. Revista Internacional Psicosocial. Marzo 2002.*

Año 1994: CSIC. Instituto de Demografía (1994) *Datos de Proyección de la Población Española.*

Años 1999-2004: IneBase(2004) *Padrón Municipal. Explotación Estadística. Datos a nivel nacional, por comunidades autónomas y provincias centros y Plazas:*

Años 1994: Ministerio de Asuntos Sociales. INSERSO (1995). *Documentos Técnicos nº75. Guía Directorio de Centros para Personas Mayores. Vol. I*

Años 1999-2003 y 2004: Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. *Observatorio de Personas Mayores IMSERSO (2002) .Las Personas Mayores en España. Informe 2002. Vol. I*

Elaboración Propia

(1): Índice de cobertura: $(n^{\circ} \text{ plazas} / \text{población} > 65) * 100$

El número total de plazas residenciales, públicas y privadas, a enero 2004 era de 265.712 distribuidas entre 4.743 centros, de los cuales, 3.765 son de titularidad privada y 978 de titularidad pública. **Gráficos nº 29 y 30.** La cobertura de las plazas residenciales se sitúa en 3,65 plazas por cada 100 personas de 65 y más años, de las cuales 2 son financiadas por el usuario mediante precio de mercado y 1,5 son de financiación mixta (plazas públicas y concertadas).

Una vez más, las diferencias interautonómicas son muy grandes en casi todos los indicadores. En números absolutos, las CCAA de Cataluña, Castilla León, Madrid y Andalucía son las que disponen de mayor nº de plazas. En índices de cobertura, Castilla – León, Navarra, La Rioja y Castilla La Mancha se sitúan a la cabeza. Especial mención merece Castilla- León que dispone de 32.263 plazas, lo que supone un índice de cobertura del 5.66%. Por el contrario, Galicia, Murcia, Valencia y Ceuta se sitúan en los índices más bajos de cobertura, que en ningún caso superan el 2.5%.

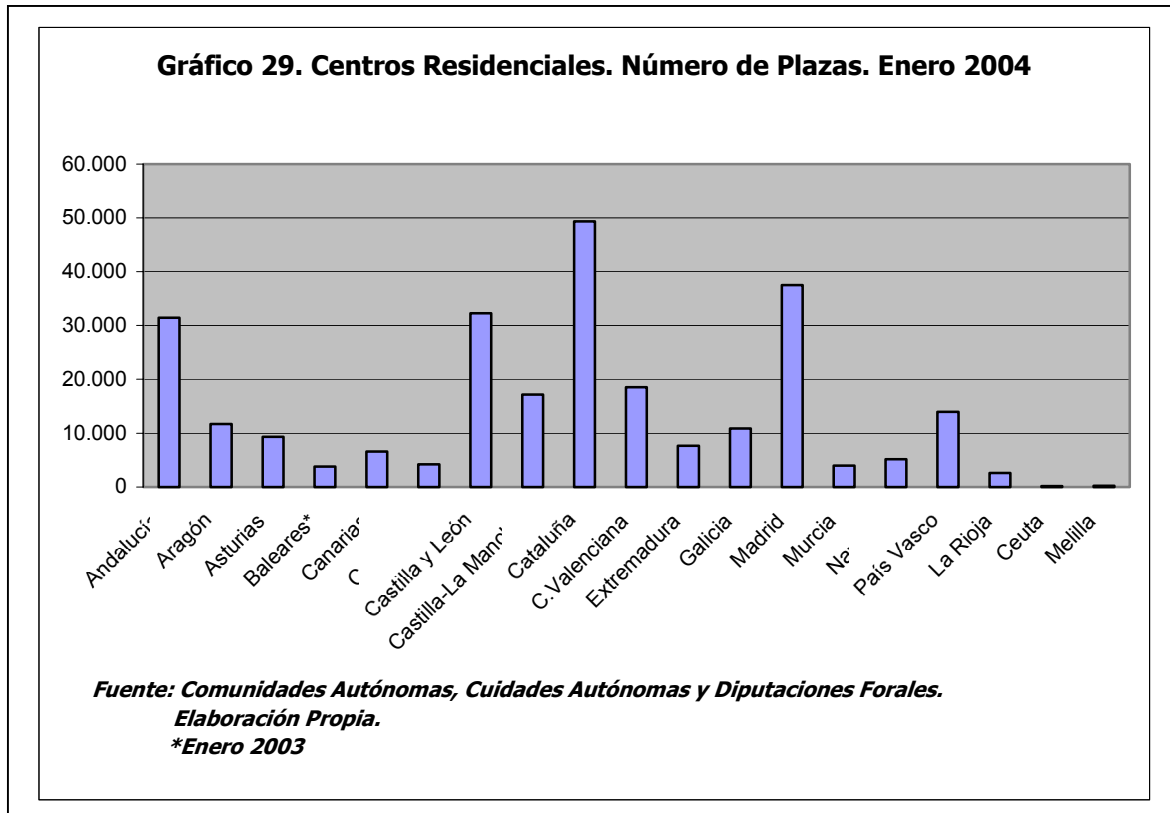
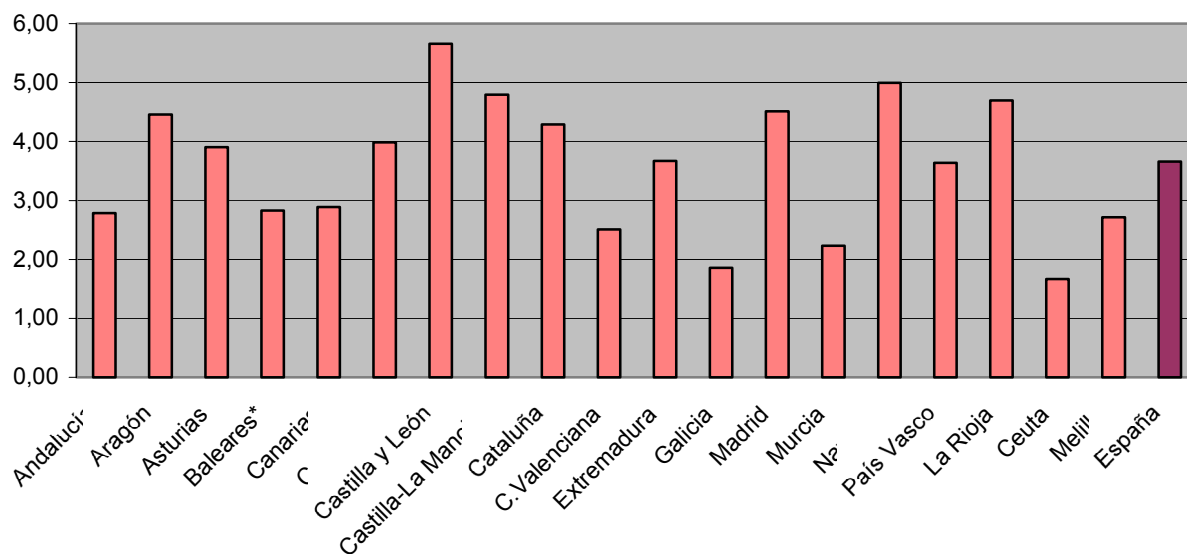


Gráfico 30. Centros Residenciales. Índice de Cobertura Plazas Residenciales Enero 2004

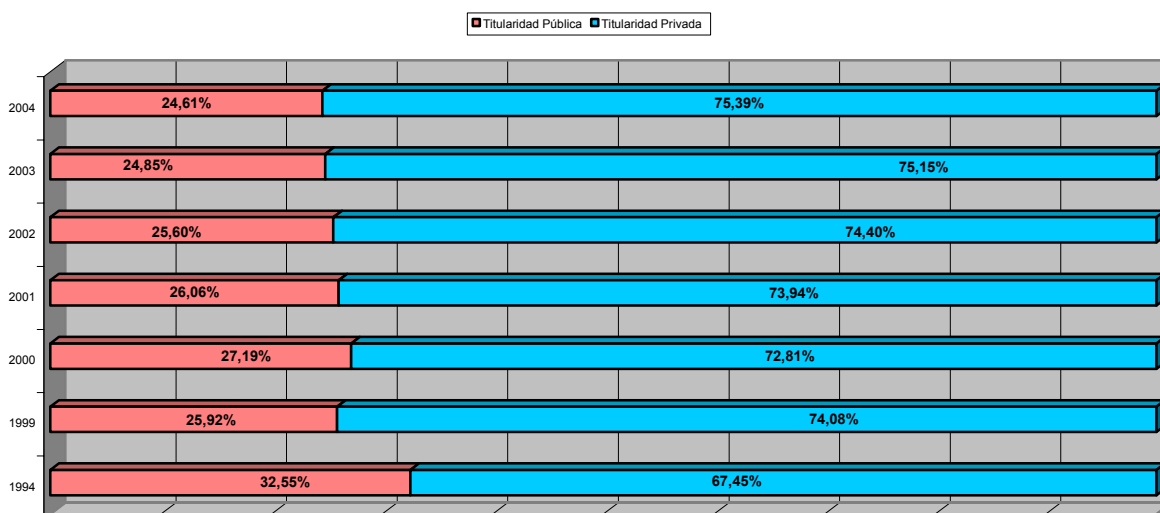


Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.
INE (2004) Datos de Población . Padrón Municipal 01/01/2003.
Elaboración Propia.
***Enero 2003**

Como acabamos de señalar, esta oferta residencial se caracteriza por un mayor peso del sector privado respecto al sector público, predominio que se pone de manifiesto tanto en la titularidad de los centros y plazas, como en la financiación y en la gestión. Una vez más, esta característica evidencia el ingente esfuerzo que las familias de las personas mayores realizan, aun en las circunstancias en las que se ven abocadas a favorecer el ingreso en una residencia, sufragando una parte importante, cuando no la totalidad del coste de este recurso.

Esta tendencia, predominante históricamente (**Gráfico nº 31**), va en aumento en el ámbito de la titularidad, de tal manera que si en el año 1994 el 32,5% de las plazas eran de titularidad pública, actualmente sólo lo son el 24.61-% de las plazas residenciales. Esta situación puede acarrear consecuencias importantes de cara al futuro modelo de atención residencial, que impone la apertura de un proceso de debate y consenso con la iniciativa privada sobre las características de la oferta de plazas que en su momento serán financiadas por una u otra vía desde las Administraciones Públicas.

**Gráfico 31. Servicio de Atención Residencial en España.
Distribución porcentual del Número de Plazas según Titularidad.
1994-2004**



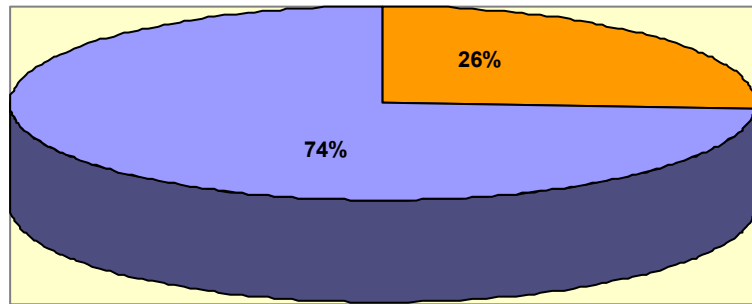
Fuente:

Año 1994: Ministerio de Asuntos Sociales. *INSERSO (1995). Documentos Técnicos nº75. Guía Directorio de Centros para Personas Mayores. Vol. I*
Años 1999-2003: Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. *Observatorio de Personas Mayores IMSERSO (2002) .Las Personas Mayores en España. Informe 2002. Vol. I*
Año 2004: Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. *Observatorio de Personas Mayores IMSERSO (2004). Servicios Sociales Para personas Mayores en España. Enero 2004*
Elaboración Propia.

Prueba de ello es que respecto a la gestión-financiación de las plazas residenciales, 76 de cada 100 plazas son gestionadas por entidades privadas, que ofrecen plazas bien financiadas íntegramente por el usuario (58 de cada 100) o bien en régimen de concierto (18 de cada 100), que se financian con aportación del sector público y participación del usuario.. El resto de las plazas residenciales (24 de cada 100) son de titularidad y gestión pública y financiación mixta (con aportación del usuario-copago). El **grafico nº 32** nos muestra una tendencia casi estable en cuanto a la gestión de la distribución pública y privada de nuestras plazas residenciales, aumentando ligeramente la gestión privada desde el año 2002, de tal manera que a principios de 2004 solo 63.486 plazas residenciales eran de gestión pública. El **gráfico nº 33** muestra con claridad la evolución de este modelo de financiación.

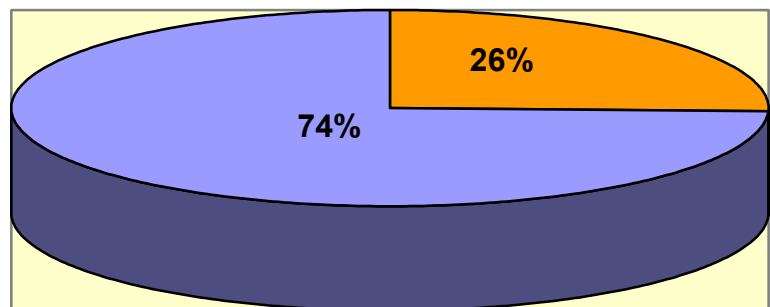
Gráfico 32
Evolución de la Distribución de Plazas Residenciales según Gestión
1999 -2004

Enero 1999



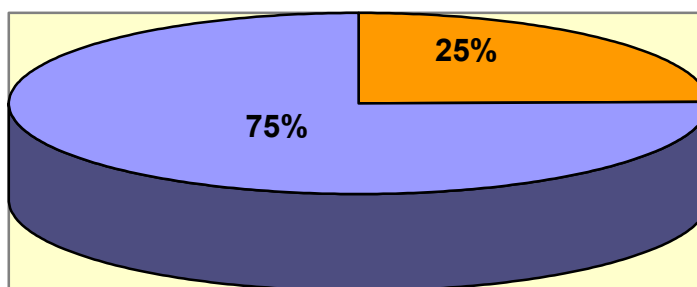
■ PI. de Gestión Pública* ■ PI. de Gestión Privada*

Enero 2002



■ PI. de Gestión Pública* ■ PI. de Gestión Privada*

Enero 2004



■ PI. de Gestión Pública* ■ PI. de Gestión Privada*

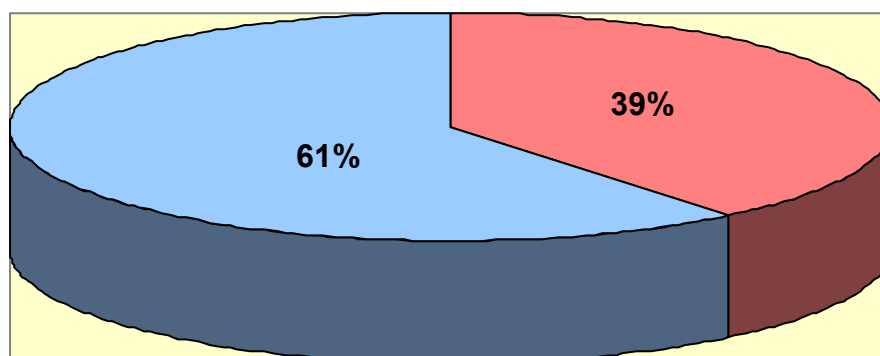
Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000 y 2002) Las Personas Mayores en España Informes 2000 y 2002. Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales; Elaboración Propia

*Plazas de Gestión Pública: incluye plazas públicas

*Plazas de Gestión Privada: incluye plazas concertadas y privadas

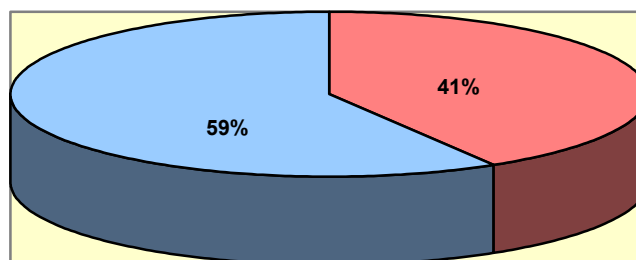
Gráfico 33.
Evolución de la Distribución de Plazas Residenciales según Financiación 1999 -2004

Enero 1999



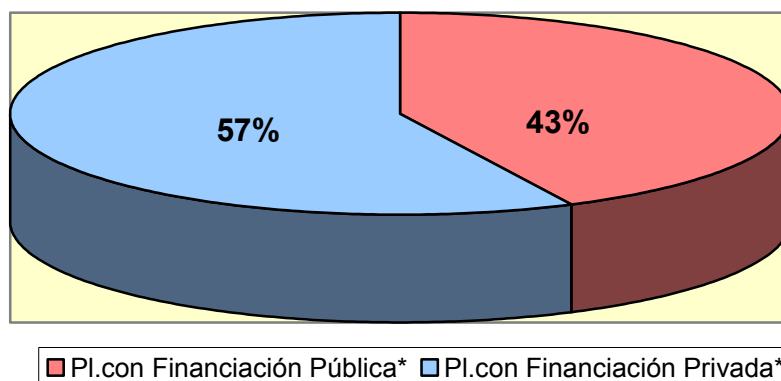
■ PI. con Financiación Pública* ■ PI. con Financiación Privada*

Enero 2002



■ PI. con Financiación Pública* ■ PI. con Financiación Privada*

Enero 2004



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000 y 2002) Las Personas Mayores en España. Informes 2000 y 2002. Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales; Elaboración Propia
**Plazas con Financiación Públicas: incluye plazas públicas y plazas privadas concertadas con el sector público*

Esta estructura de gestión-financiación se mantiene en la mayoría de las Comunidades Autónomas, si bien en la Comunidad Valenciana y en el País Vasco predomina el número de plazas públicas y concertadas (en las que existe participación del sector público en la financiación).

En cuanto al tamaño de los centros, y tal como puede observarse en la **tabla nº 19** existe un número muy importante de centros pequeños, aunque no ofrecemos porcentajes por que no todas las CC.AA informan la distribución de sus centros, por número de plazas. Galicia es la única Comunidad, de las que disponemos de información, en la que la mayoría de los centros tienen entre 50 y 100 plazas. El tamaño de los centros está directamente relacionado con su dependencia, pública o privada. Tradicionalmente los centros públicos tienen una capacidad mayor, que suele ir acompañada de una dotación de servicios y programas mucho más profesionalizada y completa. Sin embargo, tanto las nuevas tendencias que se están implantando en Europa, como las preferencias de las propias personas mayores (**Tabla nº 20**) abogan por el tamaño reducido de los centros.

Tabla nº 19: ¿Cómo cree que deberían ser las residencias para las personas mayores?

	% válido
1 Grandes, de más de 90 plazas	20,8
2 Medianas, de 50-80 plazas	16,5
3 Pequeñas, de menos de 50 plazas	17,8
4 Prefiero mini residencias, de tipo hogareño, donde pueden co	25,6
9 No sabe	19,3
Total	(1.898)

Fuente: Encuesta de condiciones de vida. IMSERSO 2004

La intimidad, la personalización, el control de los espacios y de los entornos, son aspectos esenciales que se facilitan mucho más en lugares pequeños, algo más parecidos al hogar de cada una de las personas que se han trasladado a una residencia, en muchos casos, por decisiones inducidas por sus familiares.

En Europa, y también en España, se aborda un proceso de reestructuración de las grandes instituciones en módulos pequeños, entre 15 y 20 plazas, a veces, independizados por completo del resto de la institución, con sus propios espacios comunes, actividades, accesos, llaves, personal, etc.

Sin embargo, nuestro país necesita hacer frente también a la mejora de las condiciones de muchas residencias pequeñas, que no reúnen los requisitos mínimos para desarrollar una vida cotidiana digna, ni para las personas mayores, ni para los profesionales que prestan sus servicios en ellas. Con frecuencia, se trata de plantillas demasiado ajustadas, cuando no directamente insuficientes, con un personal sin cualificación ni formación que, además, se ven sometidos a un alto grado de estrés y sobrecarga de trabajo.

Todo ello (la racionalización de las grandes instituciones y la dignificación de las pequeñas), pasa por la elaboración de un riguroso sistema de estandarización de la calidad que abra un proceso de acreditación de los centros que puedan ser prestadores de los servicios que establezca el Sistema Nacional de Protección de la Dependencia.

Tabla nº 20: Centros Residenciales en España. Distribución del número de centros residenciales según tamaño. Enero 2004

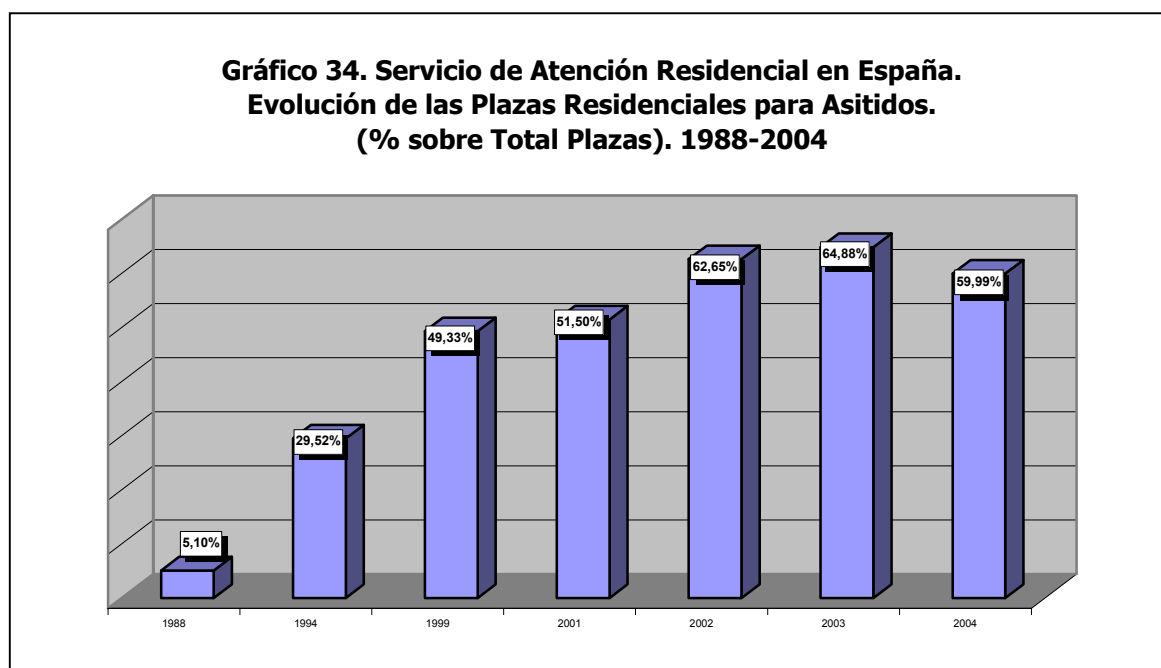
Ámbito Territorial	Nº Centros <50 plazas	Nº Centros 50-100 plazas	Nº Centros 100-150 plazas	Nº Centros >150 plazas	Nº Total Centros Residenciales
Andalucía	-----	-----	-----	-----	580
Aragón	46	19	3	8	277
Asturias	154	35	8	9	206
Baleares*	-----	-----	-----	-----	44
Canarias	103	13	6	8	130
Cantabria	21	13	3	10	47
Castilla y León	-----	-----	-----	86	566
Castilla-La Mancha	156	94	42	26	318
Cataluña	878	309	36	15	1.238
C. Valenciana	150	81	44	15	290
Extremadura	112	30	9	7	155
Galicia	37	49	12	25	123
Madrid	46	47	21	25	482
Murcia	14	17	5	7	43
Navarra	40	21	6	7	74
País Vasco	182	50	24	13	281
La Rioja	13	9	1	7	29
Ceuta	1	2	-----	-----	3
Melilla	-----	2	-----	-----	2
España	1.953	791	220	268	4.888

*Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales
Elaboración propia*

**Enero 2003*

11.8. La atención a las situaciones de dependencia en las residencias españolas

Como se puede observar en el **gráfico nº 34** sólo en los últimos años se está trabajando de forma generalizada en la creación de plazas residenciales para personas que necesitan cuidados derivados de su dependencia. Sin embargo todavía sólo el 60% de estas plazas residenciales, es decir, 138.354, están destinadas claramente a personas dependientes. Los datos disponibles sobre este indicador, que recogemos desde 1999 son de una fiabilidad limitada, ya que las residencias privadas en la mayoría de las ocasiones no informan sobre las plazas realmente habilitadas para personas en situación de dependencia, adaptándose con frecuencia a la demanda y no tanto a las características de las plazas y su correspondiente dotación de personal.



La **tabla nº 21** nos informa de la situación de las plazas para personas dependientes en cada una de las Comunidades Autónomas.

Tabla nº 21: Número de plazas para dependientes y psicogeríatras en centros residenciales. Enero 2004.

Ámbito Territorial	Nº Total de plazas Residenciales	Nº de plazas Públ+Concer.	Nº de Plazas Dependientes	(Pl.Dependientes / Total Plazas)(1) (%)	Nº de Plazas Psicogeríatras
Andalucía(1)	31.422	12.423	6.669	53,68%	201
Aragón	11.695	2.810	3.465	29,63%	264
Asturias(1)	9.297	3.309	1.736	52,46%	-----
Baleares*	3.774	2.055	1.760	46,63%	-----
Canarias	6.591	3.113	2.003	30,39%	-----
Cantabria(1)	4.191	1.616	1.424	88,11%	-----
Castilla y León	32.263	11.682	20.998	65,08%	328
Castilla-La Mancha	17.185	5.333	4.363	25,39%	-----
Cataluña	49.356	20.837	49.356	100,00%	7.809
C. Valenciana	18.566	12.659	15.792	85,06%	2.182
Extremadura	7.634	4.238	3.379	44,26%	1.702
Galicia	10.887	4.877	6.990	64,21%	3.613
Madrid(1)	37.483	14.517	10.255	70,64%	868
Murcia(1)	3.993	1.413	1.413	100,00%	60
Navarra	5.157	2.523	2.187	42,41%	-----
País Vasco**	13.952	9.238	5.928	90,69%	907
La Rioja	2.610	978	560	21,46%	90
Ceuta	137	112	-----	-----	-----
Melilla(1)	199	109	76	69,72%	-----
España	266.392	113.842	138.354	59,99%	

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales; Elaboración Propia

(1) En el caso de Andalucía, Asturias, Cantabria, Madrid, Murcia y Melilla el % de plazas para dependientes se ha calculado sobre

**Enero 2003*

***País Vasco: el nº de plazas para dependientes y psicogeríatras se refieren a Álava y Guipúzcoa.*

Los % se han calculado sobre el nº total de plazas de estas Diputaciones(6.536)

11.9. Precios de las plazas residenciales

En cuanto a los precios de concertación de las plazas residenciales, cuando son destinadas a personas en situación de dependencia el precio se sitúa como media en torno a 15.500 euros / año. Esta cantidad se eleva a 16.523 para plazas psicogeríatras y en algunas CCAA, descienden hasta el 50% cuando se trata de

plazas para personas que se valen por si mismas. El precio público medio de la plaza para no dependiente se sitúa en 14.556,33 euros. **(Tabla nº 22)**.

Una vez mas, las diferencias íter autonómicas son tan grandes que es difícil encontrar una explicación lógica para entender la razón por la que una plaza concertada en Canarias está en 27.708,55 euros y en Asturias o Extremadura ronda los 11.000 euros. La situación de Ceuta (8.760.00 euros)y Melilla (34.675 e.) es todavía mas inexplicable. Tampoco es fácilmente comprensible que en algunas CCAA no exista prácticamente diferencia alguna entre el precio de concierto de plazas para personas que se valen por si mismas y el de las de residencias asistidas.

Tabla nº 22. Centros Residenciales en España. Precio de plazas residenciales en España. Enero 2004

Ámbito Territorial	Plazas Públicas y Concertadas			
	(Euros/año)			
	Precio público plaza no dependiente	Precio Concertación plaza no dependiente	Precio Concertación plaza dependiente	Precio Concertación plaza psicogeriatrica
Andalucía* *	7.738,00 €	8.048,25 €	14.464,95 €	18.505,50 €
Aragón	7.738,00 €	7.738,00 €	14.020,00 €	14.020,00 €
Asturias	10.291,00 €	10.291,00 €	10.291,00 €	10.291,00 €
Baleares*	13.600,00 €	-----	-----	-----
Canarias	17.821,57 €	-----	27.708,55 €	-----
Cantabria	14.434,65 €	14.434,65 €	14.494,15 €	16.286,30 €
Castilla y León	12.340,65 €	12.340,65 €	12.340,65 €	18.250,00 €
Castilla-La Mancha	-----	-----	14.151,00 €	-----
Cataluña	14.246,24 €	-----	-----	19.963,16 €
C. Valenciana	14.367,86 €	13.162,20 €	13.399,20 €	15.745,44 €
Extremadura****	-----	10.986,50 €	10.986,50 €	10.986,50 €
Galicia	17.622,42 €	11.964,70 €	12.600,00 €	12.600,00 €
Madrid***	22.848,00 €	10.669,00 €	16.633,05 €	16.633,05 €
Murcia	5.693,00 €		12.020,00 €	12.020,00 €
Navarra	12.913,92 €	-----	12.913,92 €	12.913,92 €
País Vasco	27.149,10 €	19.174,66 €	19.174,66 €	19.908,31 €
La Rioja	11.409,00 €	15.648,00 €	15.648,00 €	22.820,00 €
Ceuta	2.569,23 €	8.760,00 €	8.760,00 €	8.760,00 €
Melilla	34.675,00 €	34.675,00 €	34.675,00 €	34.675,00 €
España	14.556,33 €		15.545,92 €	16.523,64 €

Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales; Elaboración Propia

***Enero 2003**

****Andalucía: precio público Plaza-enero 2003**

*****Madrid: datos relativos a la Comunidad. Los datos relativos al Ayto. Madrid están reflejados en la Ficha Comunidad Madrid**

******Extremadura: El precio de plazas residenciales varía entre 9.000 €, para residencias pequeñas, y 18.000 € para centros especializados para dependientes graves.**

12. Sistema de Acceso a los Servicios Públicos

A continuación se presenta una perspectiva de los diferentes sistemas de acceso a los servicios públicos de atención a personas dependientes, regulados por cada Comunidad Autónoma (Edad y Vida, 2004). Todas ellas han establecido sus propios requisitos de acceso y criterios de valoración, que priorizan las solicitudes de los ciudadanos que optan a las prestaciones del servicio público.

12.1. Centros Residenciales y Centros de Día:

Requisitos de acceso:

Se definen de forma bastante similar en todas las Comunidades Autónomas. Básicamente se contemplan tres aspectos:

- Territorialidad del solicitante:

Se refiere a ser natural o residir en el territorio autonómico con anterioridad, de al menos 2 o 3 años, a la presentación de la solicitud.

- Estado de salud:

Verificación de no padecer enfermedad infecto contagiosa o que requiera atención en centro hospitalario, ni que tampoco produzca graves alteraciones de comportamiento que alteren la convivencia en el centro.

- Edad:

Se requiere una edad mínima, con algunas excepciones si existe una situación de dependencia, o condición de pensionista mayor de 60 años, o de 50 con discapacidad. La generalidad es:

60 años	65 años
Andalucía, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Murcia, La Rioja, Álava, Guipúzcoa, Ceuta y Melilla	Aragón, Asturias, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Navarra y Vizcaya

Sólo Andalucía, Asturias y Baleares varían los requisitos de edad para acceder a los Centros de Día, respecto de los centros residenciales.

Además de estos tres aspectos básicos y comunes a todas las Comunidades, se tienen en cuenta también, aunque no en todas:

- Situación de dependencia:

Entendiéndose de forma amplia, tanto en el aspecto físico como psicológico y social. Bien directamente, o a través de puntuaciones de los baremos de acceso, se contempla en Andalucía, Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Navarra, La Rioja, Guipúzcoa y Vizcaya.

- Recursos económicos:

Como tal, sólo se regulan en la provincia de Vizcaya, no obstante forman parte de los baremos y sistemas de valoración que regulan la priorización de solicitudes por lo que, de una forma u otra, se tienen en cuenta en la mayoría de las Comunidades, especialmente en las que existen listas de espera.

Instrumentos de Valoración:

Los criterios de valoración son un complemento con demasiado peso en los sistemas de acceso, especialmente cuando no es suficiente el reunir las condiciones para el acceso a los servicios, debido a la existencia de listas de espera. Cada Comunidad Autónoma ha desarrollado sus propios instrumentos de valoración, existiendo grandes diferencias entre ellos.

Cada Comunidad introduce sus propias variables y, aún cuando estas coinciden, se configuran y miden de maneras muy diferentes.

El impacto que esta puntuación tiene en la aceptación de la solicitud también es muy variable, mientras que en Castilla La-Mancha la variable “dependencia y discapacidad” tiene un peso de un 68%, en Navarra resulta nula o en Murcia representa un 17%. (Tabla nº 23).

Se hace necesario señalar que tampoco existe un criterio homogéneo para medir la dependencia funcional o los recursos económicos

.

Tabla nº 23: Participación estimada en la puntuación de las solicitudes según las categorías de variables contempladas en los instrumentos de valoración y las CC.AA.

Ámbito territorial	Recursos económicos	Edad	Situación personal y familiar	Estado de la vivienda	Dependencia funcional	Discapacidad física y psíquica	Otros aspectos	Total
Andalucía	10%	0%	20%	0%	20%	20%	30%	100%
Aragón	20%	0%	34%	9%	17%	17%	3%	100%
Asturias	10%	19%	36%	5%	11%	17%	2%	100%
Baleares	<i>No se dispone de Información</i>							
Canarias	20%	0%	32%	9%	13%	17%	9%	100%
Cantabria	<i>No se dispone de Información</i>							
Castilla-La Mancha	5%	0%	13%	10%	32%	36%	5%	100%
Castilla y León	10%	1%	29%	14%	32%	12%	3%	100%
Cataluña	30%	0%	15%	0%	19%	19%	19%	100%
Comunidad Valenciana	0%	10%	16%	13%	25%	19%	17%	100%
Extremadura	24%	8%	20%	10%	14%	21%	3%	100%
Galicia	11%	0%	28%	11%	28%	17%	5%	100%
Madrid	23%	11%	18%	13%	16%	19%	0%	100%
Murcia	19%	9%	30%	11%	0%	17%	13%	100%
Navarra	15%	3%	65%	9%	0%	0%	8%	100%
Álava	8%	3%	32%	8%	25%	15%	10%	100%
Guipúzcoa	<i>No se dispone de Información</i>							
Vizcaya	0%	0%	47%	5%	23%	23%	2%	100%
La Rioja	6%	2%	23%	5%	11%	14%	40%	100%

Fuente: Estudio del modelo de atención a las personas mayores con dependencia en España. Fundació Institut Català de l'Envel·liment. Edad & Vida. 2004. Elaboración propia.

12.2. Servicio de Ayuda a Domicilio:

El sistema de acceso está regulado en todas las Comunidades Autónomas, aunque la gestión del servicio recae principalmente sobre los Ayuntamientos.

Requisitos de acceso:

Los principales requisitos de acceso son:

- Territorialidad:
En cuanto a la condición de residencia.
- Dependencia.

Instrumentos de Valoración:

En la mayoría de los instrumentos de valoración existentes se contempla la necesidad de alcanzar una puntuación mínima que contempla los siguientes criterios:

- Apoyo familiar
- Estado de Salud
- Edad
- Recursos económicos

13. Discapacidad y envejecimiento. Las necesidades de las personas con discapacidad que envejecen.

13.1. Una emergencia silenciosa. Algunas investigaciones realizadas y muchas lagunas de conocimiento.

Sólo muy recientemente ha comenzado a tener visibilidad la punta del iceberg que afecta a un grupo importante de personas que van llegando a la vejez después de haber vivido toda su vida o parte de ella con una discapacidad. Este fenómeno ha sido denominado por el Consejo de Europa la "emergencia silenciosa".

Según la información que arroja los resultados de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (INE, 2002), en España son alrededor de 820.000 personas las que presentan discapacidades y tienen entre 45 y 64 años, lo que significa una cuarta parte del total de personas con discapacidad.

La investigación aportada por figuras de tanto prestigio internacional como Matthew Janicki y colaboradores (1985, 1996, 1999), en el ámbito de la discapacidad intelectual, o Roberta B. Trieschmann (1995) en el de las deficiencias físicas, alumbraron los primeros conocimientos sobre los cambios que el paso del tiempo origina en las personas afectadas, y también han sugerido algunas vías de intervención.

Un aspecto que ha sido bien establecido y que es preciso tener muy en cuenta son las relaciones existentes entre síndrome de Down y enfermedad de Alzheimer, pues la literatura científica da por sentado que muchas de las personas con aquél síndrome desarrollan a partir de la cuarta década de vida un deterioro cognitivo que muchas veces presenta las características del Alzheimer. Para Jesús Flórez (2000) constituye un reto conjugar el avance conseguido respecto a la normalización en la vida de las personas con síndrome de Down y los cambios que incorpora su

envejecimiento, y, de manera especial, el riesgo (“doble diagnóstico”) de desarrollar una enfermedad mental. Importantes son también las repercusiones que pueden tener con la edad las diferentes causas que originaron la deficiencia, por lo que para este autor es muy relevante avanzar en el aumento del conocimiento sobre síndromes específicos, fenotipos propios con sus especiales características de tipo orgánico, conductual y psicopatológico.

Otro ejemplo de interés es el denominado síndrome post-polio, que viene descrito por el conjunto de síntomas nuevos que aparece en personas que padecieron la poliomielitis al menos veinte años antes. Según los estudios realizados en España por Ana Águila (2003), aunque hasta hace poco se consideraba la polio como una enfermedad neurológicamente estable, se está comprobando que hasta un 60% de las personas que padecieron esta enfermedad presentan algunos de los síntomas característicos del síndrome post-polio: nueva fatiga física y mental, debilidad muscular, dolores musculares y articulares, intolerancia al frío, calambres, fasciculaciones y atrofia muscular.

Pero es en los ámbitos tanto de la investigación sobre necesidades sociales como de la intervención relacionada con los programas, recursos y servicios que puedan resultar más idóneos para dar respuesta a las necesidades que presentan las personas con discapacidad que envejecen, donde las carencias de estudios y experiencias evaluadas son más llamativas. Ir avanzando en esta línea ha sido reconocido como una clara necesidad por Naciones Unidas (2002) y así fue recogido en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Del mismo modo, el informe elaborado por investigadores, educadores y proveedores de servicios durante el Foro de Valencia celebrado durante la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (abril, 2002), recoge en su Tema 6: Personas mayores y discapacidades la necesidad de “investigar acerca de las respuestas que los discapacitados tienen ante el envejecimiento” y también se refiere a la conveniencia de buscar la integración de los programas gerontológicos con “aquellos centrados específicamente en tratar con las distintas formas de discapacidad” (Sancho T, 2002).

No sólo hay que pensar, por otra parte, en las propias personas afectadas de deficiencias. Sus familias, que a lo largo de toda la vida han sido su sostén y apoyo, también envejecen. La incertidumbre sobre el futuro de sus hijos o hijas cuando aquéllas no puedan seguir atendiéndoles o cuando desaparezcan actúa como factor altamente estresante que añade un ingrediente negativo a sus respectivos procesos de envejecimiento. Estas familias precisan también de intervenciones adecuadas dirigidas a ellas mismas.

No hay que obviar la importancia que tiene el mundo profesional y científico y, en este sentido, se denota un claro “desencuentro” entre los agentes y actores que trabajan en el ámbito de la gerontología y en el de la discapacidad, así como en el de los servicios sociales y el de la asistencia sanitaria. Al actuar desde marcos separados, existe un gran desconocimiento tanto teórico como práctico de los desarrollos producidos en ambos. Así, tanto los paradigmas de la intervención como la propia terminología que se han ido aportando al común han evolucionado de manera diversa. Bueno es, por tanto, que se vaya produciendo un acercamiento entre profesionales, investigadores, instituciones y entidades del tejido social para lograr un enriquecimiento mutuo. Los importantes avances que la gerontología y la geriatría pueden aportar en los aspectos socioasistenciales al mundo de la discapacidad son muchos. Buena parte de los desarrollos conseguidos en el ámbito de la discapacidad en materias como la accesibilidad integral, la normalización y la vida autónoma pueden ser aprovechados también en el campo de actuación de la gerontología. Lo mismo cabe decir de la asistencia sanitaria y la tan reclamada coordinación sociosanitaria. Las necesidades de prevención, atención y rehabilitación de índole sanitaria que precisan las personas con discapacidad tienen que ser satisfechas por el sistema sanitario sin discriminación alguna con respecto al resto de los ciudadanos, y con independencia del lugar en el que vivan, ya sea en su propio domicilio o en un alojamiento dependiente de los servicios sociales.

Pero, como algunos expertos han denunciado (Solberg, K., 2003), por parte de los profesionales no se cuenta con formación suficiente en materia de discapacidad y

sobre cómo actúa sobre las personas que la experimentan el proceso de envejecimiento. Por eso, las respuestas a la creciente demanda de atención no son, a su juicio, las adecuadas. En relación con la necesaria provisión de cuidados tampoco se conoce si es mejor atender a las personas con discapacidad que tienen trastornos sobrevenidos en la vejez en centros gerontológicos o en los que están especializados en atender a personas con discapacidad. Existen dos culturas contrapuestas en las estrategias de intervención y en la concepción de los cuidados. Además, también hay carencias en la formación de los profesionales. Los relacionados con la discapacidad, acostumbrados a trabajar con personas más jóvenes, no cuentan con habilidades y estrategias para abordar los trastornos geriátricos. Los que se desenvuelven en contextos gerontológicos desconocen cómo intervenir ante situaciones de discapacidad y, en ocasiones, los profesionales sanitarios atribuyen a la deficiencia síntomas nuevos que pueden ser manifestaciones de situaciones patológicas sobrevenidas (“diagnóstico eclipse”).

13.2. Los Congresos de Oviedo.

Teniendo en cuenta el estado de la cuestión que someramente queda descrito y que se resume en la constatación de grandes insuficiencias de conocimiento en los diferentes ámbitos relacionados con el asunto, el Gobierno del Principado de Asturias, la Fundación Asturiana de Atención a Personas con Discapacidad y/o Dependencia (FASAD) y el IMSERSO promovieron y organizaron dos Congresos Internacionales sobre Discapacidad y Envejecimiento. El primero se celebró a finales del año 2001 (Rodríguez P, Aguado AL y Carpintero, 2003), y el segundo dos años más tarde.

En ambas reuniones pudo constatarse con reiteración la escasez de investigaciones que hubieran explorado al grupo de población con discapacidades que han sobrepasado los 45 años de edad, salvo experiencias aisladas (Aguado A L, 2003; Jiménez A, 2003). Es por ello necesario desarrollar iniciativas dirigidas a aumentar el conocimiento tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos.

Lo mismo se puso de relieve en cuanto atañe al campo de la intervención, pues apenas han comenzado a desarrollarse recursos y programas dirigidos tanto a las personas con discapacidad que envejecen como a sus familias cuidadoras. Fueron presentadas algunas de las diferentes estrategias de abordaje que se están utilizando y que van, desde la integración en recursos gerontológicos de las personas con discapacidad mayores de 50 años, a las experiencias de nuevos diseños especializados para este grupo de personas, pasando por la adaptación de los recursos convencionales en materia de discapacidad. Fuera de estas soluciones, también se presentaron en el Congreso tres experiencias que se desarrollan en el ámbito territorial de la C.A. de Asturias, en las que, partiendo del reconocimiento de la inexistencia de conocimiento suficiente que avale la decantación por unos recursos o por otros y partiendo también de la base de que es necesario un abordaje que tenga en cuenta la complejidad del binomio discapacidad-envejecimiento, se trabaja con una estrategia que integra tres enfoques (Rodríguez P, 2002): la necesidad de dar respuestas individualizadas, la interdisciplinariedad en la intervención con profesionales provenientes tanto del área de la discapacidad como de la gerontología y la especial relevancia que cobra en este ámbito el trabajo con familias. Los resultados de la evaluación de tales experiencias (Fernández S, 2003), sugieren la pertinencia de algunas de las estrategias de intervención que se plantearon en ellas y, de manera especial, la búsqueda de la complementariedad de los recursos existentes en el ámbito de la discapacidad y de los provistos en el área de atención a personas mayores, atendiendo también a los criterios de flexibilidad y de individualización de los casos.

13.3. A modo de conclusión.

Existe una clara necesidad de abordar el envejecimiento de las personas con discapacidad de manera urgente y desde un enfoque integral, para que pueda dejar de hablarse de este (¿nuevo?) fenómeno desde aproximaciones que no tienen fundamento en evidencias científicas. Porque si hubo una constante en los dos grandes Congresos referidos, constante que no se rompió con la presentación de

experiencias del ámbito europeo en que las políticas sociales están más desarrolladas, ésa fue la de necesidad de contar con más conocimiento sobre las necesidades específicas que se presentan a las personas con discapacidad que envejecen, a sus familias y a los sistemas de atención que hasta ahora se han venido desarrollando.

Del mismo modo, son cuestiones pendientes llegar a definir qué apoyos y recursos son los más idóneos, cuál es el perfil profesional que debe intervenir en estos procesos, qué formación debe ofrecerse a estos profesionales, cuál es el papel de la geriatría y la gerontología, cuál el de los avances en materia de discapacidad, y cómo efectuar la convergencia necesaria entre ambos bloques de disciplina.

14. Conclusiones

14.1. Conclusiones generales del sistema de servicios sociales

1. "Envejecer y vivir en casa", aunque se tengan problemas de dependencia, es la fórmula preferida por las personas mayores, por la población general y por los/as cuidadores/as familiares. Las recomendaciones de los expertos y de los Organismos Internacionales defienden también la priorización en los sistemas de atención de aquellos recursos que permiten hacer efectiva esa opción. En consonancia con lo anterior (y también porque tiene costes más reducidos), todos los países que tienen en marcha sistemas de protección de la dependencia priman en sus políticas el desarrollo de un conjunto de prestaciones y servicios de proximidad, en los que la atención domiciliaria es el eje.
2. En España, durante los últimos años, se ha realizado un esfuerzo que se traduce en la generalización de servicios sociales destinados a la atención de las personas mayores en situaciones carenciales y de dependencia. Las administraciones públicas han sido protagonistas de este proceso. Pero

también la iniciativa privada con y sin fin de lucro están desempeñando un papel clave en la mejora cuantitativa y cualitativa de la oferta de servicios.

3. Sin embargo, es obligado reconocer su insuficiencia, si ese crecimiento lo ponemos en relación con el que ha experimentado el número de personas mayores que tienen problemas de dependencia y, también, con la evolución ocurrida en los modelos familiares, en el rol de las mujeres y en las preferencias de las propias personas mayores en cuanto se refiere a los modelos de atención que desean. Recuérdese que el 93% de las personas mayores que viven en domicilios y necesitan cuidados de larga duración son atendidos por su familia, sin el apoyo de los servicios sociales.
4. La desigualdad íter autonómica es una característica común a todos los servicios en la mayoría de sus diferentes aspectos: grado de implantación y desarrollo, costes, soporte normativo, calidad de la atención y otras características específicas. Por ello, en el sistema de atención social, al contrario de lo que ocurre con otros como la educación o la atención sanitaria, se produce una evidente falta de equidad en el acceso, en función del territorio, que choca de frente con el principio fundamental de igualdad de todos los españoles (art. 14 de la Constitución).
5. Considerada en su conjunto toda la cadena asistencial, el peso que tienen las residencias es en España absolutamente desproporcionado en comparación con los servicios de apoyo en el domicilio. La escasez de los SAD y de los servicios intermedios, tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos, determina, como efecto perverso, que se ejerza por las familias una presión impropia hacia la solución menos deseada: las residencias.
6. Existen serios problemas en lo que se refiere a la conceptualización de los servicios, que consideramos es fruto del bajo desarrollo teórico - científico de los servicios sociales. Ello origina que, bajo una misma denominación, nos encontremos con una oferta muy diferente de programas y servicios. Por esta

razón hemos considerado necesario incorporar en este capítulo del Libro Blanco una conceptualización de cada uno de los servicios, que se va desgranando a lo largo de los diferentes apartados que lo componen.

7. Las rigurosas condiciones de acceso a los servicios sociales continúan restringiendo su uso a las capas sociales económicamente más deprimidas y, en muchos lugares, se mantiene la práctica perversa de "castigar" a las familias más solidarias, al primarse en los baremos a las personas que viven solas y/o que son desatendidas por su familia.
8. El sistema organizativo-competencial de los servicios sociales impide que se pueda realizar la continuidad de cuidados que requieren las personas en situación de dependencia y perjudica seriamente la necesaria coordinación entre los diferentes niveles de los recursos sociales y con los del sistema sanitario.
9. Las experiencias de coordinación sociosanitaria continúan siendo aisladas en nuestro país sin que, después de los intentos realizados con la firma del acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y el de Asuntos Sociales en 1993 se haya dado paso alguno para avanzar en esta importante cuestión. Tampoco el desarrollo de mapas de sectorización por áreas, en los que se produzca coincidencia entre las sanitarias y las de servicios sociales (recomendación clara del Plan Gerontológico para los años noventa) se ha llevado a efecto, salvo ejemplos aislados.
10. La deficitaria profesionalización de los servicios sociales, y su consiguiente baja remuneración, es otra de las notas características que afecta a todas las categorías profesionales y, de manera especial, al personal cuidador que es quien atiende de forma permanente a las personas en situación de dependencia.

11. Lo mismo cabe decir acerca de la investigación que, además de escasa, no es tenida en cuenta a la hora de establecer planificaciones y programas de intervención: La gestión y aplicación del conocimiento en el diseño de políticas y en la intervención social es una asignatura pendiente del sistema de servicios sociales.
12. Los sistemas de información todavía tienen un desarrollo incipiente en algunas CCAA. Aunque en los últimos años se observa una tendencia a la organización sistemática de los datos, se detectan carencias y déficits muy importantes referentes a la tipología de los servicios, contenidos, perfil de sus usuarios, programas, índices de cobertura, etc.
13. Existe muy poco conocimiento en materia de investigación y de recursos de intervención dirigidos a las personas con discapacidad que están en proceso de envejecimiento. La misma laguna se detecta en materia de formación de los profesionales que trabajan con personas con discapacidad envejecidas.

14.2. Conclusiones relativas a los Servicios Domiciliarios:

1. El Servicio Público de Ayuda a Domicilio es el recurso más demandado por la población mayor que necesita algún tipo de ayuda, así como por sus familias cuidadoras. En los últimos estudios realizados, el SAD se valora muy positivamente (91.6%) como solución más adecuada para poder seguir viviendo en su casa.
2. El número total de usuarios del SAD a enero de 2004 asciende a 228.812, lo que significa que, aunque haya crecido en los últimos años, sólo 3 de cada 100 personas de 65 y más años utilizan este recurso.
3. Las diferencias íter autonómicas son muy grandes en cuanto a índices de cobertura de este servicio: Castilla La Mancha y Extremadura se sitúan a la cabeza (esta última, con un porcentaje de 7,41 usuarios por cada 100

mayores de 65 años), mientras la Comunidad Valenciana, Cantabria, Murcia, Galicia o el País Vasco se encuentran por debajo del 2% de cobertura.

4. En cuanto a la intensidad horaria, indicador clave en el SAD, ha descendido de manera incomprensible en los últimos años. Además, otra vez nos encontramos con la heterogeneidad como norma: Mientras Comunidades Autónomas como Galicia y País Vasco informan prestar el SAD con 29 y 25 horas mensuales de atención por usuario respectivamente, Andalucía, Aragón, Canarias y Navarra están en torno a 10 horas de intensidad horaria. La media española para este año 2004 se sitúa en 16,43 horas al mes, lo cual supone algo más de 4 horas a la semana.
5. Los SAD destinados a apoyar a las personas en situación de dependencia deben priorizar los cuidados personales sobre las tareas domésticas. Sin embargo, en la actual distribución de tareas de este servicio, todavía existe una mayor dedicación a las tareas domésticas en la mayoría de las Comunidades Autónomas, excepto en Cataluña, Navarra, País Vasco y Rioja, que dedican la mayor parte de este servicio a los cuidados personales.
6. Por lo que se refiere al precio público por hora de servicio, existe también una gran variabilidad, que oscila entre los 5,56 euros de Extremadura y los 20.40 de Navarra. El precio público medio es de 10.83 euros. Esta información sugiere de manera meridiana que estas diferencias no sólo se deben al grado de desarrollo socioeconómico y al esfuerzo en esta materia de unas y otras CCAA sino a que realmente se está ofreciendo bajo la misma denominación, SAD, servicios que son muy distintos.
7. Los/as profesionales que se encargan de la planificación y seguimiento de los casos en España son trabajadores/as sociales, mientras que en los países que más han desarrollado la política social de atención a la dependencia, este papel se adjudica a las enfermeras/os, profesión que, por antonomasia, tiene como función el cuidado.

8. Existe poca dedicación a la valoración individualizada de los casos, a la elaboración del plan de cuidados y a su seguimiento periódico, que debe realizarse en la vivienda de la persona destinataria de la ayuda y con la participación de ésta y su familia cuidadora. De hecho, en la mayor parte de los ayuntamientos no se realizan estas fases tal como están conceptualizadas aquí.
9. El SAD continúa sin realizarse en coordinación con la atención domiciliaria de carácter sanitario, con lo que se va en contra de todas las recomendaciones avaladas científicamente y se pierde también eficacia en el resultado de las intervenciones que se continúan realizando de forma separada.
10. La debilidad del SAD, expresada por sus indicadores clave, sugiere que el conjunto de prestaciones de que se compone en la actualidad este recurso no alcanza, ni en cantidad ni en calidad, para resolver las necesidades de las personas en situación de dependencia y de sus familias cuidadoras. Esto provoca muchas veces la claudicación de los cuidadores/as informales y la demanda inapropiada de la solución residencial.
11. Respecto a otras características de este servicio, y en consecuencia con la estructura de nuestra población mayor, destacamos el elevado porcentaje de mujeres (71%) que existe entre sus usuarios/usuarias, así como una mayoría de mayores de 80 años (52%).
12. La atención a las personas con problemas de dependencia requiere una profesionalización del SAD que en este momento pocas CCAA tienen. La formación de los profesionales para el mejor cumplimiento de las tareas que deben realizar es indispensable, así como la incorporación de otras profesiones que todavía es demasiado escasa (terapeutas ocupacionales, psicólogos,..). Pero también es obligada una mejor remuneración de su trabajo, que contribuirá a un mayor reconocimiento y valoración social que el

que ahora tienen este tipo de profesiones, elegidas en muchos casos como último recurso de subsistencia.

13. Todo ello implica inevitablemente un mayor coste del servicio que debe ir acompañado de una racionalización de la corresponsabilidad en la financiación del mismo y del consiguiente incremento presupuestario para los servicios domiciliarios.

14.3. Conclusiones relativas al Servicio de Teleasistencia:

1. A Enero de 2004, y con las cautelas con que hemos de tomar los datos referidos por las CC.AA., se informa por éstas que 148.905 personas de 65 y más años son usuarias del servicios de teleasistencia, lo que supone un índice de cobertura de 2.05 sobre > de 65 años, con lo que se estaría rozando la *ratio* modesta que formulaba en el Plan Gerontológico para el año 2000 (12% de las personas mayores que viven solas).
2. Las Comunidades Autónomas en las que existe un mayor número de usuarios son Andalucía y Madrid, seguidas de Castilla-La Mancha y Castilla-León. A su vez Madrid y Navarra alcanzan una mayor cobertura (algo más del 4%) frente a la media nacional, que se sitúa en el 2,05% de la población de 65 y más años.
3. El precio público a enero 2004 era, como media, de 253,65 euros anuales (21,13 €/mes) . Existe bastante uniformidad interautonómica en el precio de este servicio. La evolución y perfeccionamiento tecnológico de este programa ha abaratado considerablemente sus costes, lo que facilita la accesibilidad al mismo desde el sector público o privado. La mayoría de las comunidades autónomas no contemplan el copago en este servicio.

14.4. Conclusiones relativas a la Accesibilidad y las Ayudas Técnicas:

1. 30. Un entorno puede ser discapacitante si algunos de sus factores de uso cotidiano lo son, lo que constituye un grave problema sobre el que se hace necesario incidir. La importancia de adecuar los productos a las características reales de las personas mayores puede ser en muchas ocasiones suficiente para favorecer su vida independiente. Estos factores inciden directamente en el mantenimiento y mejora de la salud, la movilidad y la independencia.
2. 31. La mayoría de las personas mayores en situación de dependencia no utiliza ayudas técnicas, en parte porque no tiene información sobre ellas y, otra parte, porque no sabe dónde adquirirlas. También se invocan como razones las económicas, pero hay que tener en cuenta que existe un buen número de ayudas de precio muy bajo, mientras que la de mayor coste suelen estar comprendidas como prestaciones sanitarias.

14.5. Conclusiones relativas a los Servicios Intermedios:

1. Contamos con muy escasa información sobre la disposición por las CC.AA. de servicios intermedios, mediante programas de estancias temporales en alojamientos y residencias, pero conocemos que la extensión de este importante soporte para las familias cuidadoras es escaso y adolece de deficiencias, tanto en cuanto a su conceptualización se refiere como en lo que atañe a su utilización, pues en ocasiones se ofrece este servicio como paso previo a la estancia definitiva.
2. Apenas se realizan valoraciones ni intervenciones individualizadas de los casos a los usuarios/as de estancias temporales, ni tampoco suelen realizarse planes al alta con recomendaciones para seguir en casa, tanto por las propias personas mayores como por sus familias cuidadoras.

3. El centro de día es uno de los recursos más recientemente implantados en España, habiéndose desarrollado en la última década de manera bastante generalizada, si bien no alcanza las dimensiones que debería tener para responder a la demanda existente de este servicio.
4. A enero 2004 la oferta en España de centros de día ascendía a 1.756, públicos y privados, con una oferta de 33.709 plazas para personas mayores dependientes. Se ha producido un importante incremento de este recurso, muy especialmente en los dos últimos años, alcanzando un índice de cobertura del 0.46 sobre > de 65 años, lo que supone un 1,9 sobre mayores de 80 años, que son sus usuarios mayoritarios.
5. En cuanto a su distribución, una vez más las diferencias interautonómicas son muy importantes. Madrid y Cataluña disponen del mayor nº de plazas en términos absolutos y en su índice de cobertura, mientras que Castilla La Mancha, Baleares, Canarias y Valencia se sitúan en los índices más bajos.
6. También existe una diversidad importante en cuanto a los precios, lo que, de nuevo, sugiere que las prestaciones y programas que se ofrecen en los centros de día son diferentes en cada territorio. Pueden estarse mezclando y confundiendo terminológicamente lo que en este capítulo se ha conceptualizado como "estancias de día" con los "centros de día".
7. Existen muy pocas experiencias del programa de "estancias de día" y de "estancias de noche" en la información recogida de las CC.AA.

14.6. Conclusiones relativas a las condiciones de la vivienda y a las prestaciones relacionadas con su adecuación:

1. 39. La inmensa mayoría de las personas mayores informa en las numerosas investigaciones realizadas, que vivir en su casa es su opción preferida, a enorme distancia de cualquier otra propuesta, incluida la de vivir con los hijos/as. La fórmula "intimidad a distancia", en lo que se refiere al tipo de relaciones y modelos de convivencia que prefieren, se impone en todos los sondeos realizados.
2. Un 41% de las personas mayores españolas declara no disponer de ningún tipo de calefacción, individual o colectiva y el 15.6% no dispone de ningún medio de producción de calor en su domicilio. Cuando analizamos estos datos con más detalle, desagregados por CCAA, observamos con preocupación que en algunas en las que el frío del invierno se deja notar hay porcentajes significativos que no cuenta con ningún medio para calentar alguna habitación: Galicia, el 26%; Extremadura, el 25%; Castilla-La Mancha, el 15%...
3. Un 26% de las personas mayores necesita subir tres alturas o más para llegar a su domicilio, lo que sugiere que existe un segmento de población de edad muy avanzada que debe permanecer confinada en sus casas.
4. Existe legislación que protege la adecuación de las viviendas, así como deducciones fiscales a través del IRPF, que es considerada escasa y poco coordinada. La mayoría de las CCAA disponen de programas específicos para estas adecuaciones, que suelen depender, en unos casos, de los servicios sociales y, en otros, de las instituciones que tienen competencia en materia de vivienda.

5. No se cuenta con información sobre el cumplimiento de los porcentajes de viviendas accesibles establecidos legalmente en la modalidad de V.P.O. y viviendas sociales, ni tampoco de la utilización que de este cupo hacen las personas mayores, aunque parece que es muy escasa. La mayoría de las personas mayores desconocen la existencia de esta oferta, pues existe la imagen generalizada de que son exclusivamente para personas con discapacidad más jóvenes.

14.7. Conclusiones relativas a los Sistemas Alternativos de Alojamiento y a las Residencias.

1. Existen iniciativas innovadoras que funcionan y que pueden convertirse en soluciones adecuadas para algunos grupos de personas mayores que tienen algún tipo de dependencia. Nos referimos a las diferentes modalidades de viviendas compartidas, entre las que destacan los acogimientos heterofamiliares. La familia acogedora recibe una prestación económica a cambio de los servicios que presta. Además de Guipúzcoa, que cuenta con 28 plazas para personas con dependencias, actualmente Galicia es pionera en esta iniciativa, con resultados francamente positivos, disponiendo de 467 plazas destinadas a este recurso, de las cuales 281 son para personas en situación de dependencia. Asimismo Madrid informa de la existencia de 106 plazas de acogimiento familiar y Asturias de 60 plazas.
2. Las fórmulas de alojamientos alternativos a las residencias (apartamentos/viviendas con servicios, pisos tutelados, etc.) apenas han avanzado en su conceptualización y modelo asistencial, pese a tener estas iniciativas una experiencia de una veintena de años en nuestro país. Continúa siendo una oferta dirigida a personas mayores de escasos

recursos pero sin problemas de dependencia y, por tanto, sus características arquitectónicas no siguen los criterios de accesibilidad y no disponen de profesionales para garantizar una atención permanente.

3. La oferta residencial en España se basa en un modelo de gestión y financiación mixta (público/privado). El peso de la privada ha ido adquiriendo protagonismo a lo largo del tiempo. Si en el año 1994, el 32,5% de las plazas de residencia eran públicas, ese porcentaje ha bajado en 2004 al 24,6%.
4. La comparación interautonómica en cuanto se refiere a las *ratios* de cobertura es, también para este recurso, absolutamente dispar: Algunas CC-AA. superan el 5% (Castilla-León; Castilla-La Mancha), mientras en otras no se llega al 2,5% (Galicia, Murcia, Ceuta).
5. En la oferta de plazas residenciales sigue siendo muy importante el número de plazas para personas sin problemas de dependencia (sólo el 60% son para personas en situación de dependencia). También en este aspecto las diferencias interterritoriales son enormes, aunque es preciso introducir cautelas en cuanto a los datos suministrados: mientras Cataluña y Murcia informan que la totalidad de sus plazas están preparadas para atender a personas con dependencias, en Castilla-La Mancha, sólo el 25,4% de sus plazas lo están (¿?).
6. No existe información sobre el coste real de las plazas públicas, pero si realizamos un análisis comparativo basado en el precio del concierto, una vez más las diferencias son la norma: Asturias y Extremadura conciertan sus plazas para personas con dependencias en menos de 11.000 €, mientras en el País Vasco se paga más de 19.000 € y en Canarias más de 27.000 € (¿?).

7. Otras cuestiones importantes, como el sistema de acceso (baremos), el copago de los usuarios, etc. son también elementos que suman más heterogeneidad a la distribución de este recurso.
8. Aunque la mayoría de las residencias son de tamaño medio, se considera que los grupos económicos y la propia Administración han devaluado las ventajas de las instalaciones pequeñas y han sobrevalorado la de las grandes. De esa manera, aunque es cierto que hoy en día son las grandes residencias en general (de más de 80 plazas) las que ofrecen mayor calidad de atención, en cuanto a *ratios* de profesionales, programas de intervención, etc., hay que tener en cuenta la evidencia científica derivada de evaluaciones que cuestionan el modelo institucional por los efectos negativos que comporta para la vida cotidiana de las personas atendidas.
9. Derivado de lo anterior, las experiencias de alojamientos alternativos (apartamentos con servicios, viviendas tuteladas, unidades de convivencia) dirigidos a las personas en situación de dependencia apenas existen en España, al contrario de lo que ocurre en otros países desarrollados.
10. Mientras para obtener una plaza pública de residencia existen lista de espera de manera generalizada, un número importante de plazas privadas se encuentran vacantes, debido a su alto precio. La situación actual de la oferta residencial determina que sólo las personas pertenecientes a las clases sociales más bajas y en situaciones más carenciales puedan aspirar a una plaza pública, y que sólo las clases altas o medias-altas puedan acceder a una privada de calidad aceptable. En el centro queda, sin posibilidad de acceder ni a unas ni a otras, una gran parte de la población de clase media y media-baja, que se ven obligadas a quedar desasistidas o a optar, bien por plazas en residencias de baja calidad, bien por la sobrecarga familiar.

11. La expectativa de cara al futuro de las grandes empresas que invierten en el sector residencial se considera desmedida, mucho más cuando parece estar en marcha un plan de construcción para poner el mercado a corto plazo más de 50.000 nuevas plazas.
12. Las noticias que periódicamente saltan a los medios de comunicación sobre la ínfima calidad de algunas residencias pone en cuestión el sistema de vigilancia e inspección de las instituciones públicas en esta materia.

15. Consideraciones finales

15.1. Consideraciones de carácter general

1. La implantación de una sistema de atención a la dependencia sólido y sostenible, exige que los programas y recursos disponibles, tanto en el marco de este nuevo sistema como en los ámbitos de los servicios sociales y de los sanitarios generales, contemplen la prevención como aspecto irrenunciable en cualquiera de ellos. Evitar la aparición de situaciones de dependencia y mantener el máximo grado de autonomía cuando éstas han aparecido, debe constituir uno de los principios consustanciales de nuestro modelo de protección a la dependencia.
2. Los programas y servicios para personas en situación de dependencia deben estar diseñados con un enfoque rehabilitador. Esto quiere decir que todos los recursos y programas de atención a la dependencia deben asumir como principio el criterio de reversibilidad y recuperación en cualquiera de las vertientes y posibilidades de las personas objeto de atención, aun en el caso de que éstas sean residuales.

3. El diseño del Sistema Nacional de la Dependencia debe realizarse teniendo en cuenta las preferencias de sus potenciales beneficiarios y de sus cuidadores/as de permanecer en su domicilio y en su entorno habitual siempre que sea posible. Por tanto, los servicios de proximidad y la atención domiciliaria deben ser focalizados y priorizados por el Sistema, mucho más teniendo en cuenta que es preciso corregir el desequilibrio que actualmente existe con un peso excesivo de las residencias en el conjunto de servicios.
4. La participación de las personas con dependencias y sus cuidadores/as familiares debe quedar garantizada y ser considerada un derecho irrenunciable, tanto para determinar el plan de cuidados a desarrollar, como para la elección del tipo de recursos que van a utilizar. Del mismo modo, deben participar en los programas de intervención que les afectan, porque, además, ello fomenta la autonomía de las personas y la prevención de la dependencia.
5. El modelo de atención a la dependencia debe integrar todo su catálogo de programas y servicios en el entorno comunitario más cercano, de tal forma que el sistema pueda responder con agilidad a las necesidades de las personas mayores y de sus familias. En consecuencia, la atención institucional no debe quedar fuera del ámbito comunitario. Es indispensable que los postulados de integralidad y flexibilidad, consustanciales a los principios gerontológicos, sean asumidos en toda la oferta de recursos del Sistema.
6. Se ha de elaborar un catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de atención a la dependencia en el que los diferentes programas y servicios que lo compongan sean clara e inequívocamente conceptualizados.
7. El Sistema Nacional de Atención a la Dependencia debe establecer un mecanismo unificado de acceso a los servicios, en el que se garantice para todo el Estado, vivan donde vivan las personas, el principio constitucional de

igualdad. En los criterios homogéneos de valoración deben primarse las situaciones de dependencia por encima de cualquier otra.

8. La sectorización geográfica y la elaboración de mapas de atención sociosanitaria, donde no los hubiere, es un criterio esencial para la provisión integral de servicios. Es necesario superar y corregir las históricas diferencias en el establecimiento y delimitación de áreas sociales y sanitarias de actuación que impiden la intervención coordinada y el desarrollo de canales estables y fluidos de comunicación y coordinación entre los dos sistemas.
9. En el ámbito de la coordinación es urgente el establecimiento de un modelo estable que garantice la continuidad en los cuidados, tanto dentro del propio sistema de servicios sociales (SAD, Centros de día , residencias) como con el sistema sanitario. La elaboración de protocolos consensuados de evaluación y derivación es indispensable en este proceso.
10. El mantenimiento del apoyo informal pasa por garantizar servicios de soporte que minimicen el riesgo de claudicación de los allegados que se ocupan del cuidado de una persona en situación de dependencia. Por ello, el desarrollo e implantación del Sistema Nacional de la Dependencia debe contemplar en todo momento su carácter de complementariedad con el sistema de apoyo informal. Ello implica la necesidad de elaborar planes de cuidados con la participación de la familia cuidadora, buscando que las intervenciones y servicios complementen y no eliminen o sustituyan el inestimable papel que desempeñan los cuidadores/as familiares.
11. La puesta en marcha de un modelo de atención a la dependencia eficaz y de calidad requiere un esfuerzo especial de profesionalización del sector que implica el desarrollo de un plan de formación exhaustivo a todos los niveles profesionales. Especial atención deben merecer aquellas actividades profesionales que requieren menor cualificación y que generalmente son las que establecen el contacto cotidiano con las personas mayores.

12. Las ofertas de formación tendrán en cuenta de manera especial las necesidades que de ella tienen los/as cuidadores/as informales, a los que debe ofrecerse una variedad de ofertas formativas y de programas de intervención específicos para familias (grupos psicoeducativos, grupos de autoayuda, asesoramiento....) mientras ejercen el cuidado.
13. Las personas que han tenido la experiencia de cuidar a personas en situación de dependencia de su familia han adquirido una gran experiencia, que debe ser aprovechada por el nuevo Sistema. Debe reconocerse esta experiencia, completarse la formación de estas personas (mujeres, en su inmensa mayoría) y fomentar y apoyar iniciativas de creación de pequeñas empresas de servicios, cooperativas, etc. para que puedan incorporarse a la actividad económica y laboral.
14. Debe ser focalizado de manera especial como destinatario de la formación el nutrido grupo de población inmigrante que se dedica en España a cuidar personas dependientes.
15. La diversidad en las características de los recursos y las diferencias interautonómicas en cualquier aspecto, hacen indispensable que se establezcan estándares de calidad para cada uno de ellos que den lugar a un modelo consensuado de acreditación de centros y servicios, que serán los que puedan operar dentro del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia.
16. Deben explicitarse claramente en la norma que regule en nuevo Sistema los derechos y deberes de las personas destinatarias del mismo.
17. Los perfiles de todas las personas implicadas en los cuidados de larga duración (tanto las personas en situación de dependencia, como sus cuidadores/as, ya sean éstos familiares y profesionales) obligan a que el

diseño del Sistema tenga en cuenta el enfoque de género en cualquiera de sus vertientes.

18. Asimismo la ubicación geográfica de un buen número de personas con dependencias en entornos rurales, impone la necesidad de abordar el desarrollo de un modelo de atención que contemple las especificidades del medio rural.
19. Es indispensable la puesta en marcha de un Plan de información a toda la ciudadanía que haga realmente accesible el conocimiento de las prestaciones, así como de sus derechos y obligaciones en esta materia, atendiendo de manera especial a las personas de menores recursos de todo tipo (que son también quienes menos información reciben) y sin olvidar las especiales características de fragilidad de sus destinatarios a la hora de diseñar las informaciones a transmitir.
20. Se debe promover el desarrollo de experiencias innovadoras para la atención a la dependencia que aborden nuevas iniciativas tanto el diseño y características de los servicios como en los sistemas de gestión. La creación de redes de intercambio de experiencias con carácter interautonómico facilitará la generalización de buenas prácticas.
21. Coordinación, complementariedad, profesionalidad, interdisciplinariedad, flexibilidad e innovación, son conceptos claves en la práctica cotidiana de los servicios de proximidad. Aunque su puesta en práctica es sumamente compleja, constituye un de los retos más importantes de un correcto afrontamiento de las situaciones de dependencia.
22. Se ha de elaborar un sistema de información unificado para todo el Estado que garantice la disponibilidad de datos fiables y comparables y la transparencia en el Sistema de atención a la dependencia.

23. La investigación y la aplicación de sus resultados a la práctica de la planificación y la intervención en el ámbito de la atención a la dependencia debe ser potenciada de manera significativa para evitar las limitaciones que, desde todos los puntos de vista, tiene hoy el sistema de servicios sociales.

24. Es necesario contar con más conocimiento sobre el fenómeno del envejecimiento de las personas con discapacidad, tanto en materia de investigación sobre sus propias necesidades como la de sus familias. Del mismo modo, es necesario desarrollar una diversidad de programas y recursos dirigidos, que tengan su fundamento en la evidencia científica.

15.2. Consideraciones para los Servicios Domiciliarios

1. El SAD requiere una profunda reforma encaminada a mejorar su calidad. Reforma que debe plantearse como objetivos inminentes el establecimiento de un sistema de acceso ágil y flexible y la garantía de una evaluación integral de necesidades en el propio domicilio.
2. Hay que realizar de manera sistemática programas individualizados de atención en el que se contemplen las tareas a desarrollar por parte de todos los implicados en el caso: la persona mayor, profesionales del SAD, profesionales sanitarios, familiares y allegados y voluntariado. Todo ello sin olvidar que las necesidades se producen los siete días de la semana y en horarios que no siempre están cubiertos.
3. Es preciso garantizar el seguimiento del caso y su evaluación periódica, con el objeto de adaptar al máximo el programa individualizado de atención. La flexibilidad es un elemento indispensable en la planificación del SAD.
4. En el ámbito de la macro planificación, es indispensable abordar tanto la extensión de la cobertura del SAD, como un incremento sustancial de las

horas de prestación de este servicio, acorde con el grado de dependencia de la persona . La evaluación de su red de apoyos deberá ser un elemento modulador, que matice ciertas tareas, pero nunca deberá desempeñar el efecto perverso de no concesión o retirada de ayuda, como sucede actualmente en muchos municipios españoles.

5. En cuanto al tipo de tareas a realizar, se impone una mejor distribución de las mismas que debe contemplar la prestación de cuidados personales de forma generalizada. Este tipo de funciones deberán coordinarse al máximo con los servicios sanitarios, ejerciendo el médico y/o la enfermera el papel orientador y tutor que les corresponde, tanto con los profesionales prestadores del servicio como con el resto de implicados en el mismo: familiares, allegados o voluntarios. Este papel asesor es fundamental no sólo porque garantiza un mejor desempeño de las tareas de cuidado, sino también porque ofrece seguridad y tranquilidad a las personas que lo realizan.
6. Deben realizarse experiencias piloto antes del desarrollo del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia en las que se compruebe la eficacia de un modelo de atención domiciliaria en el que los/as profesionales de la enfermería actúen como planificadores y gestores de los casos.
7. Es necesario planificar e incrementar el servicio de comidas a domicilio, que hasta el momento por razones diversas, en las que nuestros rasgos ideosincráticos desempeñan un papel importante, es un recurso muy poco desarrollado.
8. Se generalizará el servicio de teleasistencia a todas las personas en situación de dependencia que vivan solas o aún en el caso de que convivan con otras, estén en situación de riesgo bien porque gran parte del día están solas o porque su pareja también esté en situación de fragilidad.

15.3. Consideraciones en materia de Accesibilidad y Ayudas Técnicas

1. Se hace imprescindible contemplar el nuevo enfoque que aporta la idea de accesibilidad universal donde lo relevante es concebir los objetos y el entorno de forma inclusiva, apta para todo tipo de personas. Además, los diseños *universales* permiten no estigmatizar a las personas con dependencia, con discapacidad, de edad avanzada u otras. En todo diseño ha de contemplarse la adaptabilidad desde el proceso de fabricación o construcción, lo que reduce considerablemente el esfuerzo y los costes ante el requerimiento de futuras adaptaciones.
2. Cuando son necesarias tecnologías específicas de apoyo, las ayudas técnicas han de ser accesibles, asequibles, adecuadas, aceptadas, amigables y atractivas en su diseño.
3. Es necesario incluir prestaciones económicas para la adquisición de ayudas técnicas y para la adaptación de la vivienda. Su justificación se realizará en el momento de la valoración del caso por el equipo técnico oficial.
4. Se creará en los ámbitos que se considere oportuno (ONGs, Municipios, empresas...) almacenes de préstamos de ayudas técnicas para facilitar la movilidad y vida cotidiana de las personas con dependencias y de sus cuidadores.
5. Valorar las características de la vivienda y su entorno cercano, e intervenir en su caso, resulta necesario a la hora de diseñar políticas de atención a las personas que tienen problemas de dependencia, debido a que las condiciones de la casa se configuran como requisito previo para poder permanecer en ella, así como para la prestación de los servicios domiciliarios y de soporte que sean indicados.

6. Las adaptaciones del domicilio deberán ser valorados con criterios de eficacia y eficiencia, austeridad y posible reversibilidad.

15.4. Consideraciones relacionadas con los Servicios Intermedios

1. El centro de día debe tener carácter terapéutico, además de su papel de apoyo familiar. Dada la diversidad de perfiles de sus usuarios, la intensidad de su función terapéutica puede variar sensiblemente. Sin embargo, en todos los casos debe cumplir una función rehabilitadora buscando siempre conseguir el máximo grado de autonomía de la persona.
2. Es necesario generalizar en los centros sociales y residencias para mayores, el servicio de estancias de día con un objetivo fundamental de apoyo familiar y de mantenimiento del grado de autonomía de las personas.
3. Se debe incrementar el nº de centros de día especializados, de carácter terapéutico y también de apoyo familiar, de tal forma que la combinación de servicios domiciliarios e intermedios, garantice un modelo de atención que favorezca la permanencia en el entorno habitual.
4. Hay que desarrollar la atención diurna psicogeriatrica, bien con carácter monográfico en centros de día especializados para personas con demencia o a través de la creación de unidades psicogeriatricas en los centros de día.
5. El transporte accesible es uno de los servicios fundamentales del centro. Su inexistencia, y la eficacia de su funcionamiento, son determinantes en el establecimiento del perfil de usuario y de la programación del centro.

6. La flexibilidad debe presidir el funcionamiento de este servicio. Pero también los criterios rigurosos en la selección de usuarios en base a su grado de dependencia, a sus posibilidades terapéuticas y al apoyo familiar que proporciona.
7. Los servicios diurnos deben prestarse todos los días de la semana, incluidos festivos. La apertura continuada favorecerá la diversificación de servicios como respuesta a diferentes necesidades.
8. Se debe incluir en la planificación el desarrollo de centros de noche, bien en las mismas residencias o en sistemas alternativos de alojamiento que se pueden ubicar en centros polivalentes de servicios.
9. Debe mejorar el grado de profesionalización de los centros, abandonando el concepto "guardería de mayores", tan extendido en la opinión pública.
10. El servicio de estancias temporales en residencias debe incrementarse de tal forma que pueda cumplir su papel complementario a toda la gama de servicios citados, eliminándose su frecuente desvirtuación (utilizar este programa como anticipo del ingreso definitivo en centros).
11. La estancia temporal en una residencia debe conllevar en todos los casos un programa de intervención que contemple la adaptación de las personas mayores y de sus familias tanto en la entrada como en la salida de este recurso. El mantenimiento de habilidades potencialmente adquiridas en la estancia temporal, deberán ser pautadas y explicadas suficientemente a los cuidadores/as informales. Especial atención deben merecer las personas con deterioro cognitivo, intentando paliar al máximo las consecuencias negativas que pueden tener para ellas el cambio brusco de entorno.

15.5. Consideraciones relativas a los Alojamientos Alternativos y a las Residencias

1. El nuevo Sistema debe propiciar la evaluación y extensión del conocimiento de sus resultados de las experiencias innovadoras en materia de acogimientos heterofamiliares para favorecer su desarrollo.
2. Se debe fomentar que las abundantes experiencias existentes en España de viviendas tuteladas evolucionen en su diseño y conceptualización hacia alojamientos de proximidad dirigidos a personas en situación de dependencia. A estos efectos, la extensión del conocimiento sobre las experiencias de otros países debe ser facilitada, lo mismo que la formación específica sobre estos tipos de intervención.
3. En cualquiera de los modelos de alojamiento que se planifiquen debe apoyarse el mayor protagonismo de la iniciativa pública, tanto en cuanto se refiere a la ubicación de los mismos, como a la determinación de sus características y a la titularidad de sus plazas.
4. La actual distribución de las plazas de alojamiento indica la necesidad de racionalizar las planificaciones (existen lugares con exceso de plazas mientras en otros territorios se produce una gran escasez).
5. Debe trasladarse a la iniciativa privada una más clara información sobre la situación real del sector de las residencias, las necesidades en este ámbito, las preferencias de las personas, etc. con el fin de detener su afán inversor que puede llegar a provocar, de continuar desarrollándose, una crisis del sector por la imposibilidad de cubrir la totalidad de las plazas que se están ofreciendo.
6. Las CC.AA. deben ser estimuladas para que realicen urgentemente planes de adecuación de las residencias que no reúnen condiciones, ni en

aspectos de accesibilidad ni de *ratios* de profesionales, para poder atender a personas en situación de dependencia, que son las únicas que deben ser destinatarias de este recurso.

7. Se precisa desarrollar estudios económicos de coste/efectividad que realmente ilustren sobre la realidad de este aspecto, según los diferentes modelos de alojamiento, y que se pongan también en relación con los niveles de calidad y satisfacción expresada de las personas según las diversas modalidades de alojamiento.
8. Es conveniente promover el desarrollo de experiencias piloto de carácter innovador, con evaluación sistemática de sus resultados, de nuevos modelos de alojamiento, con las características de integración en el medio, participación de las personas mayores en la vida diaria, flexibilidad de funcionamiento, involucración de las familias en la atención, utilización de profesionales de la comunidad, etc.
9. Hay que incrementar la acción inspectora para erradicar definitivamente de nuestro país los centros de baja calidad asistencial y, mucho más, los casos de mala atención en residencias.

16. Referencias Bibliográficas

- Aguado, A.L. y Alcedo, M.A.(2003): "Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad", *Psicothema*
- Águila Maturana, Ana M^a (2003): "Síndrome postpolio", en Rodríguez P, Aguado AL y Carpintero A: *Discapacidad y Envejecimiento*, Ed. Escuela Libre Editorial. Fundación ONCE. Madrid.
- Cumming E. Henry V.H. (1961). *Growing old. The process of disengagement*. Basic books. New York.
- Fernández Fernández, S. (2003) : "Evaluación de experiencias integradoras en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad". en Rodríguez P, Aguado AL y Carpintero A: *Discapacidad y Envejecimiento*, Ed. Escuela Libre Editorial. Fundación ONCE. Madrid.
- Flórez, J. (2000): "El envejecimiento de las personas con síndrome de Down", en *Rev. Síndrome Down*, 17:16-24.
- Gil Montalvo. M. (1996): *Centros de día para personas mayores dependientes. Guía práctica*, INSERSO, Madrid.
- Guisset, Marie-Jo (1998). *Vivre en petite unité*. Fondation de France. París.
- IMSERSO (2004): *Las Personas Mayores en España. Informe 2004*. Observatorio Permanente de Mayores. Madrid. (En prensa)
- IMSERSO (1999): *Informe de Evaluación del Plan Gerontológico*. Col. Observatorio de personas mayores. nº1. Madrid.

- INE (2002): Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.
- Informe del defensor del Pueblo (2000). "La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos anexos".
- Informe GAUR, (1975). La situación de los ancianos en España, Madrid, Confederación Española de Cajas de Ahorros. 1975
- INSERSO (1993): Plan Gerontológico, Madrid.
- INSERSO (1995): Guía Directorio de Centros para personas mayores. Vol. 1 Residencias. - Madrid.
- INSERSO, (1990). Estudio sobre la ayuda a domicilio en España, Madrid, INSERSO/FEMP (Investigación no publicada).
- Jamieson, A., (1993). El apoyo informal en Europa. En comparación de políticas de atención a las personas mayores, S.G., Ed. Barcelona.
- Janicki, M.P. & Wisniewski, H.W. (1985): Aging and Developmental Disabilities: Issues and Approaches. Baltimore: Brookes Publishing.
- Janicki, M.P. (1996): Help for Carers for Older People Caring for an Adult with a Developmental Disability. Albany: New York Developmental Disabilities Planning Council.
- Janicki, M.P. & Dalton, A.J. (1999): Dementia, Aging and Intellectual Disabilities_ A Handbook. Philadelphia: Brunner-Mazel.
- Jiménez Lara, A. (2003): Discapacidad y envejecimiento en España: Perfil sociodemográfico de las personas con discapacidad de edad madura. ", en Rodríguez P, Aguado AL y Carpintero A: Discapacidad y Envejecimiento, Ed. Escuela Libre Editorial. Fundación ONCE. Madrid.

- Leseman F., Martin C. (1993). Les personnes âgées: dependence, soins et solidarites familiales. Comparaisons internationales. La Documentation Francaise. París.
- Lyman K. 1998 "Día a día con la Enfermedad de Alzheimer". IMSERSO. Colección rehabilitación. Madrid.
- MARTINEZ TERESA, (2001) "Centros de día para personas mayores con dependencias". C. Documentos Política Social. Serie Docum.- Técn. Nº 8. Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias.
- OCDE (1994 b): Protéger les personnes âgées dépendantes. Nouvelles orientations. París.
- OCDE (1996): Protéger les personnes âgées dependentes. Des politiques en mutation. París. Etudes de politique sociale. nº 19.
- OMS. 2002. Salud y envejecimiento. Un marco político. Revista dela SEGG. Monográfico. Agosto. 2002.
- Pacolet et al. (1999). "La protection social des personnes âgées dépendantes dans les 15 pays de L´UE et en Nórvege. Commission europeenne.
- Plan de acción internacional sobre el envejecimiento. I Asamblea Mundial del envejecimiento. NN.UU. (1982).
- Porto y Rodríguez, P. (Editores), Evolución y extensión del SAD en España, Madrid. IMSERSO, (1998)
- Rodríguez, C. (1999) Nuevas Tecnologías, Ayudas Técnicas en Rehabilitación. Cap. 16 Psicología de la Rehabilitación. Ed. Mapfre Medicina

- Rodríguez Rodríguez, P. (1997): "El SAD. Conceptualización y objetivos generales", en SEGG: El Servicio de Ayuda a Domicilio. Programación del Servicio. Formación para auxiliares. Ed. Panamericana. Madrid.
- Rodríguez Rodríguez, P. (1999): "La residencia. Concepto. Destinatarios y objetivos generales", en SEGG: Residencias para personas mayores. Manual de orientación. De. SG. Barcelona.
- Rodríguez Rodríguez, P.; Sancho Castiello, M.T.: Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. La situación de fragilidad. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 1995; 30(3): 141-152.
- Rodríguez Rodríguez, P Ferreiro Gastón E. 1995. Evaluación del servicios de teleasistencia domiciliaria. INSERSO.
- Rodríguez Rodríguez P. (2004)Política social para la atención alas prsonas mayores. Ed. Fundación Iberoamericana de formación . Universidad de Granada. (en prensa).
- Rodríguez, P. (2002): "El envejecimiento de las personas con discapacidad", en Inclusión sociolaboral y envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual. Instituto Galego de Iniciativas Sociales y Comunitarias. A. Coruña.
- Rodríguez P, Aguado A L y Carpintero A (coordinadores) (2003): Discapacidad y Envejecimiento. Ed. Escuela Libre Editorial. Fundación ONCE. Madrid.
- Sancho, M^a T, (coordinadora) (2002): "II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento", En Revista Española de Geriatria y Gerontología, 37

- Sancho Castiello, T (1994). Un lugar para vivir: Sistemas alternativos de alojamiento. Revista de la SEGG nº29. Monográfico, "Habitat y Vejez.
- Sancho Castiello, T, Rodríguez Porrero, C. (2001). Catalogo de recursos, servicios y ayudas técnicas. En Libro Blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines. Vol.II. Obra Social CajaMadrid.
- Sancho Castiello, T. Rodríguez Rodríguez, P. "Política social de atención a las personas mayores" Gerontología Conductual, vol. I Ed. Síntesis (1999)
- S.E.G.G. (2000) Geriatria XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España
- Tibbitts, C. (1960). Handbook of Social Gerontology: Societal Aspects of Aging, Chicago, The University of Chicago Press.
- Townsend, P. (1962). The last Refuge. A Survey of Residential Institutions and Homes for the Aged, Londres, Routledge & Kegan Paul.
- Trieschmann, R- (1995): Envejecer con Discapacidad. Fundació Institut Guttmann.
- Vidal Hernández J. (1974) "Plan Nacional de la S.Social de asistencia a Ancianos". Gerontología y Geriatria. Cruz Roja Española. Madrid.
- Villez, Alain (1997). La viabilité e economic des petites unités de vie. Fondation de France. París.