

actas de la dependencia

5

2012 JULIO
año 2

Colaboran:

Antonio Jiménez Lara

José María García Martín

Miguel Leturia Arrazola

David Vaquerizo Collado

Hans Hennekan

Rafael Knop

Emer Ní Raghallaigh

Caser
FUNDACIÓN

Para la Dependencia

05

CRISIS Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. EFECTO SOBRE EL EMPLEO Y LAS FAMILIAS.

ANTONIO JIMÉNEZ LARA

Sociólogo.

Director de Programas del Observatorio Estatal de la Discapacidad.

25

ENFERMEDAD MENTAL Y DEPENDENCIA.

JOSÉ MARÍA GARCÍA MARTÍN

Técnico en Servicios Sociales.

43

LOS SISTEMAS DE CALIDAD Y HERRAMIENTAS DE EVALUACION DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES Y SU RELACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN.

MIGUEL LETURIA ARRAZOLA

Área de Planificación, Modelos y Consultoría.

Fundación INGEMA-Instituto Gerontológico MATIA.

67

EL CAMINO DE LA DEPENDENCIA A LA AUTONOMÍA. UN ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS EN DISTINTOS PAÍSES EUROPEOS.

DAVID VAQUERIZO COLLADO, HANS HENNEKAM, RAFAEL KNOP, EMER NÍ RAGHALLAIGH

Trabajo apoyado por la Fundación CASER.

95

DOCUMENTOS DE INTERÉS RELACIONADOS CON LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

CONSEJO DE REDACCIÓN

Juan Sitges Breiter

Ángel Expósito Mora

Amando de Miguel Rodríguez

Julio Sánchez Fierro

Gregorio Rodríguez Cabrero

Antonio Jiménez Lara

Pablo Cobo Gálvez

DIRECCIÓN DE LA REVISTA

Pablo Cobo Gálvez

SECRETARÍA DE LA REVISTA

Ana Artacho Larrauri

Diseño: Los Ángeles D.C. / Impresión: Gráficas Enco
Depósito Legal: M-9549-2011
ISSN: 2173-7142

Esta publicación no podrá reproducirse ni total ni parcialmente
sin expresa autorización de la Fundación Caser.

Este número que a continuación presentamos nos aproxima a cuatro aspectos de especial interés relacionados con la dependencia: Los efectos de la crisis económica en la aplicación de la Ley y su incidencia sobre el empleo y las familias, la atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) a los trastornos mentales graves, los instrumentos de evaluación de la calidad de los servicios residenciales según el modelo de atención y un análisis de experiencias europeas destinadas a promover la autonomía basadas en la prevención.

Vivimos momentos especialmente difíciles como consecuencia de la crisis económica y de la necesidad de establecer medidas que permitan la consecución de los objetivos de consolidación fiscal que el Gobierno tiene comprometidos con la Unión Europea. Las medidas adoptadas o en fase de implantación afectan también al SAAD, sin embargo sería bueno que sus efectos no incidan en la atención de las personas más gravemente afectadas y que las modificaciones que se adopten sirvan para corregir aquellas deficiencias detectadas que repercuten en la creación del empleo inicialmente previsto. Estas y otras materias conexas se desarrollan en el artículo de Antonio Jiménez, experto en discapacidad y dependencia.

La enfermedad mental constituye una de las causas generadoras de dependencia. La evolución de su tratamiento en las últimas décadas y las dudas generadas en un principio sobre si la Ley y el baremo de reconocimiento de la situación de dependencia incluían de forma adecuada la protección de esta enfermedad, aconsejaba que la Revista estudiara en profundidad este tema, conscientes de que estamos ante un fenómeno complejo de interrelación de instrumentos de salud y de servicios sociales.

José María García Martín, con su experiencia en distintos puestos en el IMSERSO y de forma específica como responsable de los Centros de Referencia Estatal (CRE) y de la próxima puesta en marcha de CRE de Atención Psicosocial a Personas con Trastorno Mental Grave de Valencia, era la persona idónea para desarrollar este tema.

La calidad de los centros residenciales y los sistemas y herramientas de evaluación constituyen una de las preocupaciones de los responsables de la gestión y de las Administraciones Públicas como reguladores y responsables en definitiva de garantizar una adecuada atención. La calidad y su medición están íntimamente relacionadas con el modelo de atención elegido. Por ello, cuando se opta por un "modelo de atención centrado en la persona" es importante conocer qué sistemas y herramientas de evaluación son más adecuados. La Fundación Matía a través de Miguel Leturia nos ofrece, además del análisis teórico, la experiencia y los resultados de su aplicación.

Finalmente, se abordan iniciativas de prevención en los países europeos, incluida España, en las que, teniendo en cuenta las cuatro áreas que la Organización Mundial de la Salud identifica para luchar contra las situaciones de discapacidad y dependencia (las enfermedades crónicas, los estados de depresión, el deterioro funcional y el estilo de vida sedentario), se revisan iniciativas y proyectos: 1) de servicios de atención a domicilio, 2) de apoyo a la vida autónoma mediante la tecnología, 3) de promoción de la autonomía a través del trabajo flexible, la jubilación gradual, el aprendizaje permanente y el voluntariado. Un equipo de profesionales de distintos países, patrocinados por la Fundación CASER para la Dependencia, se ha encargado de su realización.

CRISIS Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. EFECTOS SOBRE EL EMPLEO Y LAS FAMILIAS

ANTONIO JIMÉNEZ LARA

Sociólogo.

Director de Programas del Observatorio Estatal de la Discapacidad.

Sumario

1. LAS RESPUESTAS ANTE LA CRISIS Y SU EFECTO EN EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.
2. LOS EFECTOS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL SAAD SOBRE EL EMPLEO: UNA OPORTUNIDAD INSUFICIENTEMENTE APROVECHADA.
3. UN REEQUILIBRIO NECESARIO DE LAS PRESTACIONES, PARA RECUPERAR EL ESPÍRITU DE LA LAPAD.
4. BIBLIOGRAFÍA.

*En mí luchan
el entusiasmo por el manzano en flor
y el espanto ante los discursos del pintor de
brocha gorda.
Pero sólo lo segundo
me impulsa a escribir.*
Bertolt Brecht, "Malos tiempos para la lírica".

1. LAS RESPUESTAS ANTE LA CRISIS Y SU EFECTO EN EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Hace solo cinco años (aunque ha llovido mucho desde entonces, y no solo en sentido literal), la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD), creó un nuevo derecho de ciudadanía para dar respuesta a las necesidades de atención que tienen las personas que requieren apoyo para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos. La LAPAD entró formalmente en vigor el 1 de enero de 2007, aunque su puesta en marcha efectiva no se produjo hasta el segundo semestre de ese año, pues antes hubieron de ser reglamentados una serie de aspectos esenciales, como el baremo y los órganos de valoración de la dependencia, el marco de cooperación interadministrativa, la inclusión en la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales y los criterios para determinar la intensidad de protección de los servicios y las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.

Justo cuando comenzaba a arrancar el proceso de implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD),

creado por la LAPAD para garantizar las condiciones básicas de disfrute de ese derecho y articular los niveles de protección previstos en la ley, se comenzaban a manifestar en los Estados Unidos los primeros síntomas de lo que en principio parecía una crisis hipotecaria localizada (hundimiento de las hipotecas subprime en agosto de 2007), pero que se contagió rápidamente al sistema financiero estadounidense e internacional, originando caídas de los índices bursátiles, insolvencia de empresas (quiebra de banco de inversión Lehman Brothers; intervención de las corporaciones de servicios financieros Fannie Mae y Freddie Mac) y graves tensiones de liquidez, cuyos efectos sobre la economía real comenzaron a sentirse nítidamente en los primeros meses de 2008.

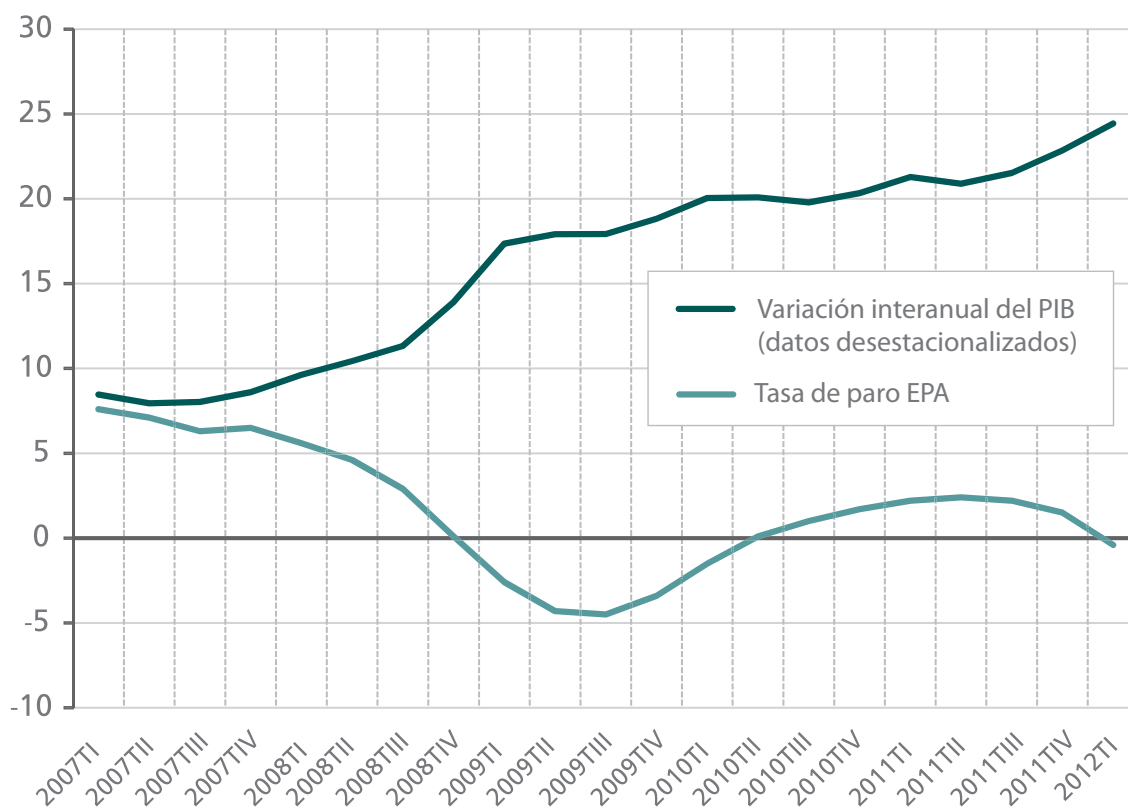
En España, donde el inicio de la crisis financiera coincidió con la ruptura de la "burbuja inmobiliaria", los niveles de empleo comenzaron a descender de forma dramática a mediados de 2008. Desde entonces, en menos de cuatro años (entre el segundo trimestre de 2008 y el primer trimestre de 2012), la ocupación ha bajado en tres millones de personas y el número de desempleados EPA se ha incrementado en 3,3 millones, hasta alcanzar la cifra de 5,6 millones de parados, lo que supone una tasa de desempleo del 24,4%.

En un primer momento, las respuestas a la crisis fueron de corte nekeynesiano, y se dirigieron a estimular la demanda para evitar que surgiera un círculo vicioso entre el deterioro de la actividad real y la situación financiera. A principios de 2009, al igual que hicieron otros muchos países de nuestro entorno, el gobierno español puso en marcha un conjunto de medidas de política económica con el objetivo de impulsar la actividad económica del país, movi-

lizando grandes cantidades de dinero público para paliar los efectos de la crisis en familias y empresas y recuperar la senda de crecimiento y de creación de empleo. Entre muchas otras medidas, el Plan Español para el estímulo de la Economía y el Empleo, más conocido como Plan E, incrementó los recursos destinados al SAAD, mediante la aprobación de una partida de 400 millones de euros específicamente destinada a proporcionar a las comunidades autónomas recursos extraordinarios para facilitar el

desarrollo y modernización de la red de servicios del Sistema y, paralelamente, favorecer la generación de empleo en el sector, y de otra de 30 millones de euros para el fortalecimiento de los programas de envejecimiento activo gestionados por el IMSERSO. Aunque el balance final del Plan E no fue muy positivo, sirvió para ralentizar el aumento del desempleo, que había crecido a un ritmo desbocado desde el tercer trimestre de 2008.

Evolución del PIB y de la tasa de paro en España, Primer trimestre 2007- Primer trimestre 2012.



Fuente: INE. Contabilidad Nacional Trimestral de España y Encuesta de Población Activa.

Aunque a finales de 2009 las principales economías comenzaron a aportar señales que permitían considerar que lo peor de la recesión global había terminado, al menos en lo que se refiere a caída del PIB, todos los expertos coincidían en que la evolución del desempleo podría seguir incrementándose incluso en los países que habían comenzado a registrar un crecimiento económico positivo. En el caso de España, las previsiones apuntaban a una recuperación más lenta y tardía que en el resto de los países de nuestro entorno, debido no sólo a que habíamos entrado en la crisis algo más tarde, sino también a que los efectos depresivos habían sido más intensos, pues el patrón de crecimiento vigente en la última década, fuertemente apoyado en la especulación inmobiliaria, había generado consecuencias más graves.

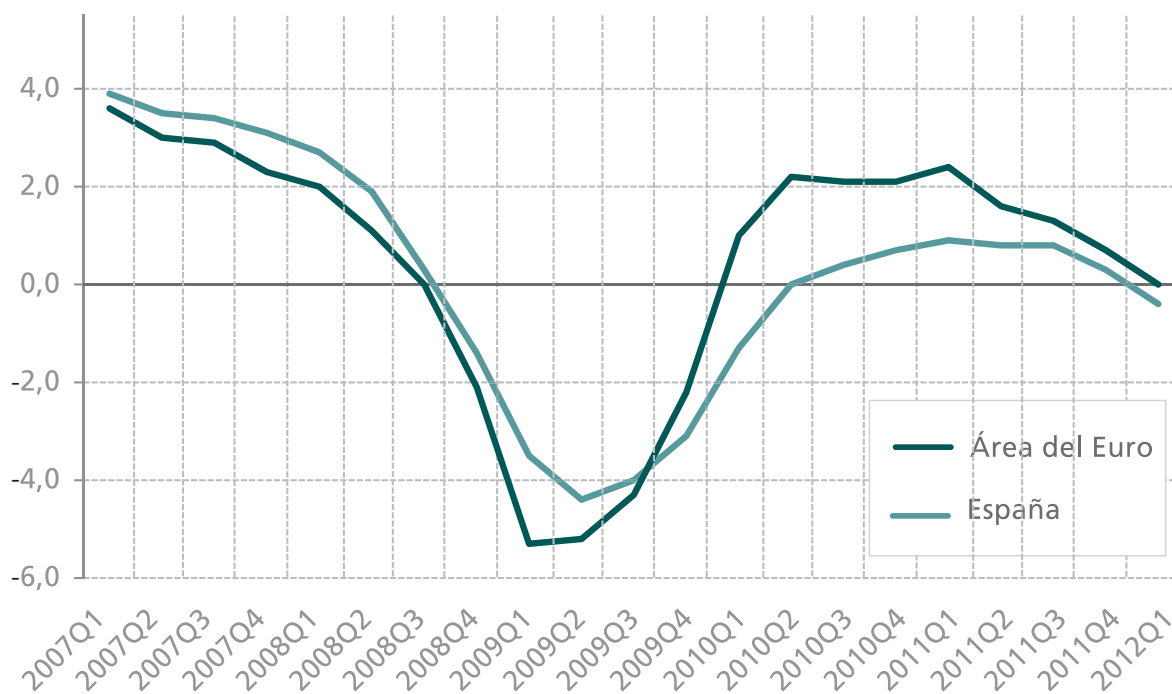
Sin embargo, la tímida recuperación que habían iniciado las economías europeas pronto se vio interrumpida por una serie de turbulencias en los mercados financieros, que obligaron al rescate de Grecia, Irlanda y Portugal, y han incrementado la presión sobre las economías de otros países "periféricos" de la Unión Europea, como España, Bélgica e Italia.

En este contexto, se produjo un claro cambio de tendencia en las respuestas a la crisis, que abandonaron el objetivo de estimular la economía y se concentraron en la consolidación fiscal y las reformas estructurales, para crear así las condiciones que permitieran capear el temporal y sentar las bases para un crecimiento futuro estable y sostenible. En mayo de 2010, los principales países europeos adoptaron severos planes de ajuste de sus finanzas públicas, inaugurando una era de austeridad en todo el continente. En España se aprobó el Real De-

creto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, que marcó una inflexión en la política de respuesta a la crisis por parte del gobierno español. En este Real Decreto se contemplaban algunas modificaciones del régimen jurídico de las prestaciones de dependencia: por una parte, con el objeto de unificar y limitar razonablemente el plazo máximo de tramitación del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, se estableció un plazo máximo de seis meses para la tramitación del reconocimiento del derecho a las prestaciones; por otra parte, se modificó el régimen de retroactividad de las prestaciones, retroactividad que sólo se devengará, cuando la tramitación del procedimiento supere el plazo máximo de los seis meses, a partir del día siguiente a aquél en el que venció dicho plazo.

Lo cierto es que los planes de ajuste de las finanzas públicas, adoptados con el fin de reducir el déficit público y recuperar la confianza de los mercados, no han contribuido precisamente al crecimiento que pretendían lograr. De hecho, desde el segundo semestre de 2010 se ha frenado bruscamente la tendencia de recuperación que se observaba en las tasas de variación interanual del PIB en la zona Euro después de los mínimos registrados en los dos primeros trimestres de 2009. En España, en el cuarto trimestre de 2011 y el primero de 2012 han vuelto a registrarse crecimientos intertrimestrales negativos, oficializando así la entrada en un nuevo período de recesión.

Evolución del PIB en España y en la Unión Económica y Monetaria (Área Euro), Primer trimestre 2007. – Primer trimestre 2012. Tasas de variación interanual (datos desestacionalizados).



Fuente: Eurostat, GDP and main components - Current prices [namq_gdp_k].

La reacción de los gobiernos europeos, presionados por el recrudecimiento de la crisis de la deuda soberana, fue dar otra vuelta de tuerca a los recortes de gasto para contener el déficit. Italia presentó en diciembre de 2011 medidas complementarias de ajuste fiscal, aceleró los plazos para aplicar la reforma del sistema de pensiones y anunció nuevas políticas estructurales. En España, el Gobierno surgido tras las elecciones del 20 de noviembre, aprobó a finales de diciembre un conjunto de medidas de ajuste presupuestario que suponían una reducción del gasto público por valor de 8.900 millones de euros, instrumentada mediante la declaración de no disponibilidad de créditos en los Presupuestos Generales del Estado, la congelación de los salarios públicos, la introducción de restricciones sobre el empleo público y

otras medidas, como una moratoria en la aplicación de la LAPAD que retrasa en un año la incorporación de los dependientes moderados. Por el lado de los ingresos se aprobaron, entre otras medidas, un incremento temporal de los tipos de gravamen del IRPF y del impuesto de bienes inmuebles, con un impacto recaudatorio estimado de 8.100 millones de euros. Estas medidas se vieron complementadas, en el mes de febrero de 2012, con la aprobación de una agresiva reforma laboral, que abarata y facilita el despido por causas objetivas, y de una reforma financiera fallida, articulada en torno a dos ejes, la consolidación sectorial y el saneamiento de los balances, que ha tenido que complementarse con una nueva y más drástica reforma en el mes de mayo, tras la crisis de Bankia.

Los Presupuestos Generales del Estado para 2012, aprobados por el Consejo de Ministros el 30 de marzo de 2012, profundizan en esta senda de ajustes, al plantear una consolidación fiscal de 27.300 millones de euros, que se conseguirá, por una parte, merced a una profunda reducción del gasto de los Ministerios (que bajará un 17%), y, por otra, mediante la adopción de medidas excepcionales de carácter tributario para aumentar la recaudación. Entre estas medidas se contempla una amnistía fiscal para el patrimonio que retorne a España, con un gravamen del 10%, que será del 8% si el capital proviene de paraísos fiscales.

En relación con la LAPAD, el proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2012 suspende durante el ejercicio la aplicación del artículo 7.2º (nivel de protección acordado), del artículo 8.2.a) (marco de cooperación interadministrativa), del artículo 10 (cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas), del artículo 32.3 (convenios suscritos entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas en el marco de cooperación interadministrativa previsto en el artículo 10) y de la Disposición Transitoria primera (participación en la financiación de las Administraciones Públicas), lo que supone reducir la aportación estatal al desarrollo del SAAD al nivel de protección mínimo previsto en el artículo 7.1º y regulado en el artículo 9 de la LAPAD. Por otra parte, se aprueba una dotación de 5 millones de euros (12 millones menos que en 2011) al Fondo de Apoyo para la Promoción y Desarrollo de Infraestructuras y Servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, gestionado por la Sociedad Estatal de Participaciones Industriales (SEPI) que tiene por objeto prestar apoyo financiero a las empresas que lleven a cabo dicha actividad.

El Plan Nacional de Reformas 2012, enviado por el Gobierno a Bruselas a finales de abril, anuncia la intención de abordar una reforma integral del SAAD “para garantizar su sostenibilidad”. Entre las medidas anunciadas se encuentran la revisión del calendario y nivel de aplicación del Sistema para acompañarlo a las capacidades financieras de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas; la demora de la incorporación al Sistema de los dependientes valorados en Grado I hasta el ejercicio 2014 (lo que supondría ampliar un año más la moratoria decretada a finales de 2011): la revisión del sistema de altas en la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales, cuyas cuotas son abonadas por la Administración General del Estado; la revisión de las cuantías de las prestaciones económicas previstas en el SAAD, el avance en la aplicación efectiva de la contribución económica del usuario (copago) mediante el desarrollo coordinado de la normativa de las distintas comunidades autónomas y la potenciación del papel del sector privado en la prestación de servicios, “eliminado las trabas o preferencias por el sistema público presentes en la Ley y en sus desarrollos por las normas autonómicas”.

En los meses que han transcurrido de 2012, el proceso de implantación de la LAPAD se ha paralizado bruscamente. La moratoria decretada en la incorporación de los dependientes moderados, que sin duda ha permitido contener el gasto del Sistema, no parece estar aprovechándose para incrementar la cobertura y el nivel de atención de las personas con altos niveles de dependencia, muchas de las cuales siguen todavía a la espera de que se les asigne una prestación. De hecho, el flujo de entrada de nuevos dependientes con derecho a prestaciones se ha ralentizado de forma importan-

te, hasta caer por debajo del número de bajas en el Sistema, y ello no sólo en el caso de los grandes dependientes (grado III) sino también el de los dependientes severos (grado II), quizá debido a que el baremo se está aplicando de forma muy rigurosa en los últimos meses (Morán Breña, 2012a), con el consecuente descenso en el número de dependientes con derecho

a prestación, que en los primeros cuatro meses de 2012 se ha reducido en algo más de 24 mil, mientras que el número de personas que reciben prestaciones del SAAD se ha incrementado, en ese mismo período, en solo 6.441.

Evolución reciente (1 de enero a 1 de mayo de 2012) del número de personas con derecho a prestaciones de la Ley de Dependencia según grado de dependencia y situación prestacional.

	01-ene-12	01-feb-12	01-mar-12	01-abr-12	01-may-12
Personas con derecho a prestaciones	1.057.946	1.029.581	1.046.515	1.038.923	1.033.776
Grado III	431.811	429.698	425.190	420.307	417.231
Grado II	459.722	463.308	462.681	462.228	461.768
Grado I nivel 2 (1)	166.413	136.575	158.644	156.388	154.777
Personas que reciben prestaciones	752.005	753.553	749.990	757.939	758.446
Personas a la espera de prestación	305.941	276.028	296.525	280.984	275.330

Fuente: Información Estadística del SAAD.

Nota:

(1): De acuerdo con las modificaciones introducidas por el Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, en la disposición final primera de la Ley de Dependencia, relativa a la efectividad de los derechos de las personas beneficiarias, se incluyen las personas beneficiarias que a fecha de 31 de diciembre de 2011 habían sido valoradas con el Grado I Nivel 2 y ya contaban con un PIA aprobado, así como aquellas en las que, sin contar con un PIA a la citada fecha, se había excedido el plazo legalmente establecido para resolver (seis meses a contar desde la solicitud, de acuerdo con lo establecido en el R.D. 8/2010, de 20 de mayo).

Las últimas noticias de las que disponemos a la hora de cerrar este artículo, referidas a los resultados del encuentro informal de directores generales celebrado en Toledo los días 17 y 18 de mayo (Morán Breña, 2012b), permiten vislumbrar algunas de las medidas que podrían adoptarse en el futuro próximo para contener los gastos del SAAD. Entre ellas, cabe destacar la posible subida de la "nota de corte" (los puntos que es necesario alcanzar en el baremo de valoración de la dependencia para ser considerado dependiente); la perspectiva de que las prestaciones que ahora son compatibles entre sí dejen de serlo, con la excepción de la teleasistencia; el planteamiento de suprimir los dos

niveles de severidad en los que actualmente se divide cada grado; la modificación, presumiblemente a la baja, de las intensidades de los servicios; la modificación del sistema de financiación para primar a aquellas comunidades que opten por la prestación de servicios en lugar de por la concesión de ayudas económicas; la definición de criterios comunes de cómputo de renta y patrimonio para calcular el copago de los beneficiarios y el establecimiento de un mayor control sobre los cuidadores no profesionales.

Ese ha sido, a grandes rasgos, el contexto en el que se ha desarrollado el proceso de im-

plantación de la LAPAD, una ley gestada en tiempos de bonanza que ha tenido que navegar con el viento en contra y un fuerte mar de fondo. A pesar de ello, a principios de mayo

de 2012, más de un millón de personas tenían reconocido el derecho a las prestaciones del SAAD, y más de 758 mil las estaban recibiendo efectivamente (IMSERSO, 2012).

Aplicación de la Ley de Dependencia. Información histórica acumulada desde la entrada en vigor de la ley y situación de los expedientes en vigor a 1 de mayo de 2012.

	Información histórica acumulada (1)	Expedientes en vigor a 1 de mayo de 2012 (2)
Solicitudes registradas	2.310.980	1.625.942
Dictámenes emitidos	2.083.768	1.516.324
Personas con derecho a prestación	1.552.864	1.033.776
Prestaciones concedidas	1.326.528	946.075
Personas que están recibiendo prestaciones		758.446
Personas a la espera de prestación		275.330

Fuente: Información Estadística del SAAD. Situación a 1 de mayo de 2012.

Nota:

(1): Estos datos recogen toda la información incorporada al Sistema de Información del SAAD desde el 1 de enero de 2007, con independencia de la situación actual de los expedientes.

(2): Datos actualizados previa regularización de bajas, fallecimientos, revisiones de grado o de prestación y expedientes de purados

2. LOS EFECTOS DE LA PUESTA EN MARCHA DEL SAAD SOBRE EL EMPLEO: UNA OPORTUNIDAD INSUFICIENTEMENTE APROVECHADA

Como hemos subrayado en algunos trabajos recientes (Rodríguez Castedo y Jiménez Lara, 2010, 2011, Jiménez Lara, 2011), la LAPAD, además de responder a una urgente necesidad social, supone una importante oportunidad para crear actividad económica sostenible y generar empleo, pues la atención a la dependencia se concreta, fundamentalmente, en actividades de cuidados personales, que son muy intensivas en trabajo.

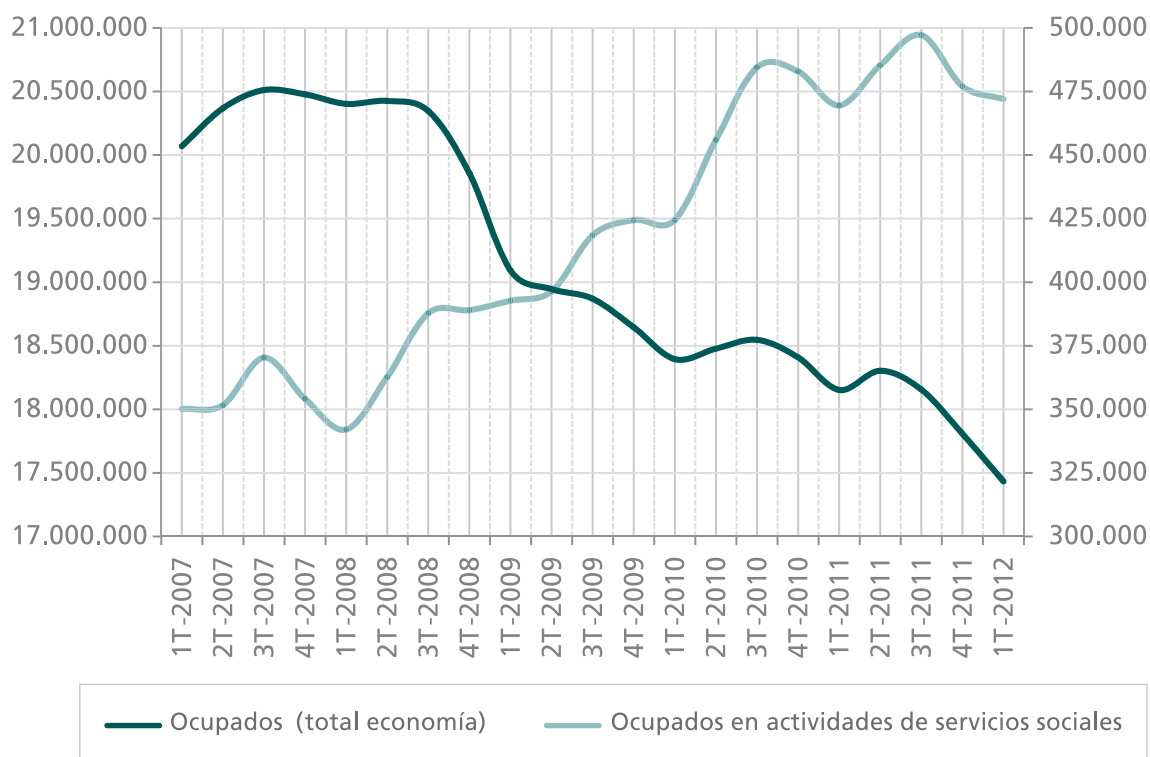
El potencial de generación de empleo en el sector de la atención a la dependencia ya había sido señalado por el Libro Blanco sobre la

atención a las personas en situación de dependencia en España (IMSERSO, 2005), que lo cifró en unos 260 mil empleos equivalentes a jornada completa en el horizonte de 2010, partiendo de la asunción de que, para esa fecha, la LAPAD ya estaría totalmente implantada. Esas previsiones no se han cumplido, pues aparte de que el calendario de puesta en marcha ha sido bastante más lento de lo asumido en el Libro Blanco, en el desarrollo del SAAD ha habido otro importante factor que no se había contemplado en los escenarios sobre los que se basó la estimación del Libro Blanco: la gran proporción de personas y familias que han optado por recibir la prestación económica por cuidados en el medio familiar, que a pesar de su carácter excepcional se ha convertido, con diferencia, en la prestación más popular del Sistema.

A pesar de la difícil coyuntura económica por la que estamos atravesando y a los factores limitantes a los que se ha aludido, el efecto de la puesta en marcha del SAAD en el empleo, aunque lejos de las previsiones del Libro Blanco, se ha dejado sentir nítidamente. De acuerdo con los datos de la Encuesta de Población Activa, el número de ocupados en actividades de Servicios Sociales (divisiones 87 y 88 de la

CNAE 2009) se incrementó, entre el primer trimestre de 2008 y el primer trimestre de 2012, en unas 110 mil personas, mientras que en el mismo período el número de ocupados en el conjunto de la economía española ha bajado en casi tres millones. Y ello a pesar de que en los dos últimos trimestres (el cuarto de 2011 y el primero de 2012) se perdieron más de 25 mil empleos en el sector.

Evolución del empleo total y del empleo en actividades de Servicios Sociales (Primer trimestre 2008 - Primer trimestre 2012) según la EPA.

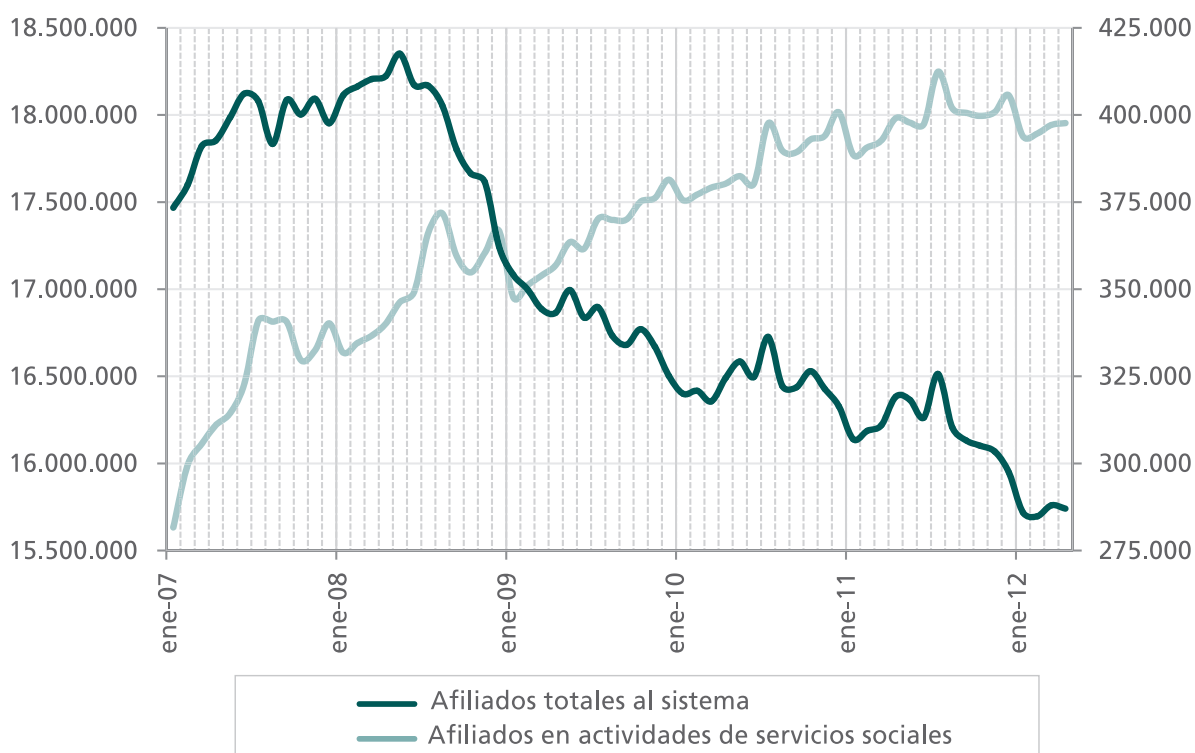


Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa.

Los efectos de la LAPAD sobre el empleo también se aprecian con claridad cuando se analizan los datos sobre número de afiliados en situación de alta que proporciona mensualmente la Seguridad Social. De acuerdo con estos datos, el número de afiliados en alta en el sector de servicios sociales se ha incremen-

tado desde enero de 2007 hasta abril de 2012 en más de 116 mil personas. Ese crecimiento contrasta vivamente con la evolución general de la afiliación al Sistema, que entre mayo de 2008 y abril de 2012 descendió en más de 2,6 millones de personas, como puede apreciarse en el gráfico adjunto.

Evolución del número de afiliados a la Seguridad Social en situación de alta, en el conjunto del Sistema y en actividades de Servicios Sociales (enero 2007-abril 2012). Datos para el último día de cada mes.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Afiliación y alta de trabajadores de la Seguridad Social.

Nota: en el número de afiliados en alta en actividades de Servicios Sociales no están computados los cuidadores no profesionales que han causado alta en virtud de las previsiones de la LAPAD.

Además, hay que tener en cuenta que, desde el 1 de enero de 2008, un total de más de 176 mil cuidadores no profesionales han causado alta en el Sistema de la Seguridad Social en virtud de las previsiones de la LAPAD.

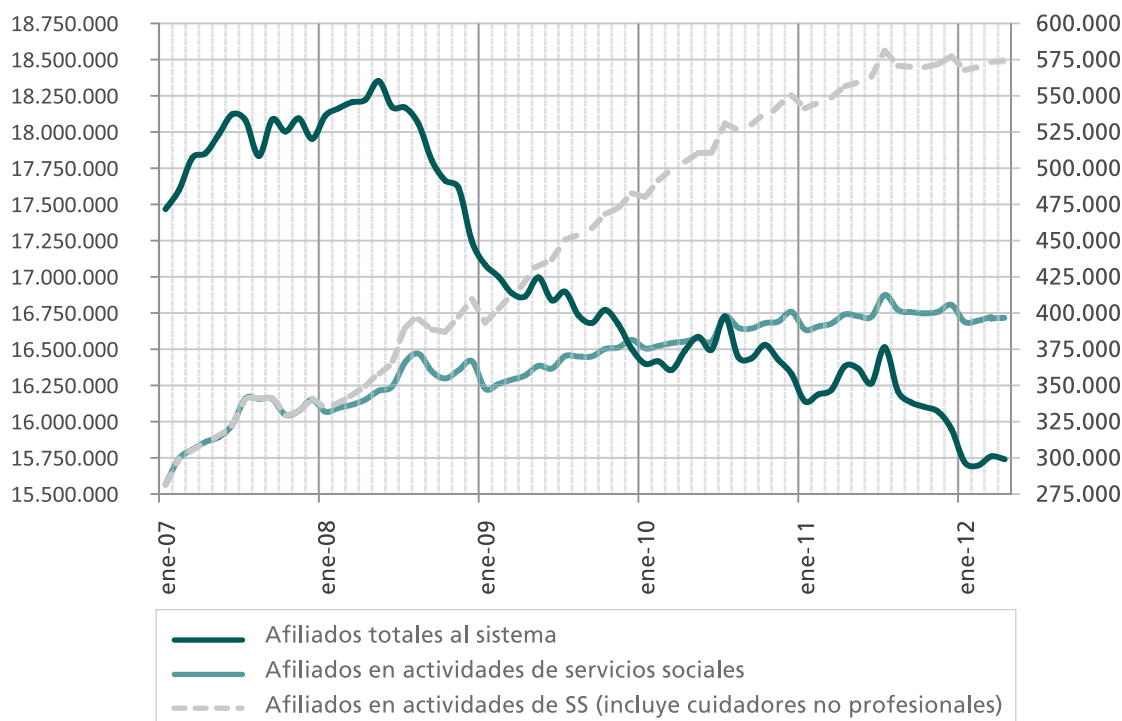
La inclusión en la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales fue regulada por Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, según el cual pueden asumir la condición de cuidadores no profesionales de una persona en situación de dependencia, su cónyuge y sus parientes por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta

el tercer grado de parentesco, salvo cuando la persona en situación de dependencia tenga su domicilio en un entorno caracterizado por insuficiencia de recursos públicos o privados acreditados, la despoblación, o circunstancias geográficas o de otra naturaleza que impidan o dificulten otras modalidades de atención, en cuyo caso la administración competente podrá excepcionalmente permitir la existencia de cuidados no profesionales por parte de una persona de su entorno que, aun no teniendo el grado de parentesco señalado anteriormente, resida en el municipio de la persona dependiente o en uno vecino, y lo haya hecho durante el periodo previo de un año.

Los cuidadores no profesionales quedan incluidos obligatoriamente en el campo de aplicación del Régimen General de la Seguridad

Social y en situación asimilada al alta, mediante la suscripción de un convenio especial, para el que no se precisará de la acreditación de periodo de cotización previo. Esta previsión no es aplicable en los supuestos en que el cuidador no profesional siga realizando o inicie una actividad profesional por la que deba quedar incluido en el sistema de la Seguridad Social, cuando el cuidador se encuentre percibiendo la prestación de desempleo, cuando tenga la condición de pensionista de jubilación o de incapacidad permanente o, de tratarse de pensionista de viudedad o en favor de familiares, cuando tenga 65 o más años. La cotización a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales, así como la correspondiente a las acciones formativas previstas en el artículo 18.4 de la Ley 39/2006, es asumida directamente por la Administración General del Estado.

Evolución del número de afiliados a la Seguridad Social en situación de alta, en el conjunto del Sistema y en actividades de Servicios Sociales, incluyendo cuidadores no profesionales en situación asimilada al alta (enero 2007-abril 2012). Datos para el último día de cada mes.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Afiliación y alta de trabajadores de la Seguridad Social.

La rama de actividad de servicios sociales es una de las pocas que ha conseguido mantener un crecimiento positivo del empleo desde que se desencadenó la crisis de 2008, demostrando el importante potencial de generación de empleo que tiene la atención a la dependencia. Para hacer posible el aprovechamiento de todo este potencial es preciso que no se regateen esfuerzos a la hora de asignar los recursos necesarios y que se actúe con una voluntad firme para reconducir las desviaciones que amenazan con desvirtuar los planteamientos, principios y valores que inspiran la LAPAD. En un momento en el que el empleo debe convertirse en la gran prioridad, dedicar recursos al desarrollo e implantación de las infraestructuras y servicios que garantiza la LAPAD es una de las mejores formas de contribuir a conseguir un modelo de crecimiento más equilibrado, más sostenible y más intensivo en creación de empleo estable y cualificado. Se trata de hacer de la necesidad virtud, pues impulsar de forma decidida el desarrollo de la LAPAD no sólo es responder a una necesidad social de primer orden, sino que también contribuirá a afrontar el principal reto de política económica en la actual situación de crisis, que es lograr que el empleo recupere una senda de crecimiento.

Conseguir una plena implantación de la LAPAD y hacerlo en el tiempo previsto es la mejor forma de contribuir no sólo a la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y de sus familias, sino también al crecimiento del empleo. La severa destrucción de empleo con la que se ha saldado la crisis en nuestro país pone de relieve la necesidad de situar el crecimiento del empleo duradero y de calidad como el objetivo central de la agenda económica y social. La decidida voluntad colectiva de asegurar unas mayores tasas de

empleo es primordial para generar riqueza e ingresos suficientes para mantener y poder ampliar los actuales niveles de protección social y para permitir la integración de la mayoría de los ciudadanos en la actividad productiva y en la sociedad. Por eso es por lo que se debe dar prioridad al empleo y, a su vez, compatibilizar las políticas activas de empleo con las de protección social, ya que son dos caras de una misma moneda.

El futuro del empleo en España pivotará fundamentalmente sobre las potencialidades que tiene el sector de los servicios en relación con las nuevas necesidades y demandas sociales, máxime teniendo en cuenta los importantes diferenciales en la prestación de estos servicios que tenemos como país en relación con la media de los países más desarrollados de la Unión Europea. Para homologarse a la media de la UE, España necesitaría crear más de un millón de empleos en el subsector de sanidad y servicios sociales, en el que se incluyen las actividades relacionadas con la atención a la dependencia. Es muy improbable que España pueda resolver su problema estructural de desempleo sin una expansión notable de su sistema de bienestar y, en concreto, del sector de los servicios sociales, en el que el diferencial en relación con los países más desarrollados es muy alto.

La crisis económica y las respuestas ante la crisis de los distintos agentes han influido decisivamente en el hecho de que la LAPAD no haya logrado realizar plenamente su potencial de generación de empleo. Por una parte, porque la implantación del SAAD se ha visto primero frenada y después parada en seco por las políticas de ajuste; por otra, porque debido a la crisis y a sus efectos sobre el mercado laboral, se ha desdibujado totalmente el incentivo que

habría podido suponer, en favor de la opción por una atención profesionalizada, el coste de oportunidad que supone para las familias asumir la atención de sus miembros en situación de dependencia (renuncia del cuidador a desarrollar una actividad laboral retribuida), lo que ha determinado que una gran proporción de personas y familias hayan optado por la prestación económica por cuidados en el medio familiar, que a pesar de su carácter excepcional se ha convertido, con diferencia, en la prestación más popular del Sistema.

La insuficiente oferta de servicios y el elevado coste de algunos de ellos, su inadecuación a las necesidades específicas de las personas afectadas, el peso de las tradiciones de cuidado familiar, la menor complejidad y coste que supone para las Administraciones la concesión de prestaciones económicas y el mecanismo de copago, que hace necesaria una aportación económica importante por parte del usuario o de la familia para poder beneficiarse de los servicios de atención residencial, centro de día

o ayuda a domicilio, mientras que, en contraposición, la prestación económica de cuidados familiares significa un ingreso neto para la economía familiar, también han contribuido a que esta prestación sea la más solicitada y otorgada (Cervera y otros, 2009, p. 28), lo que ha desactivado en gran medida el potencial de creación de nuevos servicios sociales profesionalizados y de nuevos empleos que tenía la LAPAD.

Según la información estadística del SAAD que difunde el IMSERSO, a 1 de mayo de 2012 estaban en vigor 428.899 prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, cifra que supone el 45,3 por cien del total de las prestaciones reconocidas. La implantación real de esta prestación es aún mayor de lo que sugiere esa cifra, pues la están recibiendo el 56,5% del total de personas con prestaciones (la diferencia entre estos porcentajes se debe al hecho de que una misma persona puede recibir más de una prestación del Sistema, en virtud de las compatibilidades existentes entre las mismas).

Prestaciones de la Ley de Dependencia reconocidas, según tipo de prestación, y personas que las reciben a 1 de mayo de 2012.

Servicios y prestaciones económicas del SAAD	TOTAL	Porcentaje sobre el total de prestaciones en vigor	Porcentaje sobre el total de personas con prestaciones
Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal	18.726	2,0%	2,5%
Teleasistencia	130.290	13,8%	17,2%
Ayuda a Domicilio	120.904	12,8%	15,9%
Centros de Día/Noche	61.971	6,6%	8,2%
Atención Residencial	122.663	13,0%	16,2%
Prestación económica vinculada al servicio	61.758	6,5%	8,1%
Prestación económica para cuidados familiares	428.899	45,3%	56,5%
Prestación económica en asistencia personal	864	0,1%	0,1%
Total prestaciones en vigor	946.075	100,0%	124,7%
Total personas con prestaciones	758.446		100,0%

Fuente: Información Estadística del SAAD. Situación a 1 de mayo de 2012.

Es importante resaltar que, aunque la prestación económica para cuidados en el medio familiar no genera empleo por sí misma puede tener algunos efectos indirectos sobre el nivel de actividad económica y laboral, por cuanto supone una transferencia de renta a la persona dependiente y a su familia, que en parte se traslada al consumo. Por otra parte, hay que tener en cuenta que las acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales (programas de formación, información y medidas para atender a las personas dependientes en los periodos de descanso de sus cuidadores) pueden también contribuir a la generación de empleo en el sector. Estas acciones, sin embargo, aunque contempladas en la LAPAD y en sus normas de desarrollo (el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia aprobó, en su reunión de 22 de septiembre de 2009, un Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales, con el objetivo de impulsar su capacitación, mejorar la calidad de atención y facilitar una posible incorporación posterior de aquellos cuidadores que lo deseen a los servicios profesionalizados de atención), permanecen prácticamente inéditas.

3. UN REEQUILIBRIO NECESARIO DE LAS PRESTACIONES, PARA RECUPERAR EL ESPÍRITU DE LA LAPAD

Por la vía de los hechos, el carácter prioritario que la Ley otorgaba a los servicios prestados a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales se ha ido diluyendo, mientras ganaba terreno la técnica de protección mediante prestaciones económicas, inicialmente concebidas como supletorias (prestación vinculada) o excepcionales (prestación económica para cuidados en el entorno familiar). Curio-

samente, la única prestación económica que está infrautilizada (la prestación económica de asistencia personal) es también la única que no incorporaba en su diseño inicial un carácter supletorio o excepcional, aunque sí limitaciones en su campo subjetivo de aplicación, al estar restringida a las personas con gran dependencia.

Las tres prestaciones económicas previstas en la LAPAD son de naturaleza bien distinta. Mientras que la prestación vinculada tiene por objeto ayudar a los usuarios a contratar un servicio privado profesional cuando la red pública no puede proporcionarlo, y la prestación de asistencia personal debe aplicarse a la contratación de una asistencia personal profesional, la prestación para cuidados en el entorno familiar es una transferencia de renta al beneficiario, que puede aplicarla discrecionalmente siempre que se cumplan determinados requisitos. Se entremezclan así tres lógicas muy diferentes, que han estado en el origen del desarrollo de los sistemas de “pago por cuidados” (cash for care schemes) como alternativa a la prestación directa de servicios en los países de nuestro entorno:

- La idea de potenciar la capacidad de elección del usuario, en línea con lo que ha motivado, en el Reino Unido, la configuración de prestaciones como la Attendance Allowance o la Disability Living Allowance. Esta lógica está, en mayor o menor medida, presente en las tres prestaciones económicas del SAAD.
- El objetivo de promover un mercado de servicios profesionales, que ha sido una de las ideas fuerza en la configuración de prestaciones como la Allocation Personnalisée d'Autonomie francesa. Esta lógica está presente, sobre todo, en la prestación vinculada.

- La intención de proporcionar recursos adicionales a los magros presupuestos de las familias con miembros dependientes, que guarda un estrecho paralelismo con la concepción de prestaciones como la *Indennità de Accompagnamento* italiana. Esta lógica está presente en la prestación por cuidados en el medio familiar.

Estas lógicas inspiradoras, que no siempre son explícitas, informan la configuración de las prestaciones. Así, en el Reino Unido, donde la presión del movimiento de “vida independiente” a favor del empoderamiento de las personas con discapacidad ha ido cambiando la percepción de los cuidados de larga duración, poniendo el acento en la elección del usuario, se ha ido avanzando hacia un sistema basado en presupuestos individuales de cuidado que faciliten la participación de los usuarios en la planificación de la atención; en Francia, la asignación de la *Allocation Personnalisée d’Autonomie* está acompañada de un plan de atención cuya ejecución se vigila de cerca, mientras que en Italia la *Indennità de Accompagnamento*, que se concede por el INPS a todas las personas que necesitan atención, independientemente de la edad y la situación económica, es un subsidio simple que se usa para complementar los ingresos familiares y no va acompañado de ningún plan de atención ni control de uso, por lo que la cantidad pasa a la economía familiar y en la práctica se puede utilizar para cubrir los gastos incluso fuera de la esfera de la atención (Georgantzi, 2010, 21). En contraste con la *Indennità de Accompagnamento*, las ayudas locales para cuidados que gestionan los municipios italianos tienen en cuenta los ingresos y el nivel de dependencia, sus beneficiarios son personas con altos niveles de dependencia y bajos ingresos, y normalmente van unidos a un

plan de cuidados cuya implementación es estrechamente monitorizada.

La figura de los presupuestos personales o individuales de cuidado (*individual budgets*), sobre la que pivota el sistema de prestaciones de pago directo en el Reino Unido (*Direct Payments Scheme*) tiene el objetivo de facilitar la implicación de los usuarios en la planificación de los cuidados, controlar mejor la calidad de la atención y garantizar su ajuste a los deseos y preferencias de los usuarios (DH, 2006). Los programas basados en presupuestos personales pretenden ir más allá de los actuales mecanismos de pago directo y proporcionar un enfoque más holístico y personalizado. Como ha señalado Georgantzi (2010, 49), probablemente el futuro de los pagos en efectivo esté en los presupuestos personales, que dan a los usuarios control y poder de negociación, acompañados de un plan de atención que facilite las decisiones apropiadas de atención.

En cualquier caso, el factor que más está pesando en el crecimiento de las prestaciones económicas frente a los servicios directos como técnica de atención a las personas en situación de dependencia es, sin duda, el ahorro de costes, pues la prestación de servicios es, en general, más cara que el pago en efectivo. En el caso de la prestación por cuidados en el medio familiar, a este menor coste para las administraciones se une el mayor atractivo que esta prestación tiene para las familias frente a un servicio sujeto a condiciones de copago, máxime cuando además puede cobrarse con efectos retroactivos a partir del sexto mes desde que se inicia el procedimiento.

Parece procedente, por ello, recordar una vez más los riesgos que los sistemas basados en

pagos en efectivo suponen para la calidad de la atención y del empleo. Como han señalado Glendinning y Kemp (2006), los pagos en efectivo hacen muy difícil el control de la calidad de la atención, sobre todo cuando la atención se presta en el domicilio, y cuando no cubren el valor real de los cuidados, pueden contribuir a promover la precariedad (salarios bajos con un mínimo de derechos sociales). Aunque en general se considera que la atención domiciliaria puede ser capaz de responder mejor a las necesidades y expectativas personales, la atención en un ambiente informal no es necesariamente de mejor calidad. Como la mayoría de los cuidadores no profesionales reciben poco o ningún entrenamiento, el riesgo de atención inadecuada no está ausente, especialmente cuando no se controla el destino de las prestaciones.

Estas consideraciones han estado presentes en los debates y las decisiones adoptadas en relación con nuestro sistema de atención, que han intentado lograr un equilibrio entre el apoyo al cuidado informal como un medio para contener los costos y la promoción de la atención formal para mejorar la calidad de la atención. A este respecto, conviene destacar que, tras las modificaciones introducidas por el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de 25 de enero de 2010, adoptado para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, para la concesión de esta prestación se requiere que el beneficiario esté siendo atendido mediante cuidados en el entorno familiar con carácter previo a la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia, que se identifique una persona cuidadora principal que, salvo casos excepcionales, ha de ser un familiar de

hasta el tercer grado que cuente con la capacidad física y psíquica suficiente para desarrollar adecuadamente por sí misma las funciones del cuidado y apoyo y disponga de tiempo de dedicación suficiente para atender a la persona beneficiaria en aquellas situaciones en que necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria, y que existan condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda.

Aunque en la regulación se especifica que la atención y cuidados que preste el cuidador o cuidadora no profesional a la persona beneficiaria se han de desarrollar en el marco de la relación familiar y, en ningún caso, en el de una relación contractual, ya sea laboral o de otra índole, en la práctica es relativamente frecuente que el importe de la prestación se dedique a retribuir a cuidadores no familiares, contratados muchas veces como empleados domésticos y, en bastantes casos, de forma irregular, lo que además de comprometer la calidad de los cuidados (aun cuando el familiar identificado como cuidador supervise la atención prestada por el cuidador contratado), impide los retornos que se derivarían de la contratación formal de un cuidador profesional.

El necesario reequilibrio de las prestaciones del SAAD, ante el excesivo peso que ha alcanzado la prestación económica para cuidados en el medio familiar, debe conciliarse con el respeto del principio de participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familiares y entidades que las representan, participación que debe garantizarse, en particular, a la hora de establecer el Programa Individual de Atención. Conciliar esta libertad con la existencia de recursos limitados y con la excepcionalidad de las prestaciones econó-

micas no es imposible, y requiere conjugar las opciones de la persona afectada y un mínimo seguimiento de la eficacia en la intervención social cuando el derecho se concreta por la vía de la prestación económica, estableciendo controles sobre su aplicación.

En ese sentido, el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de 25 de enero de 2010 para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, establece que en la resolución por la que se reconoce la prestación se deberán tomar en consideración las preferencias manifestadas durante el trámite de consulta por la persona beneficiaria y, en su caso, su familia o entidades tutelares que la representen, siempre que dichas preferencias se inclinen por una modalidad de intervención que sea adecuada a las necesidades de la persona en situación de dependencia.

Resulta imprescindible, además, adaptar la cartera de servicios y la forma de prestación de los mismos a la realidad, incluyendo, en el caso de que se opte por la prestación económica de cuidados en el medio familiar, servicios directos al cuidador (apoyo, formación, respiro, etc.), y ejerciendo a la vez un control real y directo de la situación en la que se encuentra quien recibe el cuidado. También es necesario hacer aflorar la ocupación irregular (cuidadores sin contrato y con nula o muy baja formación) que, en muchos casos, se está financiando con la prestación de cuidados en el medio familiar.

Además de las medidas ya adoptadas para reconducir el crecimiento de las ayudas económicas para cuidados en el medio familiar (cuyo éxito no parece haber sido mucho, a la vista de la composición actual de la oferta presta-

cional), y de las que, por la vía de los hechos, se podrían estar aplicando en algunas comunidades autónomas para paralizar los expedientes de concesión de ayuda económica para el cuidador (Morán Breña, 2012a), hay otras medidas que, con un costo más que razonable, permitirían conciliar la libertad de elección del usuario, la calidad de atención y un efecto positivo sobre la cantidad y calidad de empleo. Aunque en una situación como la actual, dominada por el frenesí de los recortes, pudiera parecer extemporáneo plantearlas (son, sin duda, malos tiempos para la lírica), no quiero terminar este artículo sin dedicar algunas líneas a exponerlas.

Si de verdad se quieren promover los servicios profesionalizados prestados a través de la red pública, por los que apostó inequívocamente la LAPAD (art. 14.2), el SAAD deberá contar con una red de infraestructuras de centros y servicios suficientemente desarrollada, capaz de prestar los servicios reconocidos en la Ley con unos niveles adecuados de intensidad y calidad. Hoy por hoy, sin embargo, la red de infraestructuras es claramente insuficiente para responder a esta apuesta de la Ley. Por ello, es prioritario abordar el desarrollo de la red de infraestructuras.

La crisis económica que atravesamos, con sus efectos negativos sobre la inversión y el empleo, no debería ser óbice para ello, sino muy al contrario, pues es precisamente esa situación de crisis la que hace más necesario que nunca abordar el desarrollo de las infraestructuras precisas para el desarrollo e implantación real de la LAPAD, pues ese desarrollo contribuirá a aminorar el impacto de la crisis y a generar empleo, actividad económica y tejido empresarial.

El incremento de las infraestructuras y servicios necesarios para proporcionar una adecuada atención de las situaciones de dependencia supondrá, sin duda, un importante esfuerzo económico. Sin embargo, dejar de abordar esos gastos representará un enorme coste de oportunidad pues, si no se desarrollan esas infraestructuras y servicios, las presiones de atención de las personas dependientes sobre el Sistema Nacional de Salud se incrementarán considerablemente. Y a nadie se le oculta que cubrir las necesidades de atención de las personas dependientes a través del sistema de salud resultará, a la larga, mucho más costoso y menos eficiente que hacerlo mediante el SAAD.

La inversión en infraestructuras debería contemplar no sólo la ejecución de obra nueva, sino también actuaciones de adaptación y rehabilitación para adecuar recursos existentes que están infrautilizados, y tendría que complementarse con una iniciativa dirigida a incorporar gradualmente al SAAD una parte importante de las plazas residenciales y de atención diurna que actualmente están vacías, aunque cumplen con los requisitos de acreditación, para lo cual será necesario fijar tarifas de concertación que sean acordes con los costos reales de cada tipo de plaza. Solo así podrá superarse el actual modelo de atención centrado en los cuidados familiares, que descansa básicamente en las mujeres del entorno familiar.

Para ello, es necesario que los poderes públicos asignen recursos presupuestarios suficientes para desarrollar e implantar el SAAD, entendiendo que esos recursos no sólo se estarán dedicando a mejorar la calidad de atención a las personas en situación de dependencia, sino también, y de forma muy directa y efectiva, a la creación de empleo. Junto a la necesidad de

dotar, como exige la LAPAD, recursos financieros suficientes, debe también avanzarse en la construcción de un modelo organizativo, de gestión y de provisión de servicios que sea eficiente. Esa eficiencia requiere, entre otras cosas, mejores formas de coordinación interadministrativa (especialmente entre las comunidades autónomas y las corporaciones locales) e inter-sistemas (entre el SAAD y el Sistema Nacional de Salud), la plena integración del SAAD dentro del sistema de servicios sociales, la acreditación de la calidad y la colaboración con la iniciativa social y con la iniciativa privada, colaboración que debe asentarse en un marco claro y estable de relación, en el que defina el papel que cada parte ha de tener en los planes de desarrollo de infraestructuras y en la provisión y gestión de los servicios.

Una medida que podría contribuir a hacer compatible el deseo de muchas personas de recibir cuidados en el medio familiar con la calidad de un servicio profesionalizado sería vincular, de forma imperativa, los cuidados familiares y no profesionales financiados por el SAAD, en el caso de grandes dependientes y dependientes severos, a un servicio profesionalizado de ayuda a domicilio o centro de día (García Herrero, 2011, 65). Se trata de una medida que tendría un costo bastante contenido, y que además viabilizaría la atención comunitaria en bastantes casos en los que, en el supuesto de incompatibilidad de prestaciones, el agravamiento de la situación de dependencia haría imperativo el recurso a la atención institucionalizada. Aunque una medida de este tipo ya fue sugerida en el informe del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la LAPAD (Cervera y otros, 2009), que apostaba por la combinación de la prestación por cuidados familiares

con servicios de proximidad, particularmente en el caso de la dependencia grave, los planteamientos sobre los que actualmente están trabajando los responsables del SAAD parecen ir en la dirección contraria, pues contemplan, como ya se ha indicado, la eliminación de la compatibilidad entre las distintas prestaciones, con excepción de la teleasistencia.

Otra medida implantada con éxito en países de nuestro entorno, es la introducción de la gestión de caso como método de abordaje de la atención. La gestión de caso vincula y coordina la asistencia procedente de los servicios públicos, proveedores privados, familiares y amigos, permitiendo satisfacer de manera integral y eficiente las complejas necesidades de atención de la persona en situación de dependencia. Entre las funciones del gestor de caso está la asesoría a las personas dependientes y a sus familias en lo que respecta a la organización de la atención y la búsqueda de servicios de atención adecuados.

4. BIBLIOGRAFÍA

CERVERA MACIÀ, M., HERCE SAN MIGUEL, JA., LÓPEZ CASASNOVAS, G., RODRÍGUEZ CABRERO, G. y SOSVILLA RIVERO, S. (2009), Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Madrid, Recurso en línea, <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/comisionexpertos-informe-01.pdf>.

Department of Health, DH (2005): "Independence, Well-being and Choice. Our vision for the future of social care for adults in England (Green Paper)". Department of Health, Londres.

GARCÍA HERRERO, Gustavo (2011): "El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada". *Zerbitzuan*, 49, 55- 70.

GEORGANTZI, Athina-Eleni (2010). *The Impact of the Crisis on Cash-for-Care Schemes for Dependent Elderly. A Comparative study of France, Italy and England*. University of Leuven - Institute of Social Law. Lovaina (Bélgica).

GLENDINNING, Caroline y KEMP, Peter (2006): *Cash and care: Policy challenges in the Welfare State*. The Policy Press, Bristol.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2005): *La atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2011): *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 1 de mayo de 2011*. IMSERSO, Madrid.

JIMÉNEZ LARA, Antonio (2011): "Haciendo de la necesidad virtud: la atención a las personas en situación de dependencia como vector del crecimiento del empleo". *CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa*. Nº 71, agosto 2011, 129-146.

MORÁN BREÑA, Carmen (2012a): "El freno a los dependientes leves no ha servido para atender a los graves". *El País*, 17 de mayo de 2012, p. 27.

MORÁN BREÑA, Carmen (2012b): "El Gobierno estudia subir la 'nota de corte' para acceder a la dependencia". *El País*, 19 de mayo de 2012, p. 41.

RODRÍGUEZ CASTEDO, Ángel, y JIMÉNEZ LARA, Antonio (2010): *La atención a la dependencia y el empleo. Potencial de creación de empleo y otros efectos económicos de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, Fundación Alternativas, Madrid.

RODRÍGUEZ CASTEDO, Ángel y JIMÉNEZ LARA, Antonio (2011): "Nuevas necesidades nuevos derechos, nuevos empleos: Dependencia y creación de empleo", *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 93/2011, pp. 9-44.

ENFERMEDAD MENTAL Y DEPENDENCIA

JOSÉ MARÍA GARCÍA MARTÍN
Técnico en Servicios Sociales.

Sumario

1. LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES: FENÓMENO COMPLEJO DE SALUD.

- 1.1. Naturaleza de los trastornos graves.
- 1.2. Trastornos mentales y discapacidad.
- 1.3. Los trastornos mentales graves en la ley 39/2006 de autonomía y dependencia.

2. UN MODELO DE ATENCIÓN PARA LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES.

- 2.1. Atención integral y coordinación inter-sectorial.
- 2.2. Modelo comunitario de atención integral.

3. OTRA FORMA DE INTERVENCIÓN PERSONALIZADA A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES.

- 3.1. Calidad de vida.
- 3.2. Planificación Centrada en la Persona.

4. A MODO DE CONCLUSIÓN.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES: FENÓMENO COMPLEJO DE SALUD

En un Trastorno Mental Grave (TMG) están afectadas muchas dimensiones de la persona y del entorno. La persona con TMG presenta una gran variedad de necesidades y éstas requieren múltiples apoyos.

Los trastornos mentales en su conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Se estima que en una de cada cuatro familias hay al menos una persona con trastornos mentales.¹

En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que el 9 por ciento de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad, que algo más del 15% lo padecerán a lo largo de su vida y que estas cifras se incrementarán considerablemente en el futuro.

Diversos estudios convergen en estimar que en torno al 0,35% de la población general presenta un trastorno mental grave. Según esto, en España habría aproximadamente 165.165 ciudadanos con esta enfermedad severa. (Estos datos se confirman más adelante).

No existen suficientes datos para valorar el coste económico exacto que esta carga de enfermedad supone en Europa, pero se estima que está entre el 3 y el 4% del PNB, de los cuales el 46% corresponde a costes sanitarios y sociales directos y el resto a gastos indirectos derivados de la pérdida de productividad, asociada fundamentalmente a la incapacidad laboral.

Más de la mitad de las personas con trastornos mentales que necesitan atención no la reciben y, de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe una atención adecuada y de calidad. En España no existe un único modelo de prestación de servicios, pero todos se caracterizan por la escasez e insuficiencia de sus recursos y por la fragmentación y descoordinación de las redes intervinientes. En nuestro país, el soporte principal de las personas con trastornos mentales sigue siendo las familias. La dedicación al cuidado de las personas con trastornos graves supone de 6 a 9 horas diarias, sobre todo de la madre o hermanas del enfermo, y lleva consigo sentimientos de pérdida, restricciones sustanciales en la vida social y efectos negativos sobre la vida de familia, añadiéndose pérdida de oportunidades laborales y en muchos casos la merma de la salud de la persona cuidadora.

1.1. Naturaleza de los trastornos mentales graves

Se entiende por población con trastornos mentales graves a las: "personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos, (esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y/o depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, trastornos graves de la personalidad,...), que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como higiene personal, autocuidado, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc., y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo, muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su

¹ Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

duración según los casos” (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981).

Los trastornos mentales graves se presentan siempre como un fenómeno complejo en el que quedan afectadas diversas dimensiones de la persona. No sólo aquellas que tienen que ver con la enfermedad mental misma, sino también las que habitualmente se derivan como consecuencia de esa enfermedad y que tanto impacto tienen en el bienestar de la persona y de su entorno inmediato. De acuerdo con el nuevo marco conceptual elaborado por la O.M.S., las primeras están descritas y catalogadas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y las que tienen que ver con las consecuencias de la enfermedad son objeto de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001). La CIE y la CIF son clasificaciones complementarias que con su utilización conjunta se describe un rango más completo de información sobre el estado de salud de una persona con una enfermedad mental.

La diversidad y complejidad de las dimensiones afectadas en una persona con trastorno mental grave a lo largo de su proceso vital genera como es lógico un amplio espectro de necesidades, que requieren de una amplia gama de apoyos. Los principales servicios y prestaciones requeridos son:

- **Servicios de acompañamiento y medidas contra posibles discriminaciones en el acceso y utilización de recursos comunitarios normalizados** (escuela, centros sanitarios, equipamientos deportivos,...).
- **Servicios sociales y apoyos que les garantizan el bienestar material básico y el derecho**

a vivir lo más independientemente posible, como residencias, centros de día, viviendas tuteladas o servicios de apoyo en el hogar y la garantía de unos ingresos dignos para la subsistencia (pensiones, subsidios,...).

- **Servicios y tratamientos sanitarios especializados:** detección precoz, diagnóstico, tratamientos en atención primaria, servicios de salud mental, unidades de crisis, hospital de día, etc.
- **Servicios especializados de rehabilitación psicosocial:** desarrollo personal, entrenamiento en las actividades de la vida diaria, desarrollo de competencias y habilidades sociales, autocontrol y afrontamiento de stress, psicoeducación, intervención con familias,...
- **Medidas y servicios de rehabilitación profesional y de apoyo a la inserción laboral:** formación profesional (cursos de Garantía Social, Talleres de Empleo, Centros de Recuperación laboral,...), servicios de intermediación laboral (orientación profesional, servicios de ajuste personal y social, servicios de colocación,...) y medidas de apoyo al empleo (Empleo protegido, Empleo con Apoyo, Enclaves Laborales y Empleo Ordinario).
- **Medidas de apoyo a la familia y a la integración social** mediante actividades de ocio y tiempo libre en entornos normalizados o creación de grupos de ayuda mutua, fomento del voluntariado e impulso y ayuda al asociacionismo.

Además, la atención de las necesidades y problemas de las personas con TMG no se pueden circunscribir a las intervenciones sobre la persona y exige una acción combinada sobre la

persona y sobre los factores ambientales que actúan de obstáculos o facilitadores de su recuperación e integración. Entre éstos destacan los apoyos y relaciones interpersonales, en especial los familiares, los estereotipos y discriminaciones en normas criterios y prácticas y las actitudes que influyen en los comportamientos. Esta parte de la intervención con demasiada frecuencia se obvia o se minusvalora.

1.2. Trastornos mentales y discapacidad

Los TMG tienen, pues, la doble consideración de personas enfermas y de personas con discapacidad. Una parte de estas últimas, a su vez, puede que sean valoradas como personas en situación de dependencia.

Esta doble calificación tiene en sí misma varias ventajas para el colectivo. En primer lugar, el reconocimiento de las personas con enfermedad mental como personas con discapacidad o personas en situación de dependencia las habilita para acceder a las medidas y recursos que conforman el sistema de equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad. Dicha calificación es la "puerta de acceso", por ejemplo, para los servicios y prestaciones del Sistema de Servicios Sociales (que incluye el Sub-sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), a la Seguridad Social no contributiva, a los servicios y prestaciones del Sistema Público de Empleo para la inserción laboral de las personas con discapacidad y a los beneficios fiscales de diversa índole previstos para estos colectivos en el Sistema Tributario Español.

Otra de las ventajas que tiene la conceptualización de la enfermedad mental como discapacidad, tal como se apuntó ya antes, es que

con ello se aporta un enfoque más comprensivo del problema complejo de salud que conocemos como "Trastorno Mental" y, desde luego, se amplía y complementa la idea predominante hasta ahora de que es un fenómeno básicamente sanitario. Se extiende el análisis, y consecuentemente la intervención, a todo aquello que atañe a los efectos que esta enfermedad tiene para el propio enfermo y para el entorno, como puede ser la familia. Se añade a los esenciales datos de la etiología, sintomatología y tratamientos sanitarios, informaciones sobre las "deficiencias" o problemas en las funciones o estructuras corporales, sobre las "limitaciones en la actividad" o dificultades de la persona en el desempeño de una actividad y sobre las "restricciones en la participación" que son los problemas que una persona con una enfermedad o lesión puede experimentar a la hora de involucrarse en una situación, por ejemplo en las relaciones interpersonales, o a la hora de participar en igualdad de condiciones con el resto de sus conciudadanos (en la escuela, en el trabajo, en el ocio, etc.). También interesa conocer si estos factores ambientales (familia, comunidad, pautas culturales, etc.) se comportan como "obstáculos" o como "facilitadores" en el logro de la mayor calidad de vida de estas personas.

La asociación enfermedad mental con discapacidad-dependencia puede contribuir no sólo a una comprensión mejor y más completa del trastorno mental y al acceso a otras prestaciones y servicios fuera del Sistema de Salud, también puede aportar, en mi opinión, otra forma de trabajar la atención a estos colectivos.

En efecto, frente al modelo biologista que considera la discapacidad o la enfermedad como un problema personal de salud que re-

quiere tratamiento individual, en la actualidad ha ido ganando terreno el modelo social que sostiene que la discapacidad se explica también por las desventajas que un individuo con déficits (por ejemplo, trastornos mentales) experimenta a la hora de participar en igualdad de condiciones al resto de sus conciudadanos. Estas desventajas no son imputables sólo a esos déficits existentes en la persona, sino también a factores del entorno que actúan de obstáculos contra la igualdad de oportunidades. Desde esta perspectiva, la discapacidad se entiende como un fenómeno social que como tal exige una actuación pública supraindividual encaminada a lograr cambios ambientales y sociales que posibilitan la participación plena de estos colectivos.

Este enfoque social o ambientalista ha contribuido a la formulación del “enfoque de los derechos humanos” que es el que predomina en la actualidad. En nuestro país, se inicia en la Constitución y culmina con la ratificación con fecha 3 de diciembre de 2007 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006).

En síntesis, este enfoque hace hincapié en que estas personas tienen iguales necesidades que las demás y en tanto ciudadanos tienen iguales derechos que el resto de ciudadanos. Tienen, no obstante, menos oportunidades a la hora de disfrutar, en igualdad de condiciones, de los derechos reconocidos. Por ello, nuestra Constitución les reconoce el derecho a la igualdad de oportunidades, que corresponde garantizar a los poderes públicos mediante la promoción de las condiciones necesarias para que esa igualdad sea efectiva y mediante la remoción de aquellos obstáculos que impidan o dificulten su participación en la vida política, econó-

mica, cultural y social (Constitución Española. Art. 9.2). Estas garantías se concretan en medidas de acción positiva (tratos más favorables y apoyos complementarios) o medidas contra la discriminación directa (prohibición del acoso y de normas, criterios y prácticas de exclusión) e indirecta (entornos, productos y servicios no accesibles o no utilizables por igual por todas las personas). Este enfoque tiene base legal en nuestro país: las medidas de acción positiva en la LISMI (1982) y en la LAPAD (2006) y sus normas de desarrollo, y las medidas contra la discriminación en la LIONDAU (2003).

1.3. Los trastornos mentales graves en la Ley 39/2006 de Autonomía y Dependencia

1. ¿Contempla bien esta Ley las situaciones de los enfermos mentales, especialmente de los trastornos más graves?

Sin duda. Sobre todo por el esfuerzo que se hizo en la última fase de la tramitación de la Ley para que la especificidad de los enfermos mentales se contemplase mejor y, sobre todo, se visualizara de forma más nítida en el texto de la Ley y en los sucesivos Reglamentos.

Esto supuso, entre otras cosas, redefinir el concepto de dependencia resaltando mucho más los componentes de autonomía personal y de necesidades de apoyo, crear una Escala específica para valorar las situaciones de dependencia de las personas con discapacidad intelectual y de aquellas con enfermedad mental y tener un especial cuidado a la hora de determinar el contenido e intensidades de los servicios del catálogo de forma que pudieran amparar diferentes situaciones dentro de la dependencia.

El esfuerzo mayor, sin duda, se centró en el sistema de valoración de la dependencia, recientemente reforzado. Se crea un Baremo específico, en el que se introduce una actividad nueva “Toma de decisiones” que obligó a una re-ponderación a la baja del resto de actividades y

tareas, de naturaleza más física-motórica. Además, posteriormente, en los criterios e instrucciones de aplicación se hizo más hincapié en los componentes cognitivo y volitivo a la hora de valorar el desempeño de las diferentes tareas. (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1

VALORACIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA

NIVEL DE DESEMPEÑO	PROBLEMAS EN EL DESEMPEÑO
<ul style="list-style-type: none"> • Positivo. • Negativo por dependencia. • Negativo por otras causas. • No aplicable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problema físico. • Problema mental. • Ambos.
ACTIVIDADES QUE SE VALORAN	
<ol style="list-style-type: none"> 1.- Comer y beber. 2.- Higiene personal. 3.- Lavarse. 4.- Cuidados personales. 5.- Vestirse. 6.- Mantenimiento de la salud. 7.- Cambiar y mantener la posición del cuerpo. 8.- Desplazarse dentro del hogar. 9.- Desplazarse fuera del hogar. 10.- Realizar tareas domésticas. 	
FRECUENCIAS DEL APOYO	TIPO DE APOYO
<ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca. • Algunas veces. • Bastantes veces. • Mayoría de las veces. • Siempre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión. • Física parcial. • Sustitución máxima. • Apoyo especial.

Se puede asegurar que, tras la aplicación a más de 2.200.000 solicitantes de prestaciones y servicios, y con la publicación de las instrucciones de aplicación y la subsiguiente formación de los equipos de valoración, el Baremo actual es sensible a las peculiaridades de los enfermos mentales y es capaz de detectar quienes de este colectivo son dependientes, discriminando también los grados y niveles de severidad de su situación de dependencia.

2. ¿Cuántas personas con enfermedad mental han sido valoradas como personas en situación de dependencia?

Ya se ha visto que la mayor parte de las personas con una enfermedad mental tienen simultáneamente una discapacidad, pero no todas éstas se encuentran en una situación de dependencia.

Las personas con discapacidad son aquellas que tienen limitaciones significativas a la hora de realizar una amplia gama de actividades, las personas en situación de dependencia igualmente tienen limitaciones, pero éstas se circunscriben a las actividades de la vida diaria y son tan severas que precisan de apoyos externos para poder realizarlas. Cuando se habla de personas dependientes nos estamos refiriendo al segmento más grave del colectivo de personas con discapacidad.

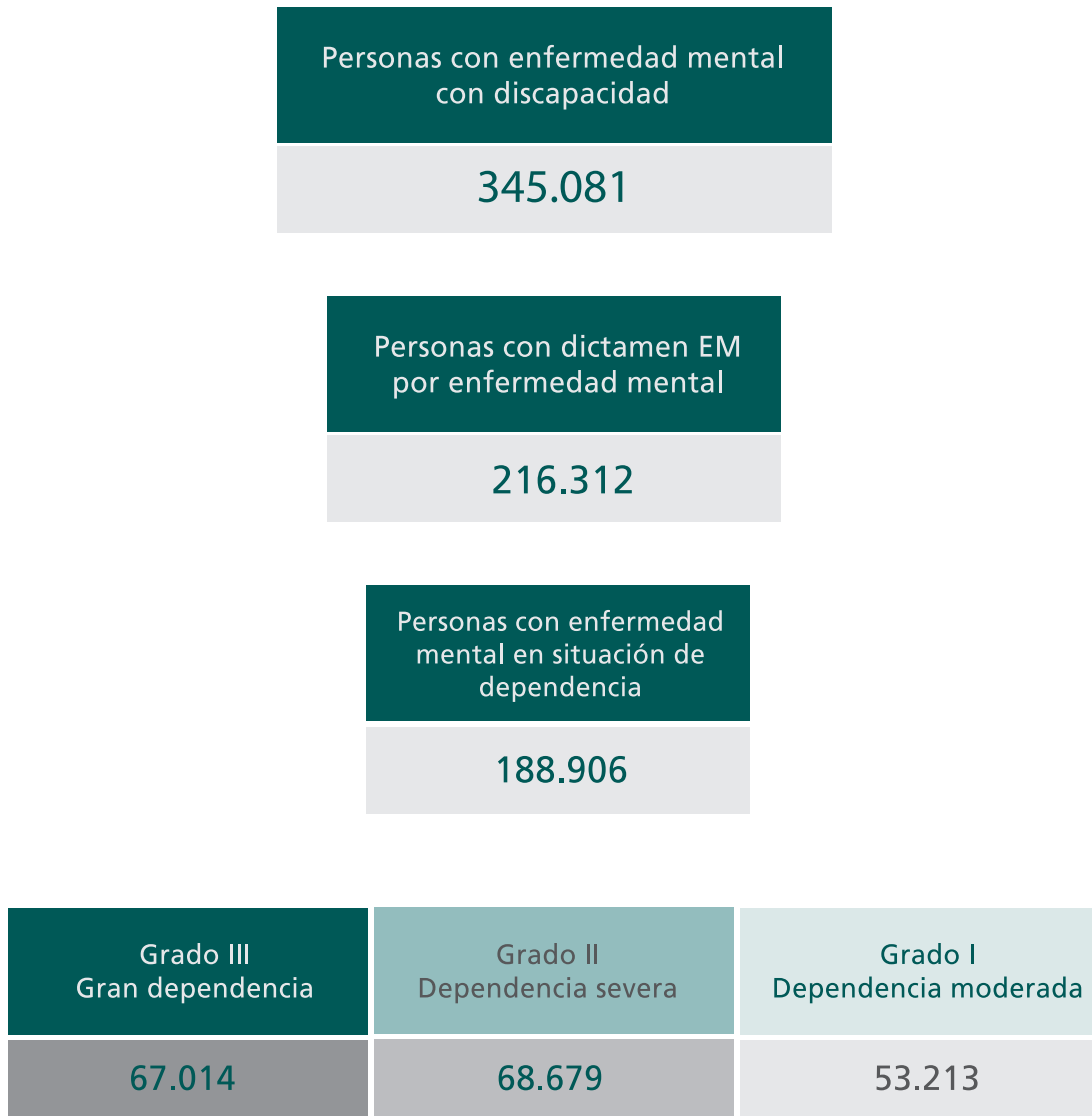
Es conveniente hacer otra precisión: no es lo mismo datos estimados a partir de encuestas, que datos registrados. Estos últimos expresan a todas aquellas personas que, tras un procedimiento individualizado, han sido catalogadas e inscritas formalmente en una base de datos o registro. Hay que pensar que hay personas con un trastorno mental que por razones varias

(desconocimiento, no necesitar recursos públicos, etc) no han sido calificadas como discapacitadas o dependientes, y por tanto no figuran en ningún registro estatal.

Teniendo en cuenta las anteriores precisiones, según la Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad (Informe al 31-12-2009) en esos momentos había en España **345.081 personas** diagnosticadas con discapacidad como consecuencia de una deficiencia (enfermedad) mental.

En la Base de Datos del Sistema de Información del SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), a 1 de abril de 2012, se recogían 563.167 dictámenes a los que se les había aplicado el Baremo específico DI/EM pertenecientes al total de CCAA. Este Baremo valora las situaciones de dependencia de las personas con retraso mental y trastornos del desarrollo, las demencias y la enfermedad mental.

A partir de una muestra de cerca de 70.000 dictámenes DI/EM, de los que conocemos el diagnóstico que genera la dependencia, se sabe que el 38,41 por ciento de esos dictámenes corresponden a personas con enfermedad mental, que por extrapolación nos daría una población estimada de **216.312 personas** con trastornos mentales que han sido dictaminadas en España hasta la fecha de hoy. De esta población habría que descontar los que no alcanzaron el grado suficiente (27.406 dictámenes) con lo que las personas con enfermedad mental que realmente han sido reconocidas como dependientes suman **188.906**, que por grados se distribuirían en 67.014 con grado III, 68.679 con grado II y 53.213 con grado I.



3.- *¿Es la LAPAD una ley asistencialista y poco flexible, no muy apropiada para los enfermos mentales?*

Se ha acusado a la LAPAD, fundamentalmente desde sectores de dependientes con población joven, de una ley marcadamente asistencialista, que nació desde y para atender las situaciones de las personas mayores.

Cuando se analiza su desarrollo reglamentario, vemos, no obstante, que el SAAD ofrece un amplio abanico de servicios. Las cinco grandes categorías del catálogo (artículo 15 de la Ley) se despliegan, por ejemplo, en 20 diferentes sub-categorías de servicios (ver Cuadro 2), muchos de ellos a su vez con prestaciones diversificadas.

Cuadro 2

SERVICIOS DEL SAAD

1. Prevención de las situaciones de dependencia con el objeto de prevenir el agravamiento de su grado y nivel de dependencia.

- 1.1. Promoción de condiciones de vida saludables.
- 1.2. Programas específicos de prevención o de rehabilitación.

2. Servicios de promoción de la autonomía personal, que tienen por finalidad desarrollar y mantener la capacidad de la persona en el control de su propia vida y facilitar la ejecución de las ABVD.

- 2.1. Rehabilitación y terapia ocupacional.
- 2.2. Atención temprana.
- 2.3. Estimulación cognitiva.
- 2.4. Recuperación autonomía funcional.
- 2.5. Rehabilitación psicosocial.
- 2.6. Apoyos personales / viviendas tuteladas.
- 2.7. Otros: asesoramiento, acompañamiento activo,...

3. Servicio de teleasistencia ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento con el fin de favorecer la permanencia de las personas usuarias en su medio habitual.

- 3.1. Apoyo inmediato y seguimiento permanente a través de llamadas telefónicas.
- 3.2.- Movilización de recursos comunitarios ante situaciones de emergencia.

4. Servicio de Ayuda a Domicilio con el fin de atender las necesidades de la vida diaria e incrementar su autonomía, posibilitando la permanencia en su domicilio.

- 4.1. Atención personal en ABVD.
- 4.2. Servicios domésticos
- 4.3. Atención y apoyo psicosocial.

5. Servicios de Centro de Día y de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.

- 5.1. Servicios básicos: de asistencia AVD, transporte y manutención.
- 5.2. Servicios especializados: atención social, atención psicológica, terapia ocupacional, programas de intervención y cuidados de salud.
- 5.3. Programas con familias: información, formación, promoción de la autoayuda.

6. Servicios de atención residencial que ofrecen una atención integral y continuada de naturaleza social y sanitaria.

- 6.1. Programa de preingreso y acogida al centro.
- 6.2. Servicios básicos de alojamiento, manutención, asistencia ABVD.
- 6.3. Servicios especializados: atención médica y de enfermería, atención psicológica y social, programas de intervención, asesoramiento y apoyo a familias.

Tal oferta es lo suficientemente diversificada como para poder atender, en el segmento de la atención integral que le corresponde, a los diferentes colectivos que puedan estar en situación de dependencia. Entre ellos, a las personas con trastornos mentales graves, para quienes se contemplan prestaciones y servicios muy adecuados. Por ejemplo: estimulación cognitiva, habilitación psicosocial, viviendas tuteladas, acompañamiento activo, ayuda a domicilio con atención y apoyo psicosocial, Centros de día de atención especializada y Centros de atención residencial específicos. A nuestro entender, las múltiples situaciones de dependencia que pueden tener las personas con trastornos mentales graves están amparadas por la Ley, y también tienen cabida en ella los programas de orientación rehabilitadora, si bien precisan complementarse con prestaciones externas al Sistema, por ejemplo con medidas de apoyo al empleo.

Cierto es que la situación de dependencia es un proceso dinámico que en la mayoría de los casos cursa con deterioros progresivos. ¿Prevé la Ley estas situaciones tan cambiantes?. Está claro que la Ley define la dependencia como una situación compleja, diversa y en evolución, de ahí su valoración en grados y niveles. También, mediante la calificación de la severidad se da un primer ajuste entre necesidades y servicios a prestar. El mecanismo básico, no obstante, para ajustar las prestaciones a las necesidades cambiantes de la persona dependiente es el PIA. Éste no deja de ser un instrumento, y como tal dependerá de su utilización el que el SAAD se convierta en un Sistema sensible a los cambios o un mero ente certificador de situaciones permanentes.

2. UN MODELO DE ATENCIÓN PARA LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

La atención de las múltiples y variadas necesidades de las personas con TMG pasa por la coordinación de las redes implicadas, preferentemente en un ámbito local.

No existe un modelo único de atención a las personas con trastornos mentales. Durante años estos colectivos disponían de una red propia bastante homogénea, fuera del Sistema Sanitario, bajo responsabilidad de las Diputaciones Provinciales y centrada en el Hospital Psiquiátrico. A partir de la Reforma Psiquiátrica (1985) se apuesta por otro enfoque basado en recursos intermedios de ámbito comunitario (centros de salud mental, hospitales de día,...) integrados en el Sistema Nacional de Salud. Fue el período de la des-institucionalización que no vino acompañada de una red de dispositivos comunitarios suficiente. Por otra parte, fue un movimiento enteramente sanitario, planeado como autárquico aunque con vinculaciones crecientes con la red general de servicios sanitarios. Se correspondía este enfoque, a su vez, con una disociación entre enfermedad mental y discapacidad, lo que privaba a estos colectivos de los crecientes beneficios y prestaciones que iban surgiendo en el Sistema de Servicios Sociales. La salud mental era una responsabilidad sanitaria, los Servicios Sociales ignoraban los trastornos mentales. Sólo a partir de la LISMI (1982) empieza el acercamiento entre la enfermedad mental y la discapacidad. Ya en la década de los 90, particularmente con la culminación de las transferencias de los recursos de servicios sociales y posteriormente de sanidad, se inician por las Comunidades Autónomas actuaciones en materia de Salud Mental acordes con la importancia de este problema

de salud: regulaciones normativas, Comités Asesores y Planes de acción. En su mayor parte son actuaciones que ordenan la atención sanitaria en sus diferentes niveles. Sólo en algunas Comunidades se intenta la coordinación entre diferentes Sistemas, con Servicios Sociales fundamentalmente, y con los Servicios de Empleo en menor medida. Las soluciones son diversas, buscando el nexo y la continuidad de los cuidados en instancias intermedias nuevas (red sociosanitaria, fundaciones paritarias,...). En nuestro país, falta una auténtica y persistente política de coordinación de las redes de servicios que intervienen en la atención de las personas con trastorno mental y de sus familias.

Aquí se apuesta por un modelo de atención que supere tanto las fronteras administrativas todavía existentes, como las barreras que subyacen en los enfoques unisectoriales y en la gestión del conocimiento disponible por servicios y profesionales que se consideran demasiado autosuficientes. Este modelo se inscribe en un movimiento más amplio y comparte los mismos retos que nos está planteando la atención al creciente número de personas con enfermedades crónicas y en situación de dependencia en España.

2.1. Atención integral y coordinación intersectorial

La problemática de las personas con TMG y sus familias es, pues, amplia y compleja. Abarca un amplio rango de necesidades, que varían de unas personas a otras, y evolucionan en cada persona a lo largo de su proceso vital. Incluye, además, aspectos personales y otros de naturaleza social.

Resulta evidente que esta compleja trama

de necesidades exige una atención integral, que excede con mucho las competencias de un único departamento o sistema proveedor de servicios. En una atención integral, coherente y continuada, quedan comprometidos los órganos de gobierno y las redes de recursos del Sistema de Salud, puerta de entrada y principal proveedor de servicios de salud mental, pero también los del Sistema de Servicios Sociales, de la Seguridad Social, del Sistema Público de Empleo y del Sistema de Apoyos Informales. Sin olvidar otras redes que tienen un papel no tan importante en el caso de las personas adultas con TMG (Justicia, Educación,...).

No parece conveniente abordar esa complejidad mediante "sistemas totales y autárquicos" que aspiren a proveer todos los cuidados y completar por ellos solos toda la cobertura. La multiprofesionalidad nunca puede suplir la coordinación intersectorial. Tampoco es bueno suplir las carencias de un Sistema por la intromisión de otro con la excusa lógica de la necesidad de ese recurso en la cadena de cuidados continuos.

Esta atención integral y continuada precisa de la cooperación y coordinación de los Sistemas intervinientes, que debe estar fundamentada en el respeto a las competencias de cada Sistema y, en el caso de fronteras borrosas, en convenciones entre las partes. La imprescindible coordinación intersectorial busca ordenar, planificar y organizar la concurrencia y complementariedad de las redes y prestaciones involucradas a fin de asegurar la cobertura de todas las necesidades y la continuidad y coherencia de los cuidados. Son instrumentos básicos de coordinación: planes integrales, programas conjuntos, convenios de colaboración, comisiones de seguimiento y gestores de casos.

2.2. Modelo comunitario de atención integral

Desde la Reforma Psiquiátrica (1985) se viene trabajando en nuestro país por la implantación de un modelo basado en la comunidad, como mejor fórmula para abordar las múltiples y complejas necesidades de las personas con trastornos mentales graves en situación o riesgo de dependencia y de sus familias. La coordinación y cooperación entre redes implicadas es más viable si se realiza en demarcaciones territoriales relativamente pequeñas (comarca, barrio,...).

En un modelo basado en la comunidad, la atención se organiza en el propio entorno donde vive el individuo, potenciando su permanencia e integración en la comunidad del modo más normalizado posible. Los recursos para las personas con TMG (recursos ordinarios y apoyos complementarios) deben, pues, estar próximos, territorializados a nivel local, suficientes para que atiendan la totalidad de sus necesidades, y coordinados para garantizar la continuidad de los cuidados. Esta coordinación implica la cooperación de los diversos organismos públicos y privados que actúan en el sector. Es necesario asentar ésta colaboración institucional sobre bases compartidas: sectorización de funciones y competencias, respeto por la autonomía de cada parte, lealtad institucional y voluntad de colaboración.

Trabajar en un territorio determinado junto con las demás redes intervinientes les obliga a ser organizaciones abiertas, que no sólo trabajan intramuros, que se consideran sólo una parte de la solución, y que por ello se ven obligadas a establecer alianzas, y que este trabajo "hacia fuera" y en red constituye la base de la coordinación intersectorial.

El modelo de atención integral de ámbito comunitario que se defiende como más eficaz para las personas con TMG busca articular a nivel local una ágil oferta de prestaciones sanitarias, de prestaciones sociales y de apoyos al empleo con unas prestaciones económicas garantizadas y con unos buenos apoyos a las familias cuidadoras y a las redes de apoyo informal. La presencia y participación del interesado y del movimiento asociativo que le representa se considera esencial para impulsar y amalgamar elementos tan dispares. Los pilares básicos de este modelo son: protección económica, coordinación sociosanitaria, apoyo a familias y protección de derechos.

El modelo comunitario entronca con el nuevo enfoque de los derechos humanos a la hora de comprender y atender a las personas con enfermedad mental. Reclama prioritariamente programas orientados a favorecer la autonomía personal y autosuficiencia económica como las mejores vías de ejercer su ciudadanía. Este modelo no sólo cambia el foco de la atención desde los déficits de los enfermos a los derechos de los ciudadanos, sino que amplía el campo de acción al hacer más hincapié en los factores ambientales.

3. OTRA FORMA DE INTERVENCIÓN PERSONALIZADA A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Basada en dos paradigmas de reciente implantación: "Calidad de Vida" y "Planificación Centrada en la Persona".

En la base de esta nueva forma de hacer subyace una actitud positiva frente a la dependencia, que valora sobre todo las capacidades frente a las limitaciones y es sumamente respe-

tuosa con los derechos y libertades de la persona dependiente por muy afectada que esté.

Este enfoque proactivo y favorecedor del desarrollo personal va calando progresivamente en las organizaciones, en los servicios que ofrecen y en las prácticas profesionales y el trato dispensado por los demás trabajadores. Las estrategias están orientadas, por muy graves que sean las limitaciones, al desarrollo de la autonomía personal, la vida independiente y la participación activa de las personas en la vida de su comunidad. Se priorizan las políticas activas frente a la mera pensión y el cuidado, tales como la rehabilitación psicosocial, entrenamiento en habilidades y competencias sociales y en actividades de la vida diaria, conocimiento y utilización de los recursos comunitarios normalizados, actividades deportivas y de ocio y organización del tiempo libre, desarrollo de grupos de ayuda mutua, e induciendo igualmente cambios en los entornos que faciliten esa participación e independencia.

3.1. Calidad de vida

Con el concepto calidad de vida se identifica "un movimiento de avance, innovación y cambio en las prácticas profesionales y en los servicios, permitiendo promover actuaciones a nivel de la persona, de la organización y del sistema social". (M. A Verdugo).²

El paradigma de calidad de vida nos ofrece un marco idóneo, fundamentado en la evidencia científica, para cambiar nuestra forma de entender y actuar en relación a los objetivos finales a lograr con las personas con TMG. Actúa de principio organizador de los servicios de apoyo y aporta también criterios de evaluación de la validez social de las prácticas profesionales de apoyo.

A un enfoque integral que contempla todas las necesidades de la persona dependiente, le cuadra mucho más un objetivo final globalizador, que articule, resitue en el proceso y de sentido a las muchas actuaciones parciales que tienen carácter instrumental. Ya no se trata de trabajar sólo sobre los síntomas de la enfermedad mental, de rehabilitar funciones, de entrenar habilidades, de luchar contra la marginación, etc. Todas estas son actuaciones necesarias, imprescindibles en cualquier programa de atención, pero los logros funcionales en estos campos no dejan de ser objetivos intermedios. Su verdadera eficacia radica en saber si contribuyen o no a la mejora de las condiciones de vida, si aportan satisfacción personal y cumplen con las expectativas del destinatario, si mejoran o no la **calidad de vida** de la persona dependiente.

El movimiento surgido en torno al concepto de "Calidad de Vida" se traduce en un cambio conceptual que entre otras cosas enfatiza que la eficacia de la intervención se ha de contrastar en los avances logrados en la calidad de vida del sujeto. Rehúye el concepto de calidad basado en el mero cumplimiento de estándares de servicios y orienta y dispone las instalaciones, las prácticas profesionales y los procedimientos de gestión al logro de **mejoras en el individuo en cuanto persona**.

Para hacer operativo el concepto de "calidad de vida", el modelo plantea conseguir logros finales significativos en ocho diferentes áreas a nivel de la persona consideradas como relevantes por ellas mismas: **bienestar emocional** (satisfacción consigo mismo, aceptación social, trato respetuoso, seguridad, motivación,...), **desarrollo personal** (competencias y habilidades sociales, oportunidades de aprendizaje,

² M.A. Verdugo. INICO. Universidad de Salamanca. Publicaciones varias.

participación en tareas productivas, desempeño de labores domésticas, actividades de ocio, ...), **relaciones interpersonales** (de intimidad y afecto, familiares, de amistad y compañerismo,...), **salud y bienestar físico** (alimentación, cuidados sanitarios, cuidados personales, ejercicio, salvaguarda de peligros,...), **bienestar material básico** (tener pertenencias propias, utilización de dinero, vivir en un hogar confortable o apartamento personalizado, disponer de protección económica, ...), **autodeterminación** (respeto a su proyecto de vida, tener un estilo de vida personal, posibilidad de elegir y de tomar decisiones, manifestación de deseos y preferencias,...), **inclusión social** (contactos sociales en la comunidad, aceptación y respeto de sus compañeros y vecinos, utilización de los servicios comunitarios normalizados, participación en actos sociales,...) y (apoyo a los derechos y libertades individuales, derecho a la intimidad y privacidad, derecho a la confidencialidad, derecho a la información y a la participación en los asuntos que les atañen, protección contra el abuso y maltrato y contra las discriminaciones,...). (Schalock, L.R.).

3.2. Planificación Centrada en la Persona

La Planificación Centrada en la Persona³ es una nueva forma de entender y trabajar con las personas en situación de dependencia, que está muy alineada con el paradigma de Calidad de Vida. Nace en los años 70-80 y aunque su origen parte del colectivo de personas con discapacidad intelectual, es una metodología muy valiosa para la atención de las personas con enfermedades mentales y en general de las personas en situación o en riesgo de dependencia.

Esta metodología de trabajo surgió para dar soporte al nuevo enfoque de los derechos

humanos y en especial al derecho de autodeterminación, tan en riesgo en muchas de las personas adultas en situación de gran dependencia. Se aparta conscientemente del modelo de planificación individual establecido desde la perspectiva de los profesionales y basado en la disponibilidad de servicios. Reivindica el derecho de estas personas a tener una vida independiente y controlada por uno mismo. Ayuda a evitar que se les convierta en meros espectadores de decisiones tomadas por otros y en consumidores pasivos de los cuidados y tratamientos dispensados "bajo prescripción facultativa". (Sennett, R. 2003). La persona pasa de comportarse como usuario a proceder como cliente.

La Planificación Centrada en la Persona, en base al respeto al derecho de autodeterminación, promueve otra forma de trabajar con las personas con necesidades complejas de apoyo en la que es la propia persona quien formula o da el visto bueno a sus propios planes y metas de futuro, y quien decide sobre las estrategias, medios y acciones para ir consiguiendo avances y logros en el cumplimiento de su plan de vida personal.

Familia, amigos y profesionales se constituyen fundamentalmente en grupo de apoyo. La participación de todos estos agentes se materializa en una fórmula peculiar de actuación: el acompañamiento. Consiste éste en un compromiso entre profesionales-persona dependiente-familia en el que se reformulan los papeles y los métodos de apoyo de estos agentes. La persona es el centro del proceso, se le reconoce el protagonismo para organizar su propia vida. Participa y decide finalmente qué objetivos se plantea, de qué oportunidades le gustaría disponer y qué apoyos necesita. El plan persona-

³ Planificación Centrada en la Persona. Cuaderno de Buenas Prácticas FEAPS. 2007.

lizado de apoyo, no obstante, es el resultado de una negociación entre todas las partes que tienen intereses legítimos en la mejora de la situación de esa persona. Los miembros del grupo de apoyo son los encargados de identificar las habilidades y oportunidades en la persona dependiente. Les corresponde también actuar sobre las dificultades personales o los obstáculos socioambientales que impiden el avance en el logro de sus aspiraciones. Suele designarse para cada persona un coordinador que actúa como guía y consultor del proceso de acompañamiento.

Esta forma de trabajar exige un compromiso global de la institución que conlleva cambios organizacionales. Incide sobre todo en la metodología del trabajo y en el papel de los profesionales, aparte de dar mucho más peso a los recursos comunitarios y a las redes naturales de apoyo (familia, amigos, vecinos,...). Varían parcialmente los ámbitos sobre los que se trabaja, con una mayor atención a las oportunidades de desarrollo que ofrecen los estilos de vida y las actividades de la vida diaria. Afecta igualmente a las competencias profesionales, personales y sociales requeridas por los trabajadores con un mayor énfasis en los valores éticos. Respondera los objetivos en función de qué es y qué no es lo deseable desde el punto de vista de la persona con dependencia. Atañe finalmente a los criterios de evaluación, que no se centran tanto en los resultados de los procesos como en la idoneidad de los apoyos prestados y en el cumplimiento de los compromisos adquiridos con la persona dependiente.

4. A MODO DE CONCLUSIÓN

En el barrio imaginario de C... (Valencia) los responsables autonómicos y municipales de Sanidad, Empleo, Servicios Sociales y la Asociación de Personas con Enfermedad Mental de la zona han acordado mediante un Convenio de Colaboración coordinar sus respectivas redes de recursos (conocimiento, servicios y prestaciones). Nace así el Plan Local de Atención Integral a las Personas con Trastornos Mentales y a sus Familias.

El Plan se estructura en tres Programas finalistas: Programa de Prevención, Atención y Rehabilitación Sociosanitaria, Programa de Intermediación Laboral y Apoyo al Empleo y Programa de Atención Residencial y de Apoyo al Alojamiento. En cada Programa constan los objetivos, las redes y servicios participantes en el desarrollo del programa, las medidas y actuaciones a desarrollar por cada interviniente con especificación de los compromisos asumidos, el sistema de acceso y las rutas de derivación de los usuarios a los distintos servicios y las fórmulas de coordinación establecidas.

Existe, además, un programa transversal de reciclaje en este nuevo modelo de atención para responsables y profesionales de las redes intervinientes (“Otra actitud, nuevas prácticas”) que se cuida también de llevar a cabo actuaciones conjuntas de alcance institucional y socioambiental.

En esta ocasión para la articulación de las redes intervinientes, se ha creado un Comité de Coordinación y Seguimiento quien, entre otras funciones, es el encargado de aprobar para cada persona el plan personalizado de acompañamiento y de proponer al interesado su

“Gestor del Caso” entre los profesionales del servicio con más peso en su atención. El Gestor del Caso es el responsable de garantizar la continuidad del itinerario y actúa a su vez como coordinador del Grupo de Apoyo formado por profesionales, familiares y amigos.

A título de ejemplo, A.G.M., de 38 años, trabaja a tiempo parcial en una empresa de envasados de la localidad bajo la fórmula de “empleo con apoyo” y por las tardes participa muy activamente en programas deportivos que organiza el Ayuntamiento y la Asociación. Los fines de semana suele practicar senderismo. Acaba de pasar de una residencia a un piso supervisado, donde convive con otras cuatro personas. Recientemente decidió que era mejor que su “gestor” fuera el supervisor del piso y no el preparador laboral, función ésta que dice no necesitar. De acuerdo con él se ha decidido que en la próxima reunión del Grupo de Apoyo se planteará la necesidad de supervisión en el centro de trabajo.

A.G.M. nos manifiesta que se siente más satisfecho en esta nueva situación, aunque también tiene sus momentos malos. Valora positivamente que “vive en su pueblo y cerca de su familia”, que tiene “un apartamento propio”, y que “trabaja como todo el mundo”. Agradece el trato de las personas que le ayudan: “Por fin, siento que me tratan como adulto”.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Enfermedad mental, Discapacidad y Dependencia.

- CASTILLO, T. (AMICA). 2007. “Déjame intentarlo. Hacia una visión creativa de las limitaciones humanas”.
- CASTILLO, T. (AMICA). 2009. “Descubriendo capacidades”.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (1991) “Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España”. Madrid. Oficina del Defensor del Pueblo. Informes, Estudios, Documentos.
- ESPINO GRANADO, A. (Coordinador) (2005) “La atención a la Salud Mental en España”. Junta de Castilla-La Mancha y Agencia de la Calidad del SNS.
- IMSERSO. Base de datos estatal de personas con discapacidad (Informe al 31/12/2009). <http://www.imserso.es/documentacion/estadisticas>.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (BOE del 15-12-2006).
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006. (BOE 2-06-2007).
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006. (BOE 18-02-2011).
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. Resolución de 3 de agosto de 2011 por la que se publica el Acuerdo sobre

determinación del contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal dirigidos a las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I (BOE del 22-08-2011).

- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2006). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.
- O.M.S. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).
- ONU (2006). Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.
<http://www2.ohchr.org/spanish/law/disabilities-convention.htm>.
- Projecte Trèvol. (2010). "Otra forma de entender la discapacidad".

Atención integral comunitaria.

- AEN (2000). "Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad". Cuadernos Técnicos nº 4. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. (1986) "Salud Comunitaria". Barcelona. Martínez Roca.
- GOBIERNO DE NAVARRA (2005). Programa de Atención a Personas con Trastorno mental Grave.
- GONZALEZ, J. y RODRIGUEZ, A. (Coordinadores) (2002) "Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de

Intervención. Madrid. Consejería de Servicios Sociales.

- IMSERSO (2003). "Rehabilitación e integración de las personas con trastorno mental grave". Documento de consenso. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Col. Documentos. Serie Documentos Técnicos.
- IMSERSO (2009). "Documento interno sobre el CRE de Valencia". Comité de Expertos.
- MARTÍNEZ VALLS, A. (2009). Modelo de intervención mediante estructuras de apoyo. El ejemplo del Projecte Trevol". Colección Herramientas 3/2009. INICO.
- OIT-UNESCO-OMS. Rehabilitación Basada en la Comunidad. Documentos de posición conjunta 1994 y 2004.
- RODRÍGUEZ, A. (Coordinador) (1997) "Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos". Madrid. Editorial Pirámide.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2010). "La atención integral centrada en la persona. Madrid. Informes Portal Mayores nº 106.

Calidad de Vida y Planificación Centrada en la Persona.

- ASPRONA. (Varios Autores) (2004) "La planificación Centrada en la Persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Rev. Siglo Cero, nº 210. 2004.

- FEAPS (2007). "Buenas Prácticas FEAPS. Planificación centrada en la persona". http://www.feaps.org/biblioteca/libros/documentos/planificacion_persona.pdf.
- FEAPS (2007). "Calidad FEAPS. Un modelo para la calidad de vida, desde la ética y la calidad del servicio". <http://www.feaps.org/calidad/documentos/modelo.pdf>.
- IMSERSO (2011). "Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo." <http://www.imserso.es/documentacion/publicaciones/coleccióndocumentos/seriedocumentostecnicos>.
- IMSERSO (2011). Borrador de "Estatuto de los Centros de Referencia Estatal del Instituto de Mayores y Servicios Sociales". Documento interno.
- Inclusion Europe "Logrando la Calidad". Implicación del consumidor en la evaluación de la calidad de los servicios. <http://www.inclusión.europe.org/1189.pdf>.
- PILLINGER, J. (2002). Disability and Quality of Services. Irish and European perspectives.
- SCHALOCK, L.R. y VERDUGO, M.A. (2003) : Calidad de Vida. Manual para profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales. Madrid. Alianza Editorial.
- TAMARIT, J. (2002). Calidad en los servicios para personas con discapacidad intelectual en el ámbito europeo. Revista de estudios sociales y de sociología aplicada, julio-septiembre 2002, número 128, pp: 241-254.
- TAMARIT, J.(2008). "Calidad de vida y calidad de servicios FEAPS".

LOS SISTEMAS DE CALIDAD Y HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES Y SU RELACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN

MIGUEL LETURIA ARRAZOLA

Área de Planificación, Modelos y Consultoría.

Fundación INGEMA-Instituto Gerontológico MATIA.

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.
2. EVOLUCIÓN DEL SECTOR.
3. SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD Y OTROS SOPORTES PARA LA EVALUACION Y LA MEJORA.
4. EXPERIENCIA DE APLICACIÓN. ANÁLISIS DE RESULTADOS.
5. EL CONTRASTE CON LOS PROFESIONALES.
6. CONCLUSIÓN.
7. BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCIÓN.

Conviene comenzar este artículo con una aclaración en cuanto a su pretensión. No es un análisis profundo y riguroso, sobre la relación entre la “gestión” de los servicios residenciales y la “atención” que en ellos se presta, sino un acercamiento a este asunto que nos haga reflexionar sobre la necesidad de que los servicios de atención a las personas en situación de dependencia tengan una clara y determinada orientación a la persona y lo que ello supone desde un referente claro de Modelo de Atención Centrado en la Persona. Y para ello contemplamos, en primer lugar, algunos de los sistemas de calidad más tratados y extendidos en el sector y, en segundo lugar, otras herramientas de evaluación aplicables en el medio residencial y más directamente relacionadas con la atención. Se plantea más que el valor que aportan estos sistemas y metodologías, sobre lo que no hay duda, el como se implementan en estas organizaciones de servicios, en los servicios residenciales. Si realmente se logra que su indudable valor impacte y se transfiera a la buena práctica en la actividad diaria y a los procesos operativos de los servicios, en este caso de los servicios residenciales lograremos estar en el camino de la mejora. Cómo se valora desde los profesionales, grupo de contraste, la relación e influencia entre sistemas y variables propias de cada grupo de interés es otro aspecto que tratamos en este artículo. Cualquier metodología, modelo, sistema o herramienta debe ser un medio para la consecución de logros y objetivos que estarán determinados por la Misión del servicio, por su razón de ser.

La realidad nos muestra que, en demasiadas ocasiones, esta relación entre medios y fines se tergiversa y los medios-soportes se convierten

en fines en si mismos. La Gestión y los sistemas de gestión de la calidad ¿están al servicio del Modelo de Atención? ¿Están al servicio de las personas que viven en nuestros centros? ¿Qué puntos de encuentro y/o desencuentro apreciamos y cómo y qué grado de impacto identificamos en los aspectos relevantes del servicio de atención? En definitiva qué pesa más o qué define la realidad de los Servicios, ¿la orientación al propio servicio o la orientación a las personas?

En la última década, se ha de reconocer que, se ha impulsado el desarrollo de sistemas de gestión lo cual ha supuesto una mejora organizacional, una profesionalización de la gestión y también una sistematización de las actividades que en el ámbito de un servicio de atención se llevan a cabo. Pero los sistemas de Gestión de la calidad y las certificaciones y reconocimientos relacionados no garantizan, por si mismos, la calidad de la atención. La calidad organizacional y la calidad del servicio deben tener una consecuencia directa sobre la calidad de vida de las personas y ser facilitadora de la implantación de un modelo de atención que garantice la mejora continua de la calidad de vida en los servicios residenciales. Y considerando que dicha mejora implica, en primer lugar, poner los medios para que las personas que viven en estos alojamientos tengan la oportunidad de seguir eligiendo su estilo de vida, mantengan su autonomía, entendida como capacidad de decidir y de seguir ejerciendo dicha capacidad. Y en segundo lugar se considere y se respeten, en todas las pautas de la organización y de actuación así como en las prácticas profesionales, los derechos de las personas.

En demasiadas ocasiones nos encontramos con que situamos en un segundo plano lo que

de verdad debe ser el objetivo prioritario de los servicios de atención a las Personas y lo sustituimos por lo que debemos ubicar en un claro plano de soporte de la actividad, los sistemas de gestión de la calidad. Sin duda de gran importancia, pero como soporte y facilitador para la consecución de los objetivos que las organizaciones que trabajan en el sector de la atención a las personas en situación de dependencia no pueden perder de vista si queremos dar adecuada respuesta a los derechos que los ciudadanos tienen.

2. EVOLUCIÓN DEL SECTOR.

Los Servicios Sociales en general y la atención a las Personas en situación de Dependencia en particular han realizado un recorrido en los últimos años que ha supuesto un avance sustancial por los cambios que se han generado en diferentes aspectos.

La Política Social y su desarrollo legislativo ha generado un derecho de ciudadanía en lo que corresponde a los cuidados de larga duración y atención a las situaciones de dependencia y supone la formalización de un Sistema de Atención a la Dependencia.

Vivimos un momento de cambios a todos los niveles. Desde un punto de vista cuantitativo y tal como nos indican las proyecciones demográficas el creciente aumento de la población mayor y por tanto el incremento de situaciones con necesidades de atención y sus consecuencias en el corto y medio plazo es motivo de preocupación. El aumento de la esperanza de vida, un logro en sí mismo, lleva aparejada el aumento de necesidades de atención al ser más numerosas las situaciones de personas que se encuentran con necesidades de apoyos para

el mantenimiento de una vida independiente en sus actividades de vida diaria.

Consecuencia de este incremento de necesidades es el desarrollo de los Recursos y Servicios de Atención a la Dependencia, que también está siendo importante, con un aumento considerable de los índices de cobertura aunque todavía no responde a las verdaderas necesidades existentes y comparativamente con nuestro entorno europeo se aprecien diferencias sustanciales. Quizás este importante desarrollo cuantitativo de servicios no ha ido acompañado de un desarrollo cualitativo suficiente en lo que se refiere a los enfoques, diseño de servicios y modelos de atención.

En este sector de atención a la dependencia apreciamos cambios profundos en los últimos tiempos.

En primer lugar, desde un punto de vista de mercado y actividad empresarial ha pasado de ser un ámbito casi reducido a lo público y a una presencia de organizaciones del tercer sector, no lucrativas, a ser un sector de actividad identificado como oportunidad de negocio y generación de actividad y empleo. Y se ha configurado como un sector emergente en el que conviven la iniciativa pública y privada, sin ánimo y con ánimo de lucro con un aumento importante de ésta última y como consecuencia con la incorporación de culturas organizacionales diferentes.

En segundo lugar han cambiado los servicios con una tendencia a la especialización ya que los perfiles de las personas usuarias han evolucionado hacia grados de dependencia más elevados, hacia perfiles más complejos, psicogeríátricos, en algunos casos. En definitiva hacia

unas necesidades de atención que exigen planteamientos más personalizados. Quizás y con relación a este aspecto no se ha sabido, o podido adecuarse a lo que supone este cambio. Se ha mantenido un catálogo de servicios o mejor de recursos con enfoques de atención que no responden en su totalidad a los cambios en las necesidades, preferencias y deseos de las personas, a sus perfiles y expectativas diferentes.

En tercer lugar se están produciendo cambios en los modelos de atención. Una visión excesivamente marcada por una homogeneización de las personas y sus necesidades así como una intervención basada en el déficit o carencias ha prevalecido en el sistema de atención. Y el cambio debe guiarnos hacia un modelo, como señala Pilar Rodríguez en el documento "Hacia un nuevo modelo de alojamientos, las residencias en las que queremos vivir", en el que uno de los principios fundamentales es el de Autonomía. Las personas residentes de un centro tienen derecho a mantener en él el control sobre su propia vida y a tomar decisiones sobre aspectos importantes o sobre las rutinas que componen su cotidianidad. Y como consecuencia se debe sustentar en un criterio de diversidad y promoción de la autodeterminación. En definitiva un modelo de atención centrado en la Persona.

En la actualidad nos planteamos el Modelo de Atención Centrado en la Persona (MACP) como el referente que nos guíe en la "reconversión" del modelo de servicios de alojamientos alternativos al domicilio habitual y en concreto del servicio residencial.

Modelo que se define:

La atención integral centrada en la persona

es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva. (Pilar Rodríguez, Portal Mayores nº 106, 2010).

Este es, sin duda, uno de los grandes retos del sector en su conjunto. De las administraciones públicas como garantes de la calidad de atención en los servicios y planificadores de los recursos y de las entidades proveedoras de servicios en la aplicación del modelo.

Para que este planteamiento sea una realidad queda mucho camino por recorrer. La orientación al cliente, personas mayores y sus familias en nuestro caso, que propugnan los sistemas de calidad no es una realidad generalizada. La autodeterminación y la libertad de elección en lo concerniente a su vida diaria está supeditada a la rigidez organizacional. Se ha avanzado y se han conseguido logros en el diseño y la prestación de servicios y alojamientos para las personas mayores, pero todavía no se ha dado un cambio sustancial que nos permita concluir que la prioridad en los recursos de atención sea la orientación a las personas frente a la orientación al servicio, a lo organizacional.

El pasado año 2011 el Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco elaboró con el asesoramiento del Instituto Gerontológico Matia-INGEMA el documento "Cien Propuestas Para Avanzar en el Bienestar y el Buen Trato a las Personas que Envejecen. Bases para un Plan de Acción" y en uno de sus apartados, "Cuando las Personas Mayores necesitan ayuda" hace referencia al servicio residencial con el planteamiento:

Adaptar las instituciones residenciales a las personas para “Vivir como en casa”.

El Modelo de alojamiento residencial desarrollado en los últimos años y que hoy en día sigue vigente en las nuevas iniciativas y proyectos residenciales se basa en criterios de un modelo clínico-asistencial más que en un modelo que reproduzca “lugares para vivir” una etapa vital en la que las personas necesitan apoyos para su vida diaria, pero en la que sigue existiendo un proyecto vital.

El enfoque arquitectónico ambiental, la dimensión media de los centros residenciales estándar dificulta la implantación del Modelo de Atención centrado en la Persona. Esta tipología de Recursos merma el derecho a la privacidad de las personas y la práctica habitual de la autodeterminación, autonomía y libertad de elección.

La configuración de ambientes limita, cuando no elimina, las posibilidades de las personas

de disponer de un espacio propio, de un espacio de pertenencia como elemento primordial para conseguir que estos recursos de alojamiento alternativo al domicilio sean un “lugar para vivir”.

Además, los aspectos organizativos condicionan la vida diaria de las personas que son atendidas en estos servicios de alojamiento.

La organización del trabajo de los profesionales está excesivamente compartimentada y clasificada por categorías profesionales y funciones, dificultando un conocimiento y comprensión global e integral de las personas a atender y minimizando la orientación a la persona. Así mismo la personalización, el acompañamiento y apoyos a la persona se sitúan en un nivel secundario (a excepción de tareas de atención básica como higiene, vestido...) no logrando influir ni promocionar las capacidades en las actividades de vida diaria.

Y señala algunas medidas relacionadas:

Medida 56

Evaluar los Centros Residenciales actuales desde parámetros y dimensiones de Calidad de Vida- Modelo de Atención y enfoque arquitectónico ambiental.

Medida 57

Desarrollar un conjunto de experiencias piloto en diferentes ámbitos residenciales, tendentes a identificar nuevos itinerarios de atención más acordes con los deseos de las personas de permanecer en sus entornos cercanos. Todas ellas deberán ser evaluadas para generalizar las buenas prácticas con suficiente evidencia.

Medida 58

Las residencias tenderán a organizarse en módulos pequeños (en torno a 10 personas) que permitan adaptar la vida cotidiana a las preferencias de las personas usuarias, manteniendo la continuidad con sus hábitos anteriores.

Medida 59

Integrar, en la medida de lo posible, los programas de intervención terapéutica o de ocio que se realicen, en las actividades cotidianas, minimizando la faceta "patológica" en la organización de su vida diaria.

Medida 60

Personalizar todos los ambientes, intentando que las personas decoren a su gusto sus habitaciones y que los espacios comunes adquieran un ambiente hogareño, alejados de decoraciones uniformes e impersonales.

Medida 61

Promover, en colaboración con la iniciativa privada con o sin fin de lucro, la puesta en marcha de iniciativas de alojamientos alternativos al modelo residencial tradicional destinados a personas que necesitan ayuda: unidades de convivencia, apartamentos con servicios, experiencias intergeneracionales, etc.

Medida 62

Apoyar, de manera prioritaria la investigación y buenas prácticas de modelos de alojamiento destinados a personas con deterioro cognitivo. Las unidades de convivencia especializadas serán promovidas como una solución adecuada a las peculiaridades de este tipo de situaciones.

Y en cuarto lugar se ha producido un cambio importante en los modelos de gestión de los recursos y de las organizaciones proveedoras de servicios.

Como consecuencia de esta evolución como sector de actividad, de desarrollo de recursos y servicios, de marco legislativo y desarrollo normativo, de incorporación al sector de entidades y empresas con experiencia en otros sectores de actividad, de la evolución de las entidades existentes y en general de la profesionalización en la gestión empresarial también se han incorporado metodologías y sistemas que resultaban ajenas en etapas anteriores en el ámbito de los servicios de atención.

3. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y OTROS SOPORTES PARA LA EVALUACIÓN Y LA MEJORA.

En este contexto adquiere gran relevancia la incorporación de Sistemas de Calidad en las Organizaciones. Pero cuando nos referimos a los sistemas de gestión de la calidad debemos destacar que en los últimos años es cuando se considera de interés en este sector, ya que antes resultaba algo ajeno y relacionado con sectores de los llamados productivos exclusivamente. Es por ello que en el sector social, de prestación de servicios se ha producido un recorrido desigual en el que se identifican diferentes etapas.

Una primera aproximación se da cuando se pretende que el servicio cumpla una serie de especificaciones técnicas preestablecidas, unos criterios concretos de funcionamiento y el interés se centra en el servicio y en aspectos estructurales y funcionales. Es más un enfoque de aseguramiento, de control de calidad.

Una segunda aproximación introduce al receptor del servicio y sus necesidades y de esta manera la valoración del servicio se realiza en función de su adecuación al uso para el que ha sido concebido.

Y por último, una tercera etapa amplía sus miras contemplando la calidad más como un sistema de gestión que responda a las necesidades y expectativas de todos sus grupos de interés. No solo los usuarios receptores directos del servicio sino también los profesionales trabajadores, proveedores, alianzas, sociedad...

En el sector de atención a la dependencia y en sus servicios, los sistemas de gestión de la calidad a los que se hace más referencia son la Norma ISO, el modelo de Calidad Total EFQM y la Norma UNE 158101(sustituye a la 158001) y sin ser el objeto de este artículo profundizar en cada una de ellas, si señalamos una breve reseña. Aunque menos conocido y extendido incluimos el Sistema de Gestión de Calidad del SIIIS- Fundación Eguia Careaga al ser específico para el medio residencial.

La Norma ISO es una norma genérica de aplicación a cualquier sector, es un estándar internacional que establece las pautas para implantar en una organización un sistema de gestión de la calidad, establece la necesidad de documentar e implantar una sistemática para su gestión pero sin hacer referencia al cum-

plimiento de objetivos o logro de resultados. Plantea la necesidad de identificar los procesos, establecer los procedimientos de la actividad, incorporar la satisfacción de los usuarios para su análisis y así facilitar la mejora.

El Modelo EFQM se fundamenta en una serie de criterios y subcriterios que presentan una serie de recomendaciones (liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas, recursos y procesos) y evalúa los resultados en clientes, personas trabajadoras, sociedad y resultados clave de la organización. Permite la autoevaluación y en consecuencia establecer planes de mejora.

El eje sobre el que se determina la calidad de la prestación es el cliente considerando la calidad percibida por éste y su satisfacción (la percepción propia de la atención que recibe con relación a las expectativas) elemento a incorporar en la mejora permanente del servicio. La orientación al cliente se convierte así en elemento central de la actividad, o al menos esa es la intención.

La Calidad Total es el compendio de las mejores prácticas en el ámbito de la gestión de organizaciones, a las cuales se les suele denominar Principios de la Calidad Total-Excelencia o Conceptos fundamentales de la excelencia en la Gestión:

- Orientación al Cliente.
- Orientación hacia los resultados.
- Liderazgo y coherencia en los objetivos.
- Gestión por procesos y hechos.
- Desarrollo e implicación de las personas.
- Aprendizaje, Innovación y Mejora Continua.
- Desarrollo de Alianzas.
- Responsabilidad Social.

La Norma UNE 158101 es un estándar de gestión específico para el sector y su fin es el de especificar los requisitos mínimos que debe cumplir un centro residencial para garantizar la prestación del servicio.

El Sistema de Garantía de Calidad, Manual de aplicación en residencias para personas mayores (Centro de documentación y estudios SIIS. Fundación Eguía Careaga) es una aportación de indudable valor para el análisis y mejora de la calidad en el medio residencial.

Tal como se refleja en su presentación el Proceso de Garantía de Calidad se inscribe en una filosofía que pone el énfasis en el respeto de los derechos de los residentes y en los aspectos cualitativos de la atención. Tiene por objetivo garantizar su mejora continua, definiendo cualquier aspecto susceptible de mejora, se trate o no de una disfunción, para después proponer, debatir y acordar cambios dirigidos a alcanzar esas mejoras. En su diseño trata de apartarse de la complejidad formal que suele ser propia de los muchos modelos de gestión de calidad.

Esta relativa simplicidad es algo deseado y pretende evitar que el instrumento pase a adquirir mayor protagonismo que el contexto en el que se aplica –la vida residencial– y que el objetivo al servicio del cual se aplica –la mejora de la calidad–. El carácter eminentemente cualitativo del análisis que pretende y la asunción del respeto a los derechos de los residentes como directriz básica del proceso conllevan un grado considerable de complejidad, tanto en su puesta en marcha como en su continuidad, y determinan que no sea posible, como en otros sistemas, proceder a una aplicación estandarizada.

Instrumentos para la Evaluación- Autoevaluación en los Centros Residenciales.

Si algunos de los sistemas a los que se ha hecho referencia son sistemas generalistas de aplicación a diversos sectores de actividad y por tanto sin relación inicial con los objetivos propios de un ámbito de actividad concreto como puede ser la atención a las personas en situación de dependencia y a recursos y servicios concretos como puede ser el residencial, disponemos de herramientas que sí se relacionan de una manera directa con el objeto de estos servicios.

No son modelos de calidad pero si son modelos para la evaluación-autoevaluación de aspectos claves y directamente relacionados con la calidad de atención en los servicios.

Vamos a fijarnos en tres que han sido utilizados en nuestra Fundación y también como herramientas para la evaluación y asesoría técnica externa que han aportado elementos de análisis, evaluación y por consiguiente un diagnóstico de la realidad que ha facilitado el establecimiento de planes de mejora. Mejoras en línea a enfoques arquitectónico/ambientales, en buenas prácticas profesionales para mejorar la garantía de derechos de las personas atendidas, y en la calidad de vida y sus dimensiones.

En primer lugar el Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos SERA Rocío Fernández. Ballesteros, 1995.

La utilización del Sistema de Evaluación de Residencias:

Permite la descripción de contextos residenciales para personas mayores con posibilidad

tanto de cuantificación como de análisis cualitativo de los diferentes aspectos contextuales (físicos y arquitectónicos, organizativos y de funcionamiento, de personal y residentes, así como de clima social) como personales (habilidades funcionales, satisfacción y necesidades).

Permite establecer comparaciones normativas entre contextos residenciales y la elaboración de perfiles comparativos que nos da una visión global de las distintas realidades de los Centros.

Posibilita la orientación de los contextos residenciales con vistas a una modificación potencialmente necesaria y de cambio así como la planificación de intervenciones con el fin de diseñar tratamientos e intervenciones sobre aquellos aspectos del contexto o personales que se consideren inadecuados.

Permite el seguimiento a través del tiempo y la valoración de las acciones de mejora o programas de intervención implantados.

Utiliza una serie de inventarios, escalas y cuestionarios que permite un diagnóstico integral desde un punto de vista arquitectónico-ambiental:

ICAF

Inventario de características Arquitectónicas y Físicas.

ICOF

Inventario de características de Organización y Funcionamiento.

ICPR

Inventario de características de Personas y Residentes.

EV

Escala de Valoración.

ECS

Escala de Clima Social.

LN

Listado de Necesidades.

CIP

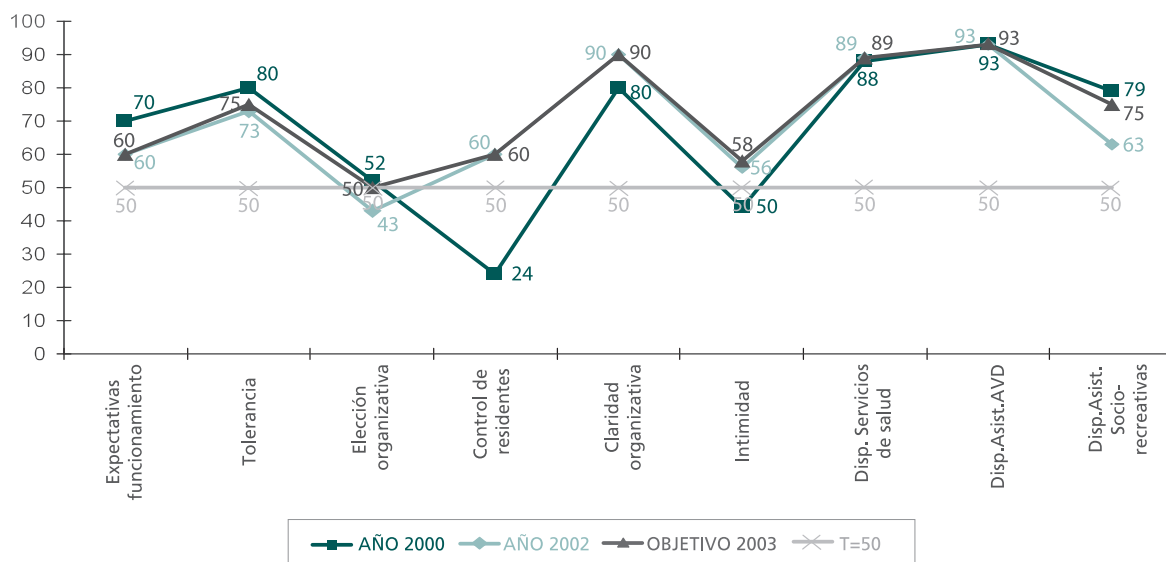
Cuestionario de Información Personal

CS

Cuestionario de Satisfacción

Como ejemplo si nos fijamos en los resultados del ICOF, Inventario de características de organización y funcionamiento una vez aplicado en un centro, identificamos en base a los resultados que en este caso se está influyendo sobre dimensiones y aspectos como el control que se ejerce sobre las personas y también como se garantiza la intimidad. Los resultados nos señalan y advierten claramente unas áreas de análisis y mejora como son las pautas organizativas y las prácticas profesionales relacionadas con estas dimensiones, control e intimidad, y por tanto la necesidad de adoptar posibles modificaciones y mejoras.

Características de organización y funcionamiento.



En segundo lugar la Guía de recomendaciones prácticas para las residencias de personas mayores “Los Derechos de las Personas y el medio residencial ¿Cómo hacerlos compatibles? Cuadernos técnicos. SIIS. Fundación Eguia Careaga.

Como se explica en la presentación del documento, éste propone, en forma de recomendaciones prácticas, principios, criterios, ideas y pautas, capaces de contribuir a compatibilizar los derechos y las necesidades de las personas mayores que viven en residencias con los imperativos organizativos del medio residencial, atenuando sus contradicciones propias, en particular, la contraposición entre lo individual y lo colectivo, entre la esfera privada y la esfera pública, entre el ámbito residencial como lugar de vida y el ámbito residencial como lugar de trabajo.

Se analizan un conjunto de recomendaciones relativas a los derechos de los residentes:

Derechos Básicos

Dignidad

Reconocimiento del valor intrínseco de las personas, independientemente de cuáles sean sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades personales, y mostrando, en todo momento, un trato respetuoso.

Privacidad

Derecho de las personas a estar solas si ese es su deseo, a no ser molestadas y a no sufrir repetidas intromisiones en sus asuntos personales.

Autodeterminación

Posibilidad de actuar o de pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo razonable y calculado.

Elección

Posibilidad de elegir libremente entre diversas opciones.

Satisfacción y realización personal

Realización de las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades propias en todos los aspectos de la vida cotidiana.

Protección, conocimiento y defensa de los derechos

Conservación de todos los derechos inherentes a la condición de persona y a la ciudadanía, y oportunidad real de ejercerlos.

Las recomendaciones, hasta 222, a las que hace referencia, que son actividades y tareas que se realizan permanentemente en los entornos residenciales las clasifica y se organizan en siete secciones o ámbitos:

- Los aspectos materiales.
- La atención personal.
- La forma de vida.
- Las relaciones personales dentro de la residencia.
- Las relaciones con el exterior.
- La organización y el funcionamiento de la residencia.
- El trabajo en el medio residencial.

DERECHOS	REFERENCIA DE LAS RECOMENDACIONES						
	Aspectos materiales	Atención personal	Forma de vida	Relaciones personales en la residencia	Relaciones con el exterior	Organización y funcionamiento	El trabajo en la residencia
Intimidad							
Dignidad							
Autodeterminación							
Elección							
Satisfacción							
Protección, Conocimiento y defensa de los derechos							

Permite evaluar e identificar prácticas profesionales relacionadas con la garantía de derechos de las personas que se realizan de manera adecuada o no y que en la práctica diaria se pueden y deben mejorar. Nos permite por medio de la matriz que relaciona prácticas y comportamientos profesionales con derechos identificar y establecer mejoras que redundarán en un sustancial incremento de la calidad de atención.

Y en tercer lugar la Escala FUMAT, Evaluación de la Calidad de Vida en personas Mayores de M. A. Verdugo y colaboradores.

Permite obtener datos objetivos referentes a la calidad de vida de los usuarios de Servicios para Personas Mayores y de las condiciones que influyen en su funcionamiento. La construcción de la Escala FUMAT, se realiza gracias a la I Beca Sociosanitaria “Memorial Peli Egaña” otorgada por Fundación Matia a un equipo de investigación del Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca.

Debe utilizarse la escala como una guía u orientación para impulsar propuestas en la práctica diaria, en los servicios o en la política de la organización que contribuyan de manera significativa a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. El desarrollo de escalas de evaluación de la calidad de vida es un paso previo necesario para el desarrollo de planes y estrategias de atención específicos centrados en la mejoría de la calidad de vida del usuario de los servicios sociales.

Este instrumento permite la evaluación objetiva de la calidad de vida (Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Autodeterminación y Derechos) Su finalidad es la de identificar el perfil de calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes.

Dimensiones e indicadores de calidad de vida (Schalock y Verdugo):

AUTODETERMINACIÓN

Autonomía; Decisiones; Elecciones; Metas y preferencias personales.

DERECHOS

Humanos; Legales.

BIENESTAR EMOCIONAL

Ausencia de estrés/ansiedad/sentimientos negativos; Auto concepto; Relaciones sociales; Satisfacción personal/Satisfacción con la vida.

INCLUSIÓN SOCIAL

Integración en la comunidad; Participación social; Apoyos sociales.

DESARROLLO PERSONAL

Trabajo; Educación, Actividades de la vida diaria.

RELACIONES INTERPERSONALES

Relaciones familiares; Relaciones de amistad; Relaciones Sociales.

BIENESTAR MATERIAL

Relaciones con la comunidad; Ingresos, economía; Posesiones, pertenencias; Servicios comunitarios; Vivienda (confortabilidad).

BIENESTAR FÍSICO

Salud (consecuencias); Salud (energía, vitalidad); Salud general; Servicios Sanitarios; Sueño.

4. EXPERIENCIA DE APLICACIÓN. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El reconocimiento de los derechos en el ámbito de los Servicios Sociales y más aún en el de la Atención Residencial, constituye un avance fundamental en nuestro sistema. Hasta apenas algo más de una década, los derechos de las personas que vivían en una residencia, ni se mencionaban en nuestra normativa, ni se explicitaban en la práctica residencial. Progresivamente, sin embargo, se ha incorporando al sistema, el respeto de los derechos como un punto de referencia de la mayor o menor adecuación de las pautas asistenciales, gracias en gran medida a la aplicación de métodos de evaluación y de garantía de calidad.

Desde el área de Consultoría del Instituto Gerontológico Matia INGEMA y como parte de nuestra cartera de servicios, realizamos evaluaciones integrales de centros y servicios, siendo la evaluación de la garantía de los derechos uno de los apartados de dicho estudio. De esta manera hemos realizado el Análisis y Evaluación de la Garantía de los Derechos de los Residentes en 26 Centros Gerontológicos, de titularidad tanto pública como privada en distintas Comunidades Autónomas. Han sido centros de dimensión elevada desde el punto de vista de plazas, (casi 5.000 en total) variable ésta que se identifica como negativa para el desarrollo de una atención personalizada a no ser que su distribución y organización sea modular en pequeñas unidades convivenciales.

Principalmente los objetivos marcados para el estudio fueron:

- Analizar y diagnosticar la situación actual de los centros.
- Concienciar y sensibilizar a los profesionales.
- Detectar áreas de mejora.
- Orientar planes de mejora y objetivos con relación al respeto y fomento de los derechos en el marco del modelo de atención centrado en la persona y de calidad de vida, siendo conscientes en todo momento de que la promoción de los derechos de las personas mayores es uno de los ejes clave de dicho modelo.

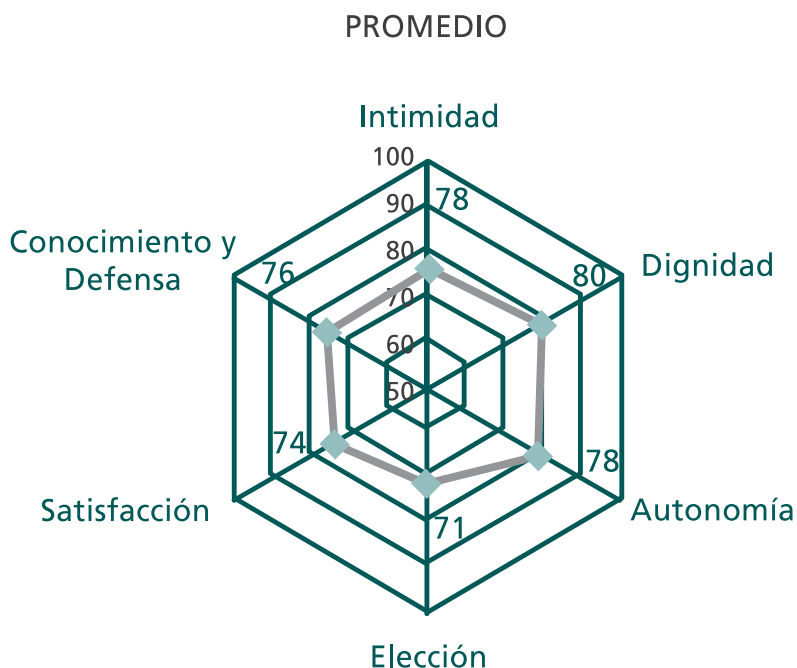
Las acciones y método utilizado para el estudio fueron:

- El análisis general del servicio y de las acciones desarrolladas hasta el momento de realizar el estudio.
- Análisis y planteamiento con el equipo Interdisciplinar del lugar que ocupan los derechos en el marco del modelo de atención e intervención.
- Observación directa del centro mediante visitas y registros.
- Análisis de cómo se realiza la comunicación de los derechos a lo largo de todo el proceso de atención residencial, para lo cual se han realizado entrevistas estructuradas con profesionales del equipo Interdisciplinar.

- Entrevistas a una muestra de residentes en cada uno de los centros y en algunos casos sesiones de información – formación con los familiares.

Para llevar a cabo este análisis, básicamente se han utilizado dos herramientas, una Los Derechos de los Residentes y las Especificidades del Medio Residencial ¿Cómo Compaginarlas? Este es un instrumento del SIIS -Centro de Documentación y Estudios- que consta de 235 recomendaciones en su primera edición y 222 en la segunda que orientan hacia pautas de atención correcta y respetuosa con los derechos de los residentes. Y la otra el SERA, Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos, de Rocío Fernández Ballesteros. Éste es un sistema de evaluación ambiental que consta de 9 instrumentos, que tienen en cuenta distintos aspectos contextuales, personales e interactivos considerados relevantes en centros residenciales para personas mayores.

En lo que se refiere a la herramienta del SIIS, los resultados del estudio han sido (promedio de cumplimiento de cada uno de los derechos – Intimidad, Dignidad, Independencia, Satisfacción, Libertad de Elección y Conocimiento y Defensa de sus Derechos):



Las recomendaciones se recogen en una matriz dividida en cuadrantes, en la que en la parte de la izquierda se recogen cada uno de los derechos que se cruzan con los aspectos organizativos del centro que aparecen en la parte superior tal como se ha reseñado previamente.

Con respecto a los resultados del SERA, aunque se ha administrado la herramienta completa, aquí únicamente se muestran algunos de los ítems que más directamente afectan a la Garantía de los Derechos de los Residentes, por lo que son factores de impacto que determinan la calidad asistencial.

DIMENSIONES	P.T	MEDIA
Tolerancia a la desviación	51	50
Control de los residentes	45	50
Claridad organizativa	58	50
Intimidad	42	50
Integración en la comunidad	36	50

Como conclusiones generales decir que en los últimos años ha habido un avance en los modelos de atención, afectando esto de manera positiva al cumplimiento de los derechos de los residentes. Sin embargo se debe reconocer que es un proceso lento, que exige un cambio

de estilo, actitud, de desempeño en la forma de trabajar, en definitiva en Modelo y por lo tanto también exige una voluntad de cambio, y todo ello acompañado de formación relacionada. Es esencial desde este punto de vista que se realice una labor de sensibilización, centrada

en la compaginación de los derechos de los usuarios con los requerimientos de la organización orientando ésta al cliente, a las personas. Uno de los retos de los Servicios de Atención es y será sensibilizar, promover y alcanzar el máximo nivel de Garantía de Derechos.

5. EL CONTRASTE CON LOS PROFESIONALES.

Partiendo de un reconocimiento al valor y aportación de todos y cada uno de los sistemas y soportes previamente señalados y resumidamente presentados, el interés en conocer como se valora desde la realidad y la práctica diaria sus aportaciones nos ha llevado a realizar un contraste con profesionales directamente implicados con el servicio residencial y concededores de este medio. En todos los casos han sido profesionales que tienen en su experiencia como técnicos o como gestores- directores de Centros Residenciales la experiencia de haber implantado y utilizado gran parte de estos sistemas y herramientas. Son profesionales de centros certificados con la ISO y con un importante desarrollo del modelo europeo EFQM de Gestión por procesos y mejora continua. Así mismo se han utilizado en su medio laboral las herramientas comentadas, SERA, Escala FUMAT, Los derechos de las personas y el medio residencial etc.

La cuestión sobre la que queremos reflexionar es sobre la relación, influencia, impacto o puntos de encuentro y desencuentro entre estos sistemas y el Modelo de Atención. También sobre la influencia en otros aspectos de la Organización y en la satisfacción de los distintos grupos de interés.

El primer planteamiento que se expresa y además con un amplio acuerdo y consenso por parte del grupo de contraste es que la implan-

tación de los sistemas de calidad generalistas en este tipo de organizaciones:

- Facilita y promueve la Planificación estratégica de la entidad.
- Orienta en la identificación de indicadores de resultados generales del Centro y específicos de la atención.
- Ayuda a la organización de la actividad y la planificación del trabajo en general.
- Supone evidenciar el nexo entre las actividades y acciones con los resultados.
- Exige sistematizar utilizando procedimientos y protocolos el trabajo y por tanto plantea pautas de trabajo.
- Relacionado con lo anterior ordena y orienta la actividad. Homogeneiza las maneras de hacer las tareas. Y esto se percibe en ocasiones como una facilitación del desempeño.
- Parece que aporta seguridad en el sentido que supone una reducción de riesgos y minimización de errores.
- La identificación y uso de indicadores y datos permite un mejor planteamiento de los procesos de mejora continua. La planificación de objetivos y el seguimiento de los resultados facilitan la corrección continua y mejora.
- Incorpora la visión de orientación al cliente.
- Permiten estandarizar las mejores prácticas y aplicar metodología de trabajo.

- Influyen positivamente en la interdisciplinariedad, comunicación e implicación de los trabajadores. Mejora la transmisión de información.
- Incrementa la competencia profesional, es una especie de proceso formativo.
- Incorpora las expectativas de los grupos de interés.
- Permite la identificación de incidencias y su gestión.
- Influye positivamente en la imagen externa de la entidad.

Pero, aun reconociendo las aportaciones y mejoras que estos sistemas suponen en general a la calidad organizacional también hay que señalar que con relación a la calidad asistencial su influencia directa es relativa. Prácticamente poco a la calidad de vida de los clientes - usuarios, a no ser que se realice una implantación con un sólido criterio de integración del Modelo de Atención en el Sistema. En cambio las herramientas más específicas de este sector residencial como el SERA o las Guías de recomendaciones de derechos etc. pueden haber incidido más a la calidad asistencial y en la calidad de vida, en definitiva al modelo de atención. Sigue existiendo una importante falta de integración entre los tres niveles de la calidad: la organizacional, la asistencial o de servicio y el impacto en resultados de calidad de vida, esta es la clave, la necesidad de disponer de un referente de Modelo de Atención y que éste esté integrado en los sistemas de calidad.

La formalización y sistematización que aportan los sistemas pueden tener, en ocasiones,

efectos contraproducentes en el sentido de plantear encorsetamientos y rigideces en las prácticas profesionales reduciendo la flexibilidad necesaria que exige un modelo personalizado que contemple las diferencias y la variabilidad entre las personas y que debe considerar las preferencias y deseos individuales.

Comparativamente entre, por nombrar los sistemas más conocidos en el sector, la norma ISO y el modelo EFQM también hay diferencias con relación a estos planteamientos. El modelo europeo incorpora elementos diferenciadores de interés como son la clara orientación al cliente. También puede ser facilitador del trabajo en equipo, equipos de proceso, y favorecedor de la interdisciplinariedad. Permite un enfoque evaluador positivo e integral de la entidad. Y puede, aunque en la práctica no siempre es así, integrar mejor la calidad de la atención así como la calidad de vida de las personas como uno de los resultados clave.

El grupo de contraste lo han formado doce profesionales que desarrollan su actividad laboral como Directores (8), Psicólogos (2), Trabajo social (1) y Técnico de calidad (1). Todos ellos con una formación y experiencia profesional amplia en el ámbito de la gerontología y en los servicios residenciales. Conocedores de los sistemas de calidad y herramientas de evaluación que estamos planteando, quizás a excepción de la Norma UNE 158101 Servicios para la promoción de la autonomía personal, Gestión de los centros residenciales que resulta ser menos conocido para el grupo de contraste y no utilizado en su práctica laboral.

La opinión respecto al grado de impacto o influencia de cada sistema y herramienta en aspectos como la organización del trabajo, la

eficiencia organizativa, la satisfacción tanto en el cliente externo (diferenciando la persona mayor, las familias y el cliente institucional) como en el cliente interno (profesionales del servicio), así como el impacto en el modelo de atención centrado en la persona y de calidad

de vida y en general en la calidad del servicio expresa desde una visión global los resultados reflejados en el cuadro adjunto. En él se aprecian y se destacan las relaciones de influencia que mayoritariamente señala el grupo de contraste.

SISTEMAS HERRAMIENTAS	Organización del trabajo	Eficiencia organización	Profesionales satisfacción	Modelo de atención CV-ACP	Personas mayores satisfacción	Calidad del servicio	Familias satisfacción	Cliente institucional satisfacción
ISO	ALTA	ALTA	BAJA	BAJA	MEDIA	ALTA	MEDIA	MEDIA
EFQM	ALTA	ALTA	ALTA	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA
UNE 158101	ALTA	ALTA	MEDIA	MEDIA	MEDIA	ALTA	MEDIA	MEDIA
GARANTÍA CALIDAD SIIS	MEDIA	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	MEDIA
LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS Y EL MEDIO RESIDENCIAL SIIS	MEDIA	BAJA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	MEDIA	MEDIA
SERA	MEDIA	BAJA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	MEDIA	MEDIA
ESCALA FUMAT	BAJA	BAJA	BAJA	ALTA	ALTA	ALTA	MEDIA	MEDIA

Lógicamente se aprecia una clara diferencia entre los sistemas generalistas y las herramientas propias del sector al no ser comparables entre ellas. Si, en cambio, se entiende que son complementarias y que su utilización conjunta puede facilitar la necesaria integración de la calidad organizacional y la calidad de atención.

Desde un punto de vista organizacional, sin ninguna duda, se entiende que la aportación de sistemas como la norma ISO y el modelo europeo EFQM es muy valiosa y ayudan a la organización del trabajo entendida como sistematización de la actividad, orden de las tareas y acciones a realizar por los distintos profesionales, distribución y reparto de roles, asunción de responsabilidades etc. y todo ello redundando en una eficiencia de la entidad. La metodología asociada de evaluación y gestión con indicadores facilita la supervisión y la corrección de desviaciones en el logro de los objetivos planteados.

En cambio se reduce bastante la opinión sobre su impacto en el modelo de atención.

Esta valoración sobre la aportación de estos sistemas nos lleva a reflexionar sobre su adecuación o mejor respecto a su implantación práctica en las organizaciones de un sector en el que la misión de los servicios y su fin último deben ser:

Lograr la máxima calidad de vida de la persona mayor y su familia, entendida como el mantenimiento y la promoción:

- de la salud,
- de la capacidad funcional,
- de la autonomía,
- de los derechos y dignidad personal y
- de la integración tanto en el sistema familiar como en el entorno social, así como
- de un estado de bienestar y satisfacción adecuado.

Si por calidad entendemos o podemos entender todas las formas a través de las cuales la Organización (Centro, Servicio) satisface las necesidades y expectativas, de sus Grupos de Interés, el grado de satisfacción de éstos será sin duda un indicador clave de Gestión.

Se pueden identificar como grupos de interés de este ámbito de actividad y por tanto tener en consideración sus necesidades y expectativas en primer lugar a las personas mayores y a sus familias, y también a los profesionales del servicio así como al cliente institucional. La Administración como concertador de servicios y regulador de la actividad así como garante de la prestación adecuada es un grupo de interés a considerar. Además y por otra parte cada vez es más habitual la valoración de la satisfacción de los clientes tanto internos como externos, en gran medida, por la aplicación de los sistemas de calidad. Es, sin lugar a dudas, una fuente de información e indicador de la calidad percibida clave para la gestión del servicio y la mejora continua.

El resultado de la valoración de esta relación entre los sistemas/herramientas con la satisfacción de los distintos grupos de interés es desigual. También difícil de valorar y lo que aquí planteamos no es más que la opinión de este grupo de trabajo y contraste. Si exploramos aquí esta relación es por tener elementos de reflexión sobre si la aplicación de estos sistemas/herramientas es o pueden ser percibidos positivamente por estos grupos de interés o no. Realmente los sistemas/herramientas son medios para la mejora y consecución de objetivos. Deben ser facilitadores y soporte para las buenas practicas profesionales. Lo que los clientes tanto externos como internos saben y aprecian es como les afecta en última instancia

el servicio prestado en caso de personas mayores y sus familias. Y como les afecta y viven su entorno y actividad laboral (clima, condiciones de trabajo, satisfacción con el desempeño, motivación...) en el caso de los trabajadores.

Con relación a las personas Mayores y su satisfacción parece que la aplicación de herramientas específicas y sobre todo aquellas que evalúan y por consiguiente inciden en una mejora en la garantía de sus derechos son las que tienen más impacto. Los derechos de las personas y el medio residencial SIIS y el Sistema de Evaluación residencial SERA que consideran dimensiones como la intimidad, dignidad, autonomía, elección, tolerancia a la desviación etc. son, lógicamente, las que pueden evidenciar más claramente una mejora en la atención. También la Escala FUMAT de calidad de vida incide positivamente sobre la satisfacción por encima de los sistemas generalistas de calidad.

Curiosamente se da una coincidencia con los grupos de interés familias, profesionales y cliente institucional en el sentido de que es el sistema de calidad EFQM el que se percibe como el que más influencia tiene en su satisfacción. Y sobre todo es en el cliente institucional en el que repercute con más intensidad este sistema relacionado con la satisfacción. Es común y mayoritaria esta apreciación respecto a la alta consideración por parte del cliente institucional, administración con relación al modelo EFQM.

En un segundo nivel de relaciones de influencia entre los sistemas /herramientas concretos y los grupos de interés se reflexiona sobre aspectos propios de cada uno de ellos. Se plantean algunas variables diferenciadas y propias de cada grupo para analizar el grado de impacto que considera el grupo de trabajo.

Grupos de Interés y variables consideradas

PERSONAS MAYORES

- Autonomía.
- Intimidad.
- Dignidad.
- Vida cotidiana.
- Preferencias y deseos.
- Relaciones personales.
- Satisfacción general.

FAMILIAS

- Participación en el centro.
- Interacción con profesionales.
- Intervención dirigida a familias.
- Aumento de confianza en el servicio.
- Garantía de seguridad.
- Percepción de calidad del servicio.
- Satisfacción general.

ENTIDAD/EMPRESA

- Control de la actividad.
- Flexibilidad organizativa.
- Gestión de personas.
- Resultados económicos.
- Eficiencia en general.
- Garantía de seguridad.
- Imagen externa.

PROFESIONALES

- Incremento de trabajo.
- Cambio/flexibilidad de roles.
- Apoyo al trabajo en equipo.
- Implicación/motivación.
- Mejora prácticas profesionales.
- Garantía de seguridad.
- Satisfacción personal.

CLIENTE INSTITUCIONAL/ADMINISTRACIÓN

- Labor de inspección.
- Garantía de seguridad.
- Aumento de confianza en la entidad.
- Satisfacción general.

En los cuadros siguientes se recogen las puntuaciones medias respecto al planteamiento de valoración cuantificada sobre 10 puntos solicitado al grupo de contraste. Aun siendo un grupo reducido nos señala la tendencia respecto

al grado de relación e influencia y concuerda con el análisis más cualitativo realizado. Se señalan únicamente aquellas que se consideran más influyentes.

LOS SISTEMAS DE CALIDAD Y HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES Y SU RELACIÓN CON EL MODELO DE ATENCIÓN.

PERSONAS MAYORES	Autonomía	Intimidad	Dignidad	Vida Cotidiana	Preferencias y deseos	Relaciones personales	Satisfacción general
ISO	--	--	--	--	--	--	--
EFQM	--	--	--	--	--	7,1*	--
SERA	7,3	7,1	7,5	--	7,1	7,2	7,4
GARANTÍA CALIDAD Y DERECHOS	8	8,4	8,4	7,5	7,8	7,7	8,1
FUMAT	7,6	7,4	7,5	7,4	7,4	7,5	7,6

Grupo de Interés: PERSONAS MAYORES

ENTIDADES	Eficiencia en general	Imagen externa	Flexibilidad organizativa	Gestión de personas	Control de la actividad	Resultados económicos	Garantía de seguridad
ISO	--	7,5	--	--	7,8	--	7,4
EFQM	7,8	8,5	7,7	7,3	7,8	7,6	7,8
SERA	--	--	7,3	--	--	--	--
GARANTÍA CALIDAD Y DERECHOS	--	7	7	--	--	--	--
FUMAT	--	--	--	--	--	--	--

Grupo de Interés: ENTIDADES, EMPRESAS

FAMILIAS	Participación en el centro	Interacción con profesionales	Percepción de calidad del servicio	Intervención dirigida a familias	Aumento de confianza en la entidad	Satisfacción general	Garantía de seguridad
ISO	--	--	--	--	--	--	7
EFQM	--	7	7,1	--	7,2	7,1	7,4
SERA	--	--	--	--	--	--	--
GARANTÍA CALIDAD Y DERECHOS	7,1	7,5	8	7,6	8,1	8,1	7,6
FUMAT	--	--	--	--	--	--	--

Grupo de Interés: FAMILIAS

PROFESIONALES	Incremento de trabajo	Cambio/flexibilidad de roles	Apoyo al trabajo en equipo	Implicación/motivación	Mejora prácticas profesionales	Garantía de seguridad	Satisfacción personal
ISO	--	--	--	--	--	7,1	--
EFQM	7	--	7,3	--	7,2	7,5	7,1
SERA	--	--	--	--	--	--	--
GARANTÍA CALIDAD Y DERECHOS	7,1	7,2	7,7	7,7	8	7	8
FUMAT	--	--	--	--	7	--	--

Grupo de Interés: PROFESIONALES

CLIENTE INSTITUCIONAL	Labor de inspección	Aumento de confianza	Garantía de seguridad	Satisfacción general
ISO	8	7,9	7,5	7
EFQM	8,2	8,1	7,8	8,7
SERA	--	--	--	--
GARANTÍA CALIDAD Y DERECHOS	--	7	--	--
FUMAT	--	--	--	--

Grupo de Interés: CLIENTE INSTITUCIONAL

6. CONCLUSIÓN.

Se ha pretendido en este artículo un primer acercamiento a una cuestión recurrente en los debates entre los profesionales, sobre todo cuando se comparten espacios entre gestores y especialistas, técnicos de los servicios. La implementación de sistemas de calidad es sin duda alguna beneficiosa y aporta a la gestión de los servicios una metodología de trabajo y sistematización que facilita la mejora continua y la eficiencia de las organizaciones. Lo importante es ser capaces de integrar, los aspectos organizacionales y las prácticas profesionales en la atención a las personas. Esta relación, entre gestión y atención ocurre que a veces esta integrada y es sumativa pero en ocasiones transcurre por caminos paralelos sin terrenos comunes. Y son estos espacios comunes y compartidos los que nos permiten alcanzar y disponer de servicios de calidad y orientados a las personas que es en lo que nos debemos esmerar.

Teresa Martínez, en la reciente publicación *La Atención Gerontológica centrada en la Persona*, editada por el departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco en su colección *Documentos de Bienestar Social*, refleja muy bien este planteamiento y transcribo para finalizar este artículo a modo de conclusión.

TRABAJAMOS CON PERSONAS. ARMONIZAMOS ORGANIZACIÓN Y TRATO PERSONALIZADO.

Los dos niveles de planificación:

- El centro o servicio debe contemplar e integrar dos niveles complementarios de planificación: la planificación del centro y la planificación de la atención individual. Dos caras de una misma moneda e imprescindibles ambas

para conseguir procesos asistenciales de calidad.

- La planificación del recurso contempla cuestiones como la definición de su misión, la descripción de sus modalidades asistenciales, el diseño del mapa de procesos, de los programas de intervención, de protocolos asistenciales, de sistemas organizativos, de los instrumentos a utilizar y del sistema de evaluación.
- La planificación individual hace referencia al proceso de atención a seguir con cada persona usuaria para lograr una atención personalizada. Este nivel se concreta en el diseño y desarrollo de los Planes de Atención y Vida.
- Ambos niveles son irremplazables para lograr una intervención de calidad y para lograr el necesario equilibrio entre la organización del recurso y la adaptación de las propuestas técnicas a las necesidades y preferencias de las personas que allí son atendidas.

Lo organizativo, al servicio de las personas.

- Lo primero son las personas. La organización del centro o servicio ha de supeditarse a éstas. Lo organizativo ha de estar orientado a la mejora de la calidad de vida, a facilitar el desarrollo de los proyectos vitales de las personas, sus deseos y preferencias en relación a la atención y vida cotidiana.
- Las actividades, los programas, los sistemas de gestión u organización de tareas son simples medios y hemos de evitar que acaben teniendo más importancia o peso que los objetivos de atención personal. Las personas son el fin de nuestras intervenciones y los medios

habitualmente utilizados no deben ocupar, por desviación, este lugar central convirtiéndose en los propios fines.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- AENOR Norma Española UNE 158101 Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de Centros Residenciales. 2008.
- AENOR Norma ISO 9001: 2000 de Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. 2000.
- DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y SERVICIOS SOCIALES, GOBIERNO VASCO. "Cien Propuestas Para Avanzar en el Bienestar y el Buen Trato a las Personas que Envejecen". Bases para un Plan de Acción" 2011.
- EUSKALIT Fundación Vasca para la Calidad. EFQM Modelo EFQM de Excelencia. 2003.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS Rocío Sistema de Evaluación de Residencias de ancianos. SERA. Madrid: INSERSO.1995.
- GENUA M I, et al. Gestión y calidad en atención a personas mayores y/o discapacitadas. Geriatrika, vol. 21, nº 4. 2005.
- HERAS, R. et al. La normalización y certificación de sistemas de gestión en las residencias de mayores. Revista Zerbitzuan, nº 40, 2006. Pp. 31-43. 2006.
- MARTÍNEZ Teresa La Atención Gerontológica centrada en la Persona Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco. Colección Documentos de Bienestar Social, 2011.
- RODRÍGUEZ Pilar. La atención integral centrada en la persona. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. CSIC. 2010.
- SIIS Centro de Documentación y Estudios Garantía de Calidad-Kalitatea zainduz: Manual de aplicación en residencias para personas mayores. Fundación Eguia Careaga. Donostia-San Sebastián. 2001, 2009.
- SIIS Centro de Documentación y Estudios Los Derechos de las Personas y el Medio Residencial ¿Cómo hacerlas compatibles? Guía de recomendaciones prácticas para las Residencias de Personas Mayores. Cuadernos Técnicos Fundación Eguia Careaga.2011.
- VERDUGO Miguel Ángel, et al. Evaluación de la Calidad de Vida en Personas Mayores. La escala FUMAT. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca, 2008.

EL CAMINO DE LA DEPENDENCIA A LA AUTONOMÍA

DAVID VAQUERIZO COLLADO

Actuario
Caser Seguros

HANS HENNEKAM

Socio directivo de Estrategia y Desarrollo
Eureko/Achmea (Países Bajos)

RAFAEL KNOP

Actuario
Gothaer Lebensversicherung AG (Alemania)

EMER NÍ RAGHALLAIGH

Directora de Recursos Humanos
Friends First Group (Irlanda)

Sumario

CONCLUSIONES.

1. POR QUÉ LA PREVENCIÓN ES LA CLAVE - DEMOGRAFÍA.
2. INICIATIVAS DE PREVENCIÓN EN TODA EUROPA – UNA VISIÓN GENERAL.
3. INICIATIVAS DE PREVENCIÓN EN ESPAÑA.
4. OPORTUNIDADES PARA ESPAÑA.
5. BIBLIOGRAFÍA.

La Fundación Caser patrocinó un estudio para observar los sistemas de atención a la dependencia en una muestra de doce países seleccionados de la Unión Europea. Parte del objetivo de dicho estudio consistía en examinar las iniciativas que se están tomando en distintos países de Europa para evitar o retrasar que las personas terminen en una situación de dependencia. Este artículo muestra algunos ejemplos de dicha investigación.

El camino de la dependencia a la autonomía

España ha comenzado un viaje.

Ya se ha dado el primer paso para afrontar el creciente problema de la dependencia, para mejorar la calidad de vida de aquellas personas que requieren de asistencia y formalizar la situación de sus cuidadores mediante la aprobación de los derechos y beneficios recogidos en la Ley de Dependencia 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia.

Este artículo se centra en la siguiente parada de este viaje: la prevención de la dependencia y la promoción de la vida independiente.

Es obvio que resulta imprescindible poner en marcha todos los cuidados requeridos por las personas que se encuentran en una situación de dependencia, y la progresiva implantación de la Ley está tratando de dar respuesta a este tema. No obstante, tratar de evitar que las personas entren en una situación de dependencia es igual de importante, ya sea desde una perspectiva individual o social.

Las investigaciones sobre iniciativas para prevenir la dependencia se encuentran todavía en

una etapa muy incipiente, por lo que es difícil encontrar ejemplos claros de medidas de prevención que hayan podido ser evaluadas y cuyo impacto se haya medido de forma objetiva.

Aunque en un principio en este estudio partimos con la premisa de abarcar y examinar a la totalidad de la población en situación de dependencia, pronto nos dimos cuenta de que la mayoría de las investigaciones, estadísticas y ejemplos de buenas prácticas disponibles se centran en personas mayores dependientes. Por lo tanto, ese será el enfoque de este artículo: analizar ejemplos de iniciativas sobre prevención destinadas a evitar situaciones de dependencia en personas de la tercera edad. A efectos de este estudio, se define una persona dependiente como aquella que necesita de algún tipo de ayuda para llevar a cabo las tareas de la vida diaria.

CONCLUSIONES

En la primera parte de este artículo, se describen los importantes cambios que se están produciendo en la estructura de la población española y se pone de manifiesto la necesidad de que España sea ambiciosa en materia de prevención. Actualmente, España posee la cuarta población más envejecida de la UE. Se estima que, para el año 2050, esta cifra habrá aumentado en un 76% con lo que para esa fecha, se habrá convertido en uno de los países de la Unión Europea (UE) con mayor número de personas en una edad avanzada. Al mismo tiempo, se observa que España tiene la segunda tasa de la UE más baja de inversión en cuidados de larga duración, lo cual no resulta sostenible con el futuro que se avecina.

Pero es que además de España una gran can-

tividad de países europeos tendrá que afrontar que su población de más de 65 años vaya a duplicarse durante las próximas cuatro décadas, por lo que la prevención de la dependencia se ha convertido y se convertirá en una necesidad muy real, es decir, en un objetivo fundamental. La promoción de la autonomía y el envejecimiento activo es ahora el objetivo común, tanto por sus implicaciones o consecuencias financieras y sociales.

La Organización Mundial de la Salud identificó cuatro áreas a tener en cuenta si se quiere luchar contra las situaciones de discapacidad en los mayores: 1) las enfermedades crónicas, 2) los estados de depresión, 3) el deterioro funcional y 4) el estilo de vida sedentario.

En este artículo se proporciona una visión general de las iniciativas sobre prevención observadas en Europa, destacándose que cada una de estas iniciativas aborda una o más áreas de las mencionadas en el párrafo anterior. Los ejemplos fueron seleccionados con el objetivo de mostrar la diversidad de medidas disponibles, desde aquellas iniciativas de apoyo basadas en la interacción social, y que no suponen un gran coste, (como la denominada Café Alzheimer's que más adelante se explicará con más detalle) hasta aquellas investigaciones más costosas que tratan de incidir en algún factor de riesgo causante de una situación de dependencia. Por lo tanto, existen iniciativas de todo tipo y envergadura en materia de prevención, que habrán de ser adaptadas a un nivel muy local.

España ha realizado algunas incursiones en el área de prevención de la dependencia y aquí describimos algunos ejemplos de proyectos y programas piloto que se están poniendo en

marcha actualmente. Merecen mención especial dos ámbitos en los que se ha conseguido un cierto éxito y desarrollo en España: la prevención de caídas y la teleasistencia.

Tres áreas o campos de actuación podrían recomendarse para futuras y más profundas investigaciones en España. Estas son 1) las visitas o revisiones preventivas a domicilio, 2) la tecnología y su aplicación al campo de la dependencia y 3) los amplios conceptos de trabajo flexible, jubilación gradual, aprendizaje permanente y voluntariado. Estas iniciativas han tenido éxito en otros países y podrían resultar rentables y fructíferas en España. Se hace necesario investigar más en el área de prevención con el fin de identificar dónde invertir los escasos recursos disponibles.

España se encontrará con muchos retos en la prevención de la dependencia, los cuales se podrían agrupar en los siguientes grandes bloques:

- **Financiación**

España ha participado en muchos proyectos pilotos patrocinados o financiados por la Unión Europea. No obstante, incluso cuando se han conseguido resultados positivos, en muchos casos los programas han finalizado al desaparecer la financiación de la UE. Como se ha indicado anteriormente, España parte con una inversión en cuidados de larga duración (% de PIB) mucho más baja que otros países de la UE.

- **Cohesión**

A muchos países les está resultando difícil coordinar la prestación de servicios entre los Ministerios de Sanidad, los Organismos de Ser-

vicios Sociales, las regiones o Comunidades Autónomas y los Municipios. España se enfrenta al mismo problema, lo que deriva en muchas ocasiones en que a la persona que necesita ayuda le es complicado conseguir la información que necesita.

Esto tiene como consecuencia que se produzcan diferencias entre las regiones en los servicios prestados y en la calidad de dichos servicios. Es más, los éxitos de una Comunidad Autónoma no son necesariamente compartidos con otras.

- **A quién pertenece la prevención de la dependencia**

Es importante encontrar una respuesta a esta cuestión desde un punto de vista gubernamental. ¿Qué papel tiene el Servicio Sanitario en la prevención de la dependencia? ¿Cuál es el papel de los Servicios Sociales? ¿Qué papel tiene la Comunidad Autónoma? ¿Quién coordinará la prevención?

- **Por dónde empezar**

Hemos encontrado varios buenos ejemplos de iniciativas puestas en marcha en otros países europeos para prevenir la dependencia. Sin embargo, medir la efectividad de estas iniciativas es complicado. En España se necesitan más estudios, investigaciones y programas piloto para identificar cuáles son las prioridades. La prevención debe tener un enfoque a largo plazo basada en la educación sanitaria y además requiere la implicación de toda la población.

España ha demostrado que está dispuesta

a mejorar la calidad de vida de los individuos que requieren algún tipo de ayuda mediante la aprobación de derechos y beneficios recogidos en una ley de dependencia. Mientras que aún se están estableciendo las estructuras para cumplir lo descrito en la nueva Ley, España debe, al mismo tiempo, mirar hacia el futuro y empezar a explorar la posibilidad de invertir en la prevención de la dependencia.

1. POR QUÉ LA PREVENCIÓN ES LA CLAVE -DEMOGRAFÍA

La mayoría de los 27 estados miembro de la UE pertenecen al grupo de países con la mayor esperanza de vida del mundo, lo cual debe considerarse como un logro significativo.

Estos mismos países presentan la tasa más baja de fertilidad de todo el planeta. La consecuencia es clara: la estructura demográfica de la población europea sufrirá cambios en el futuro, con una reducción en el número de jóvenes y un envejecimiento de la población activa. En este mismo sentido, la Organización de Naciones Unidas (ONU) y el Organismo de Estadística de la Unión Europea (Eurostat) estiman un declive moderado de la población total de la UE-27 más allá del año 2050.¹

Europa está experimentando un envejecimiento demográfico, que consiste en el aumento de la edad media de la población y una creciente proporción de la población de más de 65 años.² La pirámide por edades de la población europea se está invirtiendo, produciéndose un declive en el grupo de edad entre 0 y 14 años. Por el contrario, otros grupos están creciendo, como el grupo de entre 55 y

Ageing and Demographic Change in European Societies: Main Trends and Alternative Policy Options, Rainer Muenz, March 2007, Social Protection, The World Bank, SP Discussion Paper no. 0703

² idem

65 años, que es probable que siga aumentando hasta el 2030, a medida que la generación del baby boom alcance la edad de jubilación. Después del año 2030, todos los grupos en edad adulta por debajo de los 65 años, reducirán su tamaño.³

En cambio, el grupo de edad de más de 65, que se encontraba en los 79 millones en 2005 para el conjunto de Europa, crecerá hasta los 107 millones en 2025 (+35%) y hasta los 133 millones en 2050 (+68%).⁴ Para 2050 casi la mitad de la población europea tendrá más de 50 años. El cambio en el perfil de edad en Europa tendrá un impacto en las principales decisiones políticas en relación con las pensiones, la edad de jubilación, el aumento de la participación de la población activa femenina, las políticas de inmigración, la sanidad y el bienestar social.

Aunque estos cambios se están produciendo en la Europa de los 27, España se encuentra al frente de este fenómeno. De hecho, España ya tiene una de las tasas más altas de población en avanzada edad del mundo con un 17% de personas de más de 65 años (en 2050 será un 30%), y un 4% de más de 80 años.⁵ Está claro que España experimentará el impacto demográfico antes que muchos de sus vecinos, por lo que resulta mucho más urgente acometer los cambios necesarios e implantar las políticas adecuadas.

¿Qué impacto tendrán estos cambios demográficos en el número de personas en situación de dependencia?

Si bien la edad no puede considerarse como causa de la dependencia, sí existe evidencia

empírica suficiente como para afirmar que el riesgo de dependencia se incrementa con la edad. Según las estimaciones de Eurostat, aproximadamente del 15% al 16% de las personas de más de 65 años viven en situación de dependencia; tasa que aumenta de un 25% a un 26% para las personas de más de 75. El aumento de la edad de la población provocará un incremento importante del número de personas con dependencia en España.

Hoy en día, existen 1,2 millones de personas con dependencia en España y se estima que dicha cifra aumente a los 1,5 millones en diez años.

Las encuestas realizadas a la gente mayor enfatizan el hecho de que perder la independencia supone uno de los grandes miedos al envejecer. Por lo tanto, la prevención de la dependencia en la vejez debería constituir una prioridad tanto social como financiera.

Antes de estudiar cuestiones relativas a la prevención es conveniente examinar primero las causas que originan la dependencia y observar cómo se puede incidir sobre ellas con el fin de reducir el número de personas en esta situación.

La dependencia en la tercera edad no es inevitable.

Según la Organización Mundial de la Salud, el control de las consecuencias derivadas de una enfermedad crónica, de una depresión, de un estilo de vida sedentario y un deterioro funcional será fundamental a la hora de evitar que una persona entre en situación de dependencia en la tercera edad.⁶

³ idem

⁴ idem

⁵ IMSERSO. Estadísticas del SAAD

⁶ Heikkinen E (2003), What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

Muchas de las iniciativas de prevención encontradas en el estudio abordan estas áreas de forma directa: programas de detección para evaluar y gestionar enfermedades, iniciativas para estimular la actividad física y la interacción social y apoyo para facilitar que la gente pueda permanecer en su propia casa pero que tengan acceso a asistencia cuando la necesiten. No existe solo una solución para prevenir la dependencia en la tercera edad; tanto la educación sanitaria como la monitorización desempeñan un papel importante. Sin embargo, también es importante permanecer físicamente activo, interesado e involucrado en la familia y la comunidad.

2. INICIATIVAS DE PREVENCIÓN EN TODA EUROPA – UNA VISIÓN GENERAL

Al estudiar la prevención de la dependencia se pueden agrupar las iniciativas observadas en toda Europa en cuatro áreas distintas – actividad física; asistencia o apoyo; interacción social; y revisiones médicas y educación.

2.1. Actividad física

El fomento del ejercicio físico es una iniciativa común para evitar que las personas mayores entren en situación de dependencia. Entre dichas iniciativas se pueden encontrar por ejemplo, la denominada **Caminar para la Salud (Hambleton Strollers Walking for Health)** en el Reino Unido, que consiste en la organización de paseos para la gente mayor que comienzan en consultas de médicos de cabecera y en centros de ocio. En Finlandia existe el proyecto **Si sigue Caminando (Keep Walking)**, que pretende mejorar la capacidad funcional, la calidad de vida y la autonomía en personas de más de 75 años que presentan una salud delicada y que

viven en su casa, aumentando sus oportunidades de caminar y moverse fuera de su hogar.

En los Países Bajos, el **Modelo de Vida Activa de Groningen (Groningen Active Living Model)** es un buen ejemplo de iniciativa con un claro grupo destinatario y un proceso que ha conseguido resultados. Esta iniciativa aspira a conseguir que personas de entre 55 y 65 años que no son suficientemente activos o personas con alguna discapacidad, se vuelvan más activas con el fin de prevenir enfermedades y discapacidades en edades posteriores. La primera fase de la ejecución de este proyecto consistió en seleccionar mayores de entre 55 y 65 años en ciertos barrios. Se mandó información por escrito sobre el proyecto al grupo ya seleccionado, además de un pequeño cuestionario. En el periodo de diez días tras la recepción de la información, estudiantes cualificados visitaron todos los domicilios, puerta a puerta, para responder a preguntas pendientes y para recoger el pequeño cuestionario, que sirvió para comprobar si ya estaban cumpliendo las recomendaciones de actividad física. Si no, se les invitaba a acudir a una prueba de aptitud física para mayores llamada Groningen Fitness Test for the Elderly.

El objetivo de la prueba consistía en comprobar el estado de salud de los participantes (y si era seguro participar en el proyecto), además de informar sobre salud y forma física a los mismos.

Desde 1997, se ha visitado, puerta a puerta, a más de 500.000 adultos como parte de la fase de selección o reclutamiento. Mediante el cuestionario de predisposición a la actividad física, se mide la presión arterial y se determina si es necesario realizar un examen físico. Los

participantes reciben un informe sobre su estado de salud y su forma física resultante de medir parámetros como la fuerza de las piernas, la flexibilidad y la resistencia en la marcha; y de llevar a cabo una entrevista posterior. Después de todo esto, se les proporciona un “menú” que les ofrece la posibilidad de aprender aquellos deportes o actividades físicas que más les gusten. En este menú están disponibles tanto deportes individuales (el footing, la natación), como deportes de equipo. El objetivo reside en enseñarles a ser activos de una manera integral. Un estudio ha demostrado que el proyecto ha tenido efectos positivos, mejorando la resistencia, la forma física, la fuerza de las piernas, la dinámica, el equilibrio, el índice de masa corporal y la nutrición del grupo destinatario.

2.2. Asistencia o Apoyo

El objetivo de la próxima iniciativa es salvar la distancia que en ocasiones se produce entre la asistencia hospitalaria y la vida independiente en casa. La traducción al español **Hoteles para Pacientes** del inglés (*Patient Hotels*)⁷ es un concepto que se desarrolló por primera vez en Escandinavia y que ahora existe en varios países como Noruega (con el denominado *Norlandia Care*), Suecia (con *Skane University Hospital in Lund*), Dinamarca (con *Odense University Hospital*, que funciona desde 1997), Finlandia y el Reino Unido (*Well-Tell*).

Estos hoteles están diseñados para acomodar a personas que no necesitan todos los servicios de un hospital pero que necesitan que la ayuda se encuentre cerca. Están adaptados a pacientes que se recuperan de una enfermedad o de una intervención quirúrgica. Estos pacientes no están lo suficientemente enfermos como para estar en el hospital pero tampoco lo suficien-

temente restablecidos como para vivir solos. Además, es más barato gestionar los hoteles para pacientes que los hospitales. Los servicios de monitorización y de asistencia médica disponibles pueden ayudar a las personas a volver a adquirir su independencia.

Hay otras iniciativas que han tenido también éxito en varios países. Los **Centros de Día** se encuentran funcionando en muchos países de todo el mundo. Éstos se centran en la prevención de la dependencia mediante el fomento de la interacción social y la estimulación mental con el fin de ayudar a la personas de la tercera edad a mantener su autonomía y su calidad de vida durante el mayor tiempo posible.

En varios países existen también iniciativas de Viviendas Tuteladas o Asistidas (*Sheltered Housing*) con el fin de que las personas puedan conservar su independencia pero, a la vez, tengan acceso a asistencia siempre que la necesiten.

Algunos ejemplos se encuentran en Irlanda (*Housing with Care*), en el Reino Unido (*Yorkshire Housing*) y también existen ejemplos en Finlandia. Estas iniciativas consisten en viviendas independientes diseñadas cuidadosamente para personas mayores, con acceso 24 horas a asistencia en caso de que la necesiten. Las viviendas asistidas ofrecen un entorno seguro e incluyen una zona común donde los mayores pueden reunirse y disfrutar de actividades sociales.

En Finlandia, las viviendas asistidas están equipadas con tecnología inteligente. Las unidades contienen diseño sin barreras, sistemas de alarma de incendios automáticos, teléfono de alarma con muñequeras, interruptores

⁷ Ageing Health and Innovation: Policy Reforms to Facilitate Healthy and Active Ageing in OECD Countries, June 2011 www.ilcuk.org.uk

de luz automáticos y sistemas de apertura de puertas, además de sensores adicionales. Empresas como Nokia han desarrollado nuevos sistemas como el Nokia Home Control Centre para gestionar la vivienda mediante un dispositivo móvil.

Se espera que la **Tecnología** desempeñe un papel significativo en el esfuerzo por conseguir que los mayores permanezcan independientes en sus propias casas. Examinaremos esta área en mayor profundidad al realizar recomendaciones para España.

2.3. Interacción Social

La falta de interacción social puede llevar al aislamiento, a la soledad e incluso a la depresión. Por tanto, existen varias iniciativas que están dirigidas a combatir ese aislamiento.

La denominada **Línea de Asistencia para Mayores (Senior Help Line)** se estableció en Irlanda en 1998 para proporcionar un servicio de asistencia telefónica a la gente mayor que se sentía sola y aislada. Este servicio se ofrece por las mañanas de 10:00 a 13:00 y por las tardes de 19:00 a 22:00. Cualquier persona puede llamar desde cualquier lugar de Irlanda por el precio de una llamada local.

Comenzó como una centralita en Summerhill en el Condado de Meath, y ahora ha crecido hasta convertirse en un servicio nacional con trece centros por todo el país. De hecho, en los últimos años, la línea de asistencia para mayores ha establecido una oficina en Nueva York para proporcionar un servicio de escucha confidencial para los inmigrantes irlandeses ancianos.

Lo más innovador de esta iniciativa es que la línea de asistencia está gestionada por más de 300 voluntarios mayores que se someten a un programa de formación. Más del 50% de los voluntarios tienen entre 70 y 80 años y un 11% tiene más de 80, mientras que solo un 4% tiene menos de 55 años. Los voluntarios proceden normalmente de grupos locales de jubilados activos y su mayor motivación es usar su tiempo libre para ayudar a las personas mayores.

Otro ejemplo de iniciativa de prevención de la dependencia que se centra en el apoyo en otras personas es **Café Alzheimer's**. Esta idea nació en los Países Bajos en 1997 y ahora se ha extendido a varios países, incluyendo al Reino Unido (desde 2000), Bélgica, Italia y también fuera de la UE (Estados Unidos, y Canadá desde 2001). El propósito de una "Cafetería del Alzheimer" es unir a aquellos que sufren esta enfermedad, con sus cuidadores y el público general en un sitio informal que se parece a una cafetería (con comida, bebidas y entretenimiento) mejor que en un lugar institucional. Así, se aparta del modelo tradicional de "grupo de apoyo" y se acerca a una interacción más natural.

Otra iniciativa es el **Centro de día Bozorgan** en Suecia, que comenzó en 1996 para fomentar la salud y el bienestar de las ancianas iraníes y su integración en la sociedad sueca. Las actividades están dirigidas conjuntamente por el municipio y por voluntarios; y la información sobre el fomento de la salud la ofrecen enfermeras del distrito, terapeutas ocupacionales, asistentes de cuidados, dentistas, ginecólogos y nutricionistas. Además, existe un servicio voluntario de guardia las 24 horas del día.

2.4. Revisiones Médicas y Educación

Muchos programas de prevención en toda Europa se centran en los diagnósticos precoces de enfermedades crónicas, en la información sanitaria, la educación y la revisión médica de ciertos grupos específicos de población. En esta categoría existen varios y buenos ejemplos de iniciativas.

Las *Visitas Preventivas a Domicilio (Preventive Home Visits)* se utilizan como medida preventiva en los Países Nórdicos, incluidos Finlandia, Suecia y Dinamarca. Consisten en visitas preventivas, por parte de un profesional de los Servicios Sociales, al domicilio de una persona mayor para llevar a cabo una evaluación exhaustiva de la persona en todos los aspectos y animar a ésta a que use sus propios recursos. El *Proyecto Global de Atención en el Domicilio (Home Care Umbrella)* es un ejemplo específico de Finlandia, donde se ofrecen cursos de auto-asistencia para identificar y tratar la depresión en los mayores. Ambas iniciativas se describirán en mayor profundidad en la sección de recomendaciones para España.

Las *Revisiones Médicas Preventivas (Preventive Health Screening)* son una iniciativa usada a menudo para la prevención aplicada en varios países. Consiste en revisiones anticipadas y periódicas de personas mayores para formarse una idea de su estado de salud. Del 74 al 91% de la totalidad de los participantes de los Países Bajos hicieron un seguimiento de la educación y los consejos sobre prevención ofrecidos. La salud no sufrió variaciones tras la intervención; pero sin embargo, el sentimiento general de soledad disminuyó, mientras que la independencia aumentó. En el Reino Unido se realizan controles médicos a todos los ciudadanos de

más de 40 años para prevenir afecciones cardíacas, apoplejías, diabetes o enfermedades renales.

En el área de la educación, los *Programas de Prevención de Caídas* han demostrado ser fructíferos en su esfuerzo por evitar que las personas mayores tengan caídas que puedan repercutir seriamente en su calidad de vida. Este tipo de programas se puede encontrar en muchos países del mundo, en los que se han utilizado distintas estrategias de intervención llevadas a cabo con diferentes grupos objetivo y en diversidad de emplazamientos. Algunas de estas estrategias consisten en proporcionar evaluación y gestión de riesgo de caídas (incluida la gestión de la medicación), intervenciones basadas en la actividad física, modificaciones medioambientales y educación; en desarrollar dispositivos de asistencia; y en proporcionar intervenciones en el calzado. Se expondrán más detalles relacionados con este punto más adelante en el artículo, en el capítulo dedicado a las iniciativas de prevención para España.

3. INICIATIVAS DE PREVENCIÓN EN ESPAÑA

El equipo a cargo de este proyecto encontró algunos ejemplos efectivos de iniciativas de prevención en España en cada una de las cuatro áreas anteriormente mencionadas.

El objetivo común de estas iniciativas consiste en que las personas puedan permanecer en su casa el mayor tiempo posible y con el mayor nivel de autonomía. Todas las iniciativas se basan en estos fines básicos: el fomento de la salud y la integración social o participación en la comunidad.

Algunas acciones son promovidas exclusivamente por el gobierno regional o local, mientras que, en la mayoría de los casos, existe una

cooperación entre la administración pública y alguna entidad privada, como fundaciones, la obra social de las cajas de ahorro u otras organizaciones sin ánimo de lucro. Asimismo, existen también programas internacionales con financiación europea.

Detallaremos las iniciativas que hemos encontrado en las distintas regiones de España y que abarcan desde el establecimiento de servicios, la interacción social, la tecnología y la prevención de caídas.

3.1. Actividad física en España

Hay una gran variedad de actividades organizadas por los municipios de cada comunidad dedicadas a promover la actividad física (ya sean actividades al aire libre o interiores). Algunas de estas actividades son programas deportivos y de fitness para gente mayor, como el TaiChi, deportes al aire libre, programas diseñados para gente mayor con salud delicada y programas diseñados para mejorar la movilidad física.

Existen multitud de iniciativas como estas en España, que se centran en impulsar la actividad física en la tercera edad. Una iniciativa típica de bajo coste es Caminar para la Salud en San Sebastián. Basada en consejos médicos sobre la importancia de la actividad física, la asociación Bihotz Bizi organiza excursiones por la ciudad para animar a los mayores a caminar más. Dos veces a la semana un grupo de mayores salen

a pasear juntos durante una hora y media. Esta iniciativa contribuye a cambiar los hábitos incorporando ejercicio regular y, al mismo tiempo, potencia la interacción social y la participación en la comunidad.

3.2. Revisiones médicas y educación en España

- Junta de Andalucía y Administración Pública de Guipúzcoa.⁸

Programa financiado por la administración pública en colaboración con la Obra Social de La Caixa.

Está dirigido a personas de más de 65 años que se encuentran en un estado incipiente de dependencia o de dependencia menor (por lo tanto, prevención secundaria). Es probable que tengan problemas al llevar a cabo actividades normales de la vida diaria y el objetivo es prevenir el deterioro de las capacidades cognitivas, garantizando una vida autónoma y en un entorno social.⁹

Este programa se centra no solo en las personas con dependencia, sino también en sus familias mediante la prestación del apoyo necesario a la vida familiar. El programa se ha introducido en ocho centros de día en los que los talleres tienen lugar dos o tres veces a la semana donde las personas dependientes son seleccionadas de antemano. Las actividades que se desarrollan están relacionadas con la es-

⁸ a) Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de la Junta de Andalucía. "Programa de Prevención de la Dependencia de la Junta de Andalucía". www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciossociales/

b) Obra Social La Caixa. "Talleres Prevención Dependencia". http://obrasocial.lacaixa.es/ambitos/prevenciondependencia/prevenciondependencia_es.html

⁹ a) Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de la Junta de Andalucía. "Programa de Prevención de la Dependencia de la Junta de Andalucía". www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciossociales/

b) Obra Social La Caixa. "Talleres Prevención Dependencia". http://obrasocial.lacaixa.es/ambitos/prevenciondependencia/prevenciondependencia_es.html

estimulación sensorial y cognitiva para estimular los sentidos, la coordinación, el equilibrio, el lenguaje y la memoria.

- Programa “SABER ENVEJECER”

Es un programa educativo en el que colaboran la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), la Obra Social Caja Madrid y la Organización Mundial de la Salud y que ha sido diseñado para promover el envejecimiento saludable y mejorar la calidad de vida física y psicológica de los mayores. El programa consta de veintiún folletos pedagógicos sobre una amplia gama de temas, incluidos la familia, la prevención de caídas, la toma de decisiones, el cuidado del cuerpo, la alimentación sana y la depresión. Los materiales de apoyo se han diseñado para los participantes y para los profesionales y formadores.¹⁰

El grupo al que se dirigen estos folletos son las personas que sobrepasan el grupo de edad de 55 a 60 años y que están interesados en compartir su experiencia en una situación grupal. Este programa se lleva a cabo en centros de día.

Es considerada una iniciativa pionera a nivel nacional, ya que se imparte con técnicas de coaching, haciendo más fácil la reflexión y la colaboración colectiva.

Según datos de la Obra Social de Caja Madrid, 2.000 personas se han beneficiado de este programa. Ya se han planificado cursos para las siguientes comunidades autónomas: Castilla La Mancha, Castilla y León, Madrid, Galicia,

Extremadura y Asturias.

En el caso de Castilla La Mancha, se realizarán ocho cursos y habrá 160 participantes en total.

- Zainduz: Programa de Estimulación Cognitiva

Comenzó en enero de 2011 y es un programa individualizado de estimulación cognitiva que tiene lugar en el domicilio de la persona mayor.¹¹

Se está poniendo en marcha en cuatro pueblos de Vizcaya (Abanto-Zierbena, Amorebieta, Muskiz y Ugao-Miraballes) y se considera una actividad pionera en esta región.

Está dirigido a los mayores que no tienen acceso a un centro de día y pretende prevenir y evitar las situaciones de dependencia debidas al deterioro de las capacidades cognitivas mediante la estimulación de la memoria, el lenguaje y la aritmética básica.

Un psicólogo profesional visita el domicilio del participante todas las semanas para proporcionarle información, orientación, formación y asistencia psicológica. Tras varios meses, se analiza el impacto del programa.

- Programas de prevención de caídas en España

Las caídas en la tercera edad suponen un problema de salud importante, ya que su efecto en una persona mayor puede resultar devastador derivando en dolores crónicos, confusión

¹⁰ a) Consejería de Salud y Bienestar Social. Gobierno de Castilla La Mancha. “Saber Envejecer. Prevenir la Dependencia en Castilla La Mancha”. www.jccm.es

b) Portal de la Dependencia. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). “Guía Saber Envejecer. Prevenir la Dependencia”. <http://portaldependencia.es/>

¹¹ Diputación Foral de Vizcaya. “Programa Zainduz”. <http://bizcaia.net>

y una reducción drástica de la calidad de vida. Las caídas pueden hacer que una persona pase rápidamente de tener una vida independiente a encontrarse en una situación de dependencia.

Según las estadísticas, cada año uno de cada tres adultos de 65 años y mayores se cae; cifra que aumenta aproximadamente en un 40% para aquellos mayores de 70. Para las personas de 65 años o mayores, las caídas son la causa principal de lesiones no mortales y de ingresos hospitalarios por traumatismos (como fracturas de cadera y traumatismos craneales) y pueden incluso aumentar el riesgo de muerte prematura.¹² Más del 50% de personas se caen más de una vez al año, por lo que, si tomamos en cuenta dichas cifras, podemos observar que las caídas tienen una gran repercusión económica en los servicios de asistencia médica.

Estas cifras son importantes porque muestran una correlación clara entre la edad y las posibilidades de caída, por lo que el envejecimiento se convierte en un factor de riesgo significativo. Las caídas pueden tomarse como una advertencia, un síntoma de que algo no va bien.

Hay que mencionar que España tiene la segunda tasa más baja de caídas en Europa. Sin embargo, la mayoría de las caídas se puede prevenir y, debido al tremendo impacto que pueden tener en la calidad de vida de una persona, se recomienda una mayor inversión en este área.

En España se han desarrollado programas para evitar y prevenir las caídas en los mayores en el ámbito local y regional. La característica común de dichas campañas es la de informar y educar a las personas mayores para que pue-

dan prevenir las caídas. A continuación, se enumeran algunos de estos programas:

- El **Proyecto PRECAN** se puso en marcha hace cinco años con la colaboración de tres fundaciones: Fundación IAVANTE, la Fundación PFIZER y la Fundación Andaluza de Servicios Sociales. Basándose en los resultados de una encuesta realizada a 1500 personas, se analizaron las causas más frecuentes de las caídas y se recomendó cómo evitarlas. Asimismo, se llevó a cabo un documental dirigido a las personas mayores de 65 años que describía los resultados del estudio y enumeraba una serie de recomendaciones sobre cómo prevenir las caídas. Además del documental, el proyecto también llevó a cabo la elaboración de unos folletos sobre cómo cambiar los hábitos con el fin de prevenir las caídas. Por ejemplo, se hicieron recomendaciones sobre el calzado, la gestión de la medicación, la actividad física y los peligros del entorno. Se espera que más de 800.000 personas podrían beneficiarse de esta iniciativa en Andalucía. La información se repartió por centros de día, hogares de ancianos y centros de servicios sociales.

- El **Proyecto Pasos Firmes** lo desarrolló en 2009 la Fundación Objetivo 1 en colaboración con la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. El objetivo principal de este programa fue evitar las caídas en la población de edad avanzada. Se proporcionó educación para los mayores, sus cuidadores y sus familiares, así como recomendaciones generales para evitar las caídas.

- El **LEMA** (Laboratorio de Evaluación Multifuncional del Anciano), desarrollado por la Consejería de Sanidad de Madrid y puesto en marcha en el Hospital de Getafe, es un programa

¹²Todd C, Skelton D. "What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?. 2004. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe

ma pionero en España que pretende detectar las causas de las caídas y ofrecer un tratamiento correcto y personalizado a cada paciente. Todos los recursos del Hospital de Getafe se pusieron a disposición de esta iniciativa y se llevaron a cabo pruebas para medir la calidad muscular del paciente, analizar el sistema vascular o evaluar y hacer recomendaciones para modificar las malas posturas. Asimismo, utiliza un dispositivo altamente innovador, llamado GAITRite, que consiste en una alfombra inteligente con electrodos integrados que mide los aspectos espaciotemporales de la marcha. La alfombra captura todos los detalles del modo de andar del paciente, como el número de pasos, el tiempo que tarda en cruzar el segmento, la pisada o la estabilidad. Tras el análisis, se recomienda al paciente cómo mejorar su equilibrio.¹³

Estos ejemplos de programas de prevención o programas piloto implementados en España han sido elegidos para dar una visión general del tipo de iniciativas que se están llevando a cabo en ciertas regiones. Es necesario mejorar el proceso de evaluación de estos programas para asegurarse de que cumplen sus objetivos.

3.3. Interacción social y asistencia en España

- Programa Mayores en Alto Riesgo de Dependencia (Comunidad de Madrid).¹⁴

Esta iniciativa se está ejecutando en cuatro centros de día de la ciudad de Madrid para animar a los mayores a participar en la sociedad por medio de talleres, la mayor parte de ellos en grupo, aunque hay alguno individual. Entre las asignaturas que se imparten están la

estimulación cognitiva, la gimnasia de mantenimiento y la recuperación funcional, la educación sobre la asistencia sanitaria, la informática, y la creación manual y cultural, entre otras.

Los resultados de este programa muestran que una efectividad especial en las personas con riesgo de depresión o soledad.

- Campo de Trabajo Intergeneracional (Diputación Provincial de Vizcaya).

Jóvenes de entre 18 y 25 años se ofrecen como voluntarios para trabajar con personas que viven en residencias de ancianos. Además de compartir trabajos educativos y de recreo típicos de los campos de trabajo, el programa anima a los jóvenes participantes a conocer a los residentes y a entender la asistencia que necesitan las personas que viven en una residencia de ancianos. Esto hace que los participantes del campo de trabajo sean conscientes de cómo se ha de tratar a las personas que viven en una situación de dependencia y que puede que sufran deterioro cognitivo o necesiten otro tipo de asistencia.

Esta interacción de personas de distintas generaciones fomenta el respeto, la aceptación de uno mismo y la aceptación de la vejez como un valor positivo, así como el concepto de ayuda a los demás.

- Rompiendo Distancias: Programa Integral para las personas mayores del medio rural del principado de Asturias.¹⁵

Con este programa introducido como proyecto piloto en 2001, el gobierno regional in-

¹³ Comunidad de Madrid. Hospital de Getafe. "LEMA: Laboratorio de Evaluación multifuncional del anciano". www.madrid.org.

¹⁴ Comunidad de Madrid. Programa "Mayores en Alto Riesgo de Dependencia". <http://www.pluesmas.com/>

¹⁵ Rodríguez, P. "Personas mayores y desarrollo rural. Dos experiencias en contextos rurales del Principado de Asturias"

tentó erradicar los problemas derivados de la falta de acceso a los servicios y las oportunidades de interacción social que existen por el mero hecho de vivir en una zona rural.

El programa estaba dirigido a personas de más de 65 años residentes en tres zonas rurales del Principado de Asturias, entre los que se contaba a más de 3200 personas.

El objetivo del proyecto consistía en dotar a las personas con dependencia de todos los servicios disponibles en las ciudades y animarlas a la interacción interpersonal e intergeneracional.

Para conseguirlo, se les ofreció servicios de asistencia domiciliaria y asistencia remota, transporte, comida o lavandería para aquellos que necesitaran ayuda en dichas tareas.

El fomento de la participación en la comunidad resultaba un enfoque clave, por lo que se potenciaron y crearon asociaciones y centros de reuniones y se desarrollaron talleres para impulsar un estilo de vida saludable, así como otras actividades culturales y de ocio para compartir experiencias con otras personas (acceso a nuevas tecnologías, clases de teatro, folklore, etc.).

Los resultados fueron altamente satisfactorios, incluso aunque solo fuera porque se crearon numerosos recursos (centros de reuniones, transporte, acompañantes, servicios de comidas) que hasta entonces no habían estado disponibles, y ayudaron a conservar la autonomía y a impulsar la participación en la comunidad.

3.4. Asistencia a la vida en el hogar en España

- Tecnología en España

Este campo está adquiriendo cada vez más importancia en la asistencia para la vida independiente y la autonomía. En España se están implementando varios proyectos pilotos relacionados con la tecnología. Un buen ejemplo de estos es el Proyecto Platas, una colaboración entre la Fundación Vodafone España, Cruz Roja Española y el Instituto Este campo está adquiriendo cada vez más importancia en la asistencia para la vida independiente y la autonomía. En España se están implementando varios proyectos pilotos relacionados con la tecnología. Un buen ejemplo de estos es el [Proyecto Platas](#), una colaboración entre la *Fundación Vodafone España*, *Cruz Roja Española* y el *Instituto de Salud Carlos III*, apoyada por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Este proyecto se probó con más de 100 personas.¹⁶

Consiste en una plataforma que ofrece información integral a las personas con dependencia, uniendo esfuerzos con los servicios sociales y sanitarios, con el objetivo final de fomentar una vida independiente y un envejecimiento saludable mediante el impulso de la participación activa de los usuarios en relación con la sanidad.

El centro de asistencia de la Cruz Roja Española (Plataforma CRE) mantiene todos los servicios ofrecidos, entre los cuales se encuentran:

- Sistema de información que proporciona datos de interés para los mayores en materia de comida, ocio y ayuda técnica por medio de móviles y mensajes de texto. Este servicio potencia el uso de los teléfonos móviles por parte de los mayores.

¹⁶ Carlos Hernández Salvador (Cord). Fundación Vodafone. « Innovación TIC para las personas mayores: Situación, requerimientos y soluciones en la atención integral de la cronicidad y la dependencia

- Servicios de monitorización de hipertensión arterial, que envían datos sobre las constantes vitales a la plataforma CRE, incluidos la presión arterial, el pulso y el peso. El propio paciente se toma sus constantes vitales y los datos se monitorizan con el tiempo. Además, la transferencia de datos se puede realizar a través de teléfono móvil.

- Servicio de videovigilancia por el que, mediante una televisión y una cámara de vídeo, cada persona puede tener contacto visual con sus parientes, lo cual fomenta la comunicación y la participación social.

- Servicio de fomento de la actividad personal que monitoriza el progreso de la actividad física mediante la medición de los pasos dados por una persona al día. Así puede establecer objetivos semanales y mensuales con el fin de ofrecer una atención personalizada a través de la plataforma. Con este fin, se almacenan los pasos diarios por medio de un podómetro y dicha información se envía semanalmente a través de un mensaje de texto desde el móvil.

- Servicio de prevención y estilo de vida que utiliza sensores ambientales para comprobar el uso de la cama o del sillón, la apertura de puertas, el uso de los electrodomésticos, etc. Todo esto permite monitorizar la actividad física, la comida, la actividad social y el descanso de los participantes para poder desarrollar planes individualizados con el fin de mejorar la movilidad.

4. OPORTUNIDADES PARA ESPAÑA

En los ejemplos mencionados hemos visto que España ya ha embarcado en la prevención

de la dependencia. En esta sección describiremos algunas recomendaciones para España. Acordamos con la Fundación Caser examinar más detenidamente las tres distintas áreas que creemos que merece más la pena estudiar y, quizás, poner a prueba en pequeña escala. El primero de dichos campos es una iniciativa de control -visitas preventivas a domicilio y revisión de la depresión. La segunda es un análisis de más iniciativas tecnológicas que podrían ayudar en la prevención de la dependencia en España. Y finalmente, examinaremos el amplio campo de la flexibilidad en el trabajo, la jubilación gradual, el aprendizaje permanente y el voluntariado, así como el papel que estos conceptos pueden desempeñar en la prevención de la dependencia en edades tardías.

4.1. Visitas preventivas a domicilio y revisiones médicas

Finlandia ha puesto en marcha una iniciativa para la prevención de la dependencia que pretende asistir a los mayores en su propia casa antes de que el anciano haya hecho uso de atención domiciliaria corriente.

Una visita preventiva a domicilio es una visita planeada por un profesional de la asistencia sanitaria o del bienestar social a la casa de una persona mayor. Las autoridades locales y regionales finesas elaboraron un proyecto llamado "Visitas preventivas a domicilio" en 2001 que funcionó hasta 2003 y en el que participaron diez municipios distintos de Finlandia.¹⁷

El grupo al que estaban dirigidas las visitas de este proyecto eran los mayores no acogidos a ningún régimen de atención domiciliaria corriente. Se ofertaron las visitas para el grupo de edad de más de 75 años. Al principio se les es-

¹⁷ HANNELE, Niiniö and VESTERINEN, Anne. Laurea-Ammattikorkeakoulu and KOMULAINEN, Kati, Best Practices in Finnish Healthcare Prevention, 2008

cribió y luego se les contactó por teléfono para concertar una cita. La duración de la visita es de 90 a 120 minutos.

Objetivos

El objetivo de la visita es ayudar a los mayores a poder seguir viviendo en su propia casa el mayor tiempo posible. A tal fin, se lleva a cabo una evaluación sobre el entorno de la vivienda junto con una evaluación de las capacidades físicas, psicológicas, sociales y cognitivas del anciano. También se evalúan las necesidades futuras, lo que ayuda al municipio a planificar la prestación de servicios. Asimismo se proporciona información y orientación al anciano durante la visita. En este proyecto, se realizaron visitas puntuales, respaldadas por un proceso estructurado de entrevistas. En algunos municipios en la visita también se utilizó un indicador de habilidad funcional y la visita se centró en un tema específico como la seguridad y los accidentes, el equilibrio y el ejercicio físico.

Los mayores que participaron en el proyecto de visitas preventivas domiciliarias sintieron que la visita mejoró su sentimiento de seguridad y su confianza en las autoridades municipales. Además, la gente expresó su deseo de permanecer en su casa el mayor tiempo posible y recibir servicios en casa. Para el 2007, 150 municipios de Finlandia habían adoptado visitas preventivas domiciliarias para los mayores; visitas que están financiadas por los municipios finlandeses.

Lo interesante del proyecto de visitas a domicilio es que el grupo al que va dirigido consta de personas que no hacen uso de atención

domiciliaria habitualmente. No obstante, Finlandia también tiene un buen ejemplo de un proyecto que está orientado a usuarios de servicios de atención domiciliaria para evitar que este grupo destinatario entren en una situación de mayor dependencia.

Usuarios de los servicios de atención domiciliaria -control de la depresión

La depresión es uno de los problemas de salud mental más común entre los mayores. Una quinta parte de las personas mayores sufre de depresión a un nivel que se podría diagnosticar como una enfermedad, La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la depresión como un factor de alto riesgo que ha contribuido a la discapacidad en edades tardías.¹⁸

Además de sentirse mal, los síntomas de depresión incluyen languidez, falta de iniciativa, agotamiento y problemas de memoria. La depresión puede, además, repercutir en la recuperación de enfermedades físicas. La gente con depresión son menos activos físicamente y pueden llegar a aislarse ellos mismos. La OMS ha identificado también el estilo de vida sedentario y la baja frecuencia de contacto social como un factor de riesgo para la discapacidad en la tercera edad. Por consiguiente, enfrentarse a la depresión puede ser importante para reducir la discapacidad y la dependencia. A pesar de que es evidente que la depresión es un factor clave, a veces pasa desapercibida tanto para el mayor que sufre de depresión como para los profesionales que tratan con este.

Finlandia ha identificado que los usuarios de servicios de atención domiciliaria tienen riesgo

¹⁸ HEIKKINEN E, What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? Copenhagen, (2003) WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). pp 7-8

de depresión. La mayoría de estos usuarios tienen más de 65 años y los otros suelen ser personas con una discapacidad, personas que se están recuperando de una enfermedad mental o toxicómanos.

El **Proyecto de atención domiciliaria Home Care Umbrella** de atención domiciliaria se estableció en Vantaa en 2006¹⁹ con el objetivo de diseñar modelos para la prevención, asistencia y cooperación que se utilizaran en los servicios básicos, proporcionando así a la prestación de servicios un enfoque de prevención.

En el Proyecto Umbrella de atención domiciliaria, se utilizó una escala geriátrica de depresión de 15 puntos para investigar posibles casos de depresión en los mayores de 65. Si alguien obtiene 6 o más puntos en este cuestionario fácil de completar, se sospecha que existe depresión. El proyecto eligió una gama de medidas de prevención para el grupo objetivo, como desarrollar actividades informativas y grupales para los familiares y cursos guiados para los pacientes. Estas “escuelas de depresión” consistían en ocho o diez reuniones con tutores cualificados además de deberes y trabajos. Se recogía a los mayores en un taxi y se escogía el lugar de las reuniones cuidadosamente teniendo en cuenta a quién iban dirigidas -el menor ruido de fondo posible, baños cercanos y fácil acceso para gente con movilidad limitada. Uno de los beneficios de la terapia de grupo era que se mantenía la interacción social.

Una terapia que resultó especialmente fructífera para el grupo destinatario fue el de los recuerdos y el repaso de la vida. Este enfoque ayudó a promover el equilibrio psicológico, aumentar la autoestima y ayudarles a encontrarle significado a la vida y resolver conflic-

tos pasados. Estas medidas se centraron en la prevención de la depresión y el tratamiento de la depresión leve, ya que con los que sufrían depresión severa, los trabajadores tenían acceso a una enfermera psiquiátrica especializada para ayudarles.

Iniciativas similares

Además de Finlandia, países como Suecia y Dinamarca también han estudiado las visitas domiciliarias centrándose en la prevención.

El **estudio Nordmaling** fue un ensayo aleatorio controlado en el que participaron 200 pensionistas sanos de Suecia. Al final del periodo de dos años, el grupo tratado se comparó con otro grupo de control de 350 personas. Cada persona del grupo tratado recibió dos visitas preventivas al año, que llevaron a cabo dos profesionales (una enfermera del distrito y un trabajador social). Los resultados fueron positivos. En el grupo de intervención se observó lo siguiente: 1) la ansiedad disminuyó gradualmente, especialmente entre mujeres, 2) disminuyó el número de mayores que informaban de dolores frecuentes o constantes, 3) aumentó el porcentaje de mayores vacunados contra la gripe, 4) se redujeron los niveles de ingresos en el hospital u hogares de ancianos, así como de atención domiciliaria en el grupo de intervención, 5) las visitas urgentes al médico de cabecera resultaron ser tres veces más frecuentes en el grupo de control que en el de intervención, 6) en el grupo de intervención hubo la mitad de muertes de lo que se esperaba.²⁰ El estudio Nordmaling demostró que merece la pena centrarse en la prevención.

En Dinamarca todos los mayores de 75 años

¹⁹ HANNELE, Niiniö and VESTERINEN, Anne. Laurea-Ammattikorkeakoulu and KOMULAINEN, Kati, Best Practices in Finnish Healthcare Prevention, 2008

²⁰ THE SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH. “Health Promotion for older people is cost-effective”, Healthy Ageing, A challenge for Europe. pp 153

tienen derecho a recibir al menos dos visitas domiciliarias al año. Al igual que en Finlandia, el objetivo de las visitas en Dinamarca es el de garantizar la seguridad y el bienestar del anciano ayudándole a darse cuenta de sus propios recursos, así como de los servicios del municipio que tiene a su disposición.

Oportunidades para España

Estas intervenciones han tenido éxito en otros países. El enfoque nórdico ha puesto en marcha experiencias piloto con una muestra pequeña de la población o con una pequeña selección de municipios. Sin embargo, el concepto clave en estos casos concretos es la financiación: en los países examinados, los municipios fueron los que financiaron las iniciativas.

El estudio sueco demostró que las visitas domiciliarias no solo pueden mejorar la salud y el bienestar de una persona mayor, lo cual es un resultado muy importante, sino que además pueden ser factibles económicamente debido a los resultados positivos que suponen en la reducción de la necesidad de cuidados en hospitales y hogares de ancianos.

El otorgarle una perspectiva de prevención a la prestación de servicios podría ser clave para conseguir que la prevención sea rentable. Por lo tanto, formar a profesionales en prestación de servicios y proporcionarles el conocimiento y las herramientas necesarias para llevar a cabo tareas sencillas de prevención a la persona que usa el servicio, podría ser la solución para disminuir la tasa de dependencia en España.

4.2. Apoyar la vida autónoma mediante la tecnología

Hay varios dispositivos y aplicaciones relacionados con las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) en el mundo de la prevención de la dependencia que están relativamente desarrolladas y en las que se ha conseguido un cierto nivel de progreso en el mercado. Las aplicaciones principales del campo de la tecnología se pueden organizar de la siguiente manera:

- **Dispositivos de alarma (telealarma):** se refieren a los servicios o equipos que permiten a una persona mayor realizar una llamada con un teléfono especial o un dispositivo portátil a una central de alarmas en caso de emergencia (como una caída). Este tipo de tecnología también se refiere a la "teleasistencia de primera generación".

- **Teleasistencia:** consiste en una serie de mejoras al concepto de servicio de alarma básico. Los típicos ejemplos incluyen la entrega de sensores para la casa (ej: detectores de caídas, sensores de ocupación de cama o sillas, detectores de humo, gas y e inundación). Estos detectores están configurados de manera que puedan advertir a los servicios de asistencia social en caso de que surja un problema. Otras tecnologías que forman parte de esta categoría son aquellas basadas en las videoconferencias u otras aplicaciones de asistencia remota. Estas aplicaciones se denominan "teleasistencia de segunda generación", mientras que la "teleasistencia de tercera generación" se utiliza para describir las soluciones basadas en las TIC de una naturaleza más preventiva como los sensores en la vivienda para fines de "monitorización del estilo de vida".

- **Telesalud:** se refiere al uso de las TIC en la prestación de servicios de asistencia de índole médica a personas mayores en sus casas, como la telemonitorización (ej: presión arterial, glucosa de la sangre, ECG, etc.), la teleconsulta (ej: en línea, por videoconferencia o por teléfono) y la telerehabilitación (ej: por videoconferencia), así como dispositivos de autoasistencia para que los pacientes puedan usarlo en sus casas y así ayudar a monitorizar y gestionar su propia salud.

- **Domótica (Casas inteligentes):** se refiere a la gama de control ambiental, automatización de la vivienda y sistemas de red doméstica que pueden ayudar a los mayores a seguir viviendo independientes en su propia casa. Esto incluye aplicaciones independientes que pueden facilitarles el conservar su autonomía, como ayudas informáticas para la comunicación u otras ayudas electrónicas, localizadores de objetos y sistemas de recordatorio.

Iniciativas de prevención relacionadas con la tecnología en España

La Ley de Dependencia 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia define el uso de alarmas (llamadas "telealarmas" en España) y de servicios de teleasistencia con el fin de evitar ingresos innecesarios en residencias. El estado de estas aplicaciones en España se puede resumir de la siguiente manera:

- **Telealarmas:** son una forma común de dispositivos tecnológicos y se encuentran disponibles en todo el país. Los proveedores principales son los municipios de las Comunidades Autónomas españolas, que subvencionan el servicio. Con respecto a pagos y reembolsos, cada Comunidad

Autónoma determina el precio del servicio de telealarma y los requisitos que han de tener los usuarios para beneficiarse de los descuentos.

- **Teleasistencia:** estos servicios también están disponibles en todo el país, aunque en la práctica solo se instalan en caso de gran necesidad. La teleasistencia es una extensión del servicio de telealarma, por lo que la provisión del servicio y la organización de reembolsos son similares. Los servicios de teleasistencia se asignan de acuerdo con el nivel de dependencia del usuario, más que según la edad. En caso de que el proveedor del servicio sea una entidad pública, los costes del servicio son los mismos que los de la telealarma básica.

- **Telesalud:** se encuentra en una etapa incipiente en España, ya que la mayoría de las iniciativas están en periodo de prueba. Algunos de los proyectos piloto son los siguientes:

- **CommonWell (Granada (100 usuarios); coste de 5,4 millones de euros):** servicios integrados de TIC, como gestión integrada de enfermedades crónicas y servicios para la vida independiente (incluida la seguridad en casa, recordatorios para actividades fundamentales y apoyo en la interacción (social)) y servicios interinstitucionales (monitorización de constantes vitales y servicio de transferencia de datos del paciente proporcionado por servicios de emergencia para gestionar las transferencias de los clientes cuando están fuera y dentro de casa).

- **DREAMING™ (Barbastro (80 usuarios); coste de 5,5 millones de euros):** subsistema de monitorización ambiental que detecta e informa de los cambios en los patrones de movimiento del usuario, así como un subsistema

de monitorización de la salud. Se proporcionan servicios de monitorización y manipulación de alarmas mediante la combinación de dispositivos médicos y sensores ambientales y un poderoso sistema de apoyo para la toma de decisiones que detecta las situaciones de riesgo basándose en el perfil específico del usuario individual o de la categoría a la que pertenece el usuario y en cualquier combinación de medidas de sensores, incluidas las tendencias a lo largo de un cierto periodo de tiempo. Los servicios de videoconferencia adaptados a los mayores se han diseñado especialmente para estos siendo fáciles de usar: un aparato de televisión y un mando a distancia por infrarrojos que casi todos los ancianos usan en su vida diaria.

- Recuerdos duraderos (Zamora/Salamanca (200 usuarios); coste de 4,7 millones): dispositivo TIC combinado que ofrece formación cognitiva (mediante un software para el entrenamiento cerebral); formación física prevista con apoyo motivador personalizado por medio de pantallas interactivas y equipo de adiestramiento; y solución e-home que utiliza pequeños sensores para detectar movimientos anormales y caídas.

- Sociable (viviendas de Velluters (40 usuarios); coste de 4,6 millones): integrará, utilizará y operará un servicio en línea para evaluar y, por consiguiente, reforzar el estado mental de los mayores mediante juegos divertidos para el adiestramiento cognitivo. También servirá para impulsar sus redes sociales y activar sus interacciones interpersonales del día a día.

Además, en varias regiones se ha incorporado la telesalud, como en Cataluña, donde al-

gunos hospitales han desarrollado servicios de "hospital en casa".

También hay disponible pequeñas iniciativas de telemonitorización (como servicio público) a través de centros de salud en Castilla y León, Extremadura y Castilla La Mancha. Las consultas electrónicas se encuentran disponibles por medio de las consejerías de sanidad regionales, que están financiadas con dinero público y son gratuitas. Estos servicios se acaban de empezar a desarrollar y se espera que su provisión continúe expandiéndose. También es posible acceder a las consultas en línea, aunque se centran más en proporcionar información y citas médicas que en conseguir un diagnóstico.

El Plan Avanza 2006-2011 establece un plan de trabajo sanitario en línea que incluye la telesalud y consiste en acciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir los costes, desarrollar la teleconsulta y el diagnóstico en zonas con pocos recursos y conectar la asistencia primaria con la especializada. El Plan Avanza está coordinado en cada Comunidad Autónoma según su estrategia regional para el desarrollo de estos servicios. Las consejerías de sanidad regionales de las distintas comunidades ponen en marcha distintos programas que se centran en la información y la prevención.

- **Domótica (viviendas inteligentes):** En cuanto al campo de las viviendas inteligentes, existen muchas tecnologías disponibles en un estado avanzado de desarrollo. No obstante, su implantación en viviendas, tanto las que se encuentran en construcción como las que ya están construidas, es limitada y aparentemente ha habido poca atención directa al apoyo de la vida independiente en la tercera edad mediante estas tecnologías. La instalación de la

domótica está promovida por varias asociaciones como CEDOM y ASIMELEC por medio de la Comisión Multisectorial del Hogar Digital. Además, están apareciendo portales web especialmente dirigidos al sector de viviendas inteligentes, como Casadorno. Las viviendas inteligentes más avanzadas solo existen en forma de proyectos piloto, uno de los cuales está en Madrid.

Hemos revisado los proyectos existentes a lo largo y ancho de la UE en el campo de la tecnología y creemos que los siguientes podrían ser de interés para los que trabajen en el área de la dependencia en España.

Iniciativas de prevención relacionadas con la tecnología en la UE

La Comisión Europea financió el estudio Las TIC y el envejecimiento: estudio europeo sobre usuarios, mercados y tecnologías en el que varios proyectos relacionados con la tecnología han sido identificados como buena práctica a la hora de abordar las necesidades de las personas mayores. Dichos proyectos se centran en las telealarmas, la teleasistencia, la telesalud y las viviendas inteligentes. Algunas de las iniciativas relevantes que aún no están presentes en España son las siguientes:

- Centro TRIL (Irlanda), que es un ejemplo de la colaboración público-privada cuyo objetivo es investigar y entregar soluciones tecnológicas para apoyar la vida independiente en la tercera edad. La Autoridad de Desarrollo Industrial de Irlanda (IDA) y la Corporación Intel realizaron una inversión conjunta de 20 millones de euros en el Centro TRIL durante un periodo de tres años y están colaborando con varias universidades líderes irlandesas en la creación de uno de los más grandes esfuer-

zos investigadores de este tipo del mundo.

De particular interés en este proyecto resulta la participación conjunta del gobierno, la industria y las universidades para tratar el problema. Esto debería proporcionar un buen potencial para la sostenibilidad y el acceso al mercado; y la participación de las universidades garantiza que el trabajo está respaldado por una alta calidad y se asegura su reconocimiento a nivel internacional. Además, el proyecto incide sobre temas importantes, como son la integración social, el funcionamiento cognitivo y las caídas.

- El Dutch Domotics Programme (Países Bajos) es una iniciativa en la que el Ministro de Sanidad, Bienestar y Deporte holandés subvenciona proyectos que utilizan tecnologías domóticas para la vida independiente. El objetivo del programa es incorporar una amplia gama de tecnología relevante de vida independiente en el sector de viviendas equipadas. Hay varios tipos de soluciones tecnológicas que son aptos para obtener financiación, como los sistemas de teleasistencia, pero también los sistemas de automatización que permiten a la persona mayor controlar el entorno inmediato de su hogar (por ejemplo, sistemas de apertura automática de puertas, intercomunicadores y sistemas de control comunicados con los electrodomésticos); los sistemas que posibilitan el acceso a asistencia a petición en relación con las actividades de la vida diaria (como las comidas sobre ruedas y la atención domiciliaria, así como la integración social); y sistemas informáticos que apoyan la planificación de recursos humanos, la logística y las funciones de administración general referentes a la prestación de servicios relativas a la asistencia sanitaria. Según los

expertos, en 2006 y 2007 se concedió apoyo financiero a alrededor de 350 proyectos en total para viviendas inteligentes y su respectiva tecnología de teleasistencia, de los que se han realizado 250 en 2008. Se estima que en cada proyecto estaban involucradas una media de 90 casas individuales. Lo que resulta interesante de este proyecto para España es que la financiación pública puede estimular la experimentación con la tecnología.

- HyvinvointiTV® (Finlandia) es otro ejemplo de cooperación entre instituciones públicas, municipios y partes comerciales y alude a un entorno de aprendizaje por medio de un sistema de televisión interactivo que usa una conexión segura de banda ancha para prestar servicios de apoyo en las casas de los mayores.

- InCasa (Fundación Hospital de Calahorra (España), Konstantopouleio Hospital General de Nea Ionia Agia Olga (Grecia), Chorlewood Health Centre (Reino Unido), Institut National de la Santé et de la Recherche Medicale (Francia), Agenzia Territoriale per la Casa della Provincia di Torino (Italia)), también denominado "Red integrada para la autonomía de las personas mayores completamente asistidas", es un piloto de una serie de soluciones integradas y servicios de monitorización sanitaria y del entorno para las viviendas de unos 200 usuarios vulnerables de más de 65. Está probando las redes de sensores de las viviendas y los sensores de salud personal para monitorizar los estilos de vida de los mayores y activar alertas de distintos niveles y/o servicios de comunicación, todos ellos personalizados. El proyecto se encarga de la planificación de la actividad diaria, la coordinación de los servicios sociales y la

asistencia sanitaria públicos, la implantación de servicios comunitarios especializados, y la protección de la privacidad.

Oportunidades tecnológicas para España

En general, hemos observado que las iniciativas relacionadas con las TIC en España están relativamente desarrolladas, sobre todo en el campo de las telealarmas (alarmas sociales) y la teleasistencia.

No obstante, la telesalud todavía está en una etapa incipiente de desarrollo en España. Por consiguiente, esta podría ser un área de oportunidad, aunque ya existen varios proyectos pilotos en España; también hay proyectos piloto (parcialmente similares) en toda Europa.

Sin embargo, aún no tenemos claro hasta qué punto tienen éxito los distintos proyectos piloto y hasta qué punto contribuyen los resultados a la prevención de la dependencia. ¿Qué sucede cuando la prueba y la financiación finalizan? Para estudiarlo se podría desarrollar una referencia exhaustiva de costes y de beneficios asociados con el fin de medir todos los pilotos de manera consistente y de evaluar el potencial real de la implementación de los proyectos piloto seleccionados. Además, creemos que sería beneficioso realizar un estudio de seguimiento sobre este tema. Esto incluye el papel de las iniciativas de establecimiento de redes sociales, que está acaparando cada vez más atención en toda Europa. Asimismo, pensamos que sería ventajoso que varios accionistas participaran en dicho análisis de seguimiento (tanto socios públicos como privados).

Las viviendas inteligentes (domótica) también es un campo en el que se podría progre-

sar, aunque la implementación es aún limitada y existen pocos proyectos piloto. En nuestra opinión, sería útil realizar más investigación en este campo para evaluar el futuro potencial de implementación. Además, la disponibilidad de financiación pública puede que también ayude a intensificar el desarrollo en el área de las viviendas inteligentes.

4.3. Promover la autonomía a través del trabajo flexible, la jubilación gradual, el aprendizaje permanente y el voluntariado

Hemos aprendido del estudio que las claves para mantener a las personas sanas y prevenir la dependencia son la gestión y la prevención de las enfermedades, la actividad física, la interacción social, el tener un papel en la familia y la comunidad, en definitiva, el tener una finalidad.

El tener un trabajo proporciona muchas de estas cosas, ya que el trabajo ofrece una finalidad, un papel en la familia y la sociedad, interacción social y también una motivación para mantenerse activo física y mentalmente y responder de forma apropiada a cualquier enfermedad.

Por lo tanto, cuando se estudia la manera de prevenir la dependencia, es importante ampliar el debate y observar a los trabajadores mayores, la edad de jubilación, la jubilación gradual y el aprendizaje permanente. Los cambios demográficos ya están obligando a reconsiderar la edad de jubilación, pero también existen motivos sociales y de salud mental para mantener empleados a los trabajadores mayores durante más tiempo.

De acuerdo con el estudio, una de las razones

por las que los trabajadores mayores se retiran cuando son capaces de continuar con su trabajo es que tienen un puesto de trabajo bastante inflexible que les deja la difícil elección de continuar trabajando a tiempo completo o dejar de trabajar completamente.²¹

Como respuesta al aumento de esperanza de vida, la OCDE ha animado a centrarse en el trabajo flexible y la jubilación gradual en particular, que consiste en que los trabajadores de mayor edad se preparan para la jubilación reduciendo sus horas de trabajo paulatinamente y usan su tiempo libre para perseguir otros intereses. La OCDE ha declarado que existen dos elementos principales:

- La gente debería trabajar de acuerdo a sus capacidades (mediante la flexibilidad o la jubilación progresiva);
- Deberían seguir el concepto del aprendizaje permanente, incluso en los grupos de más edad.

Varias empresas en toda Europa ya siguen estas ideas; algunos ejemplos son:

- Voestalpine, una empresa siderúrgica austriaca introdujo el concepto "Fórmula 33", que consiste en que cada empleado puede tener 33 horas por año (alrededor de un 2% del horario de trabajo anual) para formación en el trabajo o fuera del trabajo. Incluso los empleados próximos a la jubilación reciben estas horas educativas.
- El grupo BMW, fabricante de automóviles alemán, comenzó un programa "Hoy para Mañana" en el que se mejoraron las condiciones de trabajo, y los empleados pueden crear

²¹ INTERNATIONAL LONGEVITY CENTRE – UK. "Ageing Health and Innovation, Policy Reforms to Facilitate Healthy and Active Ageing in OECD Countries", June 2011

su horario de trabajo de forma más flexible con hasta veinte días extra de vacaciones al año (y la reducción de sueldo al mismo nivel), hasta seis meses sabáticos o empleo compartido o trabajos a tiempo parcial durante un periodo de tiempo limitado o ilimitado.

- KSB, otra empresa alemana, realizó una encuesta entre sus empleados de más edad que tuvo como resultado cambios en el trabajo para estos. Los empleados mayores de 55 años tienen derecho a una revisión médica gratis al año y pueden cambiar sus horas de trabajo, mientras que los mayores de 63 tienen derecho a tres días de permiso anuales extra cada año.

La idea original de apoyar a los empleados y asegurarse de que siguen siendo valiosos para la empresa hasta que se retiran también puede funcionar como iniciativa de prevención. Así, los mayores que siguen el concepto del aprendizaje constante pueden compartir su experiencia como voluntarios cuando se retiran. Esto les otorgará los elementos importantes que necesitan en la vida para permanecer en forma física y mental incluso después de retirarse. El voluntariado tiene un alto componente social, puesto que, además de proporcionar un propósito, previene la soledad y la depresión en los grupos de edad avanzada.

En 2000, la Comisión Europea lanzó el programa Grundtvig que consiste en el aprendizaje práctico para adultos. Además de perseguir objetivos típicos como una tasa de empleo más alta en los mayores, el programa Grundtvig pretende mejorar las condiciones de movilidad y desarrollo de prácticas educativas innovadoras para adultos. El programa ofrece posibilidad de intercambio y cooperación entre

los proyectos para mayores de toda la UE. En España, el responsable del proyecto es el Organismo Autónomo de Programas Educativos Europeos (OAPPE), una agencia nacional del Ministerio de Educación.

Situación actual en España

A pesar de que en España ya se está debatiendo el aprendizaje permanente y el voluntariado²² el equipo de este proyecto no ha podido encontrar ni un solo ejemplo específico para prevenir la dependencia. En general, parece ser objeto de discusión en las universidades.

El *Instituto de Biomecánica de Valencia* dirige un proyecto llamado AWARE (población activa en proceso de envejecimiento hacia una jubilación activa, por sus siglas en inglés) que está desarrollando una red albergada en una plataforma telemática para trabajadores mayores y jubilados, cofinanciado por el programa conjunto europeo AAL (en el que participan autoridades de España, Alemania, Italia y Reino Unido). En España el proyecto lo apoya el municipio de Gandía.

El objetivo del proyecto AWARE es adaptar los servicios de redes sociales (como los chats o los blogs) a las necesidades de los trabajadores de mayor edad y de los jubilados activos mediante unos servicios específicos. Los principales fines son:

- Mantener activos a los mayores tras la jubilación; por lo tanto, promover un envejecimiento activo.
- Crear comunidades web de jubilados para compartir experiencias, habilidades y pericia.

²² VILLA, A. "University Lifelong Learning and Volunteering in Spain : National Report", 2009

- Responder a las tendencias actuales de la población activa envejecida manteniendo a los mayores activos mental y económicamente.

- Apoyar a las comunidades durante todo el proceso de la jubilación. Los beneficios derivados de la implementación de esta tecnología darán lugar a la posibilidad de mejorar la transferencia de experiencia, además de mantener la relación con el trabajador retirado.²³

Ejemplos en otros países europeos

Ya existen algunos programas para el aprendizaje permanente en otros países que no están dirigidos por empresas sino cofinanciados por la Comisión Europea:

- Aprendizaje por medio del voluntariado en la tercera edad (Eslovaquia, Hungría).

Este proyecto de intercambio voluntario para los mayores entre asociaciones de Eslovaquia y Hungría se centra en mejorar el aprendizaje permanente y el diálogo intergeneracional. Se coloca a seis voluntarios de cada país en asociaciones anfitrionas donde tienen la oportunidad de compartir su experiencia con gente de distintas edades. Además de proporcionar experiencias enriquecedoras para los participantes, el proyecto también pretende superar y desmoronar cualquier prejuicio basado en la edad o nacionalidad.²⁴

- La voz de los mayores europeos (Rumanía, Portugal).

Este es un proyecto de intercambio que envía

a mayores voluntarios a dos asociaciones de Rumanía y Portugal. Los voluntarios aprenden los unos de los otros a usar su experiencia y conocimiento para hacer una contribución importante como ciudadanos europeos activos. Este proyecto se centra en impulsar el entusiasmo y la motivación de los voluntarios mayores, mejorar su calidad de vida y enorgullecerse de lo que pueden aportar a su comunidad. Además, los voluntarios organizan eventos para el aprendizaje con grupos de zonas desfavorecidas económica y socialmente.²⁵

Oportunidades en España

Si siguieran este concepto, los municipios españoles podrían ofrecer aprendizaje permanente a la tercera edad, quizás cooperando con universidades o escuelas. Por ejemplo, si usaran el programa Grundtvig de la CE, los municipios de España podrían ofrecer a los cuidadores informales de ancianos proyectos de intercambio con cuidadores experimentados en toda Europa. Así los cuidadores aprenderían lo que se necesita para un “buen cuidado” y se harían una idea sobre lo que tienen que hacer por ellos mismos para evitar que entren en situación de dependencia más adelante.

El aprendizaje es una manera fantástica de promover el contacto social y la actividad mental en los mayores. Además, conseguir esto sube la autoestima.

El campo del voluntariado es una oportunidad notable para España. Las tasas de voluntariado son relativamente bajas en España con un 10-19% de adultos que realizan trabajo

²³ AWARE Project. <http://aware.ibv.org>

²⁴ European Commission Publications. “How to promote active ageing in Europe”, AGE Platform Europe, 2011

²⁵ idem

voluntario.²⁶ En España son los jóvenes los que conforman la mayor parte de voluntarios (grupo de edad de 18 a 29), lo cual es distinto de otros países de la UE, donde el mayor número de voluntarios se encuentra en el grupo de edad de 30 a 50 años.

No obstante, la tasa de voluntarios en España está aumentando y, curiosamente, existe un aumento en el número de voluntarios mayores en España. El voluntariado puede desempeñar un papel clave en el envejecimiento activo, como es el caso de la línea de asistencia para mayores de Irlanda, que describimos anteriormente, y que demostró cómo los voluntarios mayores obtuvieron enormes beneficios de ayudar a sus coetáneos a hacer frente a la soledad y el aislamiento.

Y el viaje continúa...

El siguiente paso del viaje es la autonomía. ¿Cómo puede España apoyar la vida independiente para la población que está envejeciendo? Cuidar de la gente que vive en situaciones de dependencia es el primer paso. Garantizar que los servicios de calidad están disponibles para esas personas que lo necesitan es ahora un derecho bajo la Ley de dependencia.

Sin embargo, el objetivo real es la autonomía y la vida independiente, puesto que todo el mundo desea mantenerse sano durante el mayor tiempo posible y conservar su independencia hasta el final de su vida. Por lo tanto, esta es la verdadera meta de los individuos y la sociedad. Se pueden prevenir muchos casos de dependencia pero la prevención necesita comenzar pronto en la vida mediante la educación sanitaria y la promoción; y debe continuar en la edad tardía mediante programas prácti-

cos de apoyo a la vida independiente. El viaje continúa.

5. BIBLIOGRAFÍA

Ambient Assisted Living Association, "AAL Joint Programme Brochure", 2010, <http://www.aal-europe.eu/projects/aal-brochure>, 2010

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y EL BIENESTAR SOCIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. "Programa de Prevención de la Dependencia de la Junta de Andalucía". www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciosociales/

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL GOBIERNO DE CASTILLA LA MANCHA. "Saber Envejecer. Prevenir la Dependencia en Castilla La Mancha". www.jccm.es

DIPUTACIÓN FORAL DE NAVARRA. "Programa Zainduz". <http://bizcaia.net>

ELDIN, Dr. Nazih, *Senior Help Line Evaluation Report*, <http://www.thirdage-ireland.com/report.pdf>

FUNDACIÓN PFIZER. "PRECAN PROJECT". http://www.fundacionpfizer.org/dossier_historico/compromiso_social/proyectos_apoyados/otros_proyectos_apoyados.html

FUNDACIÓN IAVANTE. "PRECAN PROJECT". http://www.iavante.es/portal3d/accion_social/precant/esp/doc/IAVANTE%20FASS%20Y%20FUNDACION%20C3%93N%20PFIZER%20PRESENTAN%20PRECAN%20PROGRAMA%20E2%80%A6.pdf

²⁶ European Commission Publications. "Volunteering in the European Union", 2010

HANNELE, Niiniö and VESTERINEN, Anne. Laurea-Ammattikorkeakoulu and KOMULAINEN, Kati, *Best Practices in Finnish Healthcare Prevention*, 2008 http://sendai-cyber.icr-eq.co.jp/program/program03/files/pgm03_05.pdf

HEIKKINEN E, *What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?* Copenhagen, (2003) WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). pp 7-8; <http://www.euro.who.int/document/E82970.pdf>

HERNANDEZ SALVADOR, Carlos (Cord), *“Fundación Vodafone. Innovación TIC para las personas mayores: Situación, requerimientos y soluciones en la atención integral de la cronicidad y la dependencia”*

ICT & Ageing – European Study on Users, Markets and Technologies; <http://www.ict-ageing.eu/>

INTERNATIONAL LONGEVITY CENTRE – UK. *“Ageing Health and Innovation, Policy Reforms to Facilitate Healthy and Active Ageing in OECD Countries”*, June 2011, www.ilcuk.org.uk

MUENZ, Rainer, *Ageing and Demographic Change in European Societies: Main Trends and Alternative Policy Options*, March 2007, Social Protection, The World Bank, SP Discussion Paper no. 0703

OBRA SOCIAL LA CAIXA. *“Talleres Prevención Dependencia”*. http://obrasocial.lacaixa.es/ambitos/prevenciondependencia/prevenciondependencia_es.html

OECD. *“Help Wanted? Providing and Paying for long-term care”*, 2011

OECD. *“Policy reforms to facilitate Health and Active Ageing in OECD Countries”*, 2011, http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_182.pdf

Portal de la Dependencia. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *“Guía Saber Envejecer. Prevenir la Dependencia”*. <http://portaldependencia.es/>

Publicaciones de la Comisión Europea:

- *“How to promote active ageing in Europe”*, AGE Platform Europe, 2011, <http://ec.europa.eu>

- *“EU-funded deployment projects in the area of ICT for Ageing Well”*, European Commission 2011, <http://ec.europa.eu>

- *“Ageing Report”*, 2009, <http://ec.europa.eu>

- *“Volunteering in the European Union”*, 2010 <http://ec.europa.eu/citizenship/eyv2011/doc/Volunteering%20in%20the%20EU%20Final%20Report.pdf>

“Feasibility Study – Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union”, 2003, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CC-03-004/EN/KS-CC-03-004-EN.PDF

Rodríguez, P. *“Personas mayores y desarrollo rural. Dos experiencias en contextos rurales del Principado de Asturias”*

THE SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH. *“Health Promotion for older people is cost-effective”*, Healthy Ageing, A challenge for Europe. pp 153; <http://www.fhi.se/en/Publications/All-publications-in-english/Healthy-Ageing--a-Challenge-for-Europe/>

TODD, C. and SKELTON D. *“What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?”*, 2004, Copenhagen. WHO Regional Office for Europe

VILLA, A. *“University Lifelong Learning and Volunteering in Spain : National Report”*, 2009, <http://www.observatoritercersector.org/pdf/re-cerques/Spanish%20report.pdf>

WHO. *“What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?”* WHO Europe, HEN, September 2003, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen/publications/pre2009/what-are-the-main-risk-factors-for-disability-in-old-age-and-how-can-disability-be-prevented>

PROYECTOS TECNÓLOGICOS

AWARE Project. <http://aware.ibv.org>

SOCIABLE Project. <http://www.sociable-project.eu/>

NEXES Project. <http://www.nexeshealth.eu/>

T-SENIORITY Project. <http://tseniority.idieikon.com/>

HEALTH AT HOME Project. <http://www.health-at-home.eu/>

DREAMING Project. <http://www.dreaming-project.org/>

BEDMON Project. <http://www.bedmond.eu/>

HEAR-ME-FEEL-ME Project. <http://www.hearme-feelme.org/>

Robot Dalen (RD). <http://www.robotdalen.se/>

EXCITE Project. <http://ercim-news.ercim.eu/en84/special/long-term-evaluation-of-a-mobile-remote-presence-robot-for-the-elderly>

SI-SCREEN Project. <http://www.si-screen.eu/en.html>

WECARE Project. <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/wecare-20/>

SENIORCHANNEL Project. <http://www.springerlink.com/content/g73508017w24x381/>

INCASA Project. www.incasa-project.eu

GO-MY-LIFE Project. <http://www.gomylife-project.eu/>

DOCUMENTOS DE
INTERÉS RELACIONADOS
CON LA PROMOCIÓN
DE LA AUTONOMÍA
Y LA ATENCIÓN
A LA DEPENDENCIA

Modelo de acreditación de servicios de atención a personas mayores en situación de dependencia.

Fundación Edad&Vida.

Año 2012. Publicado en Libro. Consulta en la página Web de la Fundación <http://www.edad-vida.org/publicaciones.php>.

Comentarios al Estudio de Valentín García, Vicepresidente Área de Dependencia Fundación Edad y Vida y Director General de CASER Residencial.

La falta de desarrollo de la acreditación de centros y servicios es, desde hace ya un tiempo, una de las mayores preocupaciones del sector de la atención a la dependencia. Por ello y dando continuidad a los trabajos anteriores sobre la materia, desde la Fundación Edad&Vida, institución que representa más del 20 % del sector de Atención a la Dependencia, se ha presentado recientemente una propuesta de modelo de acreditación para los servicios de atención residencial y centros de día.

El objetivo del modelo es garantizar que se de una atención individualizada de calidad, adaptada a las necesidades de cada persona, centrada en el respeto a la dignidad, autonomía y privacidad y que asegure su bienestar y su seguridad. Además se persigue un nivel homogéneo de calidad de la asistencia a todos los ciudadanos españoles con independencia del servicio y el lugar donde se preste.

El modelo se propone en cumplimiento de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia que en los artículos 25 y 26 dice que los centros residenciales deberán prestar servicios de acuerdo al tipo de depen-

dencia e intensidad de cuidados que requiera la persona usuaria. Y en cumplimiento de la resolución de 2 de diciembre de 2008, en la que el Consejo Territorial del SAAD acordó los criterios mínimos comunes de acreditación, que establece que la acreditación de centros, servicios y entidades privadas no concertadas es la condición que prevé la Ley para que puedan prestar servicios a las personas en situación de dependencia y que éstas puedan percibir la prestación económica vinculada a la adquisición de un servicio.

Partiendo del marco legal vigente y analizando distintos modelos de acreditación internacionales contrastados, la propuesta de modelo de acreditación de Edad y Vida está claramente orientada a valorar los resultados en la atención a las personas usuarias, por grados de dependencia e incorporando ratios de personal y el cumplimiento de condiciones funcionales, materiales y estructurales con distinta intensidad en cada una de las dos etapas de implantación del modelo.

En la primera etapa, a corto plazo, se debería acreditar, por grados de dependencia, el cumplimiento de ratios de personal, condiciones funcionales, materiales y estructurales e iniciar el registro del valor de algunos indicadores de resultados, con el objetivo de que posteriormente sirvan para fijar estándares de obligado cumplimiento. En la segunda etapa, a medio plazo, se debería acreditar el cumplimiento de los indicadores de resultados y abandonar algunas exigencias de la primera etapa, como las relacionadas con los ratios de personal.

Para acceder en condiciones de igualdad a las prestaciones y servicios y disfrutar de nivel de calidad equiparable previstos en la Ley re-

sulta necesario establecer un modelo de acreditación básico común para el conjunto del Estado, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas.

La competencia para acreditar centros, servicios y entidades corresponde a las Comunidades Autónomas si bien se encomienda al Consejo Territorial la fijación de criterios comunes de acreditación. El modelo propone que el Consejo Territorial debería autorizar a las entidades certificadoras que considere más adecuadas, impulsar la formación de las personas evaluadoras para asegurar la correcta evaluación y garantizar la homogeneidad, así como controlar que los requisitos y los resultados del proceso sean equitativos y de carácter público.

La acreditación sin duda redundará en la consolidación de la red de centros y servicios del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, reordenará el sector de la dependencia y garantizará lo imprescindible, que es la adecuada calidad de los servicios que reciben las personas.

Análisis comparativo de los servicios de atención a la dependencia en España y Suecia.

Guillem López i Casanovas
Laia Cirera i Crivillé
Marina Soley i Bori

El documento de Trabajo de CRES pretende discutir, analizar y valorar el actual Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) desde una perspectiva comparada con la experiencia Sueca. El estudio persigue dos objetivos; por un lado, hacer una breve síntesis descriptiva de la organización, finan-

ciación y provisión de los cuidados de larga duración en los sistemas español y sueco; por otro lado, proyectar la evolución futura del gasto público español en cuidados a la dependencia para el período 2010-2060, en base al modelo desarrollado por la Comisión Europea.

Adicionalmente, se formulan distintos escenarios que analizan la repercusión sobre las finanzas públicas españolas de la hipotética implantación de un modelo con unos parámetros (tasa de dependencia, cobertura y distribución de los servicios de atención a la dependencia) similares a los del sistema sueco.

La dependencia y la consiguiente demanda de servicios de atención a la dependencia adquieren una importancia creciente, por su extensión cuantitativa y por sus implicaciones sociales y económicas. El presente estudio profundiza en la caracterización de algunos modelos en los países del sur de Europa, con la finalidad de plasmar las particularidades de los sistemas más avanzados en este ámbito y permitir una primera visión de las diferencias existentes respecto al modelo español.

El envejecimiento de las personas con discapacidad.

Documento del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).

Año: 2012. Consulta en la página Web del CERMI: <http://www.cermi.es/es-ES/ColeccionesCermi/TelefonicaAccesible/Paginas/Inicio.aspx?TSMEIdPub=26>.

El documento manifiesta la posición del CERMI Estatal sobre "El envejecimiento de las personas con discapacidad". Elaborado por el Grupo de Trabajo de Envejecimiento Activo del

CERMI Estatal. La publicación contiene el documento de posición de la discapacidad organizada representada por el CERMI en relación con el envejecimiento activo de los hombres y mujeres con discapacidad, precisamente en el Año Europeo dedicado a las personas mayores y su ineludible participación e inclusión sociales en igualdad de condiciones. Un nutrido grupo especialistas, representantes de diferentes organizaciones de la discapacidad, han elaborado en el seno del CERMI una serie de propuestas que se entienden necesarias para desencadenar procesos de envejecimiento activo.

En el documento se recogen un conjunto de propuestas, que se agrupan en los siguientes epígrafes:

- a. Derechos, dignidad, empoderamiento y autodefensa.
- b. Promoción de desarrollo individual. Autonomía personal.

- c. Aspectos económicos.
- d. Salud.
- e. Apoyos asistenciales, desarrollo de competencias, desarrollo de las TIC.
- f. Participación activa.
- g. Legislación, apoyo a la toma de decisiones, seguridad y abuso, Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- h. Vivienda.
- i. Atención en el medio rural.
- j. Empleo y ocupación.
- k. Familias. Colaboración intergeneracional.
- l. Ocio y tiempo libre inclusivos.
- m. Cultura inclusiva.
- n. El personal y su formación.



Para la Dependencia

FUNDACIÓN CASER PARA LA DEPENDENCIA

Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid

Tel.: 91 214 65 69

email: fcaser@fundacioncaser.org

web: www.fundacioncaser.es